

UNIVERSITÉ PARIS 8 VINCENNES SAINT-DENIS
ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES SOCIALES

Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris
Equipe Genre, Travail, Mobilités
CRESPPA-GTM

**De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle
à l'*invisibilisation* des risques cancérogènes
dans le travail des femmes.**

Une analyse à partir de l'enquête permanente du GISCOP93

Michelle PAIVA

Thèse de doctorat de sociologie
sous la direction de Régine BERCOT

Novembre 2016

Membres du jury :

Mme. Régine BERCOT, Professeur de sociologie à l'Université de Paris VIII (Directrice de thèse)

Mme. Katherine LIPPEL, Professeur de droit à l'Université d'Ottawa (Rapporteuse)

M. Arnaud MIAS, Professeur de sociologie à l'Université Paris-Dauphine (Rapporteur)

M. Roland PFFEFERKORN, Professeur de sociologie à l'Université de Strasbourg (Président du jury)

Invitées :

Mme. Danièle KERGOAT, Sociologue, Directrice de recherche honoraire au CNRS

Mme. Annie THEBAUD-MONY, Sociologue, Directrice de recherche honoraire à l'Inserm

De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle
à l'*invisibilisation* des risques cancérologènes
dans le travail des femmes.

Une analyse à partir de l'enquête permanente du GISCOP93

À toutes les femmes qui ont eu leur vie
percutée par cette bête effroyable que l'on nomme cancer.

« Nous devons libérer la moitié de la race humaine,
les femmes,
afin qu'elles puissent nous aider à libérer l'autre moitié. »

Emmeline Pankhurst

Remerciements

Contrairement à des doctorant-e-s qui sont contraint-e-s de travailler dans l'isolement, j'ai pu bénéficier de cadres pluridisciplinaires et riches en échanges tout au long du processus de réflexion qui a conduit à l'aboutissement de cette thèse.

J'ai pu régulièrement faire part de mon avancement, mes hésitations, soumettre mes intuitions, mes conclusions, à un comité de thèse assidu et attentionné, composé de Régine Bercot, Danièle Kergoat et Annie Thébaud-Mony.

Je tiens à remercier chacune de ces femmes en particulier.

Régine Bercot, je tiens à la remercier pour la confiance ainsi que pour la façon à la fois affectueuse et sérieuse avec laquelle elle m'a orientée. Sa rigueur et son expérience m'ont permis d'avancer efficacement.

Annie Thébaud-Mony, aussi l'instigatrice de cette thèse, je tiens à la remercier de m'avoir montré que l'on peut faire de la recherche rigoureuse avec de vraies convictions.

Lors de ma première rencontre avec Danièle Kergoat j'étais tellement impressionnée par ce qu'elle représente pour la recherche que je n'ai pas réussi à lui parler sans bégayer. C'est dès cette occasion que Danièle m'a toujours accordé ces regards bienveillants et encourageants qui nous font avancer. Merci pour la générosité avec laquelle tu m'as guidée en amitié tout au long de ces années des discussions de travail et d'organisation des séminaires.

Merci à Arnaud Mias, Katherine Lippel, Rolland Pfefferkorn qui m'ont fait l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Vos travaux m'ont énormément inspirée.

Cette thèse n'aurait pas pu se faire sans le soutien financier de l'Institut National du Cancer (INCa) et du Cancéropôle Île-de-France. Ma gratitude va donc à ces institutions pour leurs soutiens à la recherche sur le cancer en sciences humaines et sociales. Merci également aux collègues du GISCOP93 et en particulier à Emilie Counil, Benjamin Lysaniuk, Annie Thébaud-Mony, Mélanie Bertin, Charle-Olivier Betansedi et Axelle Croisé, avec lequel-le-s j'ai eu le plaisir de travail dans le cadre du projet « Division sexuelle du travail et des risques, et inégalités de genre face aux cancers professionnels. » Je tiens aussi à remercier tous les membres du Comité Directeur, du Conseil Scientifique et du Comité d'Expertise Toxicologique du GISCOP93 avec lesquels j'ai pu avoir des moments d'échange privilégiés.

Un grand MERCI à toutes les personnes qui m'ont accordé de leur temps lors des entretiens, malgré leur état de santé, leur agenda bien chargé, leur travail épuisant, le train-train quotidien. Sans vous ce travail n'aurait pas dépassé le stade du projet de recherche et

grâce à vous on y voit un peu plus clair au sujet de la situation des travailleuses vis-à-vis des risques cancérogènes.

Ma gratitude va aussi à Karen Messing, Serge Volkoff et Isabelle Bertaux-Wiame qui se sont penché-e-s sur mon objet d'étude afin de mieux me conseiller sur mes interrogations.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement Helena Hirata, toujours prête à m'ouvrir des portes y compris celle de sa maison, où des festins si bien préparés m'ont autant nourrie le corps que l'esprit. Une chercheuse de grande qualité, toujours impliquée dans son travail mais qui n'a jamais hésité à m'accorder du temps pour m'aider à avancer.

Un merci tout particulier aux collègues qui ont dépassé le cadre du travail et qui sont devenu des camarades de route : Kamila Bouchemal, Paloma Moré, Anne Jacquelin, Lisandre Labrecque-Lebeau, Haude Rivoal, Malek Bouyahia, Danièle Senotier, Christelle Germain.

Parmi ces collègues des pensées toutes pleines de tendresse à ma chère Lisandre sans qui je n'aurai sans doute pas pu accoucher de la thèse avant d'accoucher de mon bébé. À Kamila, femme forte, intelligente et très généreuse qui m'a beaucoup réconfortée dans les moments durs et d'hésitation. À Anne, la tornade débordante d'énergie et de ressources que j'admire tant. À Palomita, sereine, douce et toujours pleine d'attention avec qui j'ai eu la chance de partager mes recherches. À Haude, la cadette sérieuse, travailleuse acharnée qui m'a toujours encouragée.

Merci à toutes les doctorantes de Régine qui m'ont aussi permis de grandir au long de nos réunions mensuelles : Julia Legrand, Mathilde Appel, Francesca Setzu et Pamela Roser Parmentier, Anne Jacquelin, Haude Rivoal.

Merci à Michel Kokoreff et Carole Brugeilles (directeur et directrice de l'équipe GTM) et à Sandra Nicolas (Gestionnaire Administrative) pour leur soutien efficace et attentionné lors de différentes batailles administratives.

À tou-te-s les collègues du CRESPPA-GTM et du site Pouchet, pour leurs conseils, leur aide et surtout pour les bons moments de décontraction sans lesquels il aurait été impossible de travailler sans en devenir malade. Merci à Mi-ae Lee, Salima Amari, Efthymia Makridou, Marianna Stelko, Larissa barbosa, Maira Abreu, Caroline Cherfem, Vivian Aranha Saboia, Ana Claudia Cardoso, Marlio Lourenço, Gabrielle Pinna, Claudia Rebecchi, Marcilio Lucas, Artemisa Flores, Cornélia Moser, Alben Tcholakova, Fabien Deshayes, Axel Pohn-Weidinger, Frank Freitas, Marguerite Rollinde, Nicolas Divert, Jean-François Laé, Virginie Descoutures, Aurélie Damamme, Lucie Tanguy, Siham, Jean-René Borelly, Christine Daussin, Jean-Yves Richardeau, Dominique et à toute l'équipe de la cantine.

Merci à tout-e-s les intervenant-e-s, discutant-e-s, participant-e-s de l'Atelier « Ouvriers-Ouvrières » et des Séminaires « Comment penser le travail au croisement des catégories » et « Féminismes Matérialistes et Analyses Critiques », ainsi qu'aux collègues avec qui j'ai partagé leurs organisations : Yahan Chuang, Fanny Gallot, Audrey Molis, Danièle Kergoat, Helena Hirata.

À Hervé Polesi, pour toutes les opportunités que j'ai eu de discuter de cette thèse grâce à toi.

Enfin, je tiens à remercier de tout mon cœur mes très, très cher-e-s.

Tout d'abord Charles, mon ami et mon amour, pour ton soutien, ta patience. Tu es sans doute mon supporter « *number one* », ce qui me rend très fière ! À Aïtor mon petit maître pour la vie et à son petit frère qui va sans doute aussi beaucoup m'apprendre.

À mes parents Paiva et Rita, et à ma sœur Vanessa pour leur capacité à être toujours à mes côtés malgré l'Océan qui nous sépare. A tou-te-s les Sdon's, Paiva, Bailhès, Moog, Lorrain, Isenbarth, pour vos encouragements.

Je tiens également à dire un grand merci à Jean Pierre Bailhès, intellectuel et anarchiste dans l'âme pour sa présence constante et infaillible. À Elisabeth pour m'avoir permis de partir tranquille à des congrès.

À tou-te-s mes ami-e-s de France, du Brésil et du monde pour m'avoir rendu la vie plus douce et certain-e-s pour avoir même mis les mains à la pâte et travaillé sur ce projet : Roberta, Arnaud, Danièle Senotier, Carolina Cherfem, Maira Abreu, Rogério, Maria Medeiros, Ana de Staal, Alba, Raquel, Patricia, Mariella, Isabelle Probst, Carol, Gica, Thais, Samia, Michelle Cavalcanti, Karyna, Ben, Aida, Agathe, Michelle Campos, Soraya, Mione, Beth, Keyla, Izabela, Romuald, Marcelo Gabbay, Sylvie Platel, Maxime Quijoux,...

Enfin, même si les propos que je soutiens ici n'engagent que moi, je rédige cette thèse à la première personne du pluriel pour souligner le fait que mes idées et moi-même sont le fruit de ces rencontres.

Résumé

Cette thèse étudie les conditions de travail des femmes en France afin de rendre compte de la difficulté à envisager puis établir des liens entre ces conditions et le développement de certains cancers. Ceci implique de s'intéresser à la façon dont les différences biologiques et culturelles servent d'argument pour expliquer les particularités féminines face au cancer. Ainsi, à partir d'une approche analytique de la division sexuelle du travail cette recherche vise à comprendre pourquoi l'hypothèse de l'existence des atteintes cancérogènes à la santé au travail ne serait plausible que pour expliquer l'origine des cancers dont souffrent des hommes. A partir de quels éléments invalide-t-on l'hypothèse d'une étiologie professionnelle dans l'explication des cancers dont souffrent des femmes ? S'appuie-t-on sur des différences concrètes, empiriques et contextualisées ou assiste-t-on plutôt à un processus de différenciation construit par un jeu de mise en *visibilisation/invisibilisation* du travail des hommes et des femmes ?

Dans un premier temps, cette recherche prend appui sur les connaissances accumulées au long de dix années d'existence du GISCOP93 à propos des expositions aux cancérogènes dans les parcours professionnels de femmes et hommes atteint-e-s d'un cancer. La seconde enquête de terrain porte non pas sur des personnes malades, mais sur les travailleuses d'une industrie réputée pour être à la fois un bastion de travail féminin, et pour son usage quotidien, parmi ses matières premières, de substances chimiques dont certaines sont notoirement toxiques. C'est donc à partir de ces deux entrées distinctes – par la maladie et par le travail – que cette recherche étudie l'inscription des femmes dans l'évolution de la division du travail et des risques.

Cette thèse soutient que les femmes sont concernées par un phénomène d'*invisibilisation* des atteintes cancérogènes à leur santé au travail. Les processus de différenciation des hommes et des femmes se (re)produisent aux niveaux macro, méso et microsocial ; ils se situent au niveau de la construction de la connaissance, de la production des conditions pour la reconnaissance de la maladie professionnelle, au niveau des mobilisations sociales, ainsi qu'au niveau du rapport subjectif des travailleur-se-s au travail et aux risques. Les femmes sont davantage *sur-visibilisées* par des explications à tendances naturalistes et *invisibilisées* par rapport à ce qu'elles accomplissent en tant qu'actrices sociales. Par conséquent, c'est la question des risques toxiques encourus par les femmes dans leur travail qui peine à être pensée, que ce soit par les chercheur-e-s, par les politiques et

professionnel-le-s en charge de la prévention et de la réparation des maladies professionnelles ou par les travailleuses elles-mêmes.

Mots-clés : femmes ; santé au travail ; cancers ; parcours professionnels ; rapports sociaux de sexe, classe ; invisibilisation ; industrie cosmétique

Abstract

This thesis investigates women's working conditions in France to give an account of the difficulties of establishing links between those conditions and the development of certain cancers. This investigation implies getting familiar with the ways biological and cultural differences are being held as arguments to explain feminine particularities of cancers. Using a sexual division of labour approach, this research aims to understand why the hypothesis of carcinogenic harms to health in the workplace would only be plausible to explain men's cancers. Which elements are used to undermine the professional etiology in the explication of women's cancers? Are we taking into account concrete, empirical and contextualized differences or is it a differentiation process, constructed in a *visibilization/invisibilization* interplay of men's and women's work?

This research is primarily based on data originating from the over ten years of existence of GISCOP93, which documents expositions to carcinogenic substances in professional records of women and men suffering from cancer. The second field survey, rather than focussing on sick people, is about women working in industries reputed to mainly employ women and where chemicals and well-known toxic substances are used daily. It is from these two entries – sickness and work – that this thesis studies how women are being part of the evolution of division of labour and risks.

This thesis claims that women are affected by an *invisibilization* phenomenon of the carcinogenic harms to their health in the workplace. The processes of differentiation between men and women are (re)producing themselves at macro, meso and microsocial levels; they are present in the construction of knowledge, in the production of conditions for recognition of the occupational disease, in social mobilisations and in the subjective relation between the individuals and their work and risks. Women are over-*visibilized* in naturalistic explications and *invisibilized* in their accomplishment as social actors. Therefore, the toxic risks that women suffer is a question left un-thought, whether it be by researchers, by politics and prevention and compensation of occupational disease professionals, or by women workers themselves.

Keywords : women ; health in workplace ; cancers ; professional records ; gender relations, class relations ; invisibilization ; cosmetic industry

Resumo

Esta tese estuda as condições de trabalho das mulheres na França com o objetivo de analisar a complexidade de estabelecer vínculos entre estas condições e o desenvolvimento de alguns tipos de câncer. Para tal, é necessário compreender o modo como as diferenças biológicas e culturais servem de argumento para explicar as particularidades femininas face ao câncer. Desta forma, a partir de uma abordagem analítica da divisão sexual do trabalho esta pesquisa questiona a hipótese de que as agressões à saúde no trabalho só seriam plausíveis para explicar a origem dos cânceres sofridos pelos homens. Ou seja, a partir de quais elementos invalida-se a hipótese de uma etiologia profissional na explicação dos cânceres dos quais sofrem as mulheres? Trata-se de diferenças concretas, empíricas e contextualizadas ou de um processo de diferenciação através de um jogo de *visibilização/ invisibilização* do trabalho de homens e de mulheres?

O primeiro estudo de campo apoiou-se nos conhecimentos acumulados ao longo de dez anos de existência do GISCOP93 sobre as exposições aos riscos cancerígenos em trajetórias profissionais de homens e de mulheres vítimas de câncer. A segunda pesquisa de campo dedicou-se não mais a pessoas doentes, mas as trabalhadoras de uma indústria conhecida tanto por empregar tradicionalmente mulheres, quanto por utilizar, cotidianamente, entre suas matérias primas, substâncias químicas, sendo algumas tóxicas. Assim, é a partir de duas entradas distintas – pela doença e pelo trabalho – que esta pesquisa estuda a inserção das mulheres na evolução da divisão do trabalho e suas consequências em termos de divisão de riscos.

Esta tese defende a idéia da existência de um fenômeno de invisibilização de mulheres, o qual se reproduz nos níveis macro, meso e micro-social; no nível da construção dos conhecimentos; da produção de condições para o reconhecimento da doença profissional; no nível das mobilizações sociais, bem como no nível da relação subjetiva dos/as trabalhadores/as quanto ao trabalho e aos seus riscos. As mulheres são visibilizadas, sobretudo, por explicações de tendência naturalistas e invisibilizadas pelo que elas realizam enquanto atrizes/sujeitos sociais. Consequentemente, a tese abordou a dificuldade que os pesquisadores, profissionais responsáveis da prevenção e indenização das doenças profissionais, e até mesmo as trabalhadoras, têm em pensar a questão dos riscos tóxicos vividos pelas mulheres em seus trabalhos.

Palavras-chave: mulheres, saúde do trabalho; câncer ; trajetórias profissionais ; relações sociais de sexo e de classe; invisibilização; indústria do cosmético.

Table des matières

Remerciements	9
Résumé	13
Abstract	15
Resumo	16
Table des matières	19
- Introduction générale -	27
La relation entre cancer et travail, une hypothèse qui ne se poserait pas pour les femmes .	30
Le caractère dichotomique du processus de mise en (in)visibilité des cancers professionnels, au soubassement de l' <i>invisibilisation</i> des atteintes cancérogènes au travail des femmes.	32
Les terrains et quelques éléments sur les méthodes d'enquête	38
La thèse soutenue et ses grandes lignes	41
- Partie I - De l'invisibilité du travail des femmes aux paradoxes autour de la progression de certains cancers chez les femmes. <i>Poser des indices</i>	43
- Chapitre 1 - Penser le travail des femmes à la lumière de sa division sociale et sexuelle.....	47
1.1 - Quelques points à propos des femmes sur le marché du travail en France.....	48
1.1.1 - Un travail contre un salaire	49
1.1.2 - Des bébés oui, mais un emploi aussi	51
1.1.3 - Des femmes actives, mais pas n'importe où.	53
1.2 - Le travail dans la production des inégalités sociales entre hommes et femmes	57
1.3 - De la réécriture de l'histoire du travail des femmes à la problématique de son invisibilité.....	59
1.4 - Un cadre théorique pour penser le sexe du travail	63
1.4.1 - La dynamique de formation des catégories	65
1.4.2 - Le travail des « femmes », n'est pas nécessairement un travail « féminin ».....	66
1.4.3 - Du cadre théorique à d'autres perspectives analytiques	69
Conclusion du chapitre 1	70
- Chapitre 2 - Rapporter l'état de santé des femmes à leur travail : quels défis !?.....	73
2.1 - Un cadre pour penser l'anatomie politique du cancer	74

2.1.1 - Le cancer en tant que « processus de cancérisation »	77
2.1.2 - La face politique de l'étiologie (l'étude des causes) du cancer	78
2.1.3 - Les paradoxes qui dévoilent les anatomies politiques du cancer.....	84
2.2 - De la division du travail entre les sexes à l' <i>invisibilisation</i> du travail dans le processus de cancérisation des femmes	94
2.2.1 - Les écarts de santé à partir d'une approche par des inégalités sociales « asexuées ».....	98
2.2.2 - L'approche de la division sexuelle du travail comme catégorie « fixiste ».....	102
2.2.3 - L'approche analytique de la division sexuelle du travail.....	108
Conclusion du chapitre 2.....	114
- Chapitre 3 - Des luttes (des) ouvrières contre les poisons au travail à la gestion des corps atteints par le travail	117
3.1 - Les luttes (des) ouvrières ou l'enjeu des connaissances subjectives au travail	119
3.1.1 - De l'expérience corporelle du travail et des savoirs constitués par les travailleuses à la « <i>visibilisation</i> » des liens entre travail et santé	120
3.2 - La gestion des corps atteints par le travail ou les rapports de force autour de l'enjeu de la reconnaissance.....	135
3.2.1 - L'acceptation du risque professionnel aux fondements d'un système pour réparer l'« inévitable ».....	135
3.2.2 - Reconnaissance et indemnisation des cancers d'origine professionnelle aux dépend d'un statut à conquérir.....	137
Conclusion du chapitre 3.....	153
- Partie II - Quand le cancer conduit à interroger le rôle du travail dans la construction de la santé. <i>Une entrée par la maladie</i>	157
- Chapitre 4 - Penser la dimension de genre du cancer d'origine professionnelle	159
4.1 - Le GISCOP93, un dispositif de recherche et action à partir de « l'événement sentinelle » cancer.	159
4.2 - Ce qu'on voit à partir de l'enquête sur l'origine professionnelle du cancer auprès des hommes et des femmes.	161
4.2.1 - Une cohorte constituée à plus de 80% d'hommes	162
4.2.2 - Les femmes, moins consentantes à participer à l'enquête ?	163
4.2.3 - Des reconstitutions de parcours à des taux équivalents pour les deux sexes.....	165
4.2.4 - Les femmes moins exposées que les hommes ?	166

4.2.5 - Les expositions vécues par les femmes sont-elles moins susceptibles d'ouvrir accès à la déclaration en maladie professionnelle ?	167
4.2.6 - Les femmes déclarent-elles moins leur cancer ?.....	167
4.2.7 - La reconnaissance d'un cancer comme maladie professionnelle concerne surtout des hommes	168
4.3 - La corrélation entre la <i>Division Sexuelle du Travail</i> et la connaissance des expositions. A partir des études de cas.	169
4.3.1 - La méthodologie de l'analyse comparative et études de cas	171
4.3.2 - L'entreprise d'abrasifs	173
4.3.3 - L'entreprise de développement photo.....	182
4.3.4 - L'entreprise de cosmétique et parfumerie.....	188
Conclusion du chapitre 4.....	192
- Chapitre 5 - Donner à voir le travail des femmes atteintes d'un cancer	197
5.1 - Eléments méthodologiques	198
5.1.1 - L'analyse des entretiens	198
5.1.2 - Descriptif de l'ensemble de l'échantillon	198
5.1.3 - Effet d'ombre et de lumière ou deux catégories d'analyse centrales.....	199
5.2 - Les « femmes exposées » ou le déclenchement d'un processus vers une mise en visibilité des situations de travail exposantes.....	201
5.2.1. - Les 15 cancérogènes en question.....	202
5.2.2 - La poly-exposition	205
5.2.3 - Les « femmes avec Certificat Médical Initial (CMI) ».....	207
5.2.4 - -Les « femmes sans Certificat Médical Initial (CMI) »	213
5.2.5 - Les « femmes déclarantes »	222
5.2.6 - Les « femmes non déclarantes »	224
5.2.7 - Les « femmes reconnues »	225
5.2.8 - Les « femmes non reconnues »	227
5.2.9 - Situation inconnue	228
5.3 - Les « femmes non exposées » ou dans des situations de risques professionnels méconnus.....	228
5.3.1 - Les plus jeunes.....	228
5.3.2 - Des femmes dans les écoles et les bureaux.....	229
Conclusion du chapitre 5.....	230

- Chapitre 6 - Le cancer au croisement des parcours de vie des femmes.....	235
6.1 - Le cancer au fil des âges : un événement sentinelle trop souvent associé au vieillissement.....	241
6.2 - Une génération de travailleuses atteintes d'un cancer	243
6.2.1 - L'entrée dans le monde du travail.....	244
6.2.2 - Filles des classes populaires.....	246
6.2.3 - De plus en plus d'employé-e-s.....	247
6.3 - Le « sens » et le non-sens de la trajectoire professionnelle pour éclairer la fin ou la continuité des expositions aux cancérogènes	250
6.3.1 - Ascension sociale supposée, auto-surexploitation accrue et continuité des expositions aux cancérogènes : l'exemple d'une employée chauffeur-taxi devenue artisane chauffeur-taxi.....	253
6.3.2 - L'aménagement des postes de travail : pour le meilleur et pour le pire	255
6.4 - Les interruptions dans leurs parcours professionnels : spécificité féminine ou pratiques sociales des femmes selon des contextes spécifiques ?.....	258
6.4.1 - Un parcours sans interruption	263
6.4.2 - Les interruptions motivées par l'arrivée des enfants	264
6.4.3 - Les femmes qui à un moment donné ont privilégié les carrières de leur mari ...	267
6.4.4 - Le contexte des interruptions liées à des raisons de santé	268
6.4.5 - Le chômage.....	270
6.4.6 - L'immigration (guerre ou regroupement familial)	271
6.5 - Le chemin vers un renouement avec le travail.....	272
6.5.1 - Après le divorce	272
6.5.2 - Le malheur et le bonheur au travail	273
6.6 - Les relations entre interruptions, durée des parcours/expositions et mise en (in)visibilité des risques cancérogènes.....	273
6.6.1 - Un parcours professionnel court	275
6.6.2 - Un parcours professionnel long de 44 ans	277
6.7 - La perception des risques et des dangers à partir des lieux de travail	279
6.7.1 - À la maison	281
6.7.2 - À l'usine.....	286
6.7.3 - Dans la rue	289
6.7.4 - Le bureau et le contact avec le public.....	290

Conclusion du chapitre 6.....	292
- Partie III - Le rôle de l'organisation du travail dans le processus d' <i>invisibilisation</i> des problèmes de santé des travailleuses. <i>Une entrée par le travail</i>	297
- Chapitre 7 - Quelques éléments sur l'évolution du travail dans des industries de la beauté.....	299
7.1 - Quelques éléments historiques sur la branche cosmétique et parfumerie.....	299
7.2 - Des pratiques paternalistes au <i>lean management</i>	310
7.3 - Une branche à forte concentration féminine dans un secteur à forte division sexuelle du travail.....	316
7.4 - Entre les normes et la normalité : la prise en compte des questions de santé au travail dans l'usine de la cosmétique et de la parfumerie française	323
Conclusion du chapitre 7.....	333
- Chapitre 8 - Des ouvrières au service de la beauté : entre incarnation de la beauté et désincarnation des risques toxiques	335
8.1 - De l'injonction d'une norme de féminité et de beauté à la désincarnation des risques toxiques, au croisement des rapports sociaux de classe et de sexe	339
8.1.1 - Le rôle de l'industrie de la beauté dans la promotion des normes corporelles et comportementales.....	340
8.1.2 - Le rôle de l'idéalisation du travail dans la désincarnation des risques : une hypothèse à envisager.....	344
8.2 - Des « bruits qui courent » à l'alerte : la relation entre les reconfigurations de la division sexuelle du travail et la perception des risques dans l'usine de la cosmétique	353
8.2.1 - Le cas des fabricantes : un exemple emblématique du rôle de la promotion de l'égalité professionnelle dans l'« <i>invisibilisation</i> » des risques toxiques.....	359
8.2.2 - L'intérêt de savoir que le corps est également un véhicule de risques toxiques.	365
8.2.3 - Le secret industriel ou le droit de l'employeur de maintenir les salarié-e-s dans l'ignorance quant aux molécules chimiques utilisées dans la production.....	367
8.2.4 - L'amiante : un danger présent, ignoré et oublié	369
8.2.5 - Les conditionneuses, un poste de travail à l'abri des expositions aux risques chimiques ?.....	372
8.2.6 - La relation entre la « double institutionnalisation de l'instabilité » et l' <i>invisibilisation</i> des risques différés dans le temps	379

8.2.7 - De la perception des risques à l'action : les exemples de luttes pour la mise en « visibilité » des conséquences des expositions professionnelles aux substances toxiques pour la santé	383
Conclusion du chapitre 8.....	390
Conclusion générale	395
I - Des pratiques sociales susceptibles de participer à la production-reproduction de l' <i>invisibilisation</i> du rôle du travail dans la cancérisation des femmes.	400
II - Des pratiques sociales susceptibles de rompre avec le processus d' <i>invisibilisation</i> du rôle du travail dans la cancérisation des femmes	405
BIBLIOGRAPHIE	413
Liste des principaux sigles et acronymes	439
ANNEXES	441
Annexe 1 : « Les grandes lignes de l'enquête permanente du GISCOP93. ».....	441
Annexe 2 : Tableau – Pourcentage de femmes parmi la population active en Europe (1983-2009).....	443
Annexe 3 : Tableau - Taux d'activité selon le sexe et la configuration familiale en 2014, en %	444
Annexe 4 : Résumé - Colette Guillaumin (1978) « Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes ».....	445
Annexe 5 : « Maladie professionnelle : démarches à effectuer ».....	447
Annexe 6 : « Formulaire type de déclaration en Maladie professionnelle ».....	448
Annexe 7 : « Graphique élaboré par la Commission Diricq, rapport sur la sous-déclaration (2011 : 88) ».	450
Annexe 8 : « Les tableaux de maladies professionnelles du régime général reconnaissant les cancers »	451
Annexe 9 : « Tableau Echantillon GISCOP93 ».....	467
Annexe 10 : « Représentation graphique du parcours professionnel de Mme. Ot ».....	470
Annexe 11 : « Représentation graphique du parcours professionnel de Mme. Ce ».	471
Annexe 12 : « Produits ménagers contenant de l'amiante. »	472
Annexe 13 : « Echantillon terrain cosmétique et parfumerie. ».....	473
Annexe 14 : « Statistiques de la Commission Nationale Parité dans l'Emploi ».....	474
Annexe 15 : « Femmes dans la chimie et structures syndicales, 1972 ».....	475
Annexe 16 : « Photos de travailleuses d'usines de cosmétiques et de parfums ».	476

Annexe 17 : « Fiche Métier d'Opérateur-trice de fabrication »	477
Annexe 18 : « Fiche Métier Conducteur-trice d'équipement de fabrication ».....	478
Annexe 19 : « Apprenez à décrypter les nouveaux pictogrammes de danger (INRS) ».	479

- Introduction générale -

Dans cette thèse nous nous intéressons aux conditions de travail des femmes en France et à la difficulté qui consiste à tenir compte des éventuels liens entre ces premières et le développement des certains cancers. Ce que nous amène à nous intéresser à la façon dont les différences biologiques et culturelles entre hommes et femmes sont avancées afin d'expliquer leurs particularités face au cancer.

Cette question est d'autant plus importante que ces différences entre hommes et femmes face au cancer viennent caractériser un « nouveau schéma épidémiologique » (Aïach, 2001), marqué par leurs différences paradoxales face à la mort et à la maladie¹. Ce paradoxe dont il est question concerne l'avantage de la longévité du « groupe social exploité et dominé » des femmes sur celui des « dominants » hommes – soit un écart de 8,2 ans dans l'espérance de vie en faveur des femmes à la fin des années 1990 (*Ibidem*).

Nous soulignons néanmoins que ce « schéma épidémiologique » semble être mouvant et dynamique, de manière à ce que cette paradoxale surmortalité des hommes ne se traduise pas en une constance. Cela peut être observé tant dans un passé lointain que plus récemment. Par exemple, c'est face à une médecine impuissante dans la France du XIX^e siècle et jusqu'au milieu du XX^e siècle que les maladies épidémiques et infectieuses s'imposaient de manière égale à toutes les catégories sociales comme principales causes de mortalité. Toutefois, durant cette période, un excès de mortalité était cependant remarqué du côté des jeunes femmes âgées entre 5 à 25 ans².

Pour ce qui est de l'histoire plus récente, d'après des données INSEE³ nous pouvons constater que l'écart entre l'espérance de vie des hommes et de femmes n'a pas cessé de diminuer depuis les années 1990 : il était de 8,2 ans en 1994, de 7,1 ans en 2003 et de 6,3 ans

¹ En référence au titre du chapitre de Pierre Aïach : « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales » (Aïach, 2001).

² Ce que certains auteurs expliquent comme résultant de la situation défavorable des femmes face à la mort en raison des complications liées aux grossesses et à d'autres problèmes de la sphère gynécologique (Aïach, 2001), d'autres n'ont pas hésité à le relier par ailleurs à leur « rôle secondaire de soumission et de dépendance, à la volonté de l'homme » (Tabutin, 1978 : 137, cité par Cousteaux, 2011 : 101), ainsi qu'à leur assignation au travail de soin (qui les expose aux maladies), à la malnutrition (conséquence d'une ration alimentaire plus garnie pour garçons et hommes), ainsi qu'à la dureté de certains travaux (comme dans les champs) et des conditions de vie et d'hygiène précaires pour une grande majorité d'entre elles (Vidal, 1980, cité par Cousteaux, 2011 : 101).

³ Données de 2013, accessibles sur : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=4153#sommaire.

en 2013. Ainsi, il nous semble moins pertinent d'affirmer l'existence d'un avantage des femmes par rapport aux hommes face à la mort que de s'intéresser à la dynamique de ce phénomène. Cela d'autant plus que des telles affirmations ont tendance à renforcer des *a priori* essentialistes sur une « nature » propre aux femmes ou aux hommes.

En ce sens, les grandes transformations sociales au niveau des conditions de vie et de travail, induites par l'avancée des sociétés occidentales dans un mouvement d'industrialisation et d'urbanisation, ont sans doute impacté ce schéma épidémiologique caractérisé par les différences de mortalité entre hommes et femmes. Au cours du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, les progrès de la médecine au niveau curatif et thérapeutique ont contribué à ce que les maladies épidémiques et infectieuses perdent de leur létalité, laissant graduellement la place aux maladies dégénératives et chroniques dans des sociétés de plus en plus vieillissantes.

C'est dans cette suite historique que le cancer s'impose depuis comme l'une des maladies qui n'a pas cessé d'évoluer tant en termes d'incidence que de mortalité. Selon certaines statistiques, la part du cancer dans la mortalité serait passée de 4,4% en 1906 à 32,3% en 1996 (Picheral, 2000 cité par Aïach, 2001). Dans les années 1980 le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en France était de l'ordre de 150 000. D'après l'Institut National du Cancer (INCa, 2015), actuellement ce chiffre est passé à 355 000 personnes diagnostiquées chaque année (200 000 hommes et 155 000 femmes), cela avec un nombre de décès par cancer estimé à 148 000 (85 000 hommes et 63 000 femmes) en 2012. Ainsi, il s'agit bien d'une épidémie⁴ d'ampleur mondiale (environ 14 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès en 2012) et dont le nombre de nouveaux cas devrait augmenter d'environ 70% au cours des vingt prochaines années.

Cette constance dans la progression du nombre de victimes laisse cependant place à certaines variations quant à l'impact du cancer selon les pays, mais aussi selon le sexe des personnes atteintes.

Ainsi ce sont dans les pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique Centrale et d'Amérique Latine que sont concentrées les plus fortes proportions de nouveaux cas de cancer (plus de 60%). Ceci n'exclut pas que cette maladie fasse également de nombreuses victimes parmi les puissances économiques mondiales, telles que la France.

⁴ A l'origine, le terme « épidémie » désigne la propagation rapide d'une maladie contagieuse dans une population ; il est également utilisé pour désigner d'autres phénomènes pernicieux se propageant de façon accélérée. On se réfère ainsi à une épidémie de cancers, de suicides, etc.

Parmi la population mondiale de sexe masculin ce sont les cancers du poumon, de la prostate, du côlon-rectum, de l'estomac et du foie qui ont le plus souvent été diagnostiqués en 2012 (OMS, 2014). Dans la population française de sexe masculin, c'est plutôt la prostate (56 840 nouveaux cas estimés en 2012) qui s'impose comme principale localisation en termes d'incidence, suivi du poumon (28 200 cas) et du côlon-rectum (23 200 cas)⁵.

Dans la population mondiale de sexe féminin, ce sont les cancers du sein, du côlon-rectum, du col de l'utérus et de l'estomac qui ont la plus forte incidence en 2012 (OMS, 2014). En France, c'est également le cancer du sein (48 800 nouveaux cas en 2012) qui est le plus fréquent parmi les femmes, devant le cancer colorectal (18 920 cas) et le cancer du poumon (11 300 cas)⁶.

Dans le monde entier, c'est le cancer du poumon qui fait le plus de morts (1,59 million de décès), suivi du cancer du foie (745 000 décès) et de l'estomac (723 000 décès)⁷. En France c'est également le cancer du poumon le premier responsable des décès par cancer parmi les hommes (21 300 décès), suivi du cancer colorectal (9 300 décès) et du cancer de la prostate (8 900 décès). Chez les femmes c'est tout d'abord le cancer du sein qui fait le plus grand nombre de victimes mortelles (11 900 décès), suivi du cancer du poumon (8 600 décès) et du cancer colorectal (8 400 décès)⁸.

Les statistiques sur l'incidence et la mortalité par cancer en France permettent dès lors de rendre compte des écarts selon des facteurs d'ordre économique et relatifs aux contextes nationaux et régionaux, mais également selon des facteurs anatomiques relatifs au sexe des personnes atteintes⁹.

Il reste que parmi les causes à l'origine de l'épidémie de cancer, ce sont les comportements individuels qui sont les plus souvent pointés du doigt. On estime ainsi que les risques comportementaux et alimentaires (un indice élevé de masse corporelle, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation d'alcool) seraient à l'origine de 30% des décès par cancer. Parmi ces risques, le seul tabagisme serait à l'origine de 20% des décès, occasionnant près de 70% des décès dus au seul cancer du poumon (OMS, op.cit.).

⁵ Données épidémiologiques avancées par l'INCa (2014).

⁶ Données INCa (2015).

⁷ OMS, op. cit.

⁸ Données INCa (2015).

⁹ Pour la France cette idée est bien illustrée dans l'« Atlas de la mortalité par cancer en France Métropolitaine. Evolution 1970-2004 » (INCa, 2008).

Or, tenir l'hygiène de vie des populations comme principale responsable de l'épidémie de cancer sans prendre en compte les conditions matérielles dont ces populations disposent afin d'effectivement mieux vivre nous semble assez réductionniste comme démarche. C'est ce que nous montre par ailleurs les différentes études autour de la mortalité différentielle (Desplanques, 1973) ainsi que celles ayant mobilisé l'approche des inégalités sociales¹⁰ (Aïach, 2010 ; Aïach et Fassin, 2004 ; Potvin et al. 2010). D'autres études nous montrent également que, malgré la prédominance des approches mono causales, le cancer s'avère une maladie multifactorielle, à l'origine de laquelle il est impossible de discerner un seul facteur (Lardon, 2014 ; Thébaud-Mony : 2014) et dont la sous-estimation des facteurs environnementaux se révèle un enjeu politico-économique très important et sensible aux pressions des lobbyings industriels (Barbier et Farrachi, 2004 ; Calvez, 2011 ; Sasso, 2001).

Pour l'approche des inégalités sociales, le cancer occupe le premier rang des causes de mortalité au niveau mondial, et constitue donc une des maladies au cœur des inégalités sociales de santé (Aïach, 2010). Au fil des décennies, cette maladie s'est imposée en tant que première cause de mortalité prématurée (soit avant 65 ans) aussi bien pour les hommes que pour les femmes (INCa, 2015). Les travaux en épidémiologie ont montré que pour deux périodes distinctes comprises entre les années 1970 et 1990, le taux de mortalité par cancer a diminué de 20% parmi les cadres et professions intellectuelles, alors que pour les ouvriers et employés la diminution a été d'à peine 1% (Jougla *et al.*, 2000 et 2004, cité par Aïach, 2010). Autrement dit, ce sont les ouvriers, les employés et les plus jeunes qui périssent le plus souvent d'un cancer. Le travail se pose dès lors comme une hypothèse centrale à l'origine de tels écarts.

La relation entre cancer et travail, une hypothèse qui ne se poserait pas pour les femmes

Au niveau de la France, l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) estime qu'entre 4 à 8,5% des nouveaux cancers diagnostiqués chaque année¹¹ auraient une origine professionnelle

¹⁰ Une approche moins popularisée et plutôt réservée à certains domaines d'expertise - économie, santé publique, sociologie (Pommier et al. 2010),

¹¹ Nous précisons que contrairement à d'autres pays la France ne dispose pas d'un registre du cancer, comptabilisant chaque nouveau cas de cancer diagnostiqué sur l'ensemble de son territoire. Par conséquent, les données épidémiologiques à propos de cette maladie sont sans doute sous-estimées (Cavet et al. 2015).

(Imbernon, 2003)¹². D'après le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) ce pourcentage serait de l'ordre de 4% chez les hommes et de 0,5% chez les femmes (Autier *et al.* 2007). En France l'enquête SUMER a permis d'estimer à 2 370 000 le nombre de travailleurs exposés à au moins un risque cancérigène au cours de leur parcours professionnel. La majeure partie de ces travailleurs (84%) serait du sexe masculin, 70% des ouvriers et 20% des professions intermédiaires de l'industrie et de la santé (Sandret et Guignon, 2005). Comme l'a été suggéré par certaines recherches (EU-OSHA, 2007 ; Messing, 2000 ; Saurel-Cubizolles *et al.* 1996), il n'est pas exclu que la faible proportion de femmes estimée parmi les travailleurs exposés s'explique en partie par le fait que « les expositions des femmes aux cancérigènes en milieu professionnel ont fait l'objet de peu d'investigation » (Messing, 2000 ; Saurel-Cubizolles *et al.* 1996 ; INCa, 2010a).

Cette méconnaissance de la situation des femmes vis-à-vis des risques cancérigènes au travail est d'autant plus à déplorer quand on sait que par ailleurs, les femmes sont encore trop nombreuses à décéder pour des causes considérées comme « évitables »¹³. On estime que des 33 663 décès prématurés féminins, au moins 7 969 auraient pu être évités, principalement ceux attribuables à un cancer du poumon (2 331)¹⁴. En ce sens, le rapport « La santé des femmes en France » avance qu'entre 2000 et 2005, alors que la plupart des causes de mortalité féminine évitable a diminuée de 1 à 38%, le cancer du poumon a enregistré une augmentation de l'ordre de 37% (Danet et Olier, 2010 : 80).

Paradoxalement, alors que c'est chez les femmes que le cancer du poumon (le plus redouté en France comme dans le monde) n'a pas cessé de progresser depuis les années 1980¹⁵, au niveau national¹⁶ c'est toujours sur le seul tabagisme et sur la lutte contre le tabac que les efforts en termes d'explication et de prévention de ce problème se sont concentrés.

¹² Ellen Imbernon (2003) précise que la part des cancers attribuables à des facteurs professionnels serait de l'ordre de 10 à 20 des nouveaux cas de cancers du poumon, de 85% des mésothéliomes, de 2% à 14% des cancers de la vessie, de 7 à 40% des cancers nasosinusiens et de 5% à 18% des leucémies.

¹³ La mortalité évitable est un indicateur complémentaire à celui de la « mortalité prématurée ». Il fait référence à des décès qui auraient pu être évités en réduisant les comportements à risque. Les auteurs soutiennent par le biais de cet indicateur la nécessité de promouvoir le tabagisme et la consommation d'alcool au statut de priorités des politiques de prévention en France. (Péquignot *et al.* 2003).

¹⁴ Suivis des décès dus « au suicide (2 051), à la cirrhose alcoolique ou s.p. (sans précision) du foie (1 268), aux accidents de la circulation (917), aux psychoses alcooliques (434), au cancer des voies aérodigestives supérieures (553), aux chutes accidentelles (238), au cancer de l'œsophage (180) et au sida (177).

¹⁵ Cette tendance est répandue en Europe comme aux Etats-Unis, où le taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes a diminué de 25% entre 1990 et 2006, alors que durant la même période, chez les femmes ce taux a augmenté de 7% (Ben Aissa et Mach, 2012).

¹⁶ Sauf quelques rares exceptions, à exemple de l'Etude CECILE (qui porte sur le cancer du sein), le travail n'est pas mobilisé comme hypothèse explicative de la progression des cancers parmi les femmes.

L'histoire du travail des femmes en France et de leur engagement massif et continu dans le salariat ces 40 dernières années est le plus souvent passée sous silence. Et c'est la division sexuelle du travail, soit le fait qu'hommes et femmes n'occupent pas les mêmes postes sur le marché du travail, qui est évoquée pour justifier ce désintérêt pour le travail comme hypothèse explicative de la progression de ces cancers chez les femmes. Cela parce que ce serait invariablement les travaux réalisés par les hommes qui seraient les plus exposés aux risques cancérogènes.

Le caractère dichotomique du processus de mise en (in)visibilité des cancers professionnels, au soubassement de l'*invisibilisation* des atteintes cancérogènes au travail des femmes.

Compte tenu des éléments que nous venons d'avancer, dans cette thèse nous nous intéressons au cancer en tant que processus, puisant ses origines dans de multiples facteurs. Parmi eux sont compris des éventuelles expositions à des substances et/ou à des procédés cancérogènes ayant eu lieu dans le cadre de l'activité de travail.

C'est notamment dans une perspective de rapports sociaux de sexe que nous tentons de comprendre pourquoi les atteintes à la santé au travail, soit l'hypothèse d'une étiologie professionnelle, sont systématiquement écartées parmi les causes à l'origine des cancers dont souffrent les femmes. C'est à partir de l'enquête réalisée par le Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle (GISCO93)¹⁷ qu'Annie Thébaud-Mony (2008) a pu mettre en avant l'existence d'un triple phénomène œuvrant à l'invisibilité des « cancers professionnels » :

- l'*invisibilité physique* qui résulte de la nature particulière des agents cancérogènes présents en milieu professionnel (plus souvent invisibles, inodores) ;

- l'*ignorance toxique*, soit, l'existence d'un déficit de connaissance sur le potentiel nuisible des nouvelles molécules par rapport à leur volume de production et leur mise sur le marché, et enfin

- l'*invisibilité sociale* qui résulte du déficit de reconnaissance des « cancers professionnels » (statut de maladie professionnelle conféré par la procédure médico-administrative).

¹⁷ La méthodologie du Giscop93 ainsi que plus de précision sur son enquête sont décrits dans le chapitre 4.

C'est dans une perspective de santé publique que l'équipe pluridisciplinaire¹⁸ du GISCOP93 s'intéresse à la maladie comme un « événement sentinelle ». Les analyses autour du cancer ont ainsi permis d'ouvrir l'accès à la « connaissance rétrospective (sur l'exposition professionnelle aux cancérogènes) et [à la] connaissance prospective (sur la reconnaissance en tant que maladie professionnelle), en partant du patient et de son expérience. » (Thébaud-Mony, 2008 : 243). Au long de dix ans d'enquête (2002 à 2012), l'équipe du GISCOP93, en partenariat avec des hôpitaux de la Seine-Saint-Denis et des bénévoles formant un collège d'experts toxicologues, a procédé à la reconstitution de 1110 parcours professionnels (pour 910 hommes et 200 femmes) et à l'identification des expositions aux cancérogènes dans la plupart d'entre eux (934/1110 ; dont 807 des parcours des hommes et 127 des parcours des femmes).

Dans une démarche de recherche-action (Marchand et Rollin, 2015), le GISCOP93 agit également à la préconisation des certificats médicaux initiaux (CMI)¹⁹ et dans l'accompagnement éclairé des personnes exposées dans leur démarche de déclaration et de reconnaissance en maladie professionnelle.

Au fil de différentes étapes de la construction de leur enquête, les chercheur-e-s de GISCOP93 ont permis de rendre compte de la réduction graduelle et significative du nombre de participants et ainsi de mettre en évidence l'existence d'un « phénomène d'entonnoir » qui prend forme depuis :

- 1) le signalement des nouveaux cas de cancer (1506 personnes), en passant par :
- 2) le consentement à participer à l'enquête (1062),
- 3) la reconstitution du parcours professionnel (pour 910 personnes),
- 4) l'identification des éventuelles expositions aux cancérogènes (pour 807 personnes),
- 5) la décision de préconisation d'un CMI (529),
- 6) la déclaration en maladie professionnelle (348) et enfin par
- 7) le résultat de la procédure de reconnaissance (268 cancers professionnels reconnus sur les 348 déclarations faites, et sur 807 personnes pour lesquels des expositions aux cancérogènes avaient été identifiées).

¹⁸ Composée par des sociologues, épidémiologistes, géographes, juristes, psychologues du travail, toxicologues, médecins du travail, ingénieurs chimistes, etc.

¹⁹ Document relevant l'hypothèse d'une étiologie professionnelle, dont la rédaction est à charge d'un médecin. Il doit être remis au patient-e qui peut dès lors avoir accès à la procédure de déclaration en maladie professionnelle en vue d'une éventuelle reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie, ici en occurrence, le cancer.

Par ailleurs, force est de constater que, malgré un protocole de recrutement qui vise à inclure dans l'enquête tous les nouveaux cas de cancers enregistrés dans les services hospitaliers partenaires, sans distinction entre les sexes, les hommes représentent 80% des cas signalés à l'équipe GISCOP93 depuis ses débuts en 2002. Les ouvriers (qualifiés ou non qualifiés) en représentent 65% des cas, dont trois quart ayant connu des parcours professionnels discontinus sans gains de qualification (Thébaud-Mony, 2008). En dépit de ce déséquilibre des sexes dans la population recrutée, l'enquête du GISCOP93 offre une opportunité unique qui donne à voir des situations concrètes de femmes vis-à-vis d'éventuelles expositions aux cancérogènes au travail.²⁰

Cela est d'autant plus vrai que les statistiques de la sécurité sociale ne permettent pas une approche par genre sur la question. Ces statistiques ne désignent les maladies professionnelles reconnues qu'en référence à un tableau²¹ ou à un syndrome²², et pour les seul-e-s salarié-e-s assuré-e-s par le régime général.

Contrairement à cela, l'enquête du GISCOP93 nous permet de constater que le « phénomène d'entonnoir » existe aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Néanmoins, c'est pour les femmes que le cheminement vers la mise en visibilité des atteintes cancérogènes à la santé au travail (notamment par le biais de la reconnaissance du cancer en MP) est davantage resserré. D'une part les expositions aux cancérogènes sont moins souvent identifiées dans les parcours des femmes que dans ceux des hommes (respectivement 63,5% contre 88,7%). D'autre part, ce sont les expositions identifiées dans les parcours des femmes qui ouvrent moins souvent accès à la procédure de déclaration en maladie professionnelle (respectivement 27,5% contre 65,5%). Au final les femmes, qui déjà déclarent moins (57% contre environ 66% des hommes), sont aussi proportionnellement moins reconnues par la procédure de la sécurité sociale par rapport aux hommes (50% contre 77% de cas reconnus parmi les hommes). Autrement dit, les femmes accèdent moins que les hommes au statut du « cancer professionnel », c'est-à-dire le cancer qui a obtenu la thèse de l'étiologie professionnelle reconnue, suite à une procédure (médico-administrative) auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et qui confère par-là certains droits à la personne malade.

²⁰ Voir l'annexe 1 : « Les grandes lignes de l'enquête permanente du GISCOP93. »

²¹ Cela même quand un tableau de maladie professionnelle peut désigner différents syndromes.

²² Cela sans préciser le sexe des personnes reconnues.

Forte de ces éléments, c'est dès le départ que notre démarche s'est voulue compréhensive et non causale, à l'instar de la démarche épidémiologique (Dortier, 1998). Il n'est pas question pour nous de prouver la thèse de l'étiologie professionnelle des cancers dont souffraient ces femmes. Nous précisons de nouveau que notre recherche vise à comprendre pourquoi l'hypothèse de l'existence des atteintes cancérogènes à la santé au travail ne serait plausible que pour expliquer l'origine des cancers dont souffrent des hommes ? A partir de quels éléments invalide-t-on l'hypothèse d'une étiologie professionnelle dans l'explication des cancers dont souffrent des femmes ? S'appuie-t-on sur des différences concrètes, empiriques et contextualisées ou assiste-t-on plutôt à un processus de différenciation construit par un jeu de mise en *visibilisation/invisibilisation* entre hommes et femmes au travail ?

C'est depuis ce constat de l'existence d'un phénomène d'invisibilité des risques et atteintes cancérogènes à la santé au travail (Thébaud-Mony, 2005 et 2008) ainsi que de la variabilité du phénomène d'entonnoir dans l'enquête du GISCOP93 selon le sexe que nous avons pu formuler notre hypothèse de départ. Celle de la mise en (in)visibilité des risques et atteintes cancérogènes à la santé au travail en tant que construction différenciée selon le sexe.

La situation des femmes nous suggère l'existence d'un stade antérieur à celui où il est possible de remarquer ce phénomène d'invisibilité des cancers professionnels. Autrement dit, les catégories faisant partie du champ des possibles « cancers professionnels » n'ont pas toujours existé. Nous avons ainsi décidé d'enquêter sur l'existence de ce phénomène particulier aux femmes, que nous avons appelé l'« *invisibilisation* ».

Comme le rappellent Margaret Maruani et Monique Meron, ce que les recherches donnent à voir, tout comme ce qu'elles laissent dans l'ombre, relève des choix méthodologiques et des outils conceptuels et analytiques mobilisés.

On le sait mais on l'oublie trop souvent : l'observation est indissociable de la façon d'observer, la mesure, inséparable de l'instrument de mesure. Or le regard dépend du contexte, des valeurs et des représentations du moment ; les définitions et les classements utilisés vont opérer comme autant de filtres pour mettre en lumière certains aspects de la réalité et en laisser d'autres dans l'ombre. (Maruani & Meron, 2012 : 11)

C'est en ce sens que notre réflexion se porte tout d'abord sur le rôle de la production des connaissances dans le soubassement d'un processus dichotomique de mise en (in)visibilité des cancers professionnels. C'est-à-dire qu'il nous est devenu essentiel de tenir compte du fait que la production de connaissances permet de mettre en lumière des situations et des

catégories jusque-là invisibles, cela tout en laissant inévitablement dans l'ombre d'autres situations et catégories.

Pour rendre compte de ce phénomène dichotomique, il nous semble nécessaire de s'intéresser autant à la connaissance (en tant que produit), qu'à son processus de production. De ce fait, un autre angle important pour penser la dichotomie de la notion d'*invisibilisation* nous semble être celui des acteur-ice-s, ouvrant à la production des connaissances. Si le regard, les représentations varient et que les définitions et classements prennent la forme de filtres (Cf. citation *supra*), il convient de tenir compte des acteur-ice-s à l'origine de ces paramétrages. Sans avoir l'intention d'entreprendre une démarche digne des *science studies*, nous ne nous empêchons pas pour autant de tenir compte de ces idées lors de notre réflexion. La notion d'*invisibilisation* que nous nous efforçons de développer s'inspire ainsi autant des propriétés physico-optiques du phénomène de la réflexion²³ qui nous permet de voir, que des propriétés sociologiques du processus de réflexion qui nous permet de savoir, de connaître.

Alors, si en ce qui concerne les propriétés physico-optiques de la réflexion nous nous contentons de rester sur un plan analogique²⁴, c'est sur ses propriétés sociologiques que nous nous lançons des défis. En somme, nous tentons de comprendre comment un outil conceptuel tel que la division sexuelle du travail (Kergoat, 2000) peut servir à justifier le fait qu'on ne s'intéresse pas au rôle du travail dans la survenue du cancer dès qu'il s'agit des situations des femmes ? Cette question nous amène à établir la distinction entre des approches plus analytiques ou plus stéréotypiques du cadre conceptuel de la division sexuelle du travail dans les recherches. La lecture de Nicole Claude Mathieu (1991) quant à l'*androcentrisme de la recherche* nous inspire beaucoup en ce sens. D'après Mathieu, les principaux mécanismes de cet *androcentrisme* consistent à la « sur-visibilisation des femmes par les explications à tendance naturaliste, et à leur *invisibilisation* » en tant qu'actrices sociales (Mathieu, 1991 : 83).

C'est aussi à partir de l'enquête du GISCO93 que nous rendons compte d'un autre élément permettant de prolonger notre réflexion sur l'aspect dichotomique de la notion d'*invisibilisation*. Il est à noter qu'en raison d'une meilleure collaboration avec un service d'oncologie en particulier, la cohorte de l'enquête a surtout été composée par des cas de

²³ « Dans le domaine de la physique, la réflexion (du latin *reflexio*) est le changement de direction d'un rayon ou d'une onde qui a lieu à la surface de séparation entre deux milieux, afin de revenir au milieu initial. » ([Définition de réflexion de la lumière - Concept et Sens http://lesdefinitions.fr/reflexion-de-la-lumiere](http://lesdefinitions.fr/reflexion-de-la-lumiere)).

²⁴ C'est-à-dire, en faisant le rapprochement entre le phénomène de réflexion et le processus de production des connaissances. Cela notamment à partir de l'idée que l'éclairage de zones déterminées est indissociable de la production d'un effet d'ombre sur d'autres zones.

cancers du poumon. Cela nous conduit à intégrer l'aspect anatomique à notre analyse. Ainsi, le fait que certaines localisations puissent représenter des organes spécifiques aux anatomies des hommes ou des femmes, ou alors des organes communs à ces deux anatomies nous a semblé une entrée indispensable à traiter. Cela d'autant plus que les discours sur l'étiologie de ces cancers sont eux aussi variables selon la connotation de genre rattachée aux différentes localisations tumorales. En ce sens, nous nous efforçons de comprendre les raisons de cette variabilité. S'agit-il vraiment de différences entre hommes et femmes vis-à-vis du cancer professionnel ou alors de logiques d'une construction sociale et historique obéissant davantage à une dynamique de naturalisation, différenciation (Mathieu, 1973)²⁵ ?

A partir de ces questionnements, nous avons profité de l'accès aux connaissances accumulées par GISCOP93 sur les expositions aux cancérogènes dans les parcours professionnels des personnes atteintes de cancers afin de connaître davantage la situation des femmes vis-à-vis des cancers professionnels, y compris à partir des situations concrètes lors des rencontres avec des femmes malades. Cette expérience constitue notre premier terrain d'investigation. Suite à ce terrain, nous avons décidé d'en étudier un autre, cette fois dans un secteur de l'industrie chimique et une branche en particulier, la cosmétique et parfumerie.

Au fil de ces terrains, c'est la relation entre la division sexuelle du travail et l'invisibilité des risques cancérogènes pour les femmes qui semblait se confirmer. Plus les travaux réalisés par les femmes correspondent à des travaux traditionnellement réservés aux femmes, plus il est difficile de mettre en évidence les expositions aux risques cancérogènes.

Un autre niveau d'analyse que nous privilégions concerne le système en charge de la reconnaissance et de la réparation des maladies professionnelles. Il nous semble important de comprendre si ce système et ces acteur-ice-s participent aussi à la construction des différenciations entre hommes et femmes vis-à-vis du cancer professionnel et dans quelle mesure.

Enfin, nous portons également une attention particulière au rôle joué par les travailleuses elles-mêmes. Il nous semble important de tenter de comprendre dans quelle mesure, en tant que femmes mais aussi en tant que travailleuses, dans leur rapport subjectif mais aussi collectif, ne prendraient-elles pas part à la reproduction de l'*invisibilisation* du rôle du travail dans la survenue des cancers dont certaines souffrent ?

²⁵ Contrairement à la connotation de nature ou de naturalité induite par le terme « différence », le terme différenciation connote non seulement l'idée de séparation mais aussi celle d'hierarchisation (voir chapitre 1).

Les terrains et quelques éléments sur les méthodes d'enquête

Comme nous l'avons dit, notre premier terrain s'est construit à partir de l'expérience du GISCOP93. Comme dans sa méthodologie, où le cancer joue le rôle d'évènement sentinelle (Thébaud-Mony, 2006 et 2008), cette étape de notre recherche est perçue comme « une entrée par la maladie »²⁶. C'est par le biais du cancer que nous pouvions accéder à des connaissances sur les parcours professionnels de ces femmes et éventuellement mieux comprendre pourquoi, au bout du compte, elles se retrouvaient moins prédisposées que les hommes à avoir leur cancer reconnu en tant que maladie professionnelle.

Cette étape de notre recherche s'est déroulée entre octobre 2010 et septembre 2012 et concerne la période durant laquelle nous avons travaillé au sein de l'équipe du GISCOP3. Elle recoupe le niveau méso-social du département de la Seine-Saint-Denis, dans lequel l'enquête du GISCOP93 ainsi que les quelques services hospitaliers partenaires se situent ; et le niveau microsocial et subjectif des histoires de vie et de travail de ces femmes auxquelles nous nous intéressons. L'expérience des femmes atteintes d'un cancer participant à l'enquête du GISCOP93 constitue ainsi l'objet de ce que deviendra non plus le seul, mais le premier terrain d'enquête de cette thèse.

Dans le cadre de ce premier terrain nous avons : a) mené une pré-enquête auprès des femmes ayant reçu un CMI depuis 2009²⁷ ; b) procédé à une analyse comparative de parcours professionnels de femmes et d'hommes ayant travaillé dans la même entreprise²⁸; c) réalisé la reconstitution de parcours professionnels dans le cadre du poste « enquêtrice » à l'enquête GISCOP93, cela en même temps que nous procédions aux entretiens semi-directifs mobilisant les questions qui nous intéressaient dans le cadre de la thèse, et enfin ; d) élaboré une reconstitution graphique des lignes de vie de quelques femmes que nous avons rencontrées dans le cadre de ce terrain.

Le matériau auquel nous avons pu avoir accès et que nous avons mobilisé lors de ce premier terrain de notre investigation est l'ensemble des pièces composant le dossier des personnes atteintes d'un cancer participant à l'enquête du GISCOP93 :

- Fiche médicale des patients ayant reçu un diagnostic de cancer, transmise par les services hospitaliers partenaires du GISCOP93 dans la Seine-Saint-Denis. Dans ces fiches

²⁶ Sous-titre de la Partie II, dans laquelle nous traitons de ce premier terrain de notre recherche.

²⁷ Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 4 femmes sur 6 dans cette situation. Une partie de notre analyse a pu être restituée dans le cadre d'un article (Paiva, 2012).

²⁸ Trois entreprises au total, avec l'analyse des situations de 6 hommes et 2 femmes pour l'entreprise 1; de 2 femmes et 1 homme pour l'entreprise 2 et de 3 femmes et 1 homme pour l'entreprise 3.

nous disposons des données concernant la date du diagnostic, le type de cancer, sa localisation, son extension, la présence ou non de métastases. Egalement des données personnelles dans le cas où le patient.e a donné son accord pour participer à l'enquête du GISCOP93 : adresse, numéro de téléphone, date de naissance et lieu de naissance (non systématique).

- La reconstitution du parcours professionnel : chaque emploi et poste de travail occupé, les dates de début et fin de chacun, le nom et localisation de l'entreprise, la description des tâches réalisées à chaque période.

Ainsi que des éléments sur :

- Le régime de sécurité sociale (Régime général, MSA, fonction publique, AMPI, Artisan, Commerçant, Profession Libérale et Batellerie / Régime spéciaux, Mines, SNCF, RATP, EDF-GDF, Armée - Marine nationale, Marine marchande, autres) ;

- Le Statut d'Emploi – actif (contrat aidés, stagiaire, CDD, apprentis, intérim, salarié Etat ou collectivités locales, autres salariés, non salarié, demandeur d'emploi) – non actifs (retraité, RMI, invalide, sans profession) ;

- Des éventuelles expositions extra-professionnelles

- Le tabagisme (date de début, date d'arrêt, nombre de cigarettes par jour, calcul du nombre de paquets-année)

- Les rapports de l'expertise toxicologique du GISCOP93 (Evaluation exposition désignant le nom de la substance cancérigène, le nom de l'entreprise/employeur, son code NAF, son code postal, le libellé du poste occupé par le travailleur-se, l'année de début d'exposition, l'année de fin de l'exposition, le score de l'exposition).

- Les lettres envoyées aux travailleur-se-s enquêté-e-s les informant du résultat de l'expertise.

- Quelques éléments concernant le suivi des personnes ayant eu la possibilité de faire la déclaration (date de l'envoi du courrier les informant de leur accès à la déclaration, la date d'envoi du CMI établi par le médecin, le tableau de maladie professionnelle préconisé dans le CMI, la date de la déclaration faite par la personne concernée auprès de la CPAM, la réponse de la CPAM (si reconnu - sur quel tableau, si refus - sur quelles raisons, si en attente).

A cela s'ajoute le matériau au recueil duquel nous avons participé, soit :

- Les entretiens semi-dirigés des personnes atteintes d'un cancer et participant à l'enquête du GISCOP93 entre mars de 2010 et novembre de 2011 (26 femmes et 13 hommes) et nos notes de cahiers de terrain.

Cette première enquête de terrain a ouvert la voie à d'autres questionnements, et avec eux, un deuxième terrain d'enquête. Nous nous sommes ainsi intéressée dans un second temps à la branche de la cosmétique et parfumerie du secteur de l'industrie chimique. Ce second terrain constitue, différemment du premier, « une entrée par le travail ». Ici, il n'était plus question du cancer ou des personnes malades d'un cancer, mais des personnes travaillant dans une industrie réputée pour être à la fois un bastion de travail féminin, et pour son usage quotidien, parmi ses matières premières, de substances chimiques dont certaines notoirement toxiques. L'enquête dans l'industrie de la cosmétique et parfumerie était pour nous dès lors l'occasion de comprendre comment, dans une industrie reconnue par ces deux particularités, la connaissance et la perception du risque cancérogène étaient développées.

Cette seconde enquête de terrain, qui se déroule entre 2012 et 2013, s'intéresse à l'industrie de la cosmétique et parfumerie depuis le niveau macrosocial de son histoire et de l'évolution des conditions de travail, en passant par le niveau méso-social du travail et des manifestations des travailleur-se-s et syndicats de ces industries, et enfin le niveau microsocial de l'expérience subjective et réelle du travail des travailleur-se-s que nous avons rencontré-e-s.

Dans ces usines protégées par le secret industriel, l'entrée s'est avérée très difficile. L'ouverture a néanmoins été possible par le biais des syndicats. Nous avons interviewé plusieurs travailleur-se-s du secteur, militants syndicaux occupant des fonctions dans la Fédération Nationale des Industries Chimiques (FNIC-CGT). C'est grâce à certain-e-s d'entre eux et elles que nous avons pu visiter une usine de la cosmétique et réaliser d'autres entretiens avec quelques ouvrières, mais aussi avec une médecin et une infirmière du travail. Au total, ce terrain comptabilise 22 entretiens, dont 4 ancien-ne-s ouvrier-e-s de la cosmétique et parfumerie, préalablement rencontré-e-s dans le cadre du terrain GISCOPE93²⁹.

Le matériau que nous avons mobilisé compte: a) les entretiens semi-directifs auprès des salarié-e-s en retraite et en activité, représentants syndicaux, médecin du travail, infirmière d'entreprise ; b) des documents d'archive syndical de la chimie (CFDT et CGT) ; c) 2 rapports d'expertise CHSCT ; d) des courriers échangés avec l'INRS ; e) des dossiers GISCOPE93 des ancien-ne-s travailleurs de la cosmétique et parfumerie atteint-e-s d'un cancer que nous avons rencontrés dans le cadre de notre premier terrain ; e) des documents

²⁹ La méthodologie d'enquête développée à chacun des deux terrains est précisée et détaillée dans l'introduction de la Partie II (qui ouvre la restitution de l'enquête du terrain GISCOPE93) et de la Partie III (qui ouvre la restitution de l'enquête dans la cosmétique et parfumerie).

composant le dossier de demande de reconnaissance en maladie professionnelle d'un des travailleur rencontrés.

La thèse soutenue et ses grandes lignes

Au final, cette thèse rend compte des différents éléments qui s'accumulent de façon à rendre difficilement perceptibles les expositions aux risques cancérogènes encourues par des femmes au travail. Les processus de différenciation des hommes et des femmes se (re)produisent aux niveaux macro, méso et microsocial, soit au niveau de la construction de la connaissance, de la production des conditions pour la reconnaissance, mais aussi par la portée des mobilisations sociales, ainsi que par celle des travailleur-se-s dans leur rapport subjectif au travail et aux risques. Cela conduit plus souvent à de la « *sur-visibilisation* des femmes par les explications à tendance naturaliste, et à leur « *invisibilisation* » en tant qu'actrices sociales (Mathieu, op.cit). Par conséquent, c'est la question des risques toxiques encourus par les femmes dans leur travail qui continue à être impensée, impensable, que ce soit par les chercheur-e-s, par les politiques et professionnelles en charge de prévention et de la réparation des maladies professionnelles ou par les travailleuses elles-mêmes.

L'*invisibilisation* des atteintes cancérogènes à la santé des femmes au travail constitue un processus de différenciation selon le sexe, construit autant au niveau macro-méso-microsocial que par des rapports sociaux idéels et matériels (Godelier, 1983), cela parce que son contraire, le processus de *visibilisation*, constitue un enjeu politico-économique majeur.

Cette thèse est constituée de trois parties. La première s'intitule « De l'invisibilité du travail des femmes aux paradoxes autour de la progression de certains cancers féminins ». Elle est composée de trois chapitres dans lesquels nous développons notre cadre théorique et notre problématique à partir de différentes sources bibliographiques, d'où son sous-titre « Poser des indices ». La deuxième partie de ce document s'intitule « Quand le cancer conduit à interroger le rôle du travail dans la construction de la santé ». Cette partie est également composée de trois chapitres, tous portant sur l'enquête auprès des femmes atteintes d'un cancer et construits entre autres à partir des connaissances accumulées par GISCOP93 sur les expositions aux cancérogènes dans les parcours professionnels. La troisième et dernière partie rend compte de notre enquête autour des industries de la cosmétique et parfumerie. Elle est composée de deux chapitres, dont un premier portant plutôt sur des sources bibliographiques et des documents d'archives. Le second chapitre de cette partie et dernier chapitre de cette

thèse avance principalement les résultats de l'enquête de terrain dans une usine de la cosmétique³⁰.

³⁰ Nous donnons plus de détails sur le contenu des chapitres ainsi que sur nos méthodes en introduction de chaque partie.

- Partie I -

De l'invisibilité du travail des femmes aux paradoxes autour de la progression de certains cancers chez les femmes. *Poser des indices*

Plus de quarante ans après les premiers rassemblements du mouvement de libération de femmes, des transformations importantes attestent de la quête pour la réduction des inégalités entre les sexes. Le travail des femmes, s'il a toujours existé, a toutefois gagné en visibilité et reconnaissance avec l'incontestable féminisation du salariat. Il s'agit d'une tendance constatée au sein de différents pays européens avec des taux d'activité féminine s'élevant, selon les particularités nationales, presque à la moitié de la population active.

En France, la maternité a cessé de rimer avec l'arrêt d'activité pour donner place au cumul des activités domestiques et de la vie professionnelle. La progression du niveau de scolarité des femmes a permis leur entrée dans des métiers jusque-là réservés aux hommes, cependant dans une moindre mesure. La moitié de la population active féminine continue de se concentrer dans les mêmes six familles professionnelles qu'il y a quarante ans. La division sociale et sexuelle du travail tente de rendre compte des enjeux de la persistance de cette situation de partage inéquitable des places sur le marché du travail. Le contexte politico-économique (fondé sur la rationalité économique) orienté par le projet d'intégration internationale des marchés impose de nouvelles formes d'organisation du travail pour les hommes et les femmes. Il se caractérise notamment par l'introduction de pratiques flexibles, et, en conséquence, la fragilisation des travailleurs-ses. La concentration d'environ trois quart de la population active dans le secteur tertiaire témoigne en grande partie de cette stratégie d'utilisation de la sous-traitance comme moyen de réduction des coûts de production.

C'est à partir de ce cadre général que nous nous intéressons aux répercussions de ces transformations sur la santé des femmes actives. C'est notamment à partir des paradoxes autour de la progression de certains cas de cancers chez les femmes que nous posons l'hypothèse d'un phénomène d'invisibilité des cancers d'origine professionnelle (Thébaud-Mony, 2008 et 2005) propre aux femmes.

Dans cette première partie de la thèse, nous nous appuyons sur les données statistiques ainsi que sur les analyses qualitatives (dont notamment celles développées par les chercheuses féministes matérialistes) afin de repenser la place des femmes dans la division sociale et sexuelle du travail.

Nous montrons ainsi que la division sociale et sexuelle du travail s'est construite et se reconfigure non pas sur la base des différences (naturelles) entre hommes et femmes, mais sur celle de leur différenciation (construction sociale des différences) - (chapitre 1).

Nous analysons ensuite le cadre spécifique de la maladie cancéreuse. Plus souvent présenté comme la conséquence des comportements individuels, le cancer s'avère le résultat d'un processus d'accumulation des agressions et dysfonctionnements cellulaires qui ont lieu tout au long de la vie. A partir des exemples du cancer du sein et du cancer du poumon, nous montrons que leur étiologie est construite à partir d'une approche anatomo-politique. Le cancer du sein est *survisibilisé* en tant que cancer strictement féminin, et dès lors pensé de façon fataliste comme étant inhérent à la nature des femmes, au détriment de vraies stratégies préventives. Le cancer du poumon, lui, touche davantage les hommes mais est en nette progression parmi les femmes, ne s'avère guère plus propice à la prise en compte des femmes en tant qu'actrices sociales – notamment en tant que travailleuses. Cela parce que même si les connaissances sur l'étiologie professionnelle de cette maladie ne sont pas assez mobilisées pour expliquer son incidence chez les hommes, c'est chez les femmes qu'elles restent la plupart du temps impensées. Plus souvent utilisé en tant que catégorie (fixiste) et non pas comme concept analytique, la division sexuelle du travail conforte l'idée que les femmes occupent des places à l'abri des risques cancérogènes, ce qui ne permet pas de faire avancer les connaissances en ce sens (chapitre 2).

Enfin, l'histoire des mobilisations ouvrières autour des poisons au travail montre au contraire que les femmes ont également péri en conséquence de risques toxiques. Mais qu'au fil d'un siècle, le système assurantiel s'est imposé également pour la gestion des corps atteints par le travail. C'est dans cette construction que la *survisibilité* des hommes en tant qu'acteurs sociaux et inversement l'*invisibilisation* des femmes, a contribué à bâtir un système plus propice à traiter les seules situations de travail des hommes. Des situations de travail qui, d'ailleurs, n'ont pas cessé depuis de se transformer, de sorte que le système de réparation des cancers professionnels actuel reste peu performant, même pour rendre compte des expositions aux cancérogènes dans les parcours professionnels des hommes (chapitre 3).

Ce sont ces différents éléments qui viennent appuyer notre thèse sur l'existence d'un processus propre aux femmes – celui de l'*invisibilisation* du rôle du travail dans la survenue du cancer dont souffrent certaines d'entre elles et laquelle nous développons tout le long de ce document.

- Chapitre 1 - Penser le travail des femmes à la lumière de sa division sociale et sexuelle

Actuellement, dans une grande ville comme Paris, il suffit de marcher dans les rues pour voir des femmes conductrices de bus ou de métro, des chauffeuses de taxi, des agentes des contraventions, des policières, des factrices, etc. De telle sorte qu'il devient pratiquement impossible d'ignorer le fait que non seulement les femmes travaillent, mais qu'elles sont de plus en plus impliquées dans l'exercice de fonctions diverses et variées. Mais cela n'a pas toujours été le cas ni à Paris ni ailleurs. Comment situer ce phénomène dans le temps et dans l'espace ?

Dans ce chapitre, nous reviendrons sur les données qui distinguent la particularité de la France en matière d'activité des femmes. La féminisation du salariat va de pair avec sa précarisation, et de grandes inégalités persistent ainsi entre hommes et femmes. Enfin, nous verrons que si ces données statistiques donnent à voir l'évolution de l'activité des femmes et de leurs positions inégalitaires vis-à-vis de celles des hommes, elles n'épuisent pas la complexité des rapports sociaux à l'œuvre.

Afin de penser les spécificités du phénomène d'invisibilité des cancers professionnels qui concerne les femmes, la simple description des particularités du travail réalisé par les femmes se révèle insuffisante. Il est au contraire indispensable d'avancer le cadre théorico-analytique qui nous permet de penser le travail des femmes en même temps que les dynamiques qui infléchissent son évolution. C'est pourquoi nous reviendrons sur les apports des études féministes à la question. Plus précisément, nous reviendrons sur leurs critiques envers un concept de travail puisant ses origines dans l'économie politique classique et néo-classique, largement calquée sur la seule expérience du travail des hommes.

Nous verrons qu'une des conséquences de cet androcentrisme constitue un autre élément de la critique féministe, soit l'invisibilité du travail des femmes. Et c'est malgré une reconceptualisation du travail qui intègre pleinement l'expérience des femmes qu'il est encore d'actualité de penser leur invisibilité.

Enfin, nous nous intéresserons au cadre analytique qui semble le plus heuristique pour rendre compte non seulement des situations d'inégalité entre femmes et hommes mais, et

surtout, pour rendre compte des processus à leur origine. C'est très précisément au cadre théorique compris par les concepts de rapports sociaux de sexe et de division sexuelle du travail que nous nous intéressons. Des concepts qui pour nous représentent de puissantes catégories analytiques, moyennant quelques précautions quant à leur maniement.

1.1 - Quelques points à propos des femmes sur le marché du travail en France

La rationalité économique qui fonde une grande partie des transformations récentes dans les sociétés occidentales, nourrit la critique y compris des économistes. Certains d'entre eux critiquent et dénoncent les limites du paradigme de la croissance économiciste comme étant à la fois un moyen et la fin poursuivis par le modèle de développement actuel (Rist, 2001 ; Comeliau, 2006). Ces critiques convergent avec celles qu'Andrée Michel identifiait comme élaborées par des Eco-féministes dans les années 1970 :

Le double postulat des sociétés patriarcales, capitalistes ou socialistes, où prédomine l'idée, jamais remise en question, que l'expansion est la clef du bien-être pour tous, d'une plus grande égalité entre classes ou strates sociales, entre peuples, entre sexes et entre races, est répudié par les féministes qui contestent que la croissance illimitée soit synonyme de bien-être et de bonheur puisqu'elle aboutit à ruiner l'environnement et la qualité de la vie et que l'expansion n'a pas permis la réduction des inégalités. (Andrée Michel et al 1975 : 134)

Nous savons que la redistribution des richesses est loin d'être un processus simple et spontané. Elle devient davantage complexe dans un contexte politico-économique où la concurrence internationale des marchés ne cesse de croître. Ce « marché », d'ailleurs souvent représenté comme une entité incarnée, rationnelle, dotée d'envies et de besoins, à l'image des créatures mythologiques. Cela alors qu'il n'est autre que l'expression même des rapports sociaux s'exerçant autour de l'enjeu central de l'accumulation de richesse. De sorte que c'est au prix de la réduction des coûts de production, de la compétitivité des entreprises, d'un management poussant les travailleurs et travailleuses à s'impliquer toujours plus (Linhart, 2009), que nos sociétés sont censées parvenir à mieux faire profiter de ces richesses le plus grand nombre. Enfin, un mythe à la vie longue, car la concurrence entre travailleurs, d'ailleurs inscrite dans la logique capitaliste³¹, ne fait que s'amplifier avec la dite mondialisation.

³¹ C'est ce que soulignait Marx et Engels [1848, (1893)] dans « *Le manifeste du parti communiste* » : « L'existence et la domination de la classe bourgeoise ont pour condition essentielle l'accumulation de la richesse aux mains de particuliers, la formation et l'accroissement du capital : la condition d'existence du capital, c'est le salariat. Le salariat repose exclusivement sur la concurrence des ouvriers entre eux. »

Ce n'est donc plus seulement d'une supposée menace féminine pesant sur les emplois masculins et mieux payés dont il s'agit, mais de la concurrence simultanée d'hommes et de femmes, de différents âges, citadin-ne-s et provinciaux, nationaux et étrangers, racisées ou pas, en France et partout ailleurs.

Quand nous revenons ici sur les chiffres qui montrent les places occupées par les femmes dans l'emploi, c'est bien de ce cadre macrosocial dont il est question. En ce sens, les données statistiques sont comprises comme des outils permettant de fournir une photographie, à un instant « T ». Ce qui veut dire qu'elles sont bien statiques et limitées dans le temps. Des limites auxquels les séries statistiques permettent de palier, car elles donnent à voir les dynamiques d'évolution des situations précises au fil des ans.

Par ailleurs, même si l'impérialisme du chiffre rend aux statistiques le statut de miroir à travers lequel la société est révélée, il ne faut pas oublier que les chiffres ne sont pas neutres. L'art de fabriquer des chiffres répond à des objectifs, des choix méthodologiques, mais aussi à des choix politiques³², tout comme à la construction de ce qu'on voit et de ce qu'on laisse dans l'ombre.

1.1.1 - Un travail contre un salaire

Un taux élevé et soutenu de féminisation caractérise le marché du travail européen depuis près d'un demi-siècle (Eurostat³³). En France, c'est depuis le tout début du XX^e que les femmes constituent au moins un tiers de la population active et actuellement presque la moitié des actifs. Cela représente donc une augmentation de l'ordre de 7 millions de femmes, contre seulement 2 millions d'hommes en plus sur l'espace d'un siècle (Maruani & Meron, 2012 : 50-56).

La salarisation constitue sans doute la principale particularité du processus de féminisation du marché du travail en France. Il concerne à la fois des femmes qui étaient auparavant inactives, et le passage d'autres, travaillant dans des secteurs non salariés (agriculture, artisanat, commerce), vers le salariat. Cette importante salarisation résulte également d'une croissance plus importante de l'offre d'emplois occupés par des femmes (+

³² Maruani & Meron (op. cit, p. 117) donnent l'exemple du chômage et l'illustrent ainsi : « Ces questions de définition et de frontière deviennent particulièrement sensibles en même temps que le taux de chômage prend des allures d'indicateur économique et politique majeur. A l'heure de l'harmonisation européenne, il faut des outils pour pouvoir comparer et apprécier la « bonne santé » de chaque pays, sa faculté à se relever d'une crise... Ainsi le taux de chômage sert-il à juger de l'état du marché du travail, tout comme l'indice des prix est utilisé pour évaluer l'inflation. Ces chiffres deviennent dès lors des mesures statistiques extrêmement sensibles. Définir ce qu'est le chômage et dire qui sont les chômeurs est une décision politique. »

³³ Voir annexe « Tableau – Pourcentage de femmes parmi la population active en Europe (1983-2009). »

88% contre à peine + 11% pour les hommes). Et elle doit également être reliée à d'autres dynamiques, comme celle de l'élévation du niveau de scolarité et des diplômes des jeunes femmes, qui se répercute dans leur accès à des emplois plus valorisés.

Malgré cela, les femmes connaissent également depuis les années 1960, des taux de chômage plus élevés que les hommes³⁴.

Un autre aspect important à souligner dans cette phénoménale salarisation des femmes concerne les emplois à temps partiel. En 2013 on estime que le temps-partiel concerne un tiers des femmes actives contre à peine 7,2% des hommes actifs³⁵. Des études montrent que dans le contexte de l'évolution de l'économie néolibérale, les formes de mise au travail flexibles et précaires sont prioritairement adressées aux femmes. Ainsi le temps-partiel est la figure du travail féminin répandue dans les pays du Nord, comme c'est le cas en France, tout comme le travail informel en est celle répandue dans les pays du Sud (Hirata, 2005). Sur ce point, il convient néanmoins d'insister sur le fait que la réalité précède souvent de quelques décennies l'appareil législatif qui la définit. Ainsi, une autre étude montre que dès les années 1930 les employeurs du secteur du commerce avaient déjà couramment recours au « temps partiel » comme façon de répondre au surcroît d'activité au moment des fêtes (Beau, 2004, citée par Maruani & Meron, 2012 : 135). Cependant, à ce moment-là cette forme de mise au travail était majoritairement destinée aux hommes. En 1936, une fois que la loi sur les quarante heures de travail hebdomadaire a été adoptée, ces « emplois pour le roulement » en viennent donc à désigner une forme de mise au travail « atypique ». C'est à partir de là que ces emplois ont commencé à être pourvus par des femmes, qui de surcroît n'avaient ni le même statut ni les mêmes droits que les autres employés. Les femmes étaient ainsi à la marge de

³⁴ En fait ce n'est qu'à partir de 1960 que les chiffres du chômage de l'enquête Emploi ont commencé à être distingués par sexe et que cet aspect a pu être vérifié. Autrement, comme nous l'avons déjà dit (note de bas de page 2), la définition du chômage recèle des enjeux politiques forts. Ce sur quoi Maruani & Meron (2012) s'attardent longuement dans leur ouvrage en donnant l'exemple des écarts importants entre les chiffres construits à partir de l'enquête Emploi (chômage défini de façon très restrictive au sens du BIT) et ceux à partir du recensement de la population.

³⁵ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes. *L'Essentiel, Vers l'égalité réelle entre les femmes et hommes*, chiffres-clés, édition 2015. Editorial signé par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et par Pascale Boistard, Secrétaire d'État aux Droits des femmes et à l'égalité. A propos des statistiques sur le temps partiel Maruani & Meron (2012) émettent la mise en garde suivante : « Les statistiques du temps partiel ne rendent pas directement compte de la diversité des situations. Elles amalgament en une même catégorie des pratiques sociales fort différentes. Elles confondent par exemple le mercredi libre des fonctionnaires et les dix-huit heures de la caissière de supermarché. Dans le premier cas, il s'agit de *travail à temps réduit*, c'est-à-dire d'un aménagement individuel du temps de travail, à l'initiative du salarié. Dans le second, ce sont des *emplois partiels*, des créations d'emplois à temps partiel à l'initiative de l'employeur et imposées aux salariés. » (Maruani & Meron, 2012 : 142)

l'application légale du temps de travail. *Les marges* sont néanmoins *devenues centre*³⁶ à partir de l'inscription effective du travail à temps partiel dans la législation en 1970³⁷.

Les années 1970 ne sont donc pas celles de la naissance de ces modes d'emploi, mais bien celles de leur inscription dans la loi, inscription qui leur permet de devenir visibles et dicibles. (Beau, 2004, citée par Maruani & Meron, 2012 : 135).

1.1.2 - Des bébés oui, mais un emploi aussi

Une autre spécificité du salariat féminin concernerait une logique d'interruption des parcours professionnels entre 25-49 ans, en raison du chevauchement des rôles de mère et de salariée, plus courant à ces âges. A partir de l'analyse des recensements de 1901 à 2011, Maruani et Meron (*Ibidem*) ont montré que cette supposée « spécificité » de l'activité féminine n'a été qu'« une parenthèse – trois décennies tout juste ». En réalité la courbe de l'activité féminine ne présente un caractère bimodal (soit progression de l'activité pour les femmes de moins de 25 ans et pour les plus de 35 ans) qu'entre les années 1946 et 1975. Les auteures avancent deux séries d'éléments qui expliqueraient cette parenthèse historique. Tout d'abord, elles soulignent le fait que dans l'après-guerre les femmes ont été incitées à réinvestir leur rôle de mères et épouses au détriment d'une activité professionnelle. Puis, elles ajoutent également l'impact du changement de définition dans le recensement de 1954 qui « soustrait à l'activité visible près d'un million de femmes, essentiellement des femmes d'agriculteurs qui ne déclarent pas explicitement qu'elles « ont une profession » » (*ibid.* p. 75). Autrement dit, ce retrait des femmes de l'activité à l'âge reproductif ne serait donc qu'une particularité *de la génération baby boom*, relevant d'une incitation politique avec des objectifs natalistes et attelée à un discours sur la famille et les rôles des mères en leur sein. A quoi s'ajoute un effet de statistique, plus précisément de choix méthodologique quant à la définition de l'activité dans le recensement. Ainsi, en comparaison d'autres pays européens, l'« originalité française » est caractérisée non pas par une supposée discontinuité de l'activité des femmes aux âges reproductifs, mais au contraire par leur fort taux d'activité.

D'autres éléments sont à prendre en compte quand il s'agit de comprendre les relations entre le rôle des femmes dans la famille et sa répercussion sur leur activité professionnelle.

³⁶ Cf. le titre de la thèse d'Emmanuelle Lada (2005). « Quand les marges deviennent centre. Mise au travail, jeunesses populaires et rapports sociaux (de sexe) dans le secteur public et associatif. ».

³⁷ La loi du 19 juin 1970 rendait compte du temps partiel dans la fonction publique et celle du 27 décembre 1973 dans le secteur privé. Ce dernier, comptait également une multiplicité de conventions collectives et accords d'entreprise, et qui ont géré le statut de travailleurs jusqu'à ce que l'extension de l'arsenal juridique prenne véritablement le dessus en 1980-1981.

Certes, c'est depuis la loi du 13 juillet 1965 que les femmes ne sont plus contraintes d'avoir l'autorisation de leur mari pour pouvoir travailler. Néanmoins, au vu de la statistique, nous pouvons constater que leur présence effective dans le marché du travail continue d'être négociée dans le couple.

D'après l'INSEE, en 2014, le taux d'activité des femmes en couple sans enfant était très similaire à celui des hommes dans la même configuration familiale – 41,2% et 40,6%³⁸. Ce n'est qu'à partir de l'arrivée des enfants que les écarts tendent véritablement à se creuser. Ainsi, pour les femmes en couple avec un enfant le taux d'activité est de 72,9% tandis que celui des hommes dans la même configuration familiale est de 78,4%. Par ailleurs, c'est principalement chez les femmes que ces taux diminuent considérablement à mesure que le nombre d'enfants augmente : avec deux enfants 71,5% et avec 3 enfants ou plus 53,4%. Ce qu'on relie souvent à leur assignation prioritaire au travail d'éducation et de soin des enfants. Or, pour les hommes, si le taux d'activité augmente pour ceux en couple avec 2 enfants – 80,2%, il diminue également à partir du troisième enfant – 70,7% mais, encore une fois, pas de façon aussi importante que pour les femmes.

Alors que l'on pourrait être tenté d'entrevoir dans ce dernier chiffre une amélioration dans le partage des tâches au sein des couples avec enfants, force est de constater que c'est encore plus souvent chez les femmes que la configuration familiale a des répercussions plus importantes sur l'activité. Ce sont celles en couple, avec 3 enfants ou plus et dont au moins un a moins de 3 ans, qui auront une baisse de l'activité plus importante – à peine 41,2% en activité. Parmi les hommes dans les mêmes conditions, ce taux est de 87,5%.

Effectivement, d'autres statistiques montrent qu'au niveau du partage du travail domestique beaucoup d'efforts restent à faire. D'après les données de l'enquête « Emploi du temps », alors que les femmes réalisent 33h par semaine de tâches domestiques, les hommes n'en font que 16h30. Puis, concernant le temps passé à s'occuper des enfants de tous âges, l'enquête de la Dares et le service des Droits des femmes et de l'égalité, a estimé à 39h la charge de travail hebdomadaire, dont les femmes en assumaient 26 et les hommes 13 (Méda, 2008 :39-40).

En assumant la grande majorité du travail domestique et de soin et éducation des enfants, il n'est pas étonnant que les femmes aient du mal à se maintenir en activité. Cela

³⁸ Ces données proviennent de l'enquête emploi, INSEE, 2014 et plus précisément du tableau « Taux d'activité selon le sexe et la configuration familiale en 2014, accessible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03178. Voir le tableau en annexe du même nom.

d'autant plus pour celles qui n'ont pas d'autre possibilité que d'assurer elles-mêmes ces tâches. En ce sens on remarque que cette situation ne s'inverse que chez les hommes en famille monoparentale. C'est chez eux qu'on retrouve un taux d'activité plus faible que chez les femmes dans la même configuration familiale – 56,8% contre 59,7% (INSEE, 2014, op. cit).

A partir des taux d'activité selon la configuration familiale et des données sur le temps investi dans le travail domestique et auprès des enfants nous pouvons tirer deux conclusions. D'une part la difficulté que rencontrent les femmes à se maintenir en activité après l'arrivée des enfants est certes liée à la persistance des représentations traditionnelles quant à leur rôle au sein de la famille. D'autre part, la situation des hommes en famille monoparentale suggère qu'outre les représentations sexistes pesant sur la division du travail non rémunéré, les politiques d'entreprises³⁹ et les politiques publiques⁴⁰ jouent certainement un rôle fondamental, et le plus souvent en rendant ces deux objectifs, le travail productif et le travail reproductif, inconciliables.

1.1.3 - Des femmes actives, mais pas n'importe où.

Si de plus en plus les femmes accèdent à des emplois et métiers anciennement réservés aux hommes, force est de constater que cette avancée en mixité n'arrive pas à briser l'hégémonie numérique des femmes et des hommes dans certaines professions⁴¹. Actuellement plus de 50% des femmes actives se concentrent sur à peine 12 familles professionnelles (par ordre croissant : 1) aides à domicile, aides ménagères et assistantes maternelles ; 2) agents d'entretien ; 3) enseignantes ; 4) vendeuses ; 5) employées

³⁹ Par exemple, avec des horaires de travail inconciliables avec les charges familiales et les horaires de gardes des enfants, puis les bas salaires qui font que le salaire de l'épouse soit plus facilement sacrifié que celui de l'époux.

⁴⁰ Par exemple à l'égard de la garde des enfants. « A Paris, où les femmes cadres, et, d'une manière générale, les femmes actives sont les plus nombreuses, 78 000 enfants de 0 à 3 ans, dont 43 000 ont leurs deux parents qui travaillent, disposent de 18 000 places de crèche, 6 000 places de haltes-garderies (qui proposent des amplitudes horaires d'accueil très faibles, ne correspondent absolument pas aux besoins de parents qui travaillent) et de 6 500 places d'assistantes maternelles. C'est également à Paris que le taux de scolarisation des enfants de 2 à 3 ans est le plus faible (12%). Si l'on ne prend pas en compte les besoins satisfaits par l'Aged, il y a donc un manque d'au moins 15 000 places. Et c'est compter sans les femmes qui ne sont pas actives mais qui souhaiteraient le devenir : sait-on, parmi les 35 000 parents qui ne travaillent pas, combien ont renoncé à l'activité par découragement, combien ont fait le calcul qui leur a montré que l'activité leur coûterait plus cher que la non-activité, combien auraient besoin d'une formation, d'un stage ou d'un temps de recherche d'emploi dont ils ne peuvent pas disposer en raison de l'insuffisance des modes de garde ? » (Méda, 2008 :38). Sans oublier que les allocations familiales sont autant une alternative à ce manque de modes de gardes, qu'un véritable découragement à l'activité pour les plus bas salaires.

⁴¹ Cf. Sabine Fortino « Mixité des emplois sans mixité du travail : paradoxes et implications pour les salarié-e-s » Communication à la Journée d'Etude *La mixité et ses enjeux*, CNRS, Pouchet, 23 novembre, 2015.

administratives de la fonction publique (catégorie C et assimilées) ; 6) aides-soignantes ; 7) infirmières, sages-femmes ; 8) secrétaires ; 9) cadres des services administratifs, comptables et financiers ; 10) professions paramédicales ; 11) employées administratives d'entreprise ; 12) techniciennes des services administratifs, comptables et financiers.)⁴²

A propos de leur travail de comparaison des statistiques dans une perspective historique, Maruani & Meron (*op. cit.*) ont souligné la difficulté à laquelle elles ont été confrontées du fait d'importants changements existant au niveau de la nomenclature, cet élément rendant ainsi, la comparaison terme à terme très délicate. C'est pour cette raison que, quand elles se réfèrent à 1901, au lieu de parler des emplois, elles traitent plutôt des sections professionnelles où les femmes étaient concentrées : agricole⁴³ (39,1%), industrielle⁴⁴ (31,3%), de services domestiques et soins personnels (11,6%), puis de « commerce et banque » (10,1%). Ces secteurs étaient également ceux ayant les plus grands effectifs. La part des femmes était néanmoins très importante parmi les emplois de service à la personne et soins personnels (77,9%) et parmi les professions libérales (42,2%), et plus faible parmi les services publics (17%) et l'armée (0,1%).

En 2008⁴⁵ aussi, les secteurs qui emploient le plus sont également ceux où les femmes se concentrent. Les « commerces, transports et services divers » emploient 11 598 milliers de personnes dont 46,7% de femmes et l'« administration publique, enseignement, santé et action sociale » emploient 7 810 milliers de personnes, dont 66,7% de femmes. (Maruani et Meron, 2012 : 157).

Le secteur agricole est parmi ceux où le nombre de femmes a diminué de la façon la plus significative : « 2,7 millions en 1901, près de 4 millions en 1921, autour de 3 millions dans les années 1930, 1,8 millions en 1954 mais seulement 200 000 en 2008. » (*Ibidem.* p. 176).

⁴² Source : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes. *L'Essentiel, Vers l'égalité réelle entre les femmes et hommes*, chiffres-clés, édition 2015. Editorial signé par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et par Pascale Boistard, Secrétaire d'État aux Droits des femmes et à l'égalité, accessible sur : http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/03/Chiffres-cles-2015_Lessentiel.pdf. Voir également Maruani & Meron, *op. cit.* p.167.

⁴³ Selon la nomenclature de l'époque : agriculture et forêts, pêche.

⁴⁴ « Industrie et construction » en 1901.

⁴⁵ Les chiffres sont issus du recensement de 2008, donc élaborés à partir d'une compilation pondérée des enquêtes de 2006 à 2010.

Concernant le secteur industriel⁴⁶, en 1901 celui-ci comptait 36% des hommes actifs et 35% des femmes actives, ces dernières occupant 34% des emplois du secteur. En 1936, la part des hommes était de 45% et celle des femmes de 29% et les femmes n'occupaient plus que 26% des emplois du secteur.

Dans la deuxième partie du XX^e siècle le secteur industriel et les emplois ouvriers ont été impactés par des changements au niveau de la nomenclature et au niveau conjoncturel. Concernant le premier élément, il s'agit de la dissociation des secteurs auparavant classés comme ne formant qu'un seul. C'est notamment le cas des transports, qui basculent vers le secteur tertiaire tout en se féminisant. Concernant les emplois ouvriers, c'est depuis la crise économique des années 1975 qu'ils diminuent et que progresse la part du chômage parmi cette catégorie. En ce sens, si la part des femmes ouvrières n'a quasiment pas changé, elle a pourtant nettement progressé parmi celles qui se retrouvent au chômage.

(...) contrairement à une idée répandue, la part des femmes dans le monde de travail ouvrier reste quasi constante depuis le milieu des années 1970 : entre 20 et 21% des femmes de 1975 à 1999. Les chiffres de 2008 s'inscrivent dans cette linéarité : sur 5,8 millions d'emplois ouvriers (hors chômeurs) décomptés au recensement, 19% sont des femmes.

Les ouvrières sont également bien plus souvent au chômage que les hommes : de 1975 à 1999, le taux de chômage des ouvriers, vu par les recensements, passe de 3 à 15% pour les hommes et de 7 à 22% pour les femmes (pendant que le taux de chômage global passe de 4 à 12% dans les recensements de cette période). (Maruani et Meron, 2012 : 181)

Au fil d'un siècle, l'explosion du secteur tertiaire⁴⁷ ainsi que sa féminisation constituent des changements majeurs dans le marché du travail. Ce phénomène serait lié autant à l'expansion de certains emplois (de bureau dans la fonction publique, la santé, l'éducation, mais aussi dans la banque, les communications, l'informatique) que dans nombre de cas à leur externalisation, des entreprises principales vers des entreprises prestataires de services. Il s'agit aussi et encore une fois, de changements au niveau de la nomenclature⁴⁸.

(...) trois quarts de l'emploi (76% au recensement daté de 2008, 88% des femmes et 65% des hommes) alors qu'en 1901 les emplois, a priori classés dans le secteur qu'on aurait pu appeler « tertiaire » à l'époque représentaient moins du quart des emplois (23%, soit 21% des hommes et 26% des femmes) » (*Ibidem*. p. 184)

⁴⁶ A ce moment-là ce secteur était désigné comme « industrie et transport ». Il était également composé par les activités du bâtiment et des travaux publics.

⁴⁷ « au début du siècle, on distinguait les « employés » des « ouvriers » mais les contremaîtres étaient comptés avec les ouvriers pendant que les cadres administratifs et les ingénieurs étaient classés avec les employés. » Maruani et Meron, 2012 :183)

⁴⁸ Maruani et Meron (*Ibidem*) donnent l'exemple des activités de maniement des locomotives à vapeur classées dans l'industrie, alors que la gestion des TGV ou même du transport des marchandises se retrouvent classées avec les activités dans les nomenclatures récentes.

Par ailleurs le tertiaire et plus particulièrement ces employé-e-s se caractérisent par une prédominance féminine (à 80%), par une grande hétérogénéité (des emplois très diversifiés) et par une faible mixité (avec de nombreux emplois féminins d'un côté et quelques métiers masculins de l'autre)⁴⁹. Parmi les emplois féminins on compte le travail domestique qui employait 784 000 femmes en 1901, alors que la catégorie « personnel de service aux particuliers » en compte 1,4 millions en 2008 (principalement employées à temps partiel et certaines dans l'économie informelle).

En raison de la réussite des filles à l'école et à l'université, les femmes ont accédé à des postes qualifiés longtemps réservés aux hommes. Le nombre de femmes cadres augmente considérablement entre 1962 et 2008 « de 16% à 38% de femmes parmi les « cadres et professions intermédiaires »⁵⁰. Elles sont à cette dernière date 3,3 millions parmi « les professions intermédiaires » et 1,6 millions parmi les « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Malgré ces exploits, le plafond de verre persiste, les femmes ont les plus bas salaires et cela même parmi les catégories socioprofessionnelles les plus qualifiées.

Enfin c'est dès l'accès à l'éducation, à la formation professionnelle que les écarts entre filles et garçons se jouent. Dans un article récent, Régine Bercot montre que même au sein d'une même profession, en l'occurrence médicale, les choix des filières chirurgicales correspondent à des règles de socialisation bien ancrées sur des stéréotypes de genre. Elles pénalisent particulièrement les jeunes chirurgiennes qui, pour avoir leur place dans les spécialités les plus valorisées, doivent soit subir les conventions sexistes envers les femmes, soit les adopter à leur tour (Bercot, 2014).

Autant d'inégalités structurelles qui pèsent également sur la visibilité des risques encourus par les femmes dans ces emplois (Thébaud-Mony et Volkoff, 2005 :291). D'ailleurs une parenthèse s'impose afin de rappeler la relation entre les familles professionnelles dans lesquelles les femmes sont concentrées et la représentation, dominante jusqu'au début des années 1970, quant au risque machine, perçu au masculin (Bruno et Omnès, 2011 : 108). Ces quelques familles professionnelles sont également éloignées des représentations quant aux risques à effet différé (chimiques et cancérogènes).

C'est ce dont rend compte Karen Messing à partir de revues de la littérature portant notamment sur le cancer en tant que maladie professionnelle. Une des études montre que sur

⁴⁹ Cf. Philippe Alonzo. (1996), Paris, cité par Maruani et Meron (2012 : 185).

⁵⁰ Maruani & Meron précisent que la notion de cadre n'apparaît qu'en 1946 par la désignation « patrons et cadres supérieurs ». (op. cit. p. 187)

plus de mille recherches publiées « entre 1971 et 1990 dans huit principales revues spécialisées en santé au travail, seulement 14% et 10% présentaient respectivement des données sur les femmes blanches et sur les femmes de couleur (Messing, 2000 : 92). Dans une autre revue de la littérature portant sur les recherches sur le cancer de l'estomac, Messing dit que « le choix des emplois étudiés contribue à expliquer cette exclusion : les mineurs, employés de raffineries et de fonderies sont presque tous des hommes. » (*Ibidem*). Concernant la visibilité des risques à effets différés le secteur de soin constitue une des rares exceptions parmi ceux accueillant les familles professionnelles dans lesquelles les femmes sont concentrées sur le marché du travail. Comme nous verrons dans le chapitre 3, il s'agit du seul secteur à forte concentration féminine désigné par un des tableaux de MP destinés à la reconnaissance des cancers proposant une liste limitative d'activités.

1.2 - Le travail dans la production des inégalités sociales entre hommes et femmes

La précarité du XXI^e siècle ne se résume plus à la condition des seuls habitants des pays du Sud (ou pays moins fortunés). De l'érosion de la protection sociale à la disqualification sociale (Castel, 1995 ; Paugam & Duvoux, 2008), la précarité, cette « nouvelle forme de pauvreté », touche également beaucoup d'habitants du Nord. Des statistiques révèlent que les disparités économiques et sociales persistent et se creusent au sein même de la Communauté Européenne⁵¹. De sorte qu'au travers de la précarité se dévoile l'importance des inégalités sociales⁵² entre les différents pays de la communauté européenne, mais aussi à l'intérieur d'un même pays.

En France, 13,9% de la population vit sous le seuil de pauvreté.⁵³ A l'hiver 2013-2014, la Fondation Abbé Pierre a comptabilisé, 174 000 familles avec enfant privées d'un logement,

⁵¹ La Banque Mondiale a estimé en 2014 le revenu national brut (RNB) par habitant dans le monde à 10 858 dollars, celui des pays de l'OCDE à 38 949 dollars et celui des pays de l'union européenne à 35 673 dollars. Alors que le RNB de la France était estimé à 43 080 dollars en 2014, celui de la Roumanie, le plus bas de l'Union Européenne, l'était à 9 370 dollars.

⁵² Alain Bihr et Roland Pfefferkorn définissent les inégalités sociales comme étant « le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société des ressources de cette dernière, distribution inégale due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment, légitime ou non, d'injustice au sein de ses membres. » (Bihr & Pfefferkorn, 2008).

⁵³ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes. *L'Essentiel, Vers l'égalité réelle entre les femmes et hommes*, chiffres-clés, édition 2015. Editorial signé par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et par Pascale Boistard, Secrétaire d'État aux Droits des femmes et à l'égalité.

ayant déposé une demande au 115⁵⁴. L'autre exemple de l'ampleur des inégalités sociales en France vient des bénéficiaires de la couverture mutuelle de base (CMU)⁵⁵. En France métropolitaine la CMU concerne 2,9% de la population alors que dans les DOM c'est 18,2% de la population. Dans la métropole c'est la Seine-Saint-Denis qui détient le pourcentage de bénéficiaires de la CMU le plus élevé - 6,2% soit 95 131 habitants⁵⁶.

Précédemment, nous avons traité des différentes statistiques qui rendent visible l'implication progressive et soutenue des femmes dans l'activité. A celles-là viennent s'ajouter d'autres statistiques, cette fois donnant à voir, au creux des inégalités sociales, l'ampleur de la précarisation des femmes.

En ce sens les statistiques produites par les institutions internationales⁵⁷ telles que le Bureau International du Travail (OIT)⁵⁸ mettent en avant des éléments corroborant la thèse selon laquelle la production des richesses profite d'abord aux économies développées et aux hommes. Ainsi, plus une région est pauvre, plus les femmes, davantage que les hommes, risquent d'occuper des emplois familiaux non rémunérés ou de travailler à leur compte pour de faibles revenus.

Au niveau national, des synthèses ministérielles⁵⁹, consacrées à montrer les avancées « vers l'égalité réelle entre hommes et femmes », permettent aussi de rendre compte de la persistance de nombre d'inégalités. Par exemple, le chômage des jeunes femmes est plus élevé que celui des jeunes hommes (24,2% contre 23,7%), la prédominance des femmes dans le travail à temps partiel (1/3 des actives), parmi les plus bas salaires (des écarts de salaire par

⁵⁴ « L'état du mal-logement en France », 20^e Rapport Annuel, 3 février 2015.

⁵⁵ D'après l'Assurance Maladie : « La couverture maladie universelle (CMU) de base facilite l'accès aux soins et leur remboursement à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie. À noter que la CMU de base n'est pas applicable à Mayotte. » <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-de-base-une-assurance-maladie-pour-tous/objectif-l-acces-a-l-8217-assurance-maladie.php>, visité le 23/07/2015.

⁵⁶ En nombre, c'est le département de Bouches-du-Rhône qui détient le plus de bénéficiaires de la CMU : 114 354 habitants. (Source : Statistiques bénéficiaire de la CMU de base) disponible sur <http://www.cmu.fr/cmu-de-base.php>, consulté le 23/07/2015.

⁵⁷ Nous ne voulons en aucun cas soutenir le rôle de ces institutions. Leurs actions s'inscrivent dans la poursuite de la croissance économique comme seul moyen de résorber les disparités sociales et économiques dans le monde. Elles alimentent ainsi une croyance occidentale pour le moins critiquable. Sur ce point voir notamment Gilbert Rist (op. cit.), Christian Comelieu (op. cit.) ou encore Bernard Hours (*Domination, dépendances, globalisation. Traces d'anthropologie politique*, 2002). Pour une analyse critique féministe de l'impact des politiques menées par les organisations internationales et l'ONU en particulier, sur les femmes des pays « en voie de développement » voir Jules Falques (« Femmes, féminisme et "développement" ». Une analyse critique des institutions internationales. », 2003).

⁵⁸ Intitulé « Tendances mondiales de l'emploi des femmes – 2007: Une étude du BIT met en garde contre la féminisation des travailleurs pauvres ».

⁵⁹ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes. *L'Essentiel, Vers l'égalité réelle entre les femmes et hommes*, op. cit.

rapport aux hommes allant de 10 à 21%) et les plus basses retraites. Autant de facteurs qui viennent durcir les conditions de vie des mères seules (1/3 des familles monoparentales est pauvre et dans 81,5% des cas il s'agit de femmes qui élèvent seules leurs enfants).

1.3 - De la réécriture de l'histoire du travail des femmes à la problématique de son invisibilité

Depuis déjà quelques générations, des historiennes, tout en consacrant aux femmes une place centrale dans la réécriture de l'histoire⁶⁰, révèlent le besoin d'affirmer et de réitérer le fait que « (...) les femmes ont toujours travaillé »⁶¹.

Cette affirmation adresse un message, une mise en garde pour les recherches contemporaines. Quand on s'intéresse au travail, il n'est plus possible de faire comme si le sexe était une donnée apportant peu de sens, comme il n'est plus possible de s'accommoder du masculin neutre pour rendre compte d'une expérience qui serait commune à tou-te-s. Il ne faut pas non plus faire comme si les femmes ne s'étaient mises au travail qu'il y a 20, 30 ou 40 ans. C'est depuis toujours ! L'histoire du travail des femmes, est-elle aussi vieille que l'humanité ?

Probablement, oui. Néanmoins, c'est plus souvent sur la transition d'un système productif plutôt agricole vers celui de type industriel et salarié que portent les études consacrées à la réécriture de l'histoire du travail des femmes. Le curseur est donc plus souvent posé sur le XIX^e siècle. Ces études avancent donc l'analyse de la situation des travailleuses à l'aube du moment charnière de la séparation de deux mondes de production et aussi de deux modes de mise au travail. Autrement dit, d'un travail réalisé encore dans le cadre de l'unité de production du type familial, avant la création de la fabrique⁶².

On comprend donc que s'il est très important d'affirmer que les femmes ont toujours travaillé, il est tout aussi essentiel de préciser de quel travail on parle. Ce qui nous amène au constat que, même dans les études féministes prédomine la représentation du travail fondamentalement ancrée dans la révolution industrielle, donc ancrée dans la modernité et européocentrée (Chamoux, 1998). Rien d'étonnant quand on comprend que le point de départ

⁶⁰ Parmi lesquelles nous citons Michelle Perrot (1998), Joan Scott (1988) ou encore avant elles, Julie-Victoire Daubié, première bachelière française et auteure de « La femme pauvre au XIX^e siècle ».

⁶¹ Phrase figurant plus précisément dans les ouvrages de Michelle Perrot (*Ibidem*), Françoise Battagliola [2000 (2004)], Sylvie Schweitzer (2002).

⁶² Battagliola (*Ibidem*) ; Schweitzer (2002a) ; Kergoat (1982).

de l'histoire du travail des femmes qu'on va s'attacher à raconter est très dépendante de la définition du travail qu'on adopte.

La définition du travail qui justifie le démarrage de la narration au XIXe siècle puise ses origines dans l'économie politique classique. Plutôt d'influence marxienne, elle demeure subordonnée à l'histoire du salariat et du capitalisme. Le travail dénote ainsi une séparation entre « l'homme » et la nature, puis une relation impliquant la transformation de la nature par « l'homme ». Ce qui induit la nécessité de maîtrise, de contrôle, de subordination, de la nature par « l'homme ». Dans un deuxième temps et au travers de la séparation entre la force de travail et les moyens de production se pose la question de la valeur travail, de la force de travail et du temps comme unité de mesure permettant l'échange. C'est à partir de ces paramètres que des militantes et universitaires féministes matérialistes, ont remis en question le concept de travail à partir de son caractère androcentré⁶³.

Même si moins nombreuses, d'autres contributions ont poussé l'analyse de l'histoire du concept en deçà des marqueurs historiques habituels et au-delà de la critique à un concept de travail au masculin neutre. Cela a été par exemple le cas de Louise Vandelac, qui de façon très créative et stimulante s'est demandé « ...et si le travail tombait enceinte???"⁶⁴. En parodiant le langage économique, cette sociologue invitait ses lecteur-e-s à « supposer que le concept de travail soit masculin », puis à « continuer l'analyse de la production domestique en repensant les instruments d'analyse eux-mêmes » et cela à partir de son « envers », soit la « sexualité féminine et la maternité » (Vandelac, 1981 : 68-70).

⁶³ Le corpus de 20 articles qui composent « Le sexe du travail » (1984) témoigne du travail de réflexion collective engagé dès les années 1970. Pour une approche historique du concept de travail voir Hirata et Zarifian (2004) et Vandelac (1981).

⁶⁴ Cf au titre de son article paru à la revue Sociologie et Société (1981) : « ". . . Et si le travail tombait enceinte???" : essai féministe sur le concept du travail »

Quand les femmes accouchent toutes seules, il ne s'agit pas d'un travail mais d'un phénomène « naturel »... Quand des femmes aident d'autres femmes à accoucher dans des sociétés traditionnelles, il s'agit d'un simple geste de solidarité humaine pour aider à ce passage entre l'utérus et le sein. Mais quand un psychologue ou un médecin « suivent » une femme pendant sa grossesse, et quand le médecin « accueille » l'enfant à sa sortie, son rôle se limitant souvent à peu de choses près à cette fonction, on considère socialement qu'ils travaillent, et d'ailleurs à voir l'argent qu'ils touchent, leur travail est même hautement reconnu...

Dans le cas des médecins, le travail serait-il lié au caractère d'extériorité de leur intervention visant à interférer ou à modifier le cours des choses, ou encore à se donner l'impression d'exercer un certain contrôle sur un phénomène qui par ailleurs continue en partie à leur échapper ?

Pourrions-nous dire que le travail serait dans ce cas la conscience qu'on peut avoir d'intervenir sur un processus précis et externe, et cela à partir d'un extérieur qui ne connaît pas d'intérieur féminin, que ce que la vision extérieure des choses permet pour l'instant d'en comprendre : c'est-à-dire sa division infinie pour en analyser l'anatomie la plus parcellaire dans l'espoir d'en comprendre la totalité, l'énergie et la genèse ?

Autrement dit, s'agirait-il de l'imposition dans ce secteur de la logique de l'extériorité et de la division, éléments constitutifs du concept de « travail » ? (Vandelac, 1981 :73).

A partir des analogies avec la sexualité masculine et les notions qu'elle évoque (extériorité, mesure, contrôle, transformation, coupure, quantification), Vandelac illustre la disqualification de l'expérience féminine dans le concept traditionnel de travail. Que ce soit dans les allégories fournies par la religion chrétienne ou encore dans l'évolution des discours sur la famille, elle illustre comment les femmes ont été successivement ramenées à leur état de nature, essentialisées, leur travail étant par là-même nié, dévalorisé. Par-là, elle nous permet d'envisager l'invisibilité du travail des femmes comme étant ancrée dans une appropriation, très lointaine, du corps des femmes par les hommes⁶⁵.

Cette appropriation qui par ailleurs ne se restreint pas aux relations homme-femme, au sein des couples ou de la famille, fait beaucoup réfléchir. En ce sens, « l'étau juridique »⁶⁶ s'avère un autre paramètre important de compréhension du processus d'invisibilité du travail des femmes. Durant des étapes successives, s'étendant sur plusieurs décennies, tout d'abord il incarne une véritable politique d'exclusion de la moitié de la population de la possibilité d'une existence citoyenne. Ensuite, il s'attaque au contrôle et à la restriction de l'accès des femmes aux droits civiques (droit de vote, droit au travail, droit à la propriété, droit à

⁶⁵ Par ailleurs nous remarquons que la première acception proposée par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) au substantif masculin « travail » est l'obstétricale : *Ensemble des phénomènes mécaniques de l'accouchement qui permettent la dilatation du col de l'utérus et l'expulsion du fœtus. Travail d'enfantement*. Ce n'est qu'à la deuxième acception donnée par le CNRTL qu'on arrive à la définition du travail comme : *activité humaine exigeant un effort soutenu, qui vise à la modification des éléments naturels, à la création et/ou à la production de nouvelles choses, de nouvelles idées*. Voir : <http://www.cnrtl.fr/definition/travail>, consulté le 6/07/2015.

⁶⁶ Cf. au titre du premier chapitre du livre de Sylvie Schweitzer *op. cit.*

l'instruction), par le biais des statuts sociaux désignant les femmes à partir de leur relation de subordination aux hommes (filles ou épouses). De telle sorte que l'invisibilité du travail des femmes est aussi le fait de l'exclusion des femmes de la possibilité d'accéder à des champs politiques dans lequel l'histoire s'écrivait. Et les travaux montrent que malgré tout un arsenal juridique s'y opposant, les femmes se sont forgées des passages et ont pu par-là prendre part, non dans l'histoire car elles y ont toujours été, mais dans son écriture (Schweitzer, 2002).

C'est exactement en opposition à cette invisibilité structurelle que la reconceptualisation féministe du travail pose la nécessité épistémologique de penser « la production du vivre en société » (Godelier, 1983 ; Hirata et Zarifian, 2004) dans sa totalité. Cela implique donc, de voir des articulations et interdépendances, là où avant on ne concevait qu'opposition entre un travail productif/salarié/marchand/reconnu/visible et le travail reproductif/domestique/non marchand/non reconnu/invisible. Puis d'aller au-delà de ces oppositions binaires. D'une part parce que cela consisterait à continuer de ne voir le travail des femmes qu'en opposition au travail des hommes. D'autre part parce que ce système binaire ne rend pas compte de toute la complexité de la réalité du travail, qui s'avère parfois informel, illégal, etc. (Galerand & Kergoat, 2014).

Quoi qu'il en soit, c'est donc depuis au moins les années 1950 que des sociologues et des ethnologues également, tout en réfutant les thèses sur la complémentarité des rôles, se sont intéressés au travail des femmes, puis à la relation entre le travail réalisé par les femmes et leur invisibilité⁶⁷. En ce sens différentes contributions témoignent de l'exercice de déconstruction (Collin, 2001 :198) et de reformulation d'un concept de travail comme activité humaine et donc sexuée⁶⁸. La question originellement posée par les études féministes reste entière, et des chercheur-e-s en sciences sociales poursuivent en consacrant leur recherche au travail invisible⁶⁹ ou plus précisément à l'invisibilité sociale du travail réalisé par certaines catégories.

⁶⁷ Comme Andrée Michel *et al.* (1975) ; Madeleine Guilbert (1966) ; Viviane Isembart-Jamati et Madeleine Guilbert (1956) ; Scott (1989), N-C Mathieu, Kergoat (1982), Ouvrage collectif, « Le sexe du travail : structures familiales et système productif » (1984) ; Delphy (1998) ; Tablet (1998) ; Margaret Maruani (1989, 2005) ; Dominique Méda (2008) ; Falquet *et al.* (2010).

⁶⁸ Cf. Le sexe du travail, op. cit.

⁶⁹ Cf. Krinsky et Simonet (2012). La notion de travail invisible est également mobilisée par l'ergonomie et par la psychodynamique du travail et notamment au travers de la distinction entre travail prescrit et travail réel. Nous y reviendrons dans le chapitre 2.

1.4 - Un cadre théorique pour penser le sexe du travail

Dans le cadre des recherches portant sur le travail des femmes, la mobilisation des concepts de division sexuelle du travail (DST) et/ou de rapports sociaux de sexe (RSS), classe, « racisation »⁷⁰, ethnicité, « régionalité »⁷¹, etc., est devenue presque une règle. Ils sont parfois employés en même temps ou remplacés par l'*intersectionnalité*⁷², comme s'il s'agissait de synonymes. Ce qui à notre sens, montre soit une forte conviction quant à leur équivalence ou complémentarité, soit une ignorance quant aux discussions qui tendent à en différencier la portée⁷³. Dans tous les cas, un parallèle terme à terme ne serait possible qu'entre les concepts d'intersectionnalité et de consubstantialité⁷⁴. Cela parce que le concept tel qu'il a été forgé par Kimberlé Crenshaw présente « l'intersectionnalité comme un outil pour mieux cerner les diverses interactions de la race et du genre dans le contexte de la violence contre les femmes de couleur » (Crenshaw et Bonis, 2005). Certes ce concept porte des questions politiques fortes, cependant la référence à une perspective « cartographique », présente dans le titre de l'article⁷⁵ qui l'introduit, encourage notre scepticisme quant à sa portée heuristique au-delà des violences racistes et sexistes.

⁷⁰ Nous préférons parler de racisation au lieu de race, pour insister sur les acquis de travaux comme ceux de Guillaumin (1977 et 2002). La race n'existe pas, elle est le produit du racisme. Puis, nous distinguons la « racisation » de l'ethnicité, car il nous semble que la racisation est plus souvent associée à la formation des catégories autour de la couleur de peau. Tandis que l'ethnicité se prête plus facilement à la compréhension des rapports de domination inscrits parfois entre groupes qui tout en ayant la même couleur de peau, se distinguent comme relevant d'ethnies différentes. Le génocide des tutsis au Rwanda en est un exemple. Sur la notion d'ethnicité voir notamment Danielle Juteau (2001).

⁷¹ En tant que brésilienne, nous sommes par ailleurs très sensible aux rapports de domination qui nous semblent propres à un pays de dimensions continentales comme le Brésil. Il nous semble dans son cas particulièrement intéressant d'observer la construction et recomposition des catégories selon leur situation géographique. La proximité plus grande avec les régions riches (sud-est du Brésil) fait que ces populations possèdent un emplacement privilégié par rapport au centre économique du pays tout comme par rapport à une culture réputée cosmopolite et donc plus valorisée par rapport à des cultures, non moins riches mais très ancrées dans le territoire national.

⁷² A propos de ce concept voir Crenshaw et Bonis (2005) et Bilge (2009).

⁷³ Dans un colloque international, cette question a donné lieu à de vives discussions. « À l'intersection des situations de domination. Perspectives transnationales et transdisciplinaires./Intersecting Situations of Domination. Transnational and Transdisciplinary Perspectives. » Paris : Université Paris 8 et Site Pouchet CNRS, 7 et 8 juin, 2011.

⁷⁴ La citation qui suit de Kergoat dans notre texte, donne une définition de cette propriété des rapports sociaux. Nous y ajouterons une autre précision à leur propos donnée par cette même sociologue : « (...) les rapports sociaux sont indémêlables au sein de la matrice sociétale : parler de consubstantialité revient donc à affirmer que « séquencer » les rapports sociaux est une opération – certes nécessaire pour le sociologue – qui reste de l'ordre de la logique mais qui ne peut en aucun cas être appliquée sans précaution à l'analyse des pratiques sociales. » (Kergoat, 2005 :95)

⁷⁵ L'article de Crenshaw (2005) s'intitule : « Cartographie des marges : Intersectionnalité, politiques de l'identité et violences contre les femmes de couleur »

Cela alors que, même si de façon similaire le concept de la consubstantialité⁷⁶ développé par Danièle Kergoat (1978) rend compte de la nécessité de penser l'ensemble des rapports sociaux et renvoie à un niveau d'analyse en amont de celui où les catégories constituées en dominant-e-s et dominé-e-s s'opposent, il rend compte des tensions à l'origine même de ces catégories et vise donc une analyse au-delà de la critique sociographique des inégalités.

Le rapport social peut être assimilé à une « tension » qui traverse la société ; cette tension se cristallise peu à peu en enjeux autour desquels, pour produire de la société, pour la reproduire ou « pour inventer de nouvelles façons de penser et agir », les êtres humains sont en confrontation permanente. Ce sont ces enjeux qui sont constitutifs des groupes sociaux. Ceux-ci ne sont pas donnés au départ, ils se créent autour de ces enjeux par la dynamique des rapports sociaux. Enfin, les rapports sociaux sont multiples et aucun d'entre eux ne détermine la totalité du champ qu'il structure. C'est ensemble qu'ils tissent la trame de la société et impulsent sa dynamique : ils sont consubstantiels.

La notion de rapport social renvoie donc simultanément à un principe d'engendrement (les rapports sociaux produisent et reproduisent par la médiation des enjeux les pratiques sociales, lesquelles en retour agissent sur les tensions que sont les rapports sociaux) ; et à un principe heuristique (les rapports sociaux servent à comprendre les pratiques observées). (Kergoat, 2001 :87)

Autant dire que nous nous inscrivons parmi celles qui ne pensent les concepts de l'intersectionnalité et de la consubstantialité comme synonymes ou interchangeable. Cela d'autant plus que nous comprenons la DST et les RSS comme des concepts qui disent l'inscription de notre objet au croisement de rapports sociaux multiples. Ils représentent un conséquent « artefact » théorico-méthodologique, fruit d'une production collective, étendue et enrichie à partir de la fin des années 1970⁷⁷, comme en témoigne l'ouvrage collectif *Le sexe du travail. Structures familiales et système productif*⁷⁸ (1984). Ainsi, la mobilisation de cet « artefact » signale également la volonté d'inscrire notre analyse dans une perspective féministe matérialiste. Autrement dit notre volonté est d'inscrire notre analyse dans « un cadre théorique et [dans] une méthodologie multidimensionnelle » (Kergoat, 1984)⁷⁹, pour lesquels la métaphore de la spirale (Kergoat, 2009) est invoquée afin de désigner une approche historique et dynamique.

⁷⁶ Nous reviendrons sur le contenu de ce concept un peu plus loin dans ce chapitre.

⁷⁷ Cf. Maira Abreu « Genèse et débats autour du concept de rapports sociaux de sexe », intervention au Séminaire Féminismes Matérialistes et Analyses Critiques, le 12 mai 2015, CNRS – CRESPPA-GTM, site Pouchet, Paris.

⁷⁸ Ce livre compte 20 chapitres représentant l'essentiel des communications du groupe international de chercheuses travaillant sur des études féministes, présents lors du dixième congrès mondial de sociologie qui a eu lieu à Mexico en août de 1982. Dans la présentation du livre il est dit que ce projet résulte de l'initiative de Dominique Fougeyrollas et Danièle Kergoat « qui ont pensé cette mise en commun d'un potentiel éclaté et ont proposé de saisir l'occasion des ronronnements d'une réunion internationale bien rôdée pour relancer le débat. »

⁷⁹ Kergoat, Plaidoyer pour une sociologie des rapports sociaux (1984).

1.4.1 - La dynamique de formation des catégories

Dans le cadre théorique féministe matérialiste auquel nous nous référons, il est admis que les catégories ne préexistent pas aux rapports de pouvoir, mais se composent et recomposent autour d'un enjeu⁸⁰. Ce qui revient à la nécessité de repenser ou dés-essentialiser « le travail des femmes ». Autrement dit, de passer des catégories prédéfinies, à l'analyse des pratiques sociales à travers lesquelles on détermine à la fois le travail, et les groupes sociaux que les réaliseront, et non pas l'inverse. C'est bien le cadre de la division sexuelle (sociale, « raciale », etc.) du travail qui nous permet une telle démarche.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, pour des raisons socio-historiques, le travail salarié occupe une place centrale dans les sociétés contemporaines. De sorte que la division des différents types de travail (salarié, informel, atypique, domestique, (non) valorisé, (non) reconnu, de soin, sale, etc.) selon l'appartenance sociale, de sexe, d'origine ethnique, etc. représente un enjeu, assumant par conséquent une valeur centrale et structurante des rapports sociaux (Kergoat, 2015).

Cette division du travail s'organise autour du principe de séparation entre travaux d'hommes et travaux de femmes. Puis autour du principe hiérarchique, soit d'une plus haute valorisation des travaux des hommes par rapport à ceux des femmes (Kergoat, 2004). Nous ajouterons qu'il en va de même pour la division du travail entre d'autres catégories constituées autour des différenciations par la couleur de peau, par l'origine géographique, par l'origine sociale, etc. Où l'ensemble de ces divisions du travail constitue l'enjeu des différents rapports sociaux (autour du sexe, classe, « race », ...) formant ainsi un ensemble indissoluble. C'est en tout cas l'interprétation que nous faisons de ce qui a été conceptualisé par Danièle Kergoat - « consubstantialité » des rapports sociaux. Dont la propriété – la coextensivité – désigne à notre sens le fait que, parce que consubstantiels, en se transformant, chacun des rapports sociaux (en constante dynamique), provoque inévitablement des répercussions sur les autres rapports sociaux.

Sur l'aspect dynamique des rapports sociaux, il convient encore de souligner que, si la division sexuelle du travail organise la récurrence avec laquelle les places occupées par les femmes dans le travail sont décrites en opposition à celles des hommes, elle ne constitue pas pour autant une toile, couvrant et figeant la réalité. Cette division du travail est au contraire dotée de « plasticité » (Haicault, 2000). Les places sont interchangeables dans le temps et

⁸⁰ Dans cette perspective « le sexe n'est jamais travaillé comme une variable mais comme le produit en construction des rapports sociaux de sexe. » (Lada, 2005 :36)

dans l'espace⁸¹, tout comme les arguments qui justifient leur assignation prioritaire aux hommes ou aux femmes, tel que l'illustre l'extrait qui suit :

Il y a quelques années, je visitais à deux reprises une entreprise de la métallurgie. Avant l'automatisation, le poste de pontonnier était tenu uniquement par des hommes qui le justifiaient ainsi : c'était un travail fatigant, à haute responsabilité (on pouvait écraser des ouvriers en laissant tomber des charges d'une telle hauteur), qui demandait une attention de tous instants. Quelques années plus tard, l'automatisation aidant, seuls quelques postes manuels existaient encore... et ils étaient tenus par des femmes ! Quand j'exprimais mon étonnement, on (c'est-à-dire des hommes) m'expliqua très sérieusement que c'était « un travail de femme » : le travail laissant beaucoup de temps morts, un homme, isolé ainsi sur son ponton, s'ennuierait tandis que les femmes, elles, pouvaient... tricoter ! Le travail et la charge de travail étaient pourtant restés les mêmes. Par contre, le poste était fortement déclassé sur la grille des qualifications et le salaire était amputé environ du tiers. (Kergoat, 2005 : 97)

1.4.2 - Le travail des « femmes », n'est pas nécessairement un travail « féminin »

Comme le concept de travail, la notion de sexe (qu'elle soit rabattue sur une différence biologique ou culturelle) est tout aussi historicisable. Historiciser le « sexe », c'est un exercice à quoi se sont adonnées des chercheuses telles que Joahn Scott, pour l'exemple de l'histoire.

(...) le sexe, à l'instar du genre, devait être appréhendé comme un système de significations fabriquées et plaquées ; ni le sexe, ni le genre n'ont à voir avec la nature, l'un et l'autre sont produits par la culture. Le sexe n'était pas un phénomène transparent; il a acquis son statut naturel rétrospectivement, pour justifier l'assignation des rôles genrés. (Scott, 2009 :10)

Cela a été également le cas dans d'autres disciplines. Danièle Juteau (2010) a bien rappelé l'existence de différents travaux⁸² ayant identifié le rapport de domination constitutif à la catégorie sexe, fournissant « une explication anti-fondationnaliste de la catégorisation sexuelle » et ainsi inversant « bien avant Judith Butler, le lien entre sexe et genre » (Juteau, *Ibidem*, p. 72).

En ce sens, Nicole Claude Mathieu montrait aux sociologues, depuis l'ethnologie et l'anthropologie, les risques qu'ils et elles couraient en ignorant cette historicité du sexe.

⁸¹ Sur ce point, Karen Messing fait référence au travail d'Harriet Brandley (1989), dans lequel elle « a démontré que les tâches attribuées exclusivement aux femmes à une certaine époque et dans une certaine région étaient souvent réservées aux hommes quelques années plus tard ou quelques kilomètres plus loin. » (Messing, 2000 : 53).

⁸² Cf. Christine Delphy (1991), Colette Guillaumin (1978) et Nicole-Claude Mathieu (1989), cités par Juteau (2010).

L'idée commune qu'il existe « une » différence des sexes (déjà simpliste d'un point de vue biologique) n'a donc, du point de vue sociologique, qu'une valeur descriptive ponctuelle et, de plus, présente – en contradiction avec les règles de la méthode sociologique énoncées par Durkheim – le risque de rapporter des faits sociaux, ici les rapports entre les sexes, à des caractéristiques « naturelles », surtout dès qu'il s'agit des femmes (Mathieu, 1973 et 2014 :15)

D'où, pour Nicole-Claude Mathieu, tout l'intérêt de réfléchir autant aux « différences » qu'aux « différenciations » entre les sexes. Ce qui l'a conduit à mettre en avant le caractère réductionniste et inapproprié de la notion de « différences » et à plutôt envisager les aspects liés à la différenciation entre les sexes (Mathieu, *Ibidem*). Autrement dit, les valeurs attribuées à chacun des sexes de façon à non seulement les séparer, mais aussi à les hiérarchiser (Bonnewitz, 2004). Dans un article postérieur à celui de Mathieu, Colette Guillaumin revient sur la notion de « différence » afin d'explicitier son caractère hétérogène et ambigu (Guillaumin, 1979).

Hétérogène car elle recouvre d'un côté des données anatomo-physiologiques et de l'autre des phénomènes socio-mentaux. Ce qui permet le double-jeu, conscient ou non, et l'usage de la notion dans un registre ou l'autre suivant le moment ou les besoins. Ambiguë en ce qu'elle est à la fois typiquement une manifestation de fausse conscience (et désastreuse politiquement) et en même temps le masque d'une conscience réelle réprimée (Guillaumin, 1979).

Ces réflexions conduites par Mathieu (1973) et par Guillaumin (1979), que nous venons d'exposer, nous semblent très importantes pour la question qui nous interpelle dans le présent travail.

Pour penser les liens entre le travail des femmes et le cancer dont souffrent certaines, il devient essentiel de tenir compte des constructions « anatomo-physiologiques » de la différenciation du sexe à l'œuvre dans bipartition : homme/femme ; ainsi que de tenir compte des « phénomènes socio-mentaux » à l'œuvre dans la construction de la différenciation du féminin et du masculin (en référence à la citation de Guillaumin, *supra*).

Enfin, dans un autre de ses travaux, Colette Guillaumin rendait également compte du fait que l'idéologie naturaliste s'exprime par un fait matériel et par un fait idéologique (Guillaumin, 1978).

En ce sens, nous évoquons deux thèses qui à notre sens fournissent de très bons exemples de la construction idéologico-naturaliste à la fois sur le socle anatomo-physiologique et sur le socio-psycho-culturel. Cela tout en illustrant également, et tel que l'avait avancé Guillaumin (1978), la nécessité de tenir compte à la fois du fait et de l'effet idéologique.

Il s'agit tout d'abord de la thèse de Priscille Touraille : *Hommes grands, femmes petites : une évolution coûteuse. Les régimes de genre comme force sélective de l'évolution biologique* (2008). Comme le titre le suggère, elle montre comment l'argument biologique expliquant le fait anatomique, relève du jeu des rapports sociaux. Alors qu'une « stature plus petite des femmes » par rapport à celle des hommes, est présentée comme étant biologiquement déterminée, Touraille s'attache à démontrer les différents processus historiques agissant directement sur cet aspect. Par exemple, elle démontre que dans différentes sociétés les hommes disposent d'un accès privilégié à la nourriture. En prétextant que ces derniers auraient des besoins plus importants en la matière, ce sont eux qui en ont la priorité.

Dans un ordre chronologique l'analyse développée par Paola Tabet (1979 et 1998), précède celle de Touraille. Nous la présentons néanmoins dans une séquence réflexive qui nous semble plus cohérente. Soit, d'abord la déconstruction d'un naturalisme fondateur des différences biologiques entre les sexes, puis celle d'un naturalisme fondateur des différences d'aptitudes entre les sexes pour la réalisation de certains travaux. Ce qui sert à accorder aux hommes l'accès privilégié aux travaux les plus valorisés et dans lesquels ils disposent des outils techniques assurant une meilleure productivité, et ayant également fonction d'arme.

Le contrôle par les hommes de la production et de l'emploi des outils et des armes est confirmé comme étant la condition nécessaire de leur pouvoir sur les femmes, basé à la fois sur la violence (monopole masculin des armes) et sur le sous-équipement des femmes (monopole masculin des outils). (Tabet, 1998 : 74-75)

Ainsi, dans le cadre de notre recherche, penser le travail des femmes, implique de se détacher tant que faire se peut d'une image essentialiste d'un travail comme étant spécifique au sexe ou au genre féminin, ce qui reviendrait aussi à le naturaliser. Cela implique également de considérer les aspects matériels et idéels de la construction de la maladie qui atteint des femmes, ainsi que les aspects matériels et idéels de la construction des trajectoires de vie⁸³, au

⁸³ D'après Lalive d'Épinay *et al.* (2005 : 12-13) « Le paradigme du parcours de vie est généralement défini par un ensemble d'approches multidisciplinaires, qui considèrent la vie humaine et son développement comme une totalité. Il s'agit d'interroger son organisation et son déroulement dans le temps, ses fondements biologiques, psychologiques, ainsi que son insertion sociétale et historique ». Marc Bessin le définit comme « le produit d'un ensemble de normes et d'institutions, de règles formelles et culturelles, qui entourent l'avancée en âge, grâce notamment à l'âge chronologique comme critère de classement et de mise en ordre « naturel » de la société. L'effritement de la société salariale, la crise de l'Etat social et les mutations familiales ont depuis une trentaine d'années ébranlé le rapport au temps biographique » (Bessin, 2009). Nous nous intéressons au parcours de vie en ce qu'il peut être considéré comme un entrecroisement de multiples lignes biographiques plus ou moins autonomes ou dépendantes les unes des autres (Valentine Hélarlot, 2006), fournissant une perspective très originale pour les problématiques autour de la construction de la santé (Testenoire et Trancart, 2011).

fil desquelles la division sexuelle du travail aura infléchi les différentes formes et degrés d'atteinte à la santé.

1.4.3 - Du cadre théorique à d'autres perspectives analytiques

C'est en portant notre regard sur une forme d'invisibilité propre au travail des femmes, que nous pensons que l'expérience corporelle du travail peut servir de pont à la réflexion sur une expérience commune d'appropriation, dont la maladie « naturalisée » serait une conséquence. Ce que nous voulons dire par là, c'est tout d'abord que nous envisageons la « presque-absence » épidémiologique des « cancers professionnels » chez les femmes, comme une forme d'invisibilité corrélée à l'invisibilité sociale du travail productif exercé par les femmes (dont nous avons traité plus haut).

Puis, quand nous parlons de la maladie naturalisée nous pensons à la sur-visibilité de certains cancers et à l'invisibilité d'autres en raison d'une réification du corps « féminin » ou de la « femelle », défini ainsi par ce qui le diffère du corps « masculin » ou du « mâle ». Une représentation réductionniste du corps des femmes qui implique également la *survisibilisation* du (et par la même, assignation au) travail reproductif qui leur incombe.

Cela nous engage donc à la fois dans la déconstruction d'une image du cancer des femmes calquée sur des représentations essentialisées, et dans la déconstruction de l'image d'un travail qui, parce que réalisé par des femmes, serait dénué de risques et dangers tels que ceux participant au développement des pathologies comme les cancers.

Entre ces deux pôles il y aurait encore un travail réflexif possible. Il concerne le passage de l'échelle subjective et individuelle de la maladie à celui de l'atteinte à la santé des femmes au travail.

Cela renvoie à un dernier élément complétant notre cadre théorique de référence. Il correspond à la réponse donnée à l'une des critiques qui lui sont faites. Soit, de rabattre derrière la catégorie « femmes » un bloc homogène, niant ainsi par exemple l'hétérogénéité des expériences de la domination des femmes racisées par rapport à des femmes blanches des classes privilégiées. La réponse vient de Danielle Juteau (2010) pour qui, au contraire, la perspective féministe matérialiste n'ignore pas la subjectivité des expériences des « femmes », autrement dit, n'ignore pas leur « indissociable homogénéité et hétérogénéité »⁸⁴ mais, qu'il est néanmoins impératif de la penser en référence aux rapports sociaux qui les

⁸⁴ Cf. titre de l'article de Danielle Juteau, « « Nous » les femmes : sur l'indissociable homogénéité et hétérogénéité de la catégorie », (2010).

traversent. Les raisons ont été données par Guillaumin (1979) et consistent à dépasser ce morcellement idéologique propre à l'appropriation collective et privée des femmes.

Ce conflit entre le sujet (c'est-à-dire l'expérience de sa propre pratique) et l'objet (c'est-à-dire l'appropriation qui nous morcelle) produit notre conscience. Aujourd'hui cette conscience est encore souvent individuelle, c'est celle de l'expérience particulière... et pas encore notre conscience de classe. En d'autres termes notre conscience de nous-mêmes comme individus, mais pas encore le savoir que la relation où nous sommes définies est une relation sociale, que ce n'est pas un hasard malheureux ou une malchance personnelle qui a mis notre personne dans cet invivable dilemme. (Guillaumin, 1979 :21)

Finalement, ce dernier travail réflexif dont nous avons parlé, concernerait le décloisonnement d'une « problématique féminine » et l'élargissement de celle-ci aux conséquences des formes de mise au travail des femmes. Un travail argumentatif qui pourrait éventuellement fournir de bases pour les actions des femmes : à court terme, en tant qu'entités individuelles et à long terme dans une perspective de « classe opprimée/ classe de sexe » (Guillaumin, *Ibidem*).

Conclusion du chapitre 1

Dans le présent chapitre nous nous sommes donné comme exercice de penser le travail des femmes. Nous nous sommes tout d'abord intéressées aux données statistiques portant particulièrement sur le marché du travail français et susceptibles de fournir un panorama de la présence des femmes.

Dans une perspective historique et analytique nous avons vu que les femmes ont toujours travaillé, mais que la transition du mode de production familial et agricole au mode de production industriel, au tournant du XIX^e siècle, marque leur entrée effective sur le marché du travail. Au long des cinq dernières décennies le nombre des femmes actives s'est accru de manière trois fois plus importante que celui des hommes.

C'est donc malgré des injonctions fortes à la maternité et au travail domestique non rémunéré que les femmes ont poursuivi leur installation progressive dans le salariat, sans renoncer à la maternité. Les interruptions massives d'activité aux âges reproductifs n'ont été pour les femmes françaises qu'une parenthèse historique. Cela, même si les taux d'activité des femmes en couple avec enfant, montrent que plus la famille s'agrandit plus grande est la charge de travail domestique à être assurée par les femmes. Ainsi, on remarque que ce sont elles qui doivent alors plus souvent se retirer du travail salarié afin d'assurer la surcharge de travail domestique. Les politiques publiques et d'entreprise participent indirectement à ce phénomène, du fait qu'elles rendent inconciliables le travail sur les sphères professionnelles et

familiales. Elles entretiennent ainsi la logique du choix par défaut. Celui qui s'impose le plus souvent aux femmes. C'est bien ce que montre le faible taux d'activité des hommes en famille monoparentale.

Numériquement important, le travail des femmes demeure pour autant largement invisible, moins reconnu socialement, moins valorisé économiquement. Les emplois occupés par les femmes se concentrent de façon très importante dans un nombre limité de secteurs d'activités et de professions. Elles sont ainsi numériquement plus nombreuses dans le tertiaire, cela tout en maintenant leur taux par exemple dans l'industrie. Où depuis les années 1970 elles représentent aux alentours de 20% des emplois.

Leur taux de réussite scolaire a assuré également leur entrée dans des catégories socioprofessionnelles dominées par les hommes. Ce qui n'a néanmoins pas suffi à briser le cadre des inégalités sociales. De sorte que les femmes continuent d'occuper les positions moins favorisées et plus précaires.

D'autre part nous avons également présenté le cadre théorique permettant d'asseoir notre analyse sur les questions autour du travail des femmes en lien avec les impacts corporels de ce travail. Nous nous appuyons sur un corpus conceptuel développé au long des quarante dernières années, principalement par des féministes matérialistes francophones.

Ce cadre théorique implique de penser le travail dans l'acception large de « la production du vivre » et non plus seulement dans le cadre dichotomique du travail rémunéré versus travail domestique. Cela implique également d'appréhender les divisions et assignations à des tâches situées à un des côtés de ces deux pôles comme étant un enjeu central autour duquel les catégories sociales s'érigent tout en s'opposant. Une démarche qui implique la déconstruction des idées fallacieuses autour de la différence entre les sexes et les genres, qui participent sinon à naturaliser la division des rôles sociaux entre hommes et femmes. D'autant plus que ces différences sont principalement le produit de la construction sociale des différenciations – non réductibles ni au plan biológico-naturel ni au plan idéologico-culturel. Par conséquent, ces différenciations constituent des frontières mouvantes qui participent à redessiner les contours des catégories (de sexe, de genre, de racialisation) dans le temps, dans l'espace et selon les sociétés.

Tout cela nous permet d'interroger le constat de la presque-absence statistique des cancers professionnels chez les femmes, afin d'envisager un phénomène d'*invisibilisation* de ces catégories. Cela nous conduit à supposer l'incidence d'une vision réductionniste de cette

maladie chez les femmes - cela en raison d'une *sur-visibilisation* du corps de la « femme/femelle » en ce qui l'oppose à l' « homme/mâle », soit la gestation de la progéniture.

Une autre raison à envisager est l'incidence de l'invisibilité du travail des femmes sur l'*invisibilisation* du potentiel pathogène de ce travail. En effet, considérer les risques et dangers au même niveau que ceux encourus par les hommes reviendrait à valoriser le travail des femmes et rompre avec la logique de division sexuelle du travail. Or, cela ne semble pas pouvoir se faire spontanément et demande au contraire un travail réflexif et argumentatif, dans le sens de la déconstruction des naturalismes réductionnistes autour de ces questions. Déconstruction à laquelle par ailleurs sont engagés depuis des années des chercheur-e-s comme Karen Messing (2000) et Laurent Vogel (2003).

Le cancer étudié de telle manière qu'il ne permettait de penser la situation des femmes qu'en tant que processus lié à des spécificités biologiques ou culturelles⁸⁵ peut, suite à ce décroisement être alors pensé en tant que construction sociale et potentiellement relié à leur travail. Un autre travail resterait encore à faire. C'est celui de rendre compte de cette *invisibilisation* en tant que question politique posée aux femmes en tant que « classe opprimée ».

Nous rappelons que la tendance à l'individualisation du risque cancérigène, que ce soit par la mise en avant des susceptibilités génétiques ou des comportements à risques (Barbier et Farrachi, 2004), concerne aussi bien les femmes que les hommes. Nous défendrons néanmoins l'idée que cela se construit différemment pour hommes et femmes, notamment à partir d'une différenciation anatomo-politique. Nous développerons toutes ces propositions dans les deux prochains chapitres.

⁸⁵ Des bons exemples de ces formes de réductionnisme et essentialisme sont donnés par Ilana Löwy (2013 et 2010) et par Marie Ménoret (2006).

- Chapitre 2 -

Rapporter l'état de santé des femmes à leur travail : quels défis !?

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, malgré le fait d'avoir toujours travaillé, de s'être engagées massivement et avec moins d'interruption dans le salariat depuis les années soixante (Schweitzer, 2002 ; Battagliola, 2004; Maruani, 2003 et 2005 ; Méda, 2008), les femmes et plus particulièrement leur travail, demeurent l'objet d'une invisibilité sociale. Dans ce chapitre il est question de comprendre pourquoi et comment cette invisibilité du travail des femmes est particulièrement importante lorsqu'on cherche à comprendre leur situation face à l'évolution des problèmes de santé, dont tout particulièrement le cancer.

Pour cela nous allons tout d'abord dire comment le travail est envisagé dans le cadre de notre recherche. Puis, nous allons nous intéresser au cancer non comme un fait, mais en tant que processus de cancérisation. C'est ce cadre qui nous permettra au terme de ce chapitre d'articuler, plus aisément, la relation entre l'invisibilité du travail des femmes et l'*invisibilisation* de leur travail en tant que partie prenante de leur processus de cancérisation.

Nous verrons que même si le cancer est une maladie multifactorielle l'établissement des relations de causalité représente un enjeu politico-économique majeur. De façon générale il pèse sur l'invisibilité des cancers professionnels. De façon spécifique aux femmes, on dira qu'il s'agit d'un autre niveau de difficulté. Nous allons tenter de montrer, par les exemples du cancer du sein et du cancer du poumon, l'anatomie politique qui se cache derrière des localisations cancéreuses. On verra ainsi la relation étroite qui existe entre un processus de « *sur-visibilisation* » par des explications naturalistes et le processus d'*invisibilisation* en tant qu'actrices sociales (Cf. Mathieu, 1991) – notamment par l'*invisibilisation* du rôle potentiel du travail dans leur processus de cancérisation.

Dans ce chapitre nous avons voulu insister tout particulièrement sur le rôle joué par les chercheur-e-s dans la production de « ce qu'on est en mesure de voir ». Comme nous le verrons, d'après un nombre certes réduit d'études, les femmes sont exposées à des risques cancérogènes dans certains emplois et secteurs d'activité, mais de façon générale ces risques sont peu connus et assez sous-estimés. C'est pourquoi, dans notre travail réflexif nous avons eu besoin tout d'abord de faire la part entre les approches de la santé mobilisées par des

chercheur-e-s afin de rendre compte du rôle joué par le travail. Cela parce que comme nous le verrons ce n'est pas parce que les chercheur-e-s prétendent prendre en compte le travail qu'ils/elles le font de façon effective et principalement quand il est question de la santé des femmes. Ainsi, que ce soit par une étiologie du cancer qui tend à sur-visibiliser le tabac au détriment d'autres facteurs de risques ou que ce soit par d'autres choix (d'approches, de méthodes, d'hypothèses, etc.) les chercheur-e-s peuvent davantage participer à la production/reproduction du processus d'*invisibilisation* qu'ils et elles ne donnent à voir des liens entre le travail et la cancérisation chez certaines femmes.

2.1 - Un cadre pour penser l'anatomie politique du cancer

Comment envisager le travail dans le cadre d'une recherche sur l'*invisibilisation* des risques cancérogènes dans le travail des femmes ? C'est là l'une des questions auxquelles nous avons été confrontée afin d'avancer dans notre recherche. Et c'est une définition de la « santé au travail » qui nous a aidée à y répondre.

La santé au travail désigne deux types de réalités : la mise en jeu de la santé des hommes et des femmes dans le travail, et l'ensemble des dispositifs législatifs, réglementaires et institutionnels censés prévenir et réparer les atteintes à la santé liées au travail. Questionner la santé au travail à partir de la problématique des rapports sociaux de sexe permet d'étudier quel rôle joue la division sociale du travail entre les hommes et les femmes dans la construction différentielle de leur santé, à l'articulation de la vie productive et de la vie reproductive. Cela permet également de développer une analyse critique de l'élaboration des législations et réglementations mais aussi des pratiques institutionnelles et syndicales en santé au travail (Annie Thébaud-Mony, 2004).

Cela parce que cette définition fournit une compréhension systémique du travail : ses dimensions productive et reproductive sont prises en compte, tout en les situant dans l'évolution de processus socio-historiques. Ainsi, dans la mesure où les dynamiques engendrées par le concept de *flexibilité productive* depuis les années 1990 sont encore à l'ordre du jour, il est toujours central de se saisir, tel qu'Appay et Thébaud-Mony (1997 : 518) l'avaient souligné, de l'analyse de ses conséquences sociales conjointement et non pas séparément. C'est ainsi que ces deux chercheuses sont arrivées à proposer le cadre structurant du concept de *précarisation sociale* en posant l'hypothèse de la double institutionnalisation de l'instabilité⁸⁶ : la précarisation économique et la précarisation de la protection sociale. C'est

⁸⁶ « (...) double processus : l'un, de précarisation économique qui résulte de la précarisation salariale et de celle des structures productives ; l'autre, d'institutionnalisation de l'instabilité à travers en particulier les transformations des systèmes législatifs afférents au travail et à la protection sociale. » (Appay et Thébaud-Mony, 1997 : 520).

entre ces deux dynamiques que la santé au travail peut aussi jouer le rôle de « révélateur des processus de précarisation sociale » (*Ibidem*, p. 519). Ceci suppose que la santé des travailleurs et des travailleuses devient de plus en plus contrainte par la fragilisation du lien social, par la remise en cause du droit du travail et des systèmes de protection sociale, tout en étant un enjeu qui permet à tout un chacun de négocier au mieux et le plus durablement possible sa place dans le salariat. En ce sens dans la question de la santé des femmes le travail semble jouer un rôle central. En tant qu'enjeu des rapports sociaux de classe, de sexe, de race et/ou d'ethnicité, la division du travail assigne différemment les individus à des postes, à des tâches mais aussi à des risques pour leur santé, selon leur appartenance à ces catégories. Ces assignations impactent non seulement dans le devenir individuel, citoyen, familial, mais elles s'impriment aussi sur les corps de chacun.e, en co-produisant ainsi leur santé (physique et psychique). De manière que le travail peut également être tenu comme *le lieu – espace-temps* – de partage des tâches selon des compétences très souvent naturalisées ou des représentations stéréotypées sur ce qu'est un « travail d'homme » ou un « travail de femme ». Ce partage différencié du travail impliquant par conséquent des formes différentes de sollicitation des corps masculins ou féminins.

Cette traduction du rapport de production sur les corps est semblable à celle soutenue par l'anthropologie de la santé à l'égard des inégalités sociales (Fassin, 2006). Tel que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, nous concevons les inégalités sociales comme le stigmate des rapports sociaux multiples, qui sont quant à eux consubstantiels et coextensifs (Kergoat, 2009). Grand spécialiste du sujet tout particulièrement en ce qui concerne leur impact sur la santé, Pierre Aïach définit les « inégalités sociales de santé » comme étant « essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique. » (Aïach, 2010 : 9)

En ce sens, les inégalités sociales de santé sont à leur tour le stigmate ultime de l'entrecroisement de l'ensemble des rapports sociaux, traduits sur des corps humains, « meurtris » ou « morts », plus ou moins tôt, selon leur appartenance à des catégories sociales données⁸⁷. Un tel raisonnement nous fait penser aussitôt au titre d'un des livres de Nicole-

⁸⁷ Nous rappelons que nous privilégions ici la situation particulière qu'est la maladie cancéreuse et ses liens avec la position sociale des personnes atteintes. Si nous défendons l'idée que le travail a pu prendre part dans son développement, cela ne veut pas dire que nous n'envisageons le travail que comme déterminant la dégradation de la santé. Le travail participe également à la construction de la bonne santé. (Cf. Dejours, 1987 ; Bouffartigue *et al.* 2010a)

Claude Mathieu, *L'anatomie politique*, d'où l'hypothèse que l'analyse de la corporéité des groupes peut être d'une grande potentialité pour révéler la politique qui les régit. Cela veut dire que nous nous intéressons aux corps non seulement comme à des réceptacles des rapports sociaux de sexe. En tant que construits politiques, nous nous intéressons aux corps également en ce qu'ils participent à l'expression des rapports sociaux.

Alors, si des travaux de chercheur-e-s pointent l'analyse de la dimension corporelle des pratiques sociales comme étant d'une grande potentialité heuristique (Memmi, 1998), d'autres n'omettent pas de mettre en garde quant à la difficulté à penser le corps (Fassin & Memmi, 2004 ; Aïach, 2010 ; Meidani, 2006 ; Marzano-Parisoli, 2002). Cette difficulté serait liée au caractère hybride d'un objet qui renvoie à la fois à une existence corporelle, charnelle, incarnée, de la chair et à la fois à une existence sur le plan des idées, subjective, idéelle, de l'esprit. Dans ce caractère hybride réside donc le risque d'oblitération d'une de ses faces. C'est-à-dire, le risque de *sur-visibiliser* sa dimension « anatomique » au détriment de sa dimension « psychique » et *vice-versa*.

Encore que justes, ces mises en garde nous semblent incomplètes si elles n'appréhendent le(s) corps qu'en tant qu'objet « neutre », « asexué », alors qu'il(s) en est/sont tout le contraire.

En ce sens, les analyses entreprises par Colette Guillaumin (1978) introduisent les éléments permettant de comprendre le corps des femmes à partir des pratiques physiques d'appropriation érigées à leur rencontre⁸⁸.

Le corps est un réservoir de force de travail, et c'est en tant que tel qu'il est approprié. Ce n'est pas la force de travail, distincte de son support/producteur en tant qu'elle peut être mesurée en «quantités» (de temps, d'argent, de tâches) qui est accaparée, mais son origine : la machine-à-force-de-travail. (Guillaumin, 1978 : 9)

Cette définition du corps des femmes avancée par Colette Guillaumin rend compte du corps en tant que construit social (signifiant de la différence et de l'appartenance au groupe) et à la fois en tant qu'enjeu des rapports de sexe (potentialité à être appropriée). C'est celle qui semble plus heuristique et que nous adoptons pour notre analyse.

Enfin, nous pensons pouvoir minimiser le risque de glissements interprétatifs en réfléchissant à l'existence à la fois d'un corps idéal ou d'un corps prescrit (par des normes, des injonctions, des conventions sociales) et à la fois à l'existence d'un corps réel, possible,

⁸⁸ Voir l'annexe « Résumé de Colette Guillaumin (1978) « Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes ».

contraint par sa propre nature (anatomique, biologique). Ce qui revient par ailleurs à ne pas faire l'impasse des interactions entre l'un et l'autre.

2.1.1 - Le cancer en tant que « processus de cancérisation »

Le *carcinos*, soit le « crabe » ou l'« écrevisse », comme le médecin gréco-romain Galien (1^{er} siècle) a baptisé la pathologie qui provoque l'apparition des « vaisseaux sanguins rouges et gonflés caractéristiques qui entouraient les tumeurs » (Lardon, 2014 :14)⁸⁹.

Le cancer, c'est une maladie chronique⁹⁰ d'origine multifactorielle. Pour chaque individu, l'apparition de la cellule cancéreuse ou « la cellule qui déraile »⁹¹, résulte d'un processus long de plusieurs années et même plusieurs décennies. Durant cette période, des mutations génétiques diverses peuvent intervenir de façon spontanée, par des anomalies héréditaires⁹² ou encore par des facteurs externes, tous occasionnant des perturbations au niveau des mécanismes de contrôle de la division cellulaire (Lardon, *Ibidem* : 30).

Les facteurs externes, également nommés « agents cancérogènes », sont de nature chimique (ex : substances chimiques et polluants présents dans l'environnement courant ou professionnel ou encore produits par des réactions chimiques comme le tabac ou les HAP⁹³), physique (ex : des ondes comme les rayonnements solaires ou ionisants ou des poussières comme l'amiante et de nombreux composés dits « inorganiques ») et biologique (ex : virus⁹⁴, bactéries⁹⁵).

Par ailleurs, les cellules subissent à la fois ces dysfonctionnements internes et des agressions externes tout en tentant, avec certes plus ou moins de succès, de se réparer. C'est ce qu'Annie Thébaud-Mony appelle *la double histoire du cancer*.

⁸⁹ Voir aussi Harel (2001).

⁹⁰ L'OMS définit ainsi « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. »

⁹¹ Cf. au titre du livre de Filip Lardon (2014) « Quand une cellule déraile. Comprendre le cancer. » A propos du cancer comme histoire, voir aussi l'article d'Annie Thebaud-Mony (2008).

⁹² Qui peuvent elles-mêmes être liées à des mutations provoquées chez les parents par le contact avec des facteurs de risque professionnels ou environnementaux. C'est notamment le cas de mutations radio-induites qui se transmettent d'une génération à une autre.

⁹³ Les hydrocarbures polycycliques aromatiques (HAP) « ont des constituants naturels du charbon et du pétrole, ou qui proviennent de la combustion incomplète de matières organiques telles que les carburants, le bois, le tabac. Ils sont présents dans l'air, l'eau ou l'alimentation. » Source : <http://www.cancer-environnement.fr/235-Hydrocarbures-aromatiques-polycycliques-HAP.ce.aspx>.

⁹⁴ A l'exemple du virus de l'hépatite B qui peut être à l'origine du cancer du foie ou encore du papillomavirus humain qui peut causer le cancer du col de l'utérus.

⁹⁵ A l'exemple de la bactérie *Helicobacter pylori* qui peut être à l'origine des cancers de l'estomac.

(...) L'une est celle des atteintes, simultanées et/ou répétées, provoquées par des agents toxiques (poussières, substances chimiques, rayonnements) au cours de multiples événements de vie professionnelle, résidentielle, environnementale et comportementale ; l'autre est, face à ces agressions, celle des réactions de défense de l'organisme, elles-mêmes extrêmement variables selon les individus (Thébaud-Mony : 2014 :129).

Une fois la cellule cancéreuse formée, elle va encore se diviser en générant d'autres cellules, formant ainsi une masse ou *tumeur*. Tandis que les tumeurs bénignes sont celles qui grandissent de façon délimitée sans atteindre d'autres organes ni générer des métastases, les tumeurs malignes ont au contraire des contours irréguliers, se développent rapidement et se propagent à d'autres organes en générant des métastases⁹⁶ (Lardon, 2014).

Entre la formation de la tumeur maligne et l'apparition des premiers symptômes peuvent encore s'écouler plusieurs semaines ou même plusieurs années. C'est pour cette raison qu'on désigne souvent le cancer comme étant une maladie « silencieuse ». Elle engendre comme nous venons de voir une temporalité complexe. Il y a tout d'abord un temps long et « silencieux » entre les moments où les agents cancérogènes viennent interférer dans le processus de division cellulaire, et le stade de développement de la tumeur maligne où les premiers symptômes viendront rendre la maladie perceptible. Une fois la maladie diagnostiquée ou une fois qu'on est « entré dans la maladie » (Marie Ménoret, 1999) interviennent d'autres temporalités : d'abord celle de l'urgence, des examens en vue de l'établissement d'un protocole de soin et ensuite, celle de la routine des traitements.

2.1.2 - La face politique de l'étiologie (l'étude des causes) du cancer

Contrairement à ce qu'on pourrait croire le terme « épidémie » ne concerne pas seulement les maladies contagieuses, on parle ainsi de « l'épidémie de cancer ». Cela pour rendre compte d'une progression soutenue et rapide de cette maladie dans une population donnée.

Si l'emploi de ce terme est justifié en raison de la manière avec laquelle cette pathologie s'étend à un plus grand nombre des victimes dans le monde, il n'est pas moins important de comprendre ce que cela engage en termes de politiques sanitaires visant précisément à freiner ces dégâts. La lutte contre le cancer possède déjà une histoire conséquente dans le cas de la France (Pinell, 1992) mais aussi des Etats-Unis (Löwy, 2013).

⁹⁶ Les métastases sont occasionnées par la libération « des cellules ou des petits fragments qui vont se propager un peu partout dans l'organisme par le biais du sang ou des voies lymphatiques » (Lardon, 2014 :33)

En tant que politique publique nationale, la lutte contre le cancer actuellement en place en France, tient son origine de la suite du Sommet Mondial contre le Cancer de 2000. Cela s'est passé dans le gouvernement de Jacques Chirac, par le biais d'une mission interministérielle investie par « Le Plan de mobilisation nationale contre le cancer » (2003-2007), ainsi que par la création en 2004 de l'Institut National du Cancer (par la loi n° 2004-804 relative à la politique de santé publique).

Nous précisons que c'est à l'épidémiologie qu'incombe la responsabilité d'avancer les données permettant de rendre compte de la répartition de cette maladie dans la population : l'incidence (soit le nombre de nouveaux cas sur l'année) et la mortalité (le nombre de décès sur l'année).

Certains pays comme la Belgique⁹⁷ disposent d'un registre de cancer, couvrant l'intégralité de leur territoire et enregistrant ainsi de façon précise tous les nouveaux cancers diagnostiqués. La France dispose depuis 1991 d'un réseau (FRANCIM) formé par 16 registres généraux⁹⁸ et 8 registres spécialisés selon des localisations⁹⁹, 1 registre consacré aux mésothéliomes et 2 registres consacrés aux enfants. Cependant ces registres ne contiennent aucune information sur l'histoire professionnelle et l'histoire résidentielle des malades. Autrement dit, ils ne rendent pas compte d'importants éléments permettant de faire avancer la connaissance des expositions associées à la survenue des cas de cancer dans la population.

De telle sorte que les chiffres désignant l'incidence et la mortalité par cancer en France ne reflètent pas fidèlement la réalité mais avancent des estimations.

Ainsi, le gouvernement français, et plus précisément les Ministères en charge du Plan Cancer¹⁰⁰ (2014-2019) estiment que tous les ans la France connaît 355 000 nouveaux cas de cancer dont environ 200 000 chez les hommes et 155 000 chez les femmes. On estime également à 148 000 le nombre de décès dus à cette maladie chaque année, dont 85 000

⁹⁷ Le Registre du Cancer, accessible sur : <http://www.cancer.be/le-registre-du-cancer-un-outil-de-mesure-indispensable>.

⁹⁸ Dont 14 registres généraux métropolitains qui couvrent 24% de la population de 19 départements français, dont Bas-Rhin, Calvados, Doubs et territoire de Belfort, Gironde, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Loire-Atlantique et Vendée, Manche, Somme, Tarn, ainsi que la zone de proximité de Lille, les 4 départements de Poitou-Charentes (Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne) et un des départements du Limousin (Haute-Vienne). Ils couvrent actuellement environ 24% de la population ; et 2 registres généraux outre-mer : Guyane et Martinique.

⁹⁹ Cancer digestif en Côte-d'Or et en Saône et Loire, dans le Calvados et le Finistère ; cancer hématologique en Côte-d'Or, en Gironde et en Basse-Normandie ; cancer du sein et cancers gynécologiques en Côte d'Or et tumeurs du système nerveux central en Gironde.

¹⁰⁰ Sont en charge de l'exercice 2014-2019 le Ministère des Affaires sociales et de la Santé en la personne de la ministre Marisol Touraine et le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche sous l'autorité de la ministre Geneviève Fioraso.

comptabilisés chez des hommes et 63 000 chez des femmes (INCa, 2014) ¹⁰¹. Le nombre annuel estimé des nouveaux cas est passé de 150 000 à 355 000 entre 1984 et les années 2010.

Parmi tous les cancers le poumon est celui qui fait le plus grand nombre de victimes fatales dans le monde¹⁰². En France, les hommes sont plus souvent touchés par le cancer de la prostate (56 841 nouveaux cas), du poumon (28 211 nouveaux cas) et du côlon-rectum (23 226 nouveaux cas) ; mais ils sont plus nombreux à décéder en raison du cancer du poumon (21 326 décès), suivi du cancer du côlon-rectum (9 275 décès) et du cancer de la prostate (8 876 décès). Chez les femmes l'organe le plus souvent touché, aussi bien en termes d'incidence que de mortalité, est le sein, respectivement 48 763 cas et 11 886 décès. Alors que le cancer du poumon n'est que le troisième en termes d'incidence (11 284 cas) derrière le colon-rectum (18 926 cas), il occupe le deuxième rang en termes de mortalité (8 623 décès, avant le cancer colorectal qui occupe le troisième rang avec 8 447 décès)¹⁰³.

Venons-en maintenant à la question de l'origine du processus de cancérisation. Sur cet aspect on sait tout d'abord que les mutations spontanées et d'origine héréditaire sont moins fréquentes, alors que les facteurs externes ou environnementaux, également nommés *carcinogènes* ou *agents cancérogènes*, sont en cause pour la majeure partie des tumeurs¹⁰⁴, qu'elles soient malignes ou bénignes. Autrement dit, la plupart des cancers serait due aux agressions cellulaires représentées par des expositions aux agents cancérogènes (dont les natures, nous avons vu, sont distinctes), lesquels agissent de façon synergique tout au long de la double « histoire du cancer ». Au croisement de cette construction interne et externe au niveau cellulaire ils s'inscrivent également dans une construction à la fois à échelle individuelle et collective. De sorte que chaque cancer implique une construction singulière, rendant impossible de désigner, pour un individu donné, avec certitude le facteur en cause de la tumeur. Autrement dit, le cancer est une *maladie multifactorielle*¹⁰⁵.

¹⁰¹ « Les cancers en France », édition 2013.

¹⁰² D'après le World Cancer Report 2014, l'OMS avance les chiffres suivants pour l'année 2012 : cancer du poumon (1,59 million de décès) ; cancer du foie (745 000 décès) ; cancer de l'estomac (723 000 décès) ; cancer colorectal (694 000 décès) ; cancer du sein (521 000 décès) ; cancer de l'œsophage (400 000 décès). Ces chiffres sous-estiment inévitablement la réalité de l'épidémie mondiale de cancer (Sasco, 2001), tant ils sont dépendants de moyens de diagnostics (scanner, IRM, anatomopathologie) inexistant dans de nombreuses régions du monde.

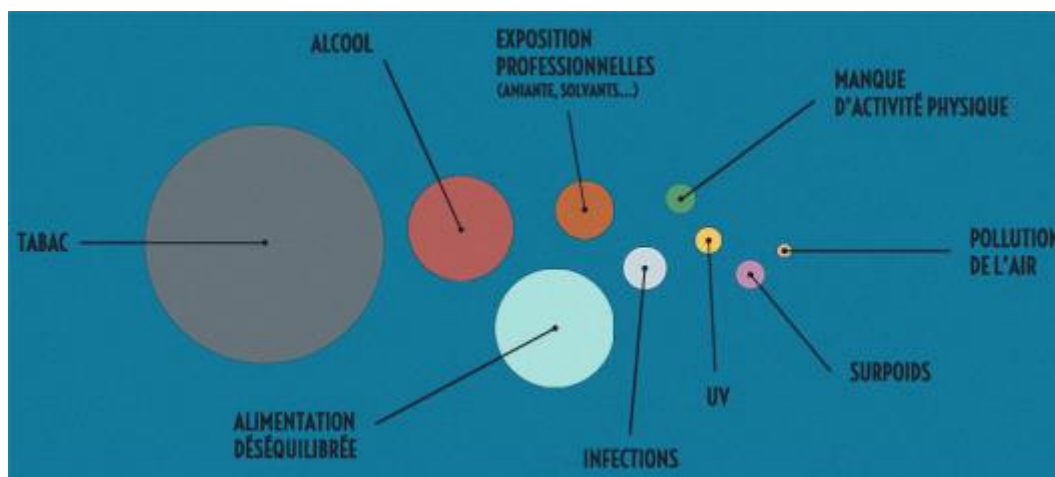
¹⁰³ Données estimées pour 2012 (INCa, 2015).

¹⁰⁴ C'est ce qu'indiquent différentes sources dont le Rapport Général sur la santé aux Etats-Unis de 1970 (cité par Samuel Epstein [] et repris par Thébaud-Mony [2014]), ou encore des institutions telles que l'INCa et le CIRC. Le médecin oncologue Belpomme (2004) précise que le pourcentage des cancers attribués à des cancérogènes serait compris entre 80% à 90%.

¹⁰⁵ Le mésothéliome de la plèvre et du péritoine font exception à cette règle. En effet il s'agit des seules localisations cancéreuses pour lesquelles l'origine est invariablement imputée aux expositions à l'amiante.

Malgré ces éléments scientifiques, la thèse la plus souvent soutenue, aussi bien par la communauté scientifique que par les dirigeants politiques, consiste à désigner le seul tabac comme principal responsable de l'« épidémie de cancer »¹⁰⁶, suivi de l'alcool et des habitudes alimentaires (voir encadré 1).

Encadré 1 – Représentation de la part attribuable à la survenue de cancer selon les différents facteurs de risque



1. le tabac 18% des cancers.
2. la consommation d'alcool 8 à 9 % des cancers et certaines habitudes alimentaires 8 à 9 % des cancers
3. les expositions professionnelles à des substances cancérigènes, 4,5 à 8 % des cancers.
4. l'exposition à certains agents infectieux, environ 3 % des cancers.
5. trois facteurs à l'impact comparable : le manque d'activité physique 2%; la surcharge pondérale (surpoids et obésité) 2% et l'exposition aux rayons ultraviolets solaires et artificiels 2%.
6. la pollution de l'air intérieur (logement, bureau...) et extérieur (atmosphérique), moins de 1%.

(Source : INCa¹⁰⁷)

Or, ce que montre bien Thébaud-Mony en s'appuyant entre autres sur les travaux de Samuel Epstein¹⁰⁸ c'est que contrairement à ce qu'on pourrait croire il n'existe pas de consensus scientifique là-dessus, loin s'en faut¹⁰⁹. Ainsi le pourcentage des cancers dont on

Cependant, des inquiétudes existent pour les fibres céramiques et pour les nanoparticules, dont les mécanismes d'action sur la cellule se rapprochent beaucoup de ceux de l'amiante.

¹⁰⁶ Voir par exemple « Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme » (Hill et al, 2010).

¹⁰⁷ Accessible sur <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>.

¹⁰⁸ Samuel Epstein (1978). *The Politics of Cancer*.

¹⁰⁹ De plus en plus de voix s'élèvent dans des domaines distincts pour dénoncer les innombrables pollutions présentes dans l'environnement mais aussi dans les aliments comme responsables de différentes maladies. Ce qu'ils relient avant tout aux choix de société et notamment aux pratiques industrielles. Voir par exemple le

estime que l'origine serait due au travail est très variable selon les sources. Ces chiffres varient selon les pays, selon les institutions, les méthodes utilisées pour les calculer. Dans un rapport de 1978, l'*Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) estimait qu'« au moins 20% des cas de cancer pourraient, à plus au moins long terme, être rapportés à l'exposition professionnelle des travailleurs » (Thébaud-Mony ; 2014 :135). Depuis lors, l'expansion de l'industrie chimique, de l'industrie de l'amiante ou du nucléaire a considérablement alourdi le poids des polluants dans le travail, l'environnement et la consommation.

L'enquête SUMER a dénombré 2,2 millions de salariés exposés à au moins une substance cancérigène en 2010 en ne retenant qu'une vingtaine de substances sur les centaines que le Centre International de Recherche sur le Cancer a classé comme tel. Le Plan Cancer 2014-2019 évalue pour la France entre 4 et 8,5 % la part des nouveaux cas de cancer qui seraient attribuables au travail, chiffre éminemment contestable, car s'appuyant sur une estimation dont la critique a été faite dès les années 1980 (Thébaud-Mony, 2014). Le problème est l'influence de cette « science dominante » sur les évaluations officielles, comme le montrent les travaux de la commission chargée d'évaluer la somme que le régime AT-MP, financé par les employeurs, doit reverser chaque année au régime général d'assurance-maladie, pour la prise en charge induite, par ce dernier, des accidents du travail et maladies professionnelles non déclarées, non reconnues, en particulier les cancers. Ainsi, le rapport de la « Commission Diricq » (Rapports Diricq, 2008) a retenu une fourchette de cancers attribuables au travail allant de 3% à 6% des nouveaux cas diagnostiqués chez les hommes et de 1,5% à 6% des nouveaux cas diagnostiqués chez les femmes. Selon le Rapport de la Cour des comptes (« Diricq », 2011) on ne compte que 1700 cas de cancers reconnus comme maladie professionnelle en 2007 et 1898 cas en 2008.

Il en résulte que les chiffres présentés par les institutions en charge des questions de santé publique, émanent de négociations politiques et non d'une science exacte (voir chapitre 3). À partir de là, on peut comprendre que l'existence d'une représentation dominante autour du cancer, désignant le tabac et par conséquent les comportements individuels comme principale cause de cancer, s'avère un enjeu très important. Celui de désigner le malade comme le principal responsable de son malheur et d'exclure d'autres facteurs de la ligne de mire. En ce sens le livre de Annie Thébaud-Mony, « La science asservie ; Santé publique : les

documentaire de Marie-Monique Robin « Notre poison quotidien » ou encore le livre du médecin oncologue Dominique Belpomme *Ces maladies créées par l'homme. Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé.*

collusions mortifères entre industriels et chercheurs. » (2014), comme le titre l'indique, rend compte des pratiques et logiques des acteurs autour de l'enjeu qui consiste à établir les relations de causalité d'une maladie telle que le cancer. La stratégie des acteurs étant de s'armer de science afin de s'assurer le monopole de l'expertise et ainsi pouvoir protéger leurs intérêts. Elle s'attache ainsi à démontrer comment des représentations dominantes autour du cancer, telle que celle qui tient le tabac et par conséquent les comportements individuels comme principale cause de cancer, sont le produit des rapports de forces et des alliances entre les milieux scientifiques, industriels, syndicaux et politiques. Pour Thébaud-Mony la « genèse du paradigme du doute sur les risques » réside entre autres dans le choix de l'épidémiologie comme discipline de référence, ce qui délimite forcément le champ de vision et va à contre-sens de la « double histoire » propre à chaque cancer : on ne s'intéresse qu'aux « excès » de cancers, qu'à un seul cancérigène sans tenir compte des effets de synergie et en isolant dans le calcul statistique tous les « facteurs de confusion ». Un paramètre qui a par ailleurs beaucoup contribué à l'ignorance autour de la situation spécifique des femmes, plus souvent réduites à la condition de variable de confusion (Potvin et Frohlich : 1998). Ainsi, la corrélation entre l'excès d'un cancer déterminé dans une population donnée et un cancérigène correspond d'une part à un calcul probabiliste et non pas certain ; et elle implique d'autre part de ne rien faire au long des années durant lesquelles les travailleur-se-s seront exposé-e-s à une molécule, en attendant de voir l'effet que cela leur fait. Ce que Samuel Epstein (cité par Thébaud-Mony, 2014) a qualifié de « démarche d'expérimentation humaine »¹¹⁰.

Enfin, s'intéresser à la problématique du cancer implique de relever un certain nombre de défis, ce qui est comparable à un travail d'observation des étoiles, car « ce qu'on observe dans le temps présent n'est que le produit des événements ayant eu lieu dans le passé. » (Paiva, 2014). La compréhension de ce processus peut en partie être favorisée à partir de la reconstitution des histoires de vie.

Dans la suite de ce chapitre nous traiterons plus en détail d'autres éléments qui nous permettront d'expliquer pourquoi face à la progression des cancers, dans une perspective « genre », il est essentiel à la fois de travailler à la déconstruction de la représentation dominante sur l'existence d'une cause unique, et d'insister sur le rôle des expositions professionnelles.

¹¹⁰ Samuel Epstein (1978) cité par Thébaud-Mony op. cit.

2.1.3 - Les paradoxes qui dévoilent les anatomies politiques du cancer

Nous avons vu plus haut que le cancer concerne hommes et femmes dans différentes proportions et à différentes parties de leur corps. Pour saisir l'ampleur de l'épidémie de cancer l'épidémiologie doit donc rendre compte des manifestations différentes de cette maladie selon le sexe des personnes atteintes.

Nonobstant, il est important de souligner que ces représentations des corps, en tant que corps sexués, ne concernent pas simplement des variables biologiques et n'expriment pas simplement des faits de nature. Elles peuvent au contraire participer à l'*invisibilisation* du cancer en tant que problématique de santé au travail étendue aux femmes.

En ce sens, dans son ouvrage *l'Anatomie politique* et principalement dans le chapitre intitulé « Critiques épistémologiques de la problématique des sexes dans le discours ethno-anthropologique » Nicole-Claude Mathieu (1991) a procédé au « démontage précis des mécanismes de l'androcentrisme de la recherche, dont les deux principaux sont la sur-*visibilisation* des femmes par les explications à tendance naturaliste, et leur *invisibilisation* » en tant qu'actrices sociales (Mathieu, 1991 : 83).

La définition de l'androcentrisme citée par Mathieu est celle donnée par Maxine Molyneux (1977) :

« Par « androcentrisme » j'entends un biais théorique et idéologique qui se centre principalement et parfois exclusivement sur les sujets hommes (*male subjects*) et sur les rapports qui sont établis entre eux. Dans les sciences sociales, ceci signifie la tendance à exclure les femmes des études historiques et sociologiques et à accorder une attention inadéquate aux rapports sociaux dans lesquels elles sont situées. L'androcentrisme peut se concevoir comme un glissement idéologique de la part de l'auteur, mais ce glissement a des effets théoriques qui sont transférés au texte. C'est pourquoi il est légitime de parler à la fois d'androcentrisme du sujet-auteur et de l'androcentrisme de tel texte ou de telle théorie. » (Molyneux, 1977, cité par Mathieu, 1991 : 83)

Notre propos ici ne va pas complètement dans le sens de celui de Mathieu. Nous n'envisageons pas d'affirmer l'existence d'un « androcentrisme », ni dans les recherches sur le cancer en général ni dans les recherches sur les cancers professionnels en particulier. Du moins, nous ne sommes pas en mesure de le faire avec les seuls exemples que nous allons mobiliser ici. Notre but est néanmoins de réitérer tout l'intérêt pour les chercheur-e-s/acteur-ice-s de s'interroger sur la façon dont les recherches mobilisent et/ou introduisent l'idée de « symétrie » et d'« asymétrie » afin de rendre compte des corps sexués. Cela parce que par là elles peuvent, comme l'a proposé Nicole-Claude Mathieu, agir comme des mécanismes d'une forme d'androcentrisme qui consiste à la fois à accentuer :

- 1) la visibilité des femmes par les explications à tendance naturaliste, et
- 2) leur invisibilité en tant qu'actrices sociales. (Mathieu, 1991)

L'exemple le plus éloquent que nous ayons rencontré est celui de l'*Atlas de la mortalité par cancer. Evolution 1970-2004* (INCa, 2008)¹¹¹. Dès son sommaire ses auteur-e-s construisent une différenciation des anatomies des femmes de celles des hommes qui engendre une idée de dissymétrie des corps sexués.

ATLAS DE LA MORTALITÉ PAR CANCER EN FRANCE MÉTROPOLITAINE
ÉVOLUTION 1970-2004



SOMMAIRE

INTRODUCTION	09
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	11
MÉTHODOLOGIE	15
CONSTITUTION D'UN CHAPITRE	19
TOUS CANCERS	23
■ LE POIDS DES DIFFÉRENTS FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES DANS L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ TOUS CANCERS	33
LES CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES (VADS) :	
■ LE CANCER DE L'ESOPHAGE	41
■ LES AUTRES CANCERS DES VADS	48
LES CANCERS DIGESTIFS :	
■ LES CANCERS COLORECTAUX	55
■ LES CANCERS DE L'ESTOMAC	61
■ LES CANCERS DU FOIE	67
LES CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES ET LES CANCERS DE LA PLÈVRE :	
■ LES CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES	75
■ LES CANCERS DE LA PLÈVRE	82
LES CANCERS DE LA VESSIE	89
LES CANCERS FÉMININS :	
■ LES CANCERS DU SEIN	97
■ LES CANCERS DE L'OVAIRE	101
■ LES CANCERS DE L'UTÉRUS AVANT 50 ANS	105
■ LES CANCERS DE L'UTÉRUS APRÈS 50 ANS	109
LES CANCERS DE LA PROSTATE	115
LES CANCERS DES TISSUS LYMPHATIQUES ET HÉMATOPOIÉTIQUES :	
■ LYMPHOMES	121
■ MYÉLOMES	127
■ LES « AUTRES LEUCÉMIES »	133
LES CANCERS DU REIN	141
LES MÉLANOMES	149
LES CANCERS DE LA THYROÏDE	157
LES CANCERS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	165
ANNEXES :	
■ GLOSSAIRE	173
■ BIBLIOGRAPHIE	175

Ainsi, le choix des auteur-e-s produit la description d'« un corps général » dans lequel on distingue l'ensemble des organes atteints par des cancers (ou du moins de ceux qui méritent l'intérêt du point de vue épidémiologique). À l'intérieur de ce corps général, on distingue « un autre corps » ou plutôt des organes. La différenciation des corps sexués n'est introduite que par le sous-chapitre intitulé « Les cancers féminins » dans lequel on ne distingue que les cancers du sein, de l'ovaire et de l'utérus. Cette nomenclature ne tient pas compte du fait qu'on rencontre aussi des cancers du sein chez les hommes¹¹².

¹¹¹ Nous avons mobilisé cet exemple dans Paiva (2014).

¹¹² Cela y compris en raison des expositions professionnelles aux risques cancérigènes. Un exemple est fourni dans le cadre d'une étude qui fait état d'un cas reconnu en maladie professionnelle chez un agent France Télécom ayant été exposé à des sources radioactives (Turquis et Thébaud-Mony, 2011).

Cette question du référent masculin pour désigner ce qui serait de l'ordre du général, de l'universel, et la femme et le féminin pour marquer la différence a bien été soulevée par les travaux des chercheur-e-s féministes. Nous voudrions ici insister sur un des points que Nicole Claude Mathieu (1991) s'est attachée à montrer : l'existence de conséquences fondamentales, sur le plan politique (nous ajouterons - et économique), du fait de cette dissymétrie produite par des chercheur-e-s. De toute évidence une représentation du corps des femmes résumée aux seuls organes reproductifs est réductionniste et pose différents problèmes (Messing, 2000 ; Vogel, 2003). L'absence d'équivalent pour les hommes se révèle tout aussi problématique. Ce type de représentation des femmes par la nature et des hommes par la culture (Cf. Guillaumin, 1978) pénalise la connaissance sur tous les autres types de cancers dont peuvent souffrir les femmes ainsi que sur les cancers reproductifs dont peuvent souffrir les hommes (Paiva, 2014).

2.1.3.1 - L'exemple du cancer du sein en tant que cancer strictement féminin

Comme nous l'avons vu plus haut cette représentation réductionniste d'un « corps féminin » résumé à la sphère gynécologique ne se justifie pas en raison de la prévalence de ces seuls cancers chez les femmes. En France, seul le cancer du sein figure sur la liste des trois principaux cancers touchant les femmes - que ce soit en termes d'incidence (soit le nombre de nouveaux cas sur l'année) ou de mortalité (le nombre de décès sur l'année). Les deux autres localisations les plus inquiétantes pour les femmes le sont également pour les hommes : le poumon et le colon-rectum.

Dès lors d'autres explications sont nécessaires pour comprendre les raisons d'une telle *sur-visibilisation* de la sphère gynécologique en ce qui concerne les cancers dont souffrent les femmes.

D'après Ilana Löwy (2013) le sein, en tant qu'organe externe, porte une implication directe sur l'origine même de toutes connaissances sur les « carcinos ». Cela parce que, dans une période où on ne disposait pas des technologies d'imagerie permettant de diagnostiquer des cancers internes, l'infiltration de la tumeur sur la superficie du sein était bien visible à l'œil nu, tout comme d'autres symptômes externes (règles, sécrétions) laissaient voir les dysfonctionnements au niveau de l'appareil génital féminin (Löwy, 2013). Le crabe serait ainsi demeuré une maladie de femmes jusqu'au milieu du XX^e siècle, jusqu'à ce que les ressources techniques rendent possible le diagnostic des cancers dans les organes internes, dont notamment le poumon, déjà en progression auprès des hommes à ce moment-là (Löwy, *idem*). Cette visibilité aurait donc participé de l'association du cancer à une maladie de

femmes, ce qui implique que les explications envisagées par les médecins aient été tout d'abord pensées en tant que maladie spécifique aux femmes. Ainsi, la « diathèse cancéreuse » durant tout le XIXe et début du XXe siècle était que les femmes avaient soit une prédisposition morale (déviances sexuelles), soit une tendance héréditaire à développer des tumeurs (Löwy, 2013). D'après Löwy (op. cit) même si les recherches en oncologie ont contribué à défaire une partie de ces croyances, elles n'ont pas été sans conséquence sur les politiques de prévention élaborées au fil du temps, dans différents pays et jusqu'à nos jours.

Comme l'a également précisé Marie Ménoret (2006) au sujet du cancer du sein :

Le modèle qui organise la prévention du cancer du sein en France est un modèle traditionnel, individuel et biomédical d'appréciation d'une maladie qui n'est jamais envisagée comme un problème environnemental ou comme une pathologie reliée à des causes externes, non individuelles et à des expositions involontaires. Les discours de prévention du risque en France sont toujours conçus à partir de problématiques de risque individuel. Partant, ils assurent plutôt la promotion d'une prévention technico-médicale que celle des règlements mondiaux consacrés à la production et/ou à la circulation des produits cancérogènes.

Force est de constater que ce modèle s'étend à différents cancers gynécologiques, de sorte que les principales actions politiques de lutte contre le cancer visent à faire prendre conscience aux femmes du rôle qu'elles ont à jouer en se faisant dépister (mammographie et frottis) ou vacciner. Alors que ces deux stratégies restent réductionnistes et controversées. En ce qui concerne le cancer du sein, Marie Ménoret (2006) rappelle par exemple que « Zeneca Pharmaceutical, le plus grand vendeur au monde de médicaments anticancéreux pour le cancer du sein grâce à son brevet sur le tamoxifène, est également grand producteur de pesticides et autres produits délétères, connus pour être particulièrement cancérogènes. » (Ménoret, 2006 : 45). D'où tout l'intérêt de questionner, outre les conséquences de la « médicalisation »¹¹³ sur les corps des femmes, les bénéficiaires des consensus autour des politiques de santé publique et des techniques de prévention qu'elles préconisent d'étendre à des centaines de milliers de personnes dans le monde entier. Ainsi, nous pouvons également avancer l'exemple du cancer du col de l'utérus, pour lequel différents pays préconisent la vaccination contre le papillomavirus. Alors qu'on dénombre treize types de papillomavirus (HPV) hautement cancérogènes et pointés comme principal facteur de risque pour le cancer du col utérin, les vaccins disponibles ne sont efficaces que contre deux : l'HPV 16 et 18 (INCa,

¹¹³ Soit « mouvement selon lequel des phénomènes, considérés de prime abord comme non médicaux, vont être définis puis traités comme des problèmes relevant de la médecine. » (Ménoret, 2006 : 32).

2014)¹¹⁴. Ce vaccin a été également très controversé aux Etats-Unis où il a été mis sur le marché en 2006 (Riva et Spinosa, 2010). On y questionne le rôle du lobby pharmaceutique à faire rentrer l'utilisation de ce vaccin dans le cadre des politiques de santé malgré son efficacité partielle et des effets indésirables rapportés, en s'assurant ainsi un monopole mondial.

Par ailleurs la visibilité accordée au cancer du sein dans les agendas politiques internationaux (Löwy, 2013) semble tout aussi symptomatique d'une relation étroite entre la fétichisation autour des cancers strictement féminins (à l'exemple de la campagne mondiale Octobre rose) et de leur conséquente naturalisation et dépolitisation (Paiva, 2014). Le traitement accordé au cancer du sein n'est pas celui d'un problème de santé publique (Fassin, 2003 ; Thébaud-Mony, 2005, Löwy, 2013). Nous pouvons constater que la publicité institutionnelle s'adresse directement aux femmes, indépendamment de leur statut socioprofessionnel et économique, ce qui donne à penser que toutes les femmes sont égales face au cancer du sein. Puis, elle les désigne comme les principales actrices de la lutte contre la maladie qui les menace. La seule arme qu'on leur propose pour mener ce combat - le dépistage - ne vise pas à éviter le cancer, mais à le détecter le plus précocement possible. En ce sens, il n'est pas étonnant de constater qu'une forme de mutilation féminine, telle la mastectomie, s'impose comme pratique thérapeutique courante et proposée à 2/5 des femmes.

Autant dire que les croyances qui désignaient la moralité et la biologie féminine comme les facteurs à l'origine de leur cancer semblent encore d'actualité. L'inertie en termes de prévention semble être la conséquence majeure de la dépolitisation des problèmes de santé des femmes, en raison de leur naturalisation.

Or si ceci reste difficile à démontrer en raison des connaissances très limitées sur l'étiologie du cancer du sein et notamment sur les expositions aux cancérogènes en milieu de travail¹¹⁵, ce n'est pas la même chose pour le cancer du poumon. Et pourtant nous avons bien vu que cette inertie en matière de prévention est aussi leur lot. Par ailleurs, pour deux autres raisons, le cancer du poumon est une localisation particulièrement intéressante pour l'observation des conséquences sociales de la façon dont les chercheur-e-s rendent compte et

¹¹⁴ Par ailleurs, d'après le document les papillomavirus « sont également associés à d'autres cancers beaucoup plus rares de la sphère anogénitale (vagin, vulve, pénis, anus), ainsi qu'à des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx ou du larynx » (INCA, 2014 :103).

¹¹⁵ Des travaux au Canada (Brophy et al, 2012) remettent cela en question. En France, l'étude CECILE a précisé que ce risque était plus important pour les femmes ayant réalisé du travail de nuit pour plus de 4 ans et cela avant d'avoir eu des enfants, tout comme le risque augmenté parmi celles ayant travaillé dans le textile et dans la fabrication des plastique (<http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/cancer-du-sein-l-environnement-professionnel-pointe-du-doigt>).

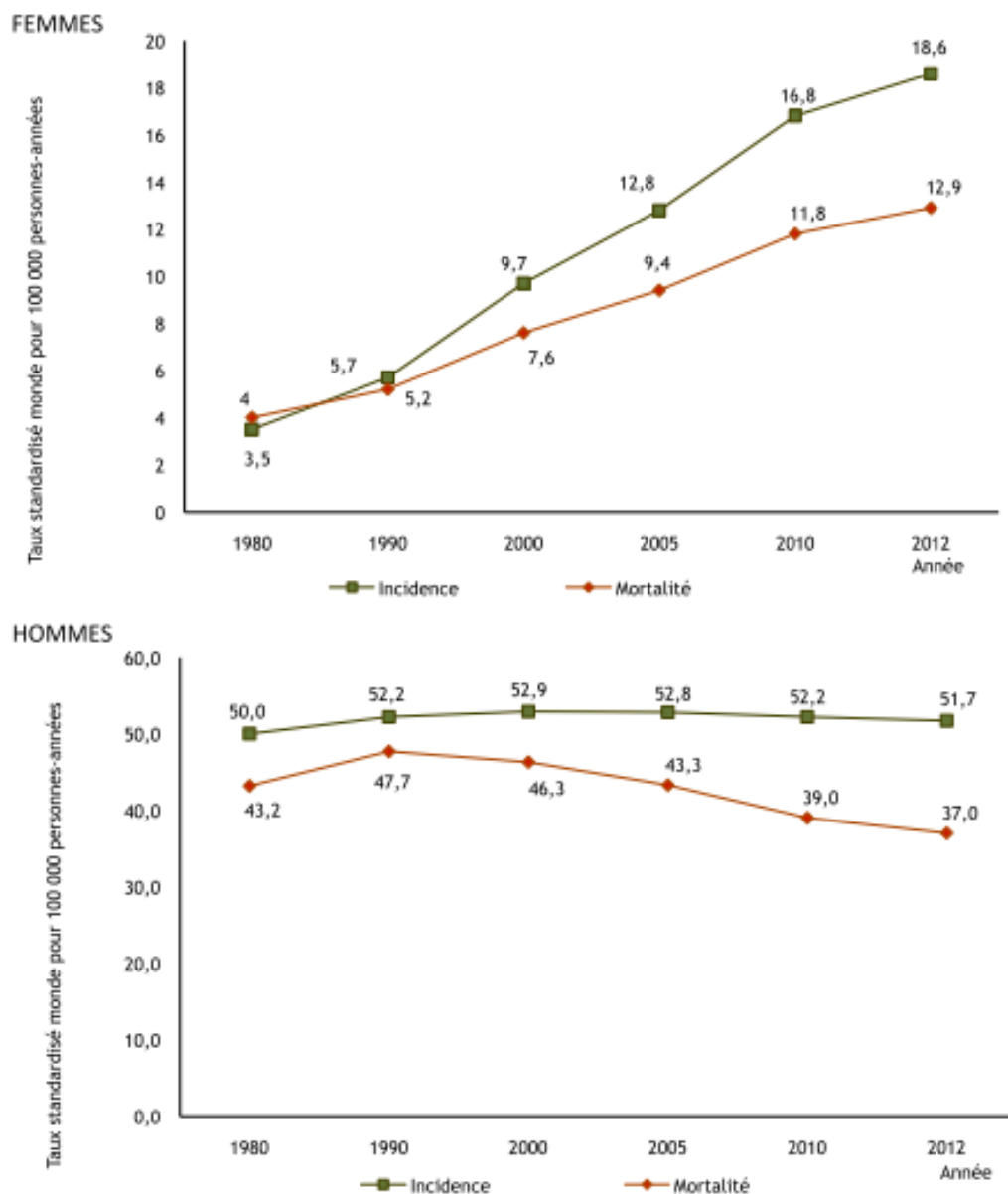
participent activement à la « différenciation » (cf. Guillaumin [1973] et Mathieu [1991] – citées au chapitre 1) des sexes. Nous pouvons d’ores et déjà dire qu’il s’agit d’une localisation qui favorise la comparaison hommes-femmes. Cela parce que même si la survisibilité donnée au cancer du sein l’a consacré en tant que cancer strictement féminin, il s’avère que des hommes peuvent également en être touchés encore que dans des proportions très infimes (moins d’un pour cent). Alors que le poumon représente au contraire une localisation non seulement commune aux deux sexes, mais également préoccupante par son incidence et sa mortalité (Paiva, 2014).

C’est donc à partir de leur situation que nous comptons démontrer que même si l’inertie en matière de prévention concerne hommes et femmes, la naturalisation qui pèse sur les femmes a des conséquences encore plus importantes : on passe de l’invisibilité à l’*invisibilisation* des liens entre cancer et travail. C’est-à-dire, alors que pour certains hommes malades il est question de se battre pour faire reconnaître le rôle joué par le travail dans leur processus de cancérisation, pour les femmes malades cette relation demeure largement impensée.

2.1.3.2 - L’exemple du cancer du poumon en tant que cancer commun aux deux anatomies.

Une des raisons pour nous intéresser tout particulièrement au cancer du poumon, est qu’en France, c’est depuis 1980 que l’incidence et la mortalité par cancer du poumon évoluent de façon très contrastée pour les hommes et les femmes. Alors que pour les hommes l’incidence reste stable et que la mortalité baisse de façon progressive depuis 1990, chez les femmes le nombre de nouveaux cas a été multiplié par 7 : « 1 526 nouveaux cas en 1980 versus 11 284 en 2012, respectivement 3,5 versus 18,6/100000 pour le taux d’incidence » (INCa, 2015 ; voir aussi le graphique X).

Graphique – Evolution de l’incidence et de la mortalité (taux standardisé monde estimé) par cancer du poumon selon le sexe de 1980 à 2012 (Inca, 2015)



(Sources : [Binder-Foucard F, 2013]. Traitement : INCa, 2013.
Graphique extrait de l'INCA, 2015 : 34.)

Durant la même période, le cancer du sein, qui comme nous l'avons vu représente la principale localisation en termes d'incidence et de mortalité chez les femmes en France et dans le monde, a connu une évolution plutôt positive. Son incidence a certes doublé entre 1980 et 2000, mais est en baisse depuis 2005. La mortalité due au cancer du sein a également diminué, de l'ordre de -0,6% par an entre 1980 et 2000, puis de l'ordre de -1,5% par an entre 2005 et 2012¹¹⁶.

¹¹⁶ Nous précisons que ces estimations sont à prendre avec beaucoup de prudence, car fondées sur des registres qui ne couvrent qu'environ 10 % de la population.

Au fil des années ces données ont été avancées dans différents rapports et comme nous l'avons vu précédemment, c'est sans surprise que le tabac a été à chaque fois avancé comme le principal responsable, et en premier lieu pour le cancer du poumon¹¹⁷.

La deuxième raison est que contrairement au cancer du sein, pour lequel peu d'études pointent les relations entre l'incidence de ce cancer et des risques cancérologènes liés au travail, pour le cancer du poumon cette relation de causalité est mieux documentée et prise en compte par les tableaux de MP reconnaissant les cancers (comme nous le verrons dans le chapitre 3)¹¹⁸. De sorte qu'il convient d'ajouter une nuance en ce qui concerne l'évolution de cancer du poumon comparée entre hommes et femmes. Si le tabac vient en tête de liste des facteurs mis en cause dans le développement de cette maladie et qu'une représentation culturaliste de la consommation d'alcool persiste, l'hypothèse du lien entre le travail et le cancer, est tant bien que mal avancée pour expliquer une partie de l'incidence de cette maladie chez les hommes. Alors que pour les femmes, comme nous l'avons affirmé plus haut, force est de constater que cette possibilité reste largement impensable. Pire encore, nous pouvons constater que des acteur-e-s scientifiques (non seulement les médecins d'autrefois) entretiennent une différenciation des sexes face au cancer qui conduit plus souvent à : d'une part penser en termes de « cancers féminins » et d'autre part penser, tant bien que mal, en termes « de processus de cancérisation ».

Un exemple de ce que nous avançons vient encore une fois de l' « Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine, Evolution 1970-2004 » (INCa, 2008). L'extrait qui suit de ce document l'illustre bien :

¹¹⁷ INCa (2015) avance d'après calcul de l'OMS (2012) et Hill (2012) : 22 000 décès chez les hommes et 4 000 décès chez les femmes en 2004 serait dus au tabac. Sur cet aspect les travaux de l'épidémiologiste Catherine Hill sont le plus souvent cités. (Voir notamment, « Epidémiologie du tabac » La Revue du Praticien 2012 ; 62 :325-330).

¹¹⁸ Nous verrons dans la deuxième partie de cette thèse que le choix du cancer du poumon s'impose aussi par sa surreprésentativité au niveau de la cohorte de l'enquête GISCOP93, ainsi que parmi les femmes de notre échantillon.

LA SURMORTALITÉ DU NORD-EST, DES ANCIENS BASSINS INDUSTRIELS ET DES ZONES PORTUAIRES

L'analyse de la distribution des taux masculins de mortalité révèle des structures spatiales fortes et stables dans le temps. Même si les variations ont tendance à s'atténuer légèrement, la géographie est marquée à chaque période et oppose de vastes ensembles régionaux de part et d'autre d'une ligne Le Havre-Marseille, rappelant la coupure classique et ancienne entre la France urbaine et industrielle et la France rurale et agricole [Salem et al, 2006]. Au nord-est de cette ligne, notamment dans les anciens bassins d'industries lourdes et les anciennes zones de concentrations urbaines et industrielles, les taux sont élevés, toujours supérieurs à la moyenne française. A l'ouest de cette ligne, hormis dans les zones portuaires, les taux de décès restent globalement faibles, même s'ils ont eu tendance à progresser plus rapidement qu'ailleurs sur l'ensemble de la période. Les façades maritimes de la Manche, de l'Atlantique ou de la Méditerranée sont systématiquement en situation de surmortalité, particulièrement dans les zones industrialo-portuaires. Tout comme dans d'autres pays de développement comparable (Etats-Unis, Angleterre, Japon...) [Howe, 1986] [Bray et al, 2004], on note en France le poids de l'industrialisation et de l'urbanisation dans la distribution des cancers du poumon avec notamment de fortes concentrations dans les villes industrielles, minières et sidérurgiques ou dans les villes portuaires. Ces bassins industriels hérités de la première révolution industrielle portent toujours les traces des conditions de travail passées et de leur organisation sociale et culturelle spécifiques. Pour les zones littorales toutefois, le rôle de l'apport migratoire, conséquent ces dernières décennies, est à prendre en compte [Zurriaga et al, 2008]. Une approche tenant compte des effets de génération permettrait d'apprécier les phases d'inflexions majeures localement [Eilstein et al, 2008].

LA SURMORTALITÉ FÉMININE DANS LES ZONES URBAINES ET LE NORD-EST DE LA FRANCE

La répartition des taux de décès féminins est très différente. Elle dépend moins de la distribution des concentrations industrielles que de l'évolution des comportements tabagiques féminins. Dans un premier temps (1973-1977), la distribution de la mortalité est quasi-aléatoire. A l'exception de taux plus élevés en région parisienne, les très faibles taux d'ensemble ne permettent pas de révéler de structurations spatiales particulières. En revanche, au fur et à mesure de l'extension de ce cancer, une organisation spatiale se met en place. En premier lieu, les grandes villes sont davantage touchées, traduisant la nette progression du tabagisme des citadines. Ensuite, le phénomène s'étend aux plus petites villes et dans certaines régions. Le bassin parisien, le sud-est méditerranéen et le nord-est de la France sont aujourd'hui des régions de forte mortalité. On note en revanche des taux faibles dans le nord de la France, contrastant avec la plupart des autres indicateurs de santé et avec les caractéristiques de la mortalité masculine par cancer du poumon. Dans les DOM, les taux sont largement inférieurs à ceux de la métropole, à l'exception de la Réunion pour les hommes, où le niveau de mortalité est similaire. Cette particularité réunionnaise, déjà notée pour les cancers des VADS, permet de souligner l'importance du facteur tabagique pour la distribution des cancers dans cette île. (Extrait du chapitre *Les cancers broncho-pulmonaires et cancers de la plèvre* de l'« Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine, Evolution 1970-2004 » (INCa, 2008))

Enfin, de façon générale, pour faire évoluer les connaissances sur *le cancer en tant que processus* il s'avère impératif de réfléchir aux conséquences de la représentation hégémonique qui consiste à consacrer au tabac la place de seul et unique responsable de ce fléau du XXI^e siècle. Cela parce que, telle la place prise par le dépistage pour le cancer du sein, la représentation hégémonique qui incarne le tabac dans la lutte contre le cancer du poumon

impacte l'avenir de la prévention d'autres facteurs de risques, dont tout particulièrement le travail. En ce sens il est curieux que cette supposée ambition en termes de prévention consiste à pointer les dégâts sanitaires causés par le tabac, sans pour autant remettre en question la responsabilité des industriels du tabac¹¹⁹. De sorte qu'il est injuste de faire peser sur les seuls malades du cancer du poumon la présomption de leur tabagisme tout comme la responsabilité pour leurs années de vie perdues.

Cependant, comme nous l'avons montré, le cancer semble respecter une anatomie aussi biologique que politique pour des organes strictement féminins, strictement masculins ou au contraire, communs aux deux sexes. De sorte que le statut qu'on accordera au cancer et à la personne malade dépend à la fois de son sexe et de l'organe atteint (en raison de différences de degré de connaissances sur les relations de causalité). Ce que nous traiterons plus particulièrement dans le prochain chapitre.

Ainsi, en plus de cette difficulté des chercheur-e-s (et aussi des experts, comme nous le verrons dans le chapitre 3) à penser le cancer en tant que processus, la visibilité du cancer dont disposent les femmes se construit et se reproduit également à partir d'une *survisibilisation* de leurs cancers en tant que cancers strictement féminins. Il en résulte que les femmes ne sont pas concernées par le même phénomène de *l'invisibilité des cancers professionnels* que les hommes. Elles sont confrontées à une situation plus complexe : celle de *l'invisibilisation* du travail en tant que composante de leur processus de cancérisation.

Cette *invisibilisation* paraît d'autant plus injustifiée que des études récentes réalisées en France (Coëtmeur et al., 2014) et aux Etats-Unis (Pelosof et al, 2015), ont montré que le nombre de patient-e-s atteint-e-s de cancer du poumon non-fumeur, n'a pas cessé de croître ces dix dernières années (7 à 11% Fr et 10 à 15% USA) et que parmi eux ce sont les femmes les plus nombreuses (69,8 % vs 18,8 % d'après l'étude française [Coëtmeur et al., 2014] et 67% dans l'étude américaine [Pelosof et al, 2015]). Injustifiée également parce que, comme nous l'avons vu, le tabac est privilégié pour expliquer la progression des cancers aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Mais c'est chez ces dernières que cela se fait de façon plus importante au détriment d'autres facteurs dont principalement le travail. De sorte que même quand il s'agit des cancers du poumon chez des femmes non fumeuses, c'est encore le tabagisme passif qui est tout d'abord suspecté.

¹¹⁹ En ce sens voir Robert Proctor (2012). *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*, Berkley (Ca.), University of California Press, 752 p. Une recension lui a été consacrée par Paul-André Rosental « Les guerres du poumon. La cigarette et l'ignorance distribuée », parue dans lavedesidees.fr, le 30 janvier 2013.

Ainsi dans la lutte contre la santé, c'est le tabac qui se révèle doublement accusé : tout d'abord parce qu'il participe indéniablement dans la survenue de nombreux cas de cancer, puis parce qu'en le prétendant seul et principal facteur de risque il sert également à détourner l'intérêt d'autres facteurs de risques qui resteront méconnus, sous-estimés, contribuant par conséquent à la progression des cas de cancers, pour lesquels aucune politique de prévention ne verra le jour. L'extrait qui suit illustre bien comment le tabac demeure doublement « gagnant » dans la lutte contre la santé, cela grâce à sa double attaque : sur la consommation et sur la prévention.

L'exploitation de la base PMSI a fourni des données sur le coût des soins pour 2004. Pour les autres aspects (dépistage, prévention, recherche), les informations existantes ont été rassemblées en remontant autant que possible à la source des données (comptes de la santé, budget de l'Etat...)

Il en résulte une vue d'ensemble, à un moment donné, l'année de référence étant 2004.

En termes de chiffre, les dépenses globales atteignent environ 12 milliards d'euros dont 10 milliards pour les soins. 780 millions d'euros ont été investis pour la recherche, 350 millions pour les dépistages et 120 millions pour la prévention dont plus de 100 millions pour la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. (« Coût du cancer en France » - Rapport INCa, mars 2007 ; souligné par nous).

Il devient dès lors essentiel de comprendre comment il est possible d'écarter tout soupçon sur le travail réalisé par les femmes comme partie prenante de leur processus de cancérisation.

2.2 - De la division du travail entre les sexes à l'*invisibilisation* du travail dans le processus de cancérisation des femmes

Parmi la population française âgée de 0 et 64 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes (de 0,3% à 1,9% plus nombreux). Néanmoins, les femmes constituent 51,4% des 63,8 millions d'habitants de la France au 1^{er} janvier 2008, soit 32 770 860. Cela s'explique par le fait qu'elles ont une *espérance de vie*¹²⁰ supérieure à celle des hommes.

Ce sont aux tranches d'âges des 65- 84 ans et des 85 ans ou plus, que les femmes sont effectivement plus nombreuses (entre 1% et 1,7%).

¹²⁰ L'indicateur *espérance de vie* représente « le nombre moyen d'années qu'un groupe d'individus peut s'attendre à vivre. L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne, autrement dit l'âge moyen au décès d'une génération fictive qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de l'année considérée. L'espérance de vie à l'âge X représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge X dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée. » (Rapport *la Santé des femmes en France*, 2010).

A partir des années 1950 et jusqu'aux années 1980 l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes est passé de 6 à 8 ans¹²¹. Cela en raison d'un nombre plus important de décès masculins dus principalement aux maladies cardiovasculaires et cancéreuses¹²² (pour les 65-69 ans) et aux morts violentes (pour les 20-24 ans, dont notamment les accidents de la circulation suivis des suicides). Actuellement les femmes vivent en moyenne 7 ans de plus que les hommes, en raison de la diminution des décès dus aux maladies cardiovasculaires, aux morts violentes et aux cancers (à partir de 1990).

En 2005, les femmes ont été plus nombreuses à succomber aux maladies cardiovasculaires (79.802) que les hommes (70.037). Les cancers constituent leur deuxième cause de décès (23,4% des décès), suivis des maladies respiratoires (6%) et des morts violentes (5,9%). Les tumeurs constituent la principale cause de décès parmi les femmes âgées de 45 à 64 ans (une sur deux ; dont principalement le cancer du sein – 26,9%, et du poumon – 16,1%) et entre 25 et 44 ans (4/10), la deuxième cause pour les 65 ans et plus (1/5) et la troisième pour les 15 à 24 ans (dont principalement les leucémies).

Par ailleurs, les femmes françaises ont l'une des espérances de vie les plus élevées du monde : 84,8 ans contre 78,4 ans pour les hommes français, en 2012. Comparées aux autres femmes de l'Europe des 27, les françaises occupent la 6^e position parmi celles qui vivent plus longtemps et qui décèdent moins prématurément¹²³. En 2005 la plupart de leurs décès (87%) a lieu à 65 ans ou plus. Elles sont ainsi moins concernées par les décès prématurés (avant 65 ans - 31%) que les français¹²⁴.

¹²¹ L'espérance de vie était « estimée aux alentours de 30 ans au XVIII^e, l'espérance de vie à la naissance, dans la population française, atteint 47,5 ans au début du XX^e, et s'élève à presque 78 ans à la veille du XXI^e siècle. » (Cambois et Robine, 2001 :138)

¹²² D'après le rapport « La santé des femmes en France » (2010), « en 1980, la surmortalité masculine pour ces deux causes de décès contribuait à 55% de la différence d'espérance de vie entre les deux sexes. » (p. 76)

¹²³ Elles sont devancées par les espagnoles (1^o), les grecques (2^o), les italiennes (3^o), les suédoises (4^o) et les chypriotes (5^o).

¹²⁴ « Parmi les pays de développement comparable la France, s'individualise par des niveaux de mortalité prématurée élevés (soit des décès survenus avant 65 ans), en particulier pour les hommes. A l'inverse, pour les personnes ayant franchi le « cap » des 65 ans, les risques de décès sont plus bas en France et l'espérance de vie après 65 ans est la plus élevée des pays de l'Union européenne. La mortalité prématurée serait la conséquence de pratiques de santé à risque et d'un retard dans le domaine de la prévention primaire. Les risques de décès relativement faibles après 65 ans seraient la conséquence du fonctionnement satisfaisant du système de soins en France par rapport à d'autres pays. Ce constat a conduit à mettre l'accent sur les indicateurs de mortalité prématurée dans les analyses du niveau de santé de la population (par exemple, dans les rapports successifs du Haut comité de la santé publique sur l'état de santé en France). » (La mortalité prématurée en France [numéro thématique]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juillet 2003, n° 30-31 : p. 133-152. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/>).

Il reste qu'elles sont encore trop nombreuses à décéder pour des causes considérées comme « évitables »¹²⁵. On estime que des 33.663 décès prématurés féminins, au moins 7.969 auraient pu être évités. Ce sont principalement des décès dus « au cancer du poumon (2 331) »¹²⁶.

Ces chiffres délivrent le panorama actuel de la santé des françaises. Ils constatent que face à la mort les françaises ont un avantage par rapport aux français. Point qui nous amène à la question des disparités face à la mort et aux causes dont elles relèvent.

Comme nous le verrons plus loin, il est indispensable de nuancer l'hypothèse du déterminisme biologique comme explication de la longévité féminine. A l'égard d'un taux de mortalité des nourrissons de sexe masculin supérieur à ceux de sexe féminin, Anne-Sophie Cousteaux (2011) rappelle que même si des études s'accordent à reconnaître un avantage biologique féminin¹²⁷, d'autres précisent que les mécanismes biologiques à l'origine de ce phénomène sont difficiles à ¹²⁸ établir et mesurer¹²⁹.

D'autre part on peut aussi constater que cet avantage des femmes par rapport aux hommes face à la mort n'a pas toujours existé et encore moins dans ses formes actuelles. A la deuxième moitié du XVIII^e siècle l'écart de mortalité entre hommes et femmes était de l'ordre d'un à deux ans au bénéfice des hommes. Les femmes étant particulièrement vulnérables aux âges de procréation 20 – 45 ans en raison des complications éventuelles durant ou en suites des couches. Au cours du XIX^e siècle, cet écart s'est réduit à moins de deux ans. Cela en raison d'une nette surmortalité des filles entre 5 et 14 ans et qui était rapporté aux maladies infectieuses. C'est bien dans toutes les catégories sociales que la surmortalité des filles a été constatée jusqu'aux années 1940 (A-S Cousteaux, 2011 : 99-107).

¹²⁵ « Au sein de la mortalité prématurée, un autre indicateur complémentaire s'avère très opérationnel pour mettre en évidence les problèmes de santé en France : la mortalité « évitable » liée aux comportements à risque. Il s'agit alors de regrouper un ensemble de causes de décès spécifiques dont la fréquence pourrait être sensiblement diminuée en améliorant les pratiques de santé et en réduisant les comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, accidents de la circulation...). » (La mortalité prématurée en France [numéro thématique]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juillet 2003, n° 30-31 : p. 133-152. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/>).

¹²⁶ Suivis des décès dus « au suicide (2 051), à la cirrhose alcoolique ou s.p. (sans précision) du foie (1 268), aux accidents de la circulation (917), aux psychoses alcooliques (434), au cancer des voies aérodigestives supérieures (553), aux chutes accidentelles (238), au cancer de l'œsophage (180) et au sida (177). Entre 2000 et 2005, alors que la plupart de ces causes de mortalité féminine évitables a diminué de 1 à 38%, le cancer du poumon a enregistré une augmentation de l'ordre de 37%. » (Rapport la « La santé des femmes en France », op. cit. p. 80).

¹²⁷ Elle renvoie notamment à l'article de Bouvier-Colle « Mortalité et activité professionnelle chez les femmes », (1983)

¹²⁸ Waldron (1983).

¹²⁹ Soliani et Lucchetti (2002); Vallin (2002).

Cela rejoint pleinement l'idée que c'est dans l'interaction avec le milieu que nombre de différences corporelles entre les sexes se construisent (Messing, 2000 ; Touraille, 2008 ; Mathieu, [1973], 2014; Scott, 2009).

Comme nous l'avons vu plus haut, dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle l'écart entre hommes et femmes était de l'ordre d'un à deux ans. Les femmes de tous âges et toutes catégories sociales étaient très fréquemment victimes des maladies infectieuses, complication durant ou en suite des couches et également des cancers des organes génitaux.

Quoi qu'il en soit, ces éléments montrent bien l'importance de situer l'état de santé des femmes dans le temps et dans l'espace et non simplement en comparaison à l'état de santé masculin. Puisque, si depuis l'aube du XXI^e siècle les décès féminins pour des raisons obstétricales et gynécologiques en France ont nettement diminué, les femmes doivent cependant faire face au fléau cancer.

Ainsi une explication des différences de santé entre hommes et femmes par le déterminisme biologique s'avère trop réductionniste, ne permettant pas de saisir la complexité qui entoure ces questions. A l'exemple du paradoxe de la surmortalité des hommes et de la sur-morbidité des femmes¹³⁰, révélé par la mise au point d'indicateurs combinant la mortalité et la santé fonctionnelle (Cambois et Robine, 2001). Ainsi, sait-on qu'au fil d'une vie plus longue, les femmes vivent plus longtemps que les hommes avec des incapacités : difficulté pour les soins personnels, pour réaliser les tâches domestiques, limitations d'activité en général, limitations fonctionnelles, physiques ou sensorielles¹³¹. Des années de limitations que les femmes de 50 ans et plus vivent par ailleurs plus souvent en situation d'isolement que les hommes, qui soit décèdent plus tôt, soit en cas de séparation, se remettent plus facilement en couple et avec des femmes plus jeunes¹³². Les femmes constituent aussi plus de 50% des personnes admises (1,5 million) en affection de longue durée¹³³ (ADL) en raison d'un cancer.

L'hypothèse de la robustesse féminine face à des vies masculines plus courtes, s'effrite dès lors qu'on constate la difficulté avec laquelle elles vivent ces quelques années de plus. C'est en ce sens que différentes recherches se sont intéressées au rôle joué par le travail dans

¹³⁰ Cousteaux (2011) a dédié tout un chapitre de sa thèse de sociologie à ce sujet.

¹³¹ D'après Enquête Handicap-Santé ménages. INEE, 2008, cité par DREES « La santé des femmes en France. » *Etudes et résultats*, n° 834, mars 2013.

¹³² Buisson G. et Daguet F. (2012). « Qui vit seul dans son logement ? Qui vit en couple ? », *Insee Première*, INSEE, n° 1392, cité par DREES (2013) op. cit.

¹³³ « Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place afin de permettre la prise en charge de patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. »

la construction des différences de santé entre hommes et femmes. Il reste que ce qu'on donne à voir de la relation entre travail et santé varie selon la capacité des approches mobilisées à rendre compte des différentes formes de mise au travail d'hommes et femmes. En ce sens, nous avons distingué trois différents types d'approches plus souvent mobilisées : 1) L'approche par les inégalités sociales ; 2) L'approche mobilisant la division sexuelle du travail en tant que catégorie ; 3) L'approche analytique de la division sexuelle du travail.

2.2.1 - Les écarts de santé à partir d'une approche par des inégalités sociales « asexuées ».

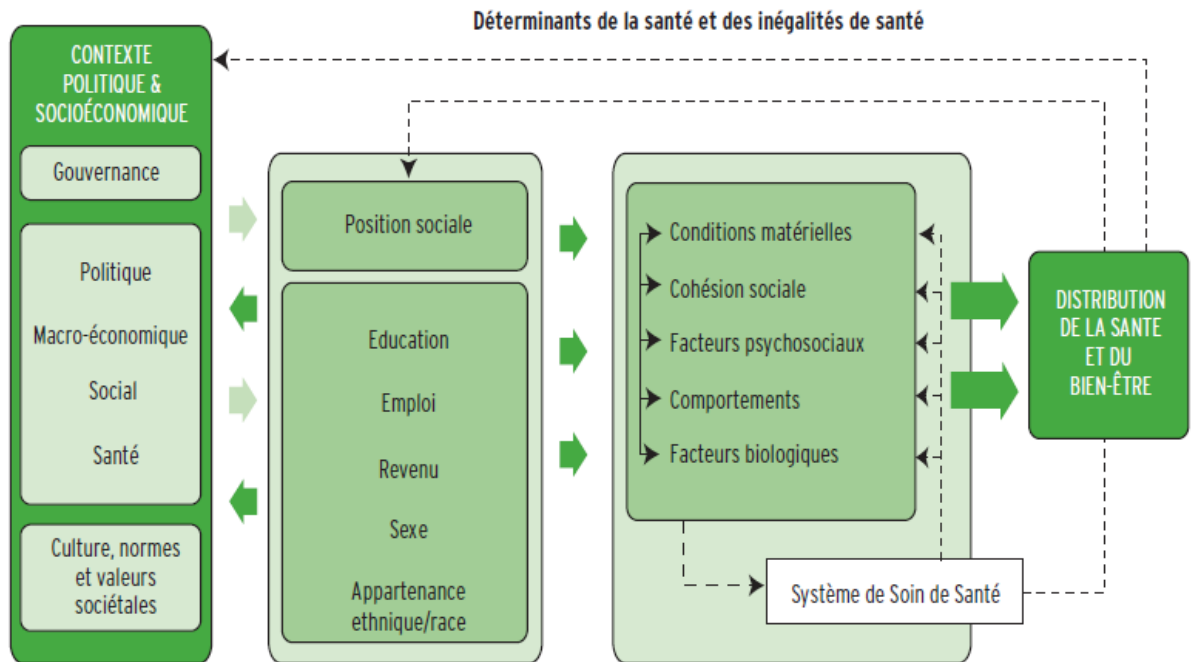
Toujours intéressé par la question des inégalités sociales, Roland Pfefferkorn (2007) a pu retracer à ce sujet le cloisonnement existant dans les sciences humaines et sociales. Dans un premier pôle se situent les travaux portant sur les rapports sociaux, centrés sur la classe sociale et dans un autre ceux qui se sont développés autour des rapports sociaux de sexe. Chaque pôle ayant connu une historicité qui était propre au concept central pour chacun. Idée qui est par ailleurs bien résumée par l'image de *l'éclipse des classes, l'émergence du genre* (titre de l'introduction). Il conclut son ouvrage par un plaidoyer pour l'articulation de l'ensemble des rapports sociaux : « classe sociale, sexe social, classe d'âge ou génération, « race » ou ethnie, etc. » (Pfefferkorn, idem). Une idée qui est pleinement soutenue par la mise en évidence du caractère systémique¹³⁴ des inégalités sociales (Bihl et Pfefferkorn, 2008).

Ainsi, à l'image du modèle Pathway de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (voir tableau ci-dessous), les explications du paradoxe de la surmortalité masculine et de la sur-morbidité féminine sont aussi multiples que complexes. Elles constituent d'ailleurs un vaste champ d'étude depuis les années 1980¹³⁵. Les traiter de façon rigoureuse relève d'un travail de thèse en soi, qui a été par ailleurs réalisé par Anne-Sophie Cousteaux (2011).

¹³⁴ les différents types d'inégalités, que ce soit en termes de revenu, scolarité, habitation, accès aux soins, santé, etc., se cumulent et se reproduisent de façon systémique.

¹³⁵ Nous pouvons citer quelques auteur-e-s pour la France, Saurel-Cubizolles et Blondel (1996); Cambois et Robine (2001) ; Cousteaux (2011 et 2009) ; Aïach (2010 et 2001); Aïach et Fassin (2004) ; Guichard et Potvin (2010).

Le modèle Pathway de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS



Modifié d'après Solar et Irwin, 2007, dans CSDG (2008 sous presse). « Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé ». Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé.

(Source : Guichard et Potvin, 2010 : 45)

Nous reviendrons ici sur quelques éléments de cette discussion, susceptibles de nous aider à mieux comprendre l'émergence ou même l'existence d'une assimilation du concept de la division sexuelle du travail non pas par sa portée analytique, mais plutôt comme une norme régissant de façon régulière l'accès au travail.

Depuis quelques décennies déjà, l'épidémiologie sociale a pu démontrer de façon solide, l'impact du gradient social sur la santé des populations.

(...) la relation entre l'état de santé et la position sociale n'est pas limitée aux groupes les plus défavorisés, (...) il existe un gradient entre les différentes mesures de la position sociale et l'état de santé. En d'autres termes, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. (Guichard & Potvin, 2010 : 39)

C'est depuis plus longtemps encore qu'une enquête longitudinale s'est construite en France afin d'étudier la mortalité différentielle et cela notamment à partir des données du recensement de 1954¹³⁶. Soit celui qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, a connu un changement de définition ayant rendu invisible un million de femmes. Il s'agissait

¹³⁶ Febvay et Aubenque (1957) ; Calot et Febvay (1965) ; Desplanques, (1973).

pour l'essentiel, des femmes d'agriculteurs n'ayant pas déclaré explicitement exercer une profession¹³⁷. C'est donc de manière analogue que les premières études sur la mortalité différentielle en France ne se sont intéressées qu'aux écarts existant entre les hommes occupant différentes positions sociales. Malgré cette omission des femmes, des chiffres tout à fait révélateurs ont vu le jour, rendant depuis socialement visible l'impact particulièrement défavorable du travail manuel et non qualifié sur la santé : « à 35 ans, les manœuvres meurent quatre fois plus que les instituteurs; à 65 ans, la mortalité des manœuvres est encore double de celle des instituteurs. » (Desplanques, 1973).

C'est donc à partir du traitement statistique des catégories socioprofessionnelles telles qu'elles sont représentées dans les nomenclatures, que l'impact des inégalités sociales de santé est rendu visible. Comme l'a précisé Pfefferkorn (2007) c'est de façon plus souvent empirique que des approches mobilisent ces catégories statistiques comme si elles permettaient de saisir la « classe sociale ». Ce qui n'est pas sans rappeler la mise en garde émise par Georges Friedmann et Pierre Naville dans le *Traité de Sociologie du Travail* (1961) : « Il y a analogie, mais non identité, entre le concept de catégorie socioprofessionnelle et celui de « classe sociale ».. » (Cités par Pfefferkorn, op. cit, p. 20). Cela ne remet pas en question l'utilité sociale de ces approches. Leur portée comparatiste à échelle internationale parle d'elle-même.

Néanmoins, on peut s'interroger sur l'héritage de ces approches, centrées sur la traduction des inégalités sociales – ceci dit les effets de rapports sociaux de « classe » – sur la santé et leur pertinence pour saisir des situations spécifiques aux femmes. Tout d'abord parce que cette analogie entre classe sociale et nomenclature socioprofessionnelle semble inappropriée pour refléter la position sociale des femmes qui comme nous le savons, connaissent une distribution dans les CSP très différente de celle des hommes. Puis, dans la mesure où l'indicateur de santé le plus souvent mobilisé, soit l'espérance de vie, est aussi celui qui historiquement exprime au mieux la situation spécifique des hommes – la surmortalité¹³⁸ – nous pouvons nous demander si dans sa généalogie cet indicateur n'aurait

¹³⁷ Se rapporter au chapitre 1 ou à Maruani & Meron, 2012.

¹³⁸ C'est d'ailleurs une fois que l'indicateur « l'espérance de vie » a été nuancé par l'introduction d'un complément « sans incapacité », que la sur-morbidité féminine (cumul d'handicaps dans une vie plus longue) a pu être révélé. A propos de l'indicateur *espérance de vie sans incapacité* voir notamment les travaux de Jean-Marie Robine et al. (1986) et plus récemment ceux d'Emmanuelle Cambois (2014 ; 2008 ; 2001).

pas été pensé par des hommes, dans un référentiel masculin, contribuant ainsi à ce que leur situation spécifique figure en haut de l'échelle des disparités ?¹³⁹

En ce sens, Anne-Sophie Cousteaux (2011) précise l'existence depuis les années 1980, de travaux qui remettent en question le monopole d'un « class model » dans le champ d'investigation des inégalités sociales de santé. Ce qui veut dire que les écarts de mortalité ne sont envisagés que sous la seule dimension socio-économique (en mobilisant un seul ou combinant des indicateurs tels que la classe sociale, la CSP, le niveau d'éducation et le revenu). Autant de variables qui s'adaptent très bien à l'analyse sur des populations masculines mais qui se montrent moins appropriées concernant les femmes. Ces critiques ont d'ailleurs mis sur pied d'autres modèles où il est question d'intégrer les rôles familiaux et professionnels afin de mieux rendre compte de la situation spécifique des femmes face aux différences sociales de santé¹⁴⁰.

Si les inégalités sociales de santé et de mortalité se révèlent généralement plus prononcées chez les hommes que chez les femmes en mesurant la position sociale à partir de la profession exercée personnellement, cette différence d'ampleur entre hommes et femmes est réduite, voire disparaît, en définissant la position sociale par d'autres indicateurs socio-économiques : par le niveau d'éducation (Arber, 1997; Cavelaars, Kunst, Geurts, et al., 1998; Lahelma, Martikainen, Laaksonen et al., 2004), par les revenus du ménage (Duncan, Daly, McDonough et al., 2002), par la combinaison du diplôme et des revenus (McDonough, Williams, House et al., 1999), par trois mesures de la position sociale – revenus, éducation et statut d'activité – (Luchenski, Quesnel-Vallée, Lynch, 2008), par la classe sociale du conjoint (Arber, 1991; Arber, 1997; Dahl, 1991) ou selon la position sociale la plus élevée dans le couple (Erikson, 2006). (A-S Cousteaux, 2011 : 396)

De telle sorte que ce « schéma explicatif masculino-centré » (Cousteaux, 2011 : 445) semble encore ancré dans les représentations autour du *risque machine, perçu au masculin*, ce qui, comme nous tenterons de le démontrer, n'est pas sans conséquence sur l'intérêt porté aux risques encourus par les femmes (Bruno et Omnès, 2011 : 108)

¹³⁹ Nous n'avons pas connaissance de travaux ayant pu répondre à cette question qui sollicite un certain travail d'archéologie politique du concept. Anne-Sophie Cousteaux (2011) fait référence à la critique de l'androcentrisme dans le choix de la variable CSP pour rendre compte des inégalités sociales de santé, mais sauf erreur de notre part, ne mentionne pas de critiques à propos de l'indicateur « espérance de vie ». Le traiter de façon sérieuse nous éloignerait de façon considérable de notre objet, d'autant plus que nous n'avons pas les compétences nécessaires. Néanmoins il nous semble qu'un exercice particulièrement intéressant pourrait être fait, comme celui qui a été fait par les chercheuses féministes à l'égard du concept de travail et que nous avons mentionné dans le chapitre 1 reste donc ouverte.

¹⁴⁰ Anne-Sophie Cousteaux, « Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales. » Thèse de doctorat en Sociologie, soutenue à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, 2011.

2.2.2 - L'approche de la division sexuelle du travail comme catégorie « fixiste »

Dans le Dictionnaire Critique du Féminisme, Danièle Kergoat explique cette division sociale du travail comme possédant deux principes organisateurs autour du sexe : « *le principe de séparation* (il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes) et *le principe hiérarchique* (un travail d'homme « vaut » plus qu'un travail de femme). » (2000 : 36). Dans ce même article, Kergoat soulignait que :

(...) simultanément [au travail] de construction théorique, s'amorçait un déclin de la force subversive du concept de division sexuelle du travail. Le terme est maintenant usuel dans le discours académique des sciences humaines, et particulièrement en sociologie. Mais la plupart du temps, il reste dépouillé de toute connotation conceptuelle et ne fait que renvoyer à une approche sociographique qui décrit, constate les inégalités, mais n'organise pas ces données de façon cohérente. (Kergoat, op. cit.).

A propos du terme « fixiste » Nicole-Claude Mathieu l'a employé pour désigner une définition du « sexe » calquée sur la biologie et conduisant à considérer « Implicitement, [qu'] une femme est donc toujours une femme, quelle que soit la société à laquelle elle appartient ». (Mathieu, 1973 : 101-113).

En revenant au constat fait par Kergoat, nous avons retenu l'importance de distinguer les différents usages qui sont faits des référentiels théoriques. En ce sens, il convient comme elle le fait, de ne pas prendre la popularisation de l'emploi des « concepts » pour un véritable consensus autour de son corpus théorique.

Ainsi, dans cette partie nous montrerons pourquoi il nous semble important d'envisager au moins en ce qui concerne la problématique du cancer en tant que maladie en lien avec le travail, l'existence d'un troisième principe (stéréotypique et non pas analytique)¹⁴¹ juxtaposé au concept de la division sexuelle du travail. Il s'agit d'une sorte de « *principe de la protection* » induisant le raisonnement selon lequel *les travaux réalisés par les hommes sont toujours plus dangereux que les travaux réalisés par les femmes. Par conséquent s'ils sont éventuellement cancérogènes pour les hommes, pour les femmes ils n'en seraient rien*. Encore que par les limites de notre recherche ce principe soit ici résumé à la question des cancers professionnels, il nous paraît particulièrement intéressant pour penser la relation entre division sexuelle des risques du travail et leur (in)visibilité.

A ce propos Karen Messing avait déjà évoqué l'existence de quelque chose qu'elle désigne comme une « pensée traditionnelle ». Celle-là consiste à avancer la division sexuelle

¹⁴¹ S'il existe effectivement séparation et une survalorisation des travaux réalisés par les hommes, en revanche rien ne permet d'affirmer que, dans toutes les circonstances, leurs travaux soient ceux qui comportent les dangers les plus élevés. Un stéréotype qui reste néanmoins bien répandu.

du travail comme portant des effets positifs sur la santé des femmes : *les femmes ont moins de maladies et d'accidents professionnels parce que leurs emplois sont plus sécuritaires* (Messing, 2000). En ce qui nous concerne, nous allons tenter de démontrer comment une mobilisation de la DST comme catégorie, aurait tendance à surenchérir ce « *principe de la protection* ». De manière que cette utilisation de la DST en tant que catégorie participerait à l'*invisibilisation* des risques du travail des femmes. Pour le faire, nous prendrons l'exemple des travaux de Pierre Aïach.

Ce sociologue a dédié le plus long de sa carrière scientifique à la compréhension des inégalités sociales et en particulier en matière de santé. Pour lui, « les inégalités de santé sont le produit ultime de l'incorporation des inégalités sociales, qu'elles soient matérielles ou d'ordre culturel, tenter de les réduire (ne parlons pas de les faire disparaître) de façon effective conduit à réduire celles qui en sont à l'origine, c'est-à-dire les inégalités sociales. » (Aïach, 2010 :194).

Dans un des chapitres¹⁴² d'un livre qui rassemble plusieurs de ses articles (Aïach, 2010), il revient sur le facteur « risques liés au travail » et particulièrement sur pourquoi ce facteur est, selon lui, insuffisamment pris en compte. A l'origine, il identifie des obstacles et enjeux qu'il qualifie comme étant de « nature essentiellement politico-économique et idéologique. »

Si ceux, qui sont à même de vérifier de façon rigoureuse les données à l'appui de leurs affirmations, ne le font pas, ou le font de façon très insuffisante, c'est dû au poids des préjugés fondés sur « l'évidence », sur ce que certains ont déjà dit et que l'on reprend parce que « tout concorde », tout est dans « la logique du sens commun ». Et ce sens commun est bien confortable car il ne vient pas semer des idées quelque peu subversives et ne prêche pas la révolte. » (Aïach, 2010 : 203)

Sa posture scientifique va donc dans le sens opposé de cette zone de confort scientifique générée par la reproduction du sens commun. Cela l'a conduit à passer en revue des hypothèses avancées par d'autres chercheur-e-s afin de vérifier que les questions posées étaient les bonnes, puisque la réduction des inégalités dépend des réponses données à ces premières. Il procède ainsi pour le cas du cancer, qu'il place d'ailleurs « au cœur des inégalités sociales de santé » (*Ibidem*).

Cette place centrale du cancer s'explique selon lui par le rang qu'il occupe parmi les causes de mortalité en France (on le rappelle, c'est la première cause chez les hommes et la deuxième chez les femmes et la première cause de mortalité prématurée, soit avant 65 ans

¹⁴² « Le cancer au cœur des inégalités sociales de santé. Quelles politiques imaginer ? » Ce chapitre a été initialement paru dans le livre *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. (éd.) Christophe Niewiadomski et Pierre Aïach, Presses de l'EHESS, 2008.

pour les deux sexes). Selon Aïach c'est donc tout d'abord statistiquement que le cancer s'impose par rapport à d'autres causes de mortalité qui diminuent au fil des générations de plus en plus vieillissantes¹⁴³. Il accorde également une grande importance aux écarts entre les taux de mortalité par cancer parmi les pays de l'Union Européenne, ce qui place la France en tête de liste, surtout pour les décès chez les hommes¹⁴⁴. Son argument ne s'éloigne en rien d'autres analyses portées sur ces mêmes statistiques. Pour la France, le ratio de taux de décès par cancer hommes/femmes étant très élevé - pour les VDS (7,5 vs 4,5 UE), le poumon (6,6 vs 4,5 UE) et le foie (4,9 vs 2,8 UE) - cela conduit à placer les hommes au centre de la problématique des inégalités de santé, tout en écartant les femmes. Cette « différence » entre hommes et femmes, Aïach l'explique comme étant « le reflet de la très forte inégalité chez les hommes face à la mort, en particulier face à la mort par cancer » (Aïach, 2010).

Les inégalités entre hommes et femmes semblent pouvoir taire des questions tout aussi importantes, dont celle que nous avons choisi de saisir dans la présente thèse. Ainsi, Aïach mentionne, à la suite d'autres auteurs (Jougla *et al.* 2004) chez les françaises, l'augmentation de 26% du taux de décès par cancer du poumon et de 38% pour la mortalité prématurée entre 1994 et 1999. Ces chiffres sont rappelés sans que des propositions ou des explications soient formulées. Nous pouvons aussi envisager que cette absence de la part d'Aïach soit due au fait que les registres français ne comportent aucune donnée sur le travail et que de ce fait il ne pouvait que souligner ces inégalités structurelles.

Dans la suite de son argumentaire Aïach revient sur les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes appartenant à différentes catégories socioprofessionnelles. Autrement dit, sur la question du gradient social qui place encore une fois les hommes dans une situation plus souvent qualifiée d'inégalitaire et les femmes dans la différence¹⁴⁵. Et même si le chercheur émet des mises en garde quant à la structure sociale, rappelant à juste titre que la part des cadres, des ouvriers, des employés n'est pas la même ni dans le temps ni selon le sexe, il n'arrive pas vraiment à envisager les femmes dans un système des inégalités.

C'est donc exclusivement sur les hommes qu'il passe à un autre niveau de sa démonstration en s'appuyant notamment sur les articles des statisticiens et épidémiologistes

¹⁴³ Aïach cite les statistiques avancées par Picheral (2000) d'après qui la part du cancer dans la mortalité est passée de 4,4% en 1906 à 32,3% en 1996.

¹⁴⁴ Voir Aïach (2010) les pages 165 et 166 pour une revue des écarts entre taux de décès par cancer pour hommes et femmes en France et UE.

¹⁴⁵ Comme nous l'avons vu précédemment dans ce même chapitre le gradient social renvoie à la mortalité différentielle entre le haut et le bas de la pyramide sociale. Cet écart est de l'ordre de 3 ans pour les femmes alors qu'il est de 7 ans pour les hommes.

Eric Jouglà et alii (2000 et 2004) qui avancent des chiffres caractérisant la surmortalité masculine par cancer du groupe des ouvriers et employés par rapport au groupe des cadres supérieurs et professions libérales entre 1979-1985 et 1987-1993¹⁴⁶. Des écarts qui, Aïach le rappelle, se creusent « du fait essentiellement d'une contribution en augmentation du cancer du poumon (de 7% à 9%) » (Aïach, 2010 :199), soit une augmentation beaucoup moins importante que celle qu'il avait précédemment avancée chez les femmes. Ensuite Aïach passe aux hypothèses plus souvent avancées par les auteurs pour expliquer ces écarts de mortalité : « la vieille antienne de l'alcoolisme (auquel s'ajoute éventuellement le tabagisme) comme cause première des inégalités sociales de santé » (idem, p. 199). Hypothèse qu'il s'attache à déconstruire d'autant plus que c'est à cause d'elle que les « risques liés au travail » demeurent invisibles, non pris en compte.

Enfin, nous saluons la démonstration d'Aïach qui place le cancer au cœur des inégalités sociales de santé, touchant davantage et de façon plus implacable les ouvriers et les employés. Il démontre qu'expliquer le désavantage de cette population simplement par une plus grande consommation d'alcool¹⁴⁷ correspond non seulement à une approche réductionniste qui minimise leurs conditions de travail, mais aussi à une réponse confortable qui « *ne vient pas semer des idées quelque peu subversives et ne prêche pas la révolte.* » (op. cit.).

Néanmoins, force est de constater qu'il fait preuve du même sens commun qu'il condamne quand il s'agit de penser le cancer à partir de la situation des femmes. Quand il aurait pu, au contraire, faire preuve du même esprit d'anticonformisme pour avancer des hypothèses explicatives à la vertigineuse progression des cancers du poumon chez les françaises. Au lieu de cela, il les a simplement écartées du champ de la controverse, tout comme l'avaient fait d'autres auteurs avant lui.

Nous pouvons envisager qu'une des raisons ayant contribué à cette différence de traitement, réside dans un glissement contre lequel l'auteur avait pourtant tâché de nous mettre en garde. Il s'agit du risque pour l'analyse du fait du caractère hybride de l'objet « corps ».

¹⁴⁶ Entre les deux périodes le taux de mortalité par cancer a diminué de 21% pour les cadres et professions libérales et d'à peine 1% pour les ouvriers et employés.

¹⁴⁷ Pierre Aïach conteste cette hypothèse notamment à partir de deux sources : Brix O., Lang T. (2000). et Mäkelä *et al.* (2003).

En raison de leur proximité du pôle naturel à travers le corps humain, il en résulte qu'il est souvent difficile de distinguer ce qui relève de la dimension sociale et ce qui se situe dans l'ordre du biologique : d'où souvent les difficultés pour faire apparaître des différences entre les groupes sociaux, en particulier en matière de maladie en raison du jeu de facteurs comme l'âge, le sexe, les « biais » liés aux méthodes d'enquête et aux différences de perception et d'interprétation d'ordre culturel (Aïach, 1991). Il en résulte aussi que **l'inégalité sociale de santé n'est pas perçue comme les autres et que le plus souvent elles sont mises sur le compte de la fatalité ou du hasard**. C'est dans ce domaine que **l'idéologie du « don naturel » peut exercer avec un maximum d'efficacité**, comme pour ce qui touche à la beauté et à l'intelligence : pour beaucoup, le fait d'être en bonne ou mauvaise santé tient largement à des qualités de la personne, souvent innées, en tout cas en dehors des déterminants sociaux. (Aïach, 2010 : 9-10, souligné par nous)

Alors si Aïach est très soucieux quant aux glissements éventuels entre dimension sociale et dimension biologique dans l'explication des écarts de santé, il semble moins préoccupé du rôle de l'appartenance sexuelle dans la production de ces inégalités. En remettant le sexe, tout comme l'âge, au statut de variables d'ajustement son analyse des inégalités fait écho au cloisonnement scientifique dont nous avons traité plus haut (Pfefferkorn, 2007).

Notre interprétation semble confirmée par un autre travail d'Aïach [(2001) donc antérieur à celui dont est issu l'extrait cité], où il s'est intéressé précisément aux inégalités de santé entre hommes et femmes, exprimées par des enquêtes nationales notamment en termes de surmortalité masculine et d'une surdéclaration des symptômes de la part des femmes. A quoi il conclut à l'expression contemporaine d'une domination masculine « surtout symbolique », dans laquelle la division du travail entre les sexes se constitue en facteur de protection de la santé des femmes et de détérioration de celle des hommes.

(...) ce que cette "histoire" nous révèle c'est que, aujourd'hui bien plus qu'hier, la domination masculine est surtout symbolique et ne se traduit pas par des conditions de vie plus dures et dangereuses que celles des hommes ; hommes, soumis dans beaucoup de situations professionnelles de travailleurs manuels, à des contraintes et des dangers auxquels les femmes échappent en partie. (Aïach, 2001, p.143, cité par Cousteaux, 2011 : 510).

Alors, même si les apports de ce spécialiste des inégalités de santé sont indéniables, à la suite d'une telle conclusion, des critiques lui ont été formulées¹⁴⁸. Pour notre part, plusieurs aspects de sa conclusion nous semblent problématiques en raison du fait qu'il ne pose pas son analyse en termes de rapports sociaux de sexe, mais en termes de relation homme-femme¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Voir notamment Devreaux (2001) et Cousteaux (2011).

¹⁴⁹ Cf. la distinction entre relation sociale et rapports sociaux proposée par Kergoat dans le Dictionnaire Critique du Féminisme.

De ce fait, il semble ne concevoir que le symbolisme des *relations de domination de l'homme sur la femme*. Relation donc entre des individus et non pas des groupes. Il semblerait ainsi qu'il assimile à tort la médiatisation et la politisation de la thématique de la promotion de l'égalité entre hommes et femmes, par l'expression d'un apaisement voire d'une « résorption » des rapports sociaux de sexe. Il nie par-là la dualité expressive des rapports sociaux - à la fois idéaux et matériaux (Cf. Godelier, 1984). Pire encore, il semble oublier la matérialité avec laquelle la « domination masculine » à l'égard de femmes s'exprime au quotidien, très souvent de façon tragique¹⁵⁰. D'autre part, il reproduit une forme d'invisibilité liée à leur travail en sous-estimant la pénibilité de nombre de travaux réalisés par elles. Cela parce que, comme de nombreux chercheur-e-s, il mobilise la DST non pas comme concept analytique, mais comme norme.

Nous attribuons cela à la prégnance avec laquelle les féministes françaises ont continué d'enrichir à la fois les débats scientifiques et le corpus théorique de la division sexuelle du travail et des rapports sociaux de sexe. La légitimité dont jouissent ces concepts fait qu'ils sont presque systématiquement utilisés dans les études, principalement dès qu'il est question de femmes. On dit bien utilisés, car de nombreuses fois ils ne sont pas vraiment mobilisés. A titre d'exemple, nous pouvons citer Paola Tabet, qui dans un entretien (Trachman, 2009) insistait exactement sur la nécessité de distinguer la fréquence avec laquelle son concept d'« échange économique sexuel » était utilisé, d'une véritable mobilisation du concept dans tout ce qu'il implique.

On constate que le concept de DST jouit d'une légitimité scientifique à un tel point qu'il semble fédérer des opposants. On y retrouve dans l'extrait de Pierre Aïach à la fois la référence à la domination masculine dans un sens Bourdieusien, et la référence à la DST, qui est par essence féministe matérialiste.

Nous avons mentionné dans le chapitre 1 l'exemple donné par Danièle Kergoat (Kergoat, 2005 : 97) pour illustrer la « plasticité » avec laquelle la DST opère et dont l'ouvrage de Nancy Green (1998) fournit l'exemple de la confection montrant comment selon les périodes les places y sont interchangeable entre les sexes mais aussi entre les ethnicités. Concevoir la DST en tant que catégorie implique dès lors de faire l'impasse sur cette plasticité – un poste occupé par un homme peut être occupé par des femmes dans un écart de

¹⁵⁰ Les violences conjugales sont en ce sens un exemple majeur et extrême de la matérialité de la domination masculine, très souvent banalisée et invisible. Rappelons que tous les 2,8 jours une femme décède victime de son conjoint, ce qui représente 19% des homicides commis. (*L'Essentiel, Vers l'égalité réelle entre les femmes et hommes*, op. cit. Chapitre 1). Voir aussi Patrizia Romito (2001).

temps ou en même temps. Dire qu'en raison des places occupées dans la DST les femmes échappent aux dangers et risques encourus par les hommes, c'est bien évidemment n'envisager le danger et le risque qu'à partir du cas des hommes. Cela parce que l'envers est tout aussi vrai, les hommes échappant de la même façon aux risques et dangers des travaux auxquels les femmes sont affectées. Ce n'est donc pas une approche analytique, mais déterministe et de surcroît réductionniste.

C'est en ce sens que la mobilisation de la DST comme catégorie tend à accentuer le trait sur le principe de la protection de façon à renforcer l'invisibilité des risques du travail des femmes. Cette approche participe ainsi au processus d'*invisibilisation* que nous nous efforçons d'éclairer.

2.2.3 - L'approche analytique de la division sexuelle du travail

Une revue de la littérature sur la santé des femmes au travail a été réalisée récemment, rendant compte en particulier de la situation de la France (Bercot, 2011). Elle souligne le fait que les analyses qui articulent les questions de santé au travail et genre se développent encore de façon inégale, d'où la nécessité d'insister sur les aspects particuliers qu'une telle perspective engendre. Elle pose plus précisément la nécessité de porter un regard centré à la fois sur l'emploi des femmes (niveau, secteur, statut plus souvent précaire, durée en termes de parcours mais aussi d'horaires de travail) et à la fois sur la place et responsabilité sociale dans l'éducation des enfants (Bercot, 2011).

Force est donc de constater que même si les recherches continuent de mobiliser le concept de la division sexuelle du travail encore de façon normative (cf. 2.2.2), ceci représente déjà un progrès. Cela parce que dans nombre de cas les recherches en santé au travail ne tiennent pas compte du sexe (Messing, 2000) et que jusqu'aux années 1980 l'accent des recherches à propos de la santé des femmes au travail était posé sur les aspects négatifs du travail des femmes enceintes sur la prématurité, révélant une représentation dominante de la santé des femmes en lien avec leur rôle *reproducteur* (Thébaud-Mony et Lert, 1982).

Un progrès tout relatif, car si on s'intéresse bien à la santé des femmes au travail sans plus se limiter à ce qui peut porter atteinte à leur fonction reproductive ou à l'intégrité des enfants à venir, un certain nombre de choses restent immuables.

C'est le cas par exemple de l'absence de ventilation par sexe dans les statistiques de la maladie professionnelle sur laquelle on attirait l'attention il y a plus de trente ans¹⁵¹. Encore récemment l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail soulignait la prise de conscience progressive des pouvoirs publics quant à « l'utilité de l'éclairage « genré » des statistiques de santé que ce soit sur un plan national et régional, ou à l'échelle d'un territoire ou d'une entreprise. » (Chappert et Therry, 2012)

Toutefois les attentes à l'égard des statistiques de maladies professionnelles doivent être relativisées. Cela parce que la procédure de reconnaissance de la maladie professionnelle est complexe, laborieuse et reste souvent inaccessible aux travailleur-se-s. Cela a été documenté pour différentes étapes de la procédure. Ainsi la faible fiabilité de ces statistiques pour rendre compte de la réalité en matière de santé au travail¹⁵² relève en amont du problème de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Comme nous le verrons plus en détail dans le prochain chapitre, en aval, les études de la juriste Katherine Lippel (2002 ; 2012) pour le Canada et celles d'Isabelle Probst (2012 ; 2015) pour la Suisse, ont montré que les femmes réussissent encore plus difficilement que les hommes à obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie. Autant dire que les statistiques de maladies professionnelles ne peuvent pas être prises pour la réalité des conditions de travail¹⁵³.

Concernant la seule problématique des cancers, d'après la base de données CAREX¹⁵⁴ entre 1990 et 1993 on estimait à 32 millions le nombre de travailleurs exposés à des cancérogènes dans l'UE-15 (couverte par l'étude), soit 23% de la population active (Eurogip, 2010).

¹⁵¹ « Il est pratiquement impossible d'avancer des chiffres précis sur ce sujet en termes de comparaison hommes/femmes. Car si l'on sait qu'il y a moins d'accidents de travail pour les femmes que pour les hommes (environ 5 fois moins), aucune indication précise ne concerne les femmes quant aux 4500 maladies professionnelles reconnues officiellement. Or, nous l'avons vu, les conditions de travail sont profondément différentes selon le sexe : la nécessité d'une ventilation par sexes des maladies professionnelles semblerait donc aller de soi. Mais non ! Pas plus que l'on ne connaît l'espérance de vie d'une O.S., d'une manœuvre ou d'une ouvrière qualifiée, leurs maladies professionnelles ne sont pas recensées : pour la médecine du travail comme pour le Code du travail, la référence reste le seul travailleur masculin » (Kergoat, 1982, 48-49).

¹⁵² Le rapport Diricq est réalisé tous les trois ans sous la responsabilité de la Cour des Comptes afin d'estimer le coût réel de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la branche maladie du régime général de la sécurité sociale. Le Rapport remis en 2011 désigne les cancers professionnels comme étant les pathologies les plus sous-déclarées qui coûteraient à elles seules entre 251 et 657 millions d'euros. http://www.eurogip.fr/normabase/newsletter-viewint.php?id_nl=57, visité le 29/09/2014

¹⁵³ Nous y reviendrons dans le point 2.3.

¹⁵⁴ Mise en place par un groupe d'experts internationaux dans les années 1990, dans le cadre du programme de l'UE "Europe contre le cancer".

L'enquête SUMER a dénombré 2,2 millions de salariés exposés à au moins une substance cancérigène en 2010. Le Plan Cancer 2014-2019 avance pour la France entre 4 à 8,5 % la part des nouveaux cas de cancer qui seraient attribuables au travail, « ce qui représente en France entre 14 000 et 30 000 nouveaux cas par an (sur les 355 000 nouveaux cas de cancers estimés en 2012, op. cit.) ». A partir d'une revue de la littérature internationale la Commission Diricq, en charge du rapport sur la sous-déclaration rendu en 2008, a retenu une fourchette de cancers attribuables au travail allant de 3% à 6% des nouveaux cas diagnostiqués chez les hommes et de 1,5% à 6% des nouveaux cas diagnostiqués chez les femmes. Or, on ne compte que 1700 cas de cancers reconnus comme maladie professionnelle en 2007 et 1898 cas en 2008 (Rapport Diricq, 2011).

En ce sens Karen Messing (2000) a pu mettre en avant l'existence particulière pour les femmes d'une relation étroite entre la méconnaissance scientifique des risques, la sous-déclaration des maladies professionnelles et la sous-reconnaissance de la maladie professionnelle. Cela forme ce qu'elle désigne comme un cercle vicieux entre recherche et reconnaissance des liens entre santé de femmes et travail.

(...) les femmes ne sont pas indemnisées pour leurs maladies et accidents professionnels parce que le système d'indemnisation a été conçu pour traiter des problèmes typiques des emplois traditionnellement masculins. Cette situation tourne rapidement au cercle vicieux : les problèmes de santé des travailleuses ne sont pas reconnus comme tels, ne sont pas pris au sérieux et ne coûtent donc pas assez cher pour qu'on s'en préoccupe (...) comme les scientifiques ont de la difficulté à croire que le travail peut être à l'origine des problèmes de santé des femmes, ils ne font pas de recherche sur les causes professionnelles de ces problèmes ; ce lien n'étant pas démontré, on en conclut que les problèmes des femmes relèvent de leur « nature » psychologique ou biologique. » (Messing, 2000 : 38).

En France et plus précisément au sujet des cancers professionnels, Annie Thébaud-Mony (2008) avait mis en avant l'existence d'un processus d'invisibilité puisant à trois sources : l'ignorance toxique, l'invisibilité physique et l'invisibilité sociale¹⁵⁵. Par l'« ignorance toxique » elle désigne les difficultés engendrées par la méconnaissance de la toxicité des substances chimiques présentes au contact des travailleurs. Celle-là s'explique par l'inclusion d'un nombre impressionnant (1 million de tonnes en 1939 contre 400 millions de tonnes de nos jours) des nouvelles substances chimiques dans la production industrielle, avec des études de toxicité réalisées pour à peine 7% d'entre elles. En même temps la reconnaissance de la cancérogénèse d'une substance et son inclusion à la liste du CIRC

¹⁵⁵ THEBAUD-MONY, Annie (2008). « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis. » *Revue Française des Affaires Sociales*, 2-3 (avril-septembre), 237-254.

dépendent des résultats probants sur l'homme, produits par la toxicologie ainsi que par l'épidémiologie. La première discipline restant presque inexistante en France et la deuxième connaissant des biais¹⁵⁶ assez importants dans la production de données.

Par « invisibilité physique » Thébaud-Mony fait référence à la difficulté pour les travailleurs exposés de prendre la mesure du danger car les effets immédiats (dit bénins) à des expositions, quand ils se manifestent, ne le font que sous forme de gêne, d'irritation ou d'allergie. Elle précise qu'à la différence des cancérogènes pour lesquels les étiquettes indiquent les protections à prendre, certaines situations exposantes restent imperceptibles car elles résultent des réactions produites dans les procédés de travail, par exemple des fumées de combustion ou des fibres et poussières en suspension dans l'air. Cette invisibilité est renforcée par le décalage entre les situations d'expositions et le moment où la maladie se déclare. « L'invisibilité sociale » serait donc d'une part due au non respect de la part de l'employeur de l'obligation de déclarer les produits et procédés induisant des pathologies (Code de la Sécurité sociale, article L. 461-4) ainsi qu'au non respect de l'obligation de fournir une attestation des expositions aux substances cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (décret CMR no 2001-97 du 1er février 2001) subies par chaque salarié. Enfin, elle réside aussi dans le caractère restrictif de la reconnaissance des cancers professionnels.

Les travaux de Karen Messing (2000) sur l'invisibilité des problèmes de santé liés au travail des femmes et ceux d'Annie Thébaud-Mony sur l'invisibilité des cancers professionnels, nous permettent d'envisager les femmes comme étant concernées par un processus en amont de celui de l'invisibilité sociale des cancers professionnels. Les connaissances scientifiques sur les corrélations entre cancérogénèse et expositions professionnelles aux cancérogènes ont été historiquement construites de façon à ne concevoir que les pathologies des hommes et les situations de travail des hommes.

Les travaux scientifiques qui soutiennent une représentation de la santé féminine ignorant leur rôle dans le travail productif sont ancrés dans une histoire aussi lointaine que celle de la maladie cancéreuse. Malgré cela, nous voyons de plus en plus de chercheur-e-s investi-e-s dans la déconstruction de cette représentation hégémonique. Des études plus souvent pluridisciplinaires ont permis de questionner les angles morts dans la construction des

¹⁵⁶ Comme par exemple quand des travailleurs occupant un statut de sous-traitants et intérimaires ne sont pas pris en compte dans une enquête sur les expositions aux rayonnements ionisants sur des sites nucléaires (Thébaud-Mony, 1997). Les biais de genre dans les enquêtes épidémiologiques ont été traités en termes d'« androcentrisme, de généralisation excessive, d'insensibilité au genre et de double standard. » (Charles-Olivier Betansedi, 2014).

connaissances autour de la santé des travailleuses, en dépassant ainsi les freins d'une représentation des risques fondée sur *le principe de la protection* des tâches réalisées par les femmes.

Ces études contribuent à la mise en visibilité de liens jusqu'alors insoupçonnés. Le mal-être qui s'installe au travail et qui peut être à l'origine de plusieurs troubles et pathologies n'est pas exclusif au genre masculin ni aux catégories professionnelles en haut de la pyramide sociale, comme on le supposait lors des premières vagues de suicides en France (Bercot, 2014 ; Molinier, 2009). Les inégalités sociales de santé sont également le lot des femmes¹⁵⁷.

Si des travaux ont pu montrer comment les trajectoires professionnelles des maris impactent celles de épouses (Bertaux et Bertaux-Wiamé, 1988), d'autres chercheur-e-s ont montré que cela est aussi valable pour les expositions à des cancérogènes en milieu professionnel, dont seuls les maris avaient fait l'objet. Il s'agit du cas précis des poussières d'amiante qui imprégnaient les bleus de travail des ouvriers et que les épouses étaient chargées de laver. Exposées à leur insu, les épouses étaient vouées à assumer les conséquences de leur éventuelle maladie, tout comme la responsabilité du travail domestique de soin auprès des maris malades (Scavone *et al.* 1997).

En s'appuyant sur les résultats de l'enquête SUMER 2003, Nicole Guignon explique qu'en raisonnant « toute chose égale par ailleurs » (ancienneté, âge, taille de l'entreprise et famille professionnelle) les femmes sont 22% plus exposées aux risques de troubles musculo-squelettiques (TMS) que les hommes, du fait des différences dans la nature des tâches exécutées. En 2003 elles ont représenté 58% des cas de TMS reconnus comme maladie professionnelle. Encore une fois l'accent est mis sur la nécessité d'améliorer les connaissances spécifiques aux tâches exécutées par les femmes, pour diminuer l'invisibilité générée par leur répartition genrée.

Dans son ouvrage, Messing (2000) avait déjà fait ce même constat en distinguant les écarts au niveau des conditions d'emploi (salaire, horaire, durée des contrats) et au niveau de la nature des tâches. Elle considère que les inégalités entre hommes et femmes sont plus facilement vérifiables en termes de conditions de travail (écarts entre salaires, temps-partiel contraint ou choisi, discontinuité). Cependant, la nature des tâches peut prêter à de fausses interprétations du fait de la surreprésentation féminine dans des secteurs industriels particuliers et à certains emplois dans ces secteurs, et aussi parce que dans certains cas la

¹⁵⁷ G. Menvielle, J.-F. Chastang, D. Luce, A. Leclerc, pour le groupe EDISC. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 55, Issue 2, April 2007, Pages 97-105

nature des tâches est désignée comme étant légère ou lourde, dangereuse ou non selon que le travailleur chargé de l'exécuter est une femme ou un homme.

Par ailleurs, les chercheur-e-s montrent qu'en plus de s'intéresser à comprendre les relations étroites entre la division sexuelle du travail et les atteintes à la santé selon qu'il s'agit d'homme ou de femme, il faut aussi promouvoir des recherches fondamentales en sciences naturelle et biomédicale, afin de continuer à progresser dans la connaissance des différences biologiques irréductibles entre hommes et femmes. Messing et Stellman (2006) soutiennent cette prérogative tout en insistant sur le fait que les différences biologiques entre femmes et hommes ne doivent cependant pas être pensées en-dehors du cadre de rapports sociaux de sexe. Pour Messing et Stellman « du point de vue de l'équité, il est également important de situer les différences sexuelles biologiques afin de les empêcher d'être utilisées à tort pour justifier la ségrégation des emplois ou à des mesures de promotion de la santé inéquitables. »¹⁵⁸ (*Ibidem*: 1). Un autre exemple de chercheuse qui propose qu'on continue de s'intéresser aux différences biologiques est CarmeValls-Llobet (2015). Elle soutient que par leur adiposité (généralement supérieure de 15% à celle des hommes) les femmes sont des « bioaccumulatrices chimiques » des substances présentes dans l'environnement en général et professionnel. Tout en tenant compte des spécificités biologiques, sa recherche est particulièrement intéressante pour penser le rôle du travail dans la cancérisation des femmes.

Cette prérogative pourrait venir à enrichir les réflexions sur les résultats apportés par les recherches fondamentales sur le cancer, comme dans le cas de l'étude américaine (Pelosof et al, 2015) supra citée qui s'est intéressée à l'augmentation du nombre de patient-e-s n'ayant jamais fumé parmi les nouveaux diagnostics de cancer broncho-pulmonaire (CBP). Cette recherche a porté sur les données de deux registres de cancer entre 1990 et 2013 (de l'hôpital universitaire de l'Université du Texas Southwestern Medical Center et de l'hôpital du comté de Parkland). Les auteur-e-s ont pu constater l'importante proportion de femmes parmi les patient-e-s n'ayant jamais fumé (67%), de jeunes (59,6%) ainsi que l'augmentation des diagnostics de cancer broncho-pulmonaire à non petites cellules¹⁵⁹. Ces auteur-e-s ont avancé en conclusion que malgré les limites de leur recherche, rien que le fait que les traitements des

¹⁵⁸ Notre traduction, de l'extrait original suivant: "From an equity perspective, it is also important to situate biological sex differences so as to prevent them from being used erroneously to justify job segregation or inequitable health promotion measures." (Messing et Stellman, 2006: 1).

¹⁵⁹ D'après des données françaises, les CBP à non petites cellules constituent 85% des nouveaux cas diagnostiqués. (INCa, 2010)

cancers broncho-pulmonaires des fumeurs diffèrent de ceux des non-fumeurs constitue une raison pour que ce genre d'étude se poursuive.

Conclusion du chapitre 2

Dans ce chapitre nous avons essayé de dégager différents aspects du cancer. Nous avons souligné des aspects biomédicaux tel son caractère chronique, multifactoriel et évitable. Nous avons surtout tenté de montrer que si les sciences biomédicales expliquent nombre des choses sur la nature et l'évolution du cancer dans nos sociétés, elles ne sont pas les seules en mesure de le faire. Cela parce que, comme nous avons tenté de le montrer, l'image, la visibilité, l'explication, les façons de se préoccuper des cancers varient et ce n'est pas seulement en fonction de l'organe atteint. Les localisations cancéreuses ne correspondent pas qu'à une cartographie « anatomique » du cancer. Elles peuvent également soulever des questions politiques majeures, dont celle de la différenciation des sexes qui suscite des représentations d'un corps général mais basé sur le référentiel masculin et celle d'un corps particulier, forgée sur le référentiel féminin. Par conséquent, une sérieuse prise en compte des problématiques du cancer impose des éclairages dépassant les seuls aspects biologiques. Nous avons donné à ce titre les exemples du cancer du sein – *survisibilisé* en tant que cancer strictement féminin et dès lors pensé de façon fataliste comme étant inhérent à la nature des femmes, au détriment des vraies stratégies préventives. Nous avons également traité l'exemple du cancer du poumon. Une localisation qui concerne beaucoup d'hommes, mais de plus en plus de femmes et pour laquelle en raison des connaissances sur son étiologie, on peut pleinement constater une plus grande résistance à envisager le travail des femmes comme participant à son développement.

Puis, nous avons tenté de situer les racines de cette *invisibilisation* à l'égard du travail féminin. Nous avons donc vu que dans différentes époques la santé des femmes était représentée par rapport à celle des hommes. Les femmes étaient ainsi caractérisées soit par leur « fragilité » soit par leur « avantage ». Des représentations naturalistes qui peinent plus ou moins à se maintenir en fonction des approches mobilisées par les chercheur-e-s.

En ce sens l'approche par les inégalités sociales contribue à mettre en visibilité le fait que les inégalités entre les groupes sociaux s'impriment jusque dans leur corps, construisant les inégalités de santé. Néanmoins, force est de constater des résistances à intégrer les femmes pleinement dans ce phénomène. Nous avons également vu qu'une approche de la division sexuelle du travail en tant que catégorie (déterministe) peut à la fois donner à voir le rôle du

travail et à la fois conduire à une naturalisation des risques, en ce que les places occupées par les femmes sont invariablement perçues comme différentes de celles des hommes, parce que moins valorisées mais aussi plus protégées vis-à-vis de leur santé. Puis, nous avons distingué une autre approche de la division sexuelle du travail qui, de façon analytique donne à voir la plasticité avec laquelle les places sont attribuées dans la production, cela par l'action des rapports sociaux de sexe. L'approche qu'entend privilégier notre étude.

Enfin, nous avons tenté de montrer que dans le cadre de l'*invisibilisation* du travail en tant que partie prenante du processus de cancérisation des femmes les chercheur-e-s jouent un rôle crucial. Par les différents choix faits au long de leur travail (que ce soit en termes d'approches, de méthodologie, d'hypothèses), les chercheur-e-s participent directement soit à donner à voir l'impact du travail des femmes sur leur corps, soit à le nier.

Cela parce que si sous-estimer la part du travail comme partie prenante du processus de cancérisation relève d'un réductionnisme scientifique avec des conséquences sociales majeures – l'invisibilité sociale des cancers professionnels (Thébaud-Mony, 2008) - ne pas l'envisager du tout pour les femmes, relève en plus d'un problème politique majeur. Celui-ci consiste à ne penser les femmes qu'en tant que fait de nature (Guillaumin, 1973) et donc à les exclure du champ social et donc des champs de possibles qu'il est susceptible de leur ouvrir.

L'invisibilité persistante qui pèse sur le travail des femmes n'est pas une question mineure. Elle doit être pensée conjointement avec leur *sur-visibilisation* par des explications naturalistes (Cf. Mathieu, op. cit.), ce qui est particulièrement représentatif dans les questions relatives à leur santé. Cette double logique constitue en réalité un double enjeu des rapports sociaux de sexe : la négation du rôle des femmes dans la production et leur assignation à la reproduction. Ainsi la possibilité ou l'impossibilité de penser le travail des femmes comme partie prenante de leur processus de cancérisation, semble être le résultat des rapports sociaux de sexe sur ce double enjeu. D'où l'intérêt de porter une attention particulière aux pratiques sociales susceptibles de rendre compte de ces rapports sociaux (Kergoat, 2004) agissant à la fois au niveau de *ce qu'on connaît* et au niveau de *ce qu'on reconnaît* comme liens entre cancer et travail. C'est sur quoi nous allons nous pencher dans le chapitre que suit.

- Chapitre 3 -

Des luttes (des) ouvrières contre les poisons au travail à la gestion des corps atteints par le travail

Qu'est-ce qu'une maladie causée par le travail ? La réponse se trouve à la rencontre de deux appréhensions de la réalité. L'une est sociale, politique et juridique. Suivant un ensemble de conditions, telle ou telle maladie apparaît dans ses liens avec les conditions de travail. Parfois, elle est même reconnue comme maladie professionnelle. Cette notion est une catégorie juridique particulière liée à des conditions de reconnaissance qui permettent une indemnisation et qui, souvent, déterminent certaines mesures de prévention. Ce processus est conflictuel : il reflète largement des valeurs opposées et des rapports de force¹⁶⁰. L'autre appréhension de la réalité est biomédicale. Elle répondrait à une rationalité scientifique. Une telle représentation de deux registres séparés, l'évolution sociopolitique et le progrès scientifique, n'est pas entièrement exacte. Elle ne rend pas compte de déterminants sociaux dans la construction de l'expertise scientifique elle-même. Ces déterminants ont été mis en lumière par un certain nombre d'études, souvent passionnantes, publiées aux Etats-Unis au cours de ces dernières années¹⁶¹ qui montrent comment le discours médical sur les pathologies au travail a pu varier (Vogel, 2003 : 35).

Comme l'a très justement précisé Vogel (2003) dans l'extrait ci-dessus, la séparation de la question de la maladie causée par le travail entre, d'un côté, une appréhension plutôt sociopolitique et, de l'autre, une approche qui rend compte des progrès scientifiques est artificielle et inexacte. Ajoutons que, bien qu'inexacte, cette séparation s'avère parfois méthodologiquement nécessaire pour le(s) chercheur-e(s) enquêtant sur des objets au croisement des différents rapports sociaux, comme c'est le cas du travail¹⁶². Cette fragmentation méthodologique d'une réalité qui s'avère bien plus complexe a en effet l'avantage de faciliter la compréhension des problématiques en jeu, sans pour autant minimiser leur importance. Telle est l'ambition que nous avons dans le présent chapitre.

Comme l'a souligné Vogel, l'aspect connaissance (scientifique), tout comme l'aspect reconnaissance (juridico-administrative) de la maladie due au travail, est constitué par des rapports de force entre groupes hétérogènes et antagoniques autour de l'enjeu de la santé au travail. À de rares exceptions près (Thébaud-Mony 2014, 2007), les études sur l'aspect scientifique et biomédical de la question ont le plus souvent laissé de côté ce caractère

¹⁶⁰ Vogel cite Annie Thébaud-Mony (1991) pour la France.

¹⁶¹ Vogel cite Rosner et Markow (1991), Dembe (1996 et 1997), Clark (1997) et Kome (1998).

¹⁶² Cf. la réflexion à laquelle les organisatrices et participant-e-s de l'Atelier de recherche « Comment penser le travail au croisement des catégories ? » se sont consacré-e-s tout au long de 5 séances tenues entre février et juin 2013, au laboratoire CRESPPA du CNRS, équipe GTM, Paris.

conflictuel. Or, comme nous l'avons montré dans le chapitre 2, si la connaissance scientifique constitue un enjeu important aussi bien pour affirmer l'innocuité des molécules mises sur le marché que pour légitimer des corrélations entre conditions de travail et pathologies, elle ne suffit pas à elle seule à faire évoluer la reconnaissance des maladies causées par le travail. C'est plus largement la maîtrise de l'argument scientifique et l'usage qui en est fait lors des négociations entre différents acteurs¹⁶³ qui jouera un rôle essentiel dans ce processus de reconnaissance. Autrement dit, si la connaissance des relations entre santé et travail et la reconnaissance juridico-administrative de ces relations sont intimement liées, c'est le poids politique des groupes constitués autour de l'enjeu de la santé au travail qui semble déterminer les modalités d'émergence de connaissances scientifiques rigoureuses sur le lien travail santé et leur prise en compte en termes de progrès.

C'est pour ces raisons que, dans le chapitre précédent, nous nous sommes focalisée sur les aspects biomédicaux relatifs au cancer, tout en tentant de dégager les défis que pose la prise en compte du rôle du travail dans la survenue de cette maladie chez les femmes, alors que, dans le présent chapitre, nous allons centrer l'analyse sur les aspects politico-juridico-administratifs, en tant que déterminants des circonstances dans lesquelles les maladies peuvent être reconnues pour leurs liens avec le travail. En d'autres termes, nous allons nous intéresser ici à certains des aspects jouant un rôle dans le passage d'un cancer quelconque au statut de cancer professionnel.

Partant donc du principe que les scientifiques ne détiennent pas le monopole de la production des connaissances sur les relations entre santé et travail, nous allons nous intéresser à d'autres acteur-ice-s qui jouent également un rôle dans ce processus, en commençant par les travailleuses elles-mêmes qui, fortes de l'expérience du travail réel, sont également détentrices de savoirs acquis au travail (Jounin, 2015). En ce sens, nous allons revenir sur quelques exemples de luttes ouvrières pour la reconnaissance des dommages du travail sur la santé. Nous nous interrogerons notamment sur les liens entre judiciarisation des maladies professionnelles (Rosental et Omnès, 2009) et gestion des corps atteints par le travail.

Nous chercherons à comprendre comment, en un siècle, les femmes sont passées du statut d'actrices centrales dans les luttes contre les poisons au travail à celui de travailleuses considérées comme débarrassées de ces risques.

¹⁶³ Bruno et *al.* (2011 : 14) énumèrent ces acteurs : « employeurs, travailleurs, et organisations syndicales, pouvoirs publics, administrations et experts ».

C'est pourquoi, dans la deuxième partie du chapitre nous allons nous intéresser plus précisément aux fondements et aux règles de fonctionnement du régime de la Sécurité sociale – accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Il s'agira ainsi de mieux connaître ce système qui, pour les travailleur-se-s atteint-e-s dans leur santé, est devenu la voie principale pour être reconnu-e-s en maladie professionnelle. Nous nous poserons notamment la question de savoir si le cadre de reconnaissance des cancers proposé par ce système présente les mêmes avantages mais aussi les mêmes limites pour les hommes que pour les femmes.

3.1 - Les luttes (des) ouvrières ou l'enjeu des connaissances subjectives au travail

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que l'invisibilité des cancers professionnels correspond à une logique de production de connaissances scientifiques androcentrée. Étant donné « l'évidente » division sociale et sexuelle du travail, les femmes sont systématiquement représentées comme celles qui connaissent les conditions de travail les plus favorables à la santé et donc comme étant exemptes des risques, tels que ceux pouvant engendrer des maladies aussi graves que le cancer (Messing, 2000). Or, un examen de l'histoire nous permet de constater que ces représentations sont inexactes. La division sexuelle du travail n'a pas toujours permis de mettre les femmes à l'abri de conditions de travail aussi pathogènes (voire plus) que celles des hommes.

Nous verrons que c'est par ailleurs à partir de situations de travail ayant engendré de graves séquelles – voire même la mort de plusieurs travailleuses – que de nombreuses connaissances sur les relations entre santé et travail ont vu le jour. Nous verrons également que l'expérience corporelle et subjective du travail a été prépondérante dans la mise au point de ces relations.

Cela nous amène à interroger ce qui explique actuellement la non prise en compte du travail dans les investigations sur les causes des cancers dont souffrent les femmes. Est-il question d'un oubli progressif de l'histoire du travail des femmes¹⁶⁴ ou s'agit-il d'autre chose ? Les savoirs acquis sur le corps au travail sont-ils toujours prépondérants dans l'établissement de relations entre problèmes de santé et travail ? Pourquoi ?

¹⁶⁴ Hypothèse que nous avons posée dans un article (Paiva, 2014) et que nous traitons ici.

3.1.1 - De l'expérience corporelle du travail et des savoirs constitués par les travailleuses à la « *visibilisation* » des liens entre travail et santé

Les luttes des ouvrières contre les poisons au travail ont servi à montrer que la « condition féminine » (la supposée plus grande fragilité des femmes et leur assignation à la reproduction et aux travaux domestiques) n'a pas permis aux femmes d'être durablement écartées des travaux pathogènes.

3.1.1.1 - Les allumettières

C'est ce que nous pouvons constater dans des luttes comme celle des jeunes femmes – et des moins jeunes – qui, au cours du XIX^e siècle, tombaient malades de « phosphorisme chronique »¹⁶⁵ ou de « nécrose de la mâchoire »¹⁶⁶ due à une intoxication au phosphore blanc. L'utilisation de ce dernier comme matière première dans les manufactures d'allumettes canadiennes (Villeneuve, 2005), françaises, anglaises, italiennes et viennoises prouve bien que la division sexuelle du travail n'a pas toujours écarté les femmes des risques hautement nocifs pour leur santé (Vogel, 2007 ; Buzzi, Devinck, Rosental, 2006 ; Jorlan, 2005 ; Gordon, 1993 ; Zilberberg-Hocquart, 1978 ; Blic, 2008). Cet exemple montre également que, depuis plus d'un siècle, la problématique des risques chimiques a pris des proportions mondiales.

Dans le cas des « allumettières », les transformations que la manipulation du phosphore blanc provoquait sur leur corps ne se sont pas faites attendre. Les premières descriptions médicales de la nécrose de la mâchoire due au phosphore blanc datent de 1840, alors que son usage industriel n'avait commencé que dix ans plus tôt (Vogel, 2007). Le tableau 5¹⁶⁷ du régime général de la Sécurité sociale française, consacré aux « affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore » (livre produit par l'INRS et téléchargeable sur internet), établit des délais de prise en charge d'un an pour la nécrose du

¹⁶⁵ Désigne l'intoxication au phosphore blanc mise en cause dans l'anémie et même dans la paralysie entraînant des conséquences sur différents organes dont le foie, les bronches et les reins (Vogel, 2007).

¹⁶⁶ Un extrait du livre *La santé au travail, 1880-2006* (Buzzi, Devinck, Rosental, 2006 :14) fournit une description de cette maladie : « Tout mal de dents pouvait indiquer le début de cette affection dégénérative et défigurante. Une ou plusieurs dents tombaient ou se déchaussaient jusqu'à pouvoir être extraites avec les doigts. Les gencives enflaient et durcissaient, rendant la mastication si douloureuse que certains patients souffraient autant de malnutrition que de nécrose. Le malade dégageait une odeur repoussante de phosphore et était souvent incapable d'articuler distinctement. Ensuite, des morceaux de mâchoire se détachaient et s'en allaient en pus. Le patient pouvait végéter des mois ou des années dans cet état. Parfois, la pourriture des os s'étendait à d'autres parties de la face, de sorte que le nez ou les yeux d'affaissaient. Certains malades étaient également atteints de déminéralisation, présentaient une incidence anormalement élevée de fractures, des stérilités ou des fausses couches, ou mettaient au monde des enfants mort-nés » (Source : Mémoire explicatif sur l'interdiction de l'emploi du phosphore blanc dans l'industrie des allumettes. Bureau de l'Association internationale pour la protection légale des travailleurs, 1904, ANF²² 528)

¹⁶⁷ Créé par la loi du 1^{er} janvier 1931 et mis à jour par le décret du 11 février 2003.

maxillaire inférieur, de 15 jours pour les dermites aiguës et de 90 jours pour les dermites chroniques, alors que le tableau 30, consacré au cancer broncho-pulmonaire dû à l'inhalation de poussière d'amiante, prévoit un délai de prise en charge de 40 ans.

Malgré ce lien incontestable entre l'utilisation de la substance et les maladies, l'interdiction du phosphore blanc a dû attendre l'année 1872 pour la Finlande et 1931 pour les États-Unis. Avant d'en arriver là, quelques générations d'ouvrières et d'ouvriers des manufactures d'allumettes de différents pays ont dû faire preuve de ténacité et d'intelligence pour mener leur combat contre les atteintes à la santé causées par le phosphore blanc, et ce au moyen de grèves, de dénonciations dans des articles de presse et de la multiplication des plaintes auprès des médecins de l'usine, multipliant les arrêts de travail, ralentissant la production, etc.

Cette relation de cause à effet particulièrement directe de l'intoxication au phosphore blanc a certainement favorisé le sentiment d'injustice et la mobilisation des travailleuses malades ou se sentant menacées par ce risque. Elle a certainement contribué à construire une certaine empathie et à briser les frontières de sexe et de classe qui séparaient ces femmes des classes populaires des intellectuel-le-s, y compris féministes, médecins, journalistes et avocats, qui sont devenu-e-s leurs allié-e-s dans ce combat.

En ce sens, Laurent Vogel (2007) souligne une contradiction intéressante au cœur de l'histoire des luttes des allumettières. Il s'agit là d'une histoire emblématique en raison de ses acquis pour la santé au travail, mais qui, curieusement, a peu marqué la mémoire des luttes sociales. Vogel (*Ibidem.*) avance que, lors de la Conférence Internationale de Berne en 1906, deux conventions importantes concernant les femmes ont été adoptées. L'une, votée à l'unanimité, interdisait le travail nocturne des femmes. L'autre, votée par 7 États sur 15, interdisait l'utilisation du phosphore blanc dans la production d'allumettes. C'est là une prouesse que même les luttes pour l'interdiction de l'amiante n'ont pas accomplie. À Vogel de conclure que :

Dès le début du siècle on peut entrevoir deux stratégies : l'une protectionniste et souvent ambiguë, dont les conséquences peuvent être l'exclusion des femmes de certains secteurs de la production, l'autre préventive mais « neutre » du point de vue du genre, qui édicte des règles supposées permettre un accès égal aux postes de travail en préservant la santé (Vogel, 2007).

L'article de France Lert et d'Annie Thébaud-Mony (1982) fournit d'autres précisions sur cette double stratégie, à partir de l'interdiction, en 1982, du travail de nuit des femmes en France. Les auteures mettent en avant le fait que cette interdiction ait été établie sur un

principe protectionniste, principalement centré sur la défense du rôle que les femmes étaient tenues de jouer au sein des foyers, à savoir celui de mères et d'épouses. La santé était ainsi mise au second plan, puisque les perturbations du rythme circadien engendrent des conséquences nocives, aussi bien pour les femmes que pour les hommes.

Les luttes ouvrières sont donc également symptomatiques des constantes reconfigurations de la division sexuelle du travail et des rapports sociaux de sexe, mais aussi du durcissement des rapports de force autour de l'enjeu de l'« (in)visibilisation » des atteintes à la santé au travail. Face à cet état de fait, les collectifs supposés « neutres », mais majoritairement constitués d'hommes, et ceux majoritairement composés de femmes ou censés porter les questions relatives au travail de ces dernières, n'ont pas les mêmes marges de manœuvre.

3.1.1.2 - Les Radium Girls

L'autre affaire qui illustre cela est celle des *Radium Girls* (également titre du livre de Claudia Clark, 1997), soit des ouvrières du New Jersey irradiées par le radium présent dans la peinture des montres et des cadrans lumineux dont elles assuraient la fabrication. Claudia Clark (1997) a reconstitué l'histoire de ces quelques 2 000 jeunes femmes de classes populaires, la plupart filles d'ouvrier-e-s qualifié-e-s, travaillant dans de meilleures conditions de travail et avec des salaires bien supérieurs à ceux habituellement pratiqués (20 à 24 dollars par semaine contre 15 dollars ailleurs).

Dès 1922, une jeune ouvrière de 15 ans souffrant d'un simple mal de dents voit son problème s'aggraver rapidement jusqu'à une infection qui a causé sa mort, après avoir complètement détérioré sa mâchoire. Son dentiste a signalé ce cas fatal de nécrose au service de santé qui a alors activé l'équivalent de l'inspection du travail aux États-Unis. Une enquête a été ouverte et, malgré la préconisation de l'information des ouvriers, aucune action effective n'a été menée par l'État. D'autres cas ont été signalés, donnant toujours lieu au même immobilisme de l'État.

C'est grâce à Lenore Young, agente de l'État ayant enquêté sur 5 autres cas d'ouvrières malades, que la marche vers la « visibilité » sociale de cette affaire a démarrée, notamment par les contacts noués entre Young et la *Consumers League*, puis avec l'*American Association for Labor Legislation* (AALL). L'enquête menée par Clark révèle que les patrons de la société étaient conscients des méfaits de leur système de peinture sur la santé des ouvrières, tout en continuant à les inciter à tremper les pinceaux entre leurs lèvres afin qu'elles réalisent des traits plus fins.

Les principales batailles autour des problèmes des *Radiums girls* n'ont pas été menées par les victimes elles-mêmes ou par les syndicats, mais par des femmes d'autres groupes sociaux, et notamment par celles de la *Consumers League*. Ces dernières étaient sincèrement préoccupées par les questions de santé liées à l'activité industrielle, mais dans une optique réformiste de justice sociale, sans pour autant remettre en question les fondements capitalistes. Ces batailles n'avaient donc pas lieu dans l'usine, ce qui aurait entravé la production et remis en cause l'activité de l'entreprise et, par-là, les emplois. Ces luttes avaient plutôt lieu dans les tribunaux et l'enjeu principal était d'obtenir des indemnisations pour des ouvrières réduites au statut de femmes victimes et qui, en raison de leurs maladies, avaient moins de chance de trouver un mari et d'avoir des enfants, soit d'assumer leur rôle social traditionnel (Clark, 1997). Telle était la stratégie médiatique de sensibilisation de l'opinion publique adoptée.

L'autre stratégie consistait à s'appuyer sur les travaux d'experts validant la thèse de l'empoisonnement. Cette alliance a tout de même abouti à l'élaboration, en 1926, d'une loi d'indemnisation. L'accès réel à ces indemnisations était cependant limité par la prescription des cas diagnostiqués avant la loi, ainsi que par un délai de prise en charge de 5 mois seulement. Ainsi, seules les conséquences des expositions chroniques, notamment celles dues à la consigne d'affiner les pinceaux entre les lèvres, étaient couvertes. Or, cette pratique avait été abandonnée alors que les expositions systématiques au radium, contenu dans la peinture, persistaient.

Autant dire que, si cette affaire, plus récente que celle des allumetières, est bien connue, les apports des luttes autour des problèmes de santé des *Radium girls* ont malgré tout été modestes. Il faut néanmoins préciser que, durant cette première moitié du XIX^e, se jouaient aux États-Unis des transformations structurelles autour de l'enjeu de la santé au travail¹⁶⁸. Il s'agit notamment de transformations épistémologiques au sein de l'hygiène industrielle (sous-discipline médicale), où la recherche sur les risques chimiques va progressivement délaisser les observations sur les lieux de travail en faveur des expérimentations en laboratoire :

¹⁶⁸ Sur ce point, voir la première partie du livre de Jean-Noël Jouzel (2012).

Plutôt que d'examiner des substances toxiques *réellement* présentes sur les lieux de travail, ils ont inventé des techniques d'exposition artificielle, en s'appuyant sur le progrès des systèmes de ventilation pour que la dose d'exposition à une substance devienne un paramètre manipulable. Plutôt que d'observer des hommes travaillant *réellement* dans des environnements contaminés, ils ont mené leurs études sur des souris et des rats génétiquement standardisés, pour faire des réponses physiologiques aux toxiques un second paramètre (Jouzel, 2012 : 16).

Ces transformations traduisent donc l'émergence de la toxicologie¹⁶⁹ comme discipline privilégiée pour traiter la question des risques toxiques et, avec elle, la notion de dose ou de valeur limite d'exposition (Jouzel, *Ibidem.*), ce qui aura de profondes conséquences sur le régime de la preuve de la nocivité des substances, ainsi que sur les prérogatives de la santé et sur la sécurité au travail. Ce qui est en jeu dans le bras de fer entre travailleur-se-s/syndicats et patrons n'est plus l'interdiction des substances nocives dans la production mais le respect des seuils d'exposition. Le risque n'est donc plus un enjeu de lutte et d'indignation, il devient « acceptable » (Omnès, 2009).

Il semble alors que les limites des acquis des luttes autour de l'affaire des *Radium girls* doivent être envisagées dans le cadre plus large du processus de technicisation des savoirs biomédicaux et, par conséquent, de marginalisation des savoirs constitués par les travailleur-se-s sur leur corps au travail.

3.1.1.3 - Les anciennes d'Amisol

Un autre exemple de lutte des ouvrières pour la santé au travail est celui des ouvrières de l'usine Amisol à Clermont-Ferrand, exposées à l'amiante. Ce dernier – le plus connu des cancérogènes professionnels – concernerait davantage les hommes¹⁷⁰. Il a pourtant pesé lourd sur les destins des ouvrières de la fabrication d'objets textiles à partir des fibres de ce minéral.

L'usine Amisol a été créée au début du XX^e siècle et sa production était destinée à des entreprises comme Michelin, mais aussi la SNCF, EDF et la Marine (Thébaud-Mony, 2007). Dans les années 1970, les femmes représentaient 80 % des 270 emplois de l'usine. Comme dans le cas des *Radium Girls*, l'implication d'autres acteur-ice-s sociaux externes au collectif

¹⁶⁹ D'après Jouzel (2012), le programme de recherche de la toxicologie expérimentale peut être résumé par la phrase attribuée à Paracelse, alchimiste du XVI^e siècle: « Tout est poison, rien n'est poison. Seule la dose fait qu'une chose n'est pas poison ».

¹⁷⁰ C'est en tout cas ce que les statistiques déploient pour la France - 8,2 à 13 % des cas de cancer du poumon chez les hommes contre, entre 0,4 et 1 % des cas chez les femmes (INCa, 2014 : 101). Une estimation peu fiable compte tenu de l'absence de recensement de la population exposée à ce cancérogène. Au Québec, selon rapport de l'Institut National de Santé Publique canadien, 2 011 nouveaux cas de mésothéliome de la plèvre (1 607 hommes et 404 femmes) ont été diagnostiqués entre 1987 et 2007. Ce qui signifie que les « taux d'incidence standardisés pour l'âge étaient respectivement, chez les hommes et chez les femmes, 2,12 et 0,42 par 100 000 personnes-années. » (Krupoves et al. 2013)

de travail des ouvrières, tels certains représentants du champ des sciences, a été essentielle pour la légitimation puis la « *visibilisation* »¹⁷¹ de la « lutte des anciennes d'Amisol » (Cf. titre du sous-chapitre du livre de Thébaud-Mony, 2007 : 69-79).

Tout comme dans le cas des *Radium Girls*, le lien entre leurs conditions de travail et les pathologies liées à l'amiante, dont certaines souffraient déjà, n'a pu être fait qu'après la rencontre de ces acteur-ice-s externes avec l'univers de l'usine. La différence se trouve dans le fait que ces ouvrières n'aient pas été réduites au statut de victimes impuissantes au nom duquel des acteur-ice-s externes se battaient pour faire reconnaître le tort qu'on leur avait causé. Les anciennes ouvrières d'Amisol ont, au contraire, occupé le devant de la scène, tout en s'appuyant sur les ressources apportées d'abord par les scientifiques, puis par des syndicats, des avocats et autres, qui se sont engagés à leurs côtés.

Lors d'un entretien, Josette Roudaire, l'une des anciennes ouvrières d'Amisol les plus actives dans la lutte pour la condamnation des anciens PDG, synthétise les différentes étapes de cette histoire. Il y a tout d'abord le travail et des ouvrières et ouvriers uni-e-s afin de mieux supporter la dureté de leurs conditions de travail. Ensuite, une fois que le travail a cessé, est restée cette solidarité, qui a été le terreau de leur lutte :

C'est pas triste... Si tu veux, il y a eu deux étapes. D'abord, les conditions de travail étaient effroyables. On n'en avait pas forcément conscience sur le moment. Mais il y avait une telle solidarité que c'était ça l'essentiel. C'était plus fort que le reste ; ça, ça ne s'en va jamais. Et tout a été construit autour de ça. Puis l'usine a fermé. Après, il y a eu cette lutte. On a vécu des belles choses ensemble. Face à l'adversité, ça nous a bien servi. Donc on a occupé l'usine, puis Henri (Pézerat) arrive qui nous dit : l'usine ne doit pas rouvrir, l'amiante ça tue... Et donc ce fait, ça nous a soudés encore un peu plus (Extrait de l'entretien de Josette Roudaire, réalisé par Danièle Kergoat, le 12 novembre 2014).

Tout commence après la visite de l'usine, en janvier 1970, d'un inspecteur du travail. Dans une interview accordée à France Culture¹⁷², il explique avoir observé, à cette occasion, des conditions de travail dignes du Moyen Âge¹⁷³. Les « dames attrapaient l'amiante à pleines mains, sans masques, sans rien...non seulement il fallait encoffrer les machines mais dépoussiérer tous les murs. Accrochée sur les murs il y avait de la poussière d'amiante qui était là depuis 20 ans, 40 ans ». Suite à ces constats, l'inspecteur a donné 6 mois au PDG de

¹⁷¹ Entre 1975 et 1976, environ 150 articles de presse ont été consacrés à la lutte des ouvrières d'Amisol. Source : « Les luttes des Amisol. Quelques points d'histoire », document disponible sur le site de l'Association Henri Pézerat.

¹⁷² France culture, émission « Les pieds sur terre » du 14 février 2013. Enregistrement disponible sur le site de l'Association Henri Pézerat.

¹⁷³ Emmanuel Henry (2000) rappelle le terme « bain industriel » employé dans l'ouvrage *Danger ! Amiante* (1977) pour désigner l'usine Amisol. Dans l'« Emission pieds sur terre » (*op.cit.*), on apprend qu'on la surnomme encore « l'usine cercueil », « l'enfer blanc » ou « l'usine de la honte ».

l'usine pour que des travaux d'aspiration soient réalisés. Suite à l'immobilisme du PDG, l'inspecteur du travail a dû saisir la justice et demander l'arrêt de l'activité de l'usine. Le juge a alors sollicité l'avis d'un expert afin d'évaluer l'ampleur des travaux nécessaires à la régularisation de la situation de l'usine. Près de deux ans se sont écoulés entre le début de cette procédure de référé et le moment où l'ingénieur expert en aéraulique a rendu son rapport, soit assez de temps pour que Claude Chopin, PDG d'Amisol, dépose son bilan en alléguant les difficultés économiques de l'entreprise. Il n'avait que 25 ans quand il a hérité de la direction d'Amisol suite à la démission de son père, Maurice Chopin. Il y avait auparavant travaillé en tant que commercial et n'était à la tête de l'usine que depuis 6 mois.

C'est donc durant sa gestion que les ouvrières ont occupé l'usine afin de se battre pour le maintien de l'activité, éventuellement par le biais de la reprise de l'entreprise (Henry, 2000). L'occupation de l'usine a duré 7 ans, dont 4 ans jour et nuit. Les ouvrières en lutte ont finalement rendu les clés de l'usine en 1981.

En 1976, a eu lieu la rencontre avec des représentants du Collectif intersyndical des universités Jussieu. C'est suite à ces échanges que les prérogatives des anciennes d'Amisol ont changé. À la lecture d'un autre extrait d'entretien, on comprend que des bruits couraient déjà et intriguaient les ouvrières quant aux éventuels effets du travail au contact de l'amiante :

Et donc, je te dis, il y avait des petits bouts de choses qui traînaient, mais c'étaient des pauvres petits bouts qui ne permettaient pas de comprendre. Si tu veux, c'était un peu style recettes de grand-mère. Quand une mamie te disait : « méfie-toi, ça pousse dans les poumons », ben tu te disais : « ben oui, d'accord, ça pousse. ». Mais tant que c'est pas des choses construites ! qu'il n'y a pas des gens qualifiés pour te dire, que ça n'a aucune forme scientifique officielle, plus solide, c'est pas elle qui va t'apprendre la vérité scientifique, ça reste des propos de la voisine. Donc c'était sans plus, ça n'avait rien à voir avec la vérité (Extrait de l'entretien de Josette Roudaire, réalisé par Danièle Kergoat, le 12 novembre 2014).

Néanmoins, tant que ces suspicions étaient portées par les seules ouvrières, aucune action n'a été engagée en ce sens. Ce n'est qu'une fois que des « représentants de la science », et donc d'une supposée « vérité scientifique », ont affirmé les méfaits de l'amiante que les ouvrières ont pu mesurer l'ampleur des questions qui se posaient à elles – celles liées aux conditions de vie après de longues années d'exposition au poison amiante.

Un beau jour, en 1976, on a été contacté par des savants de Jussieu, Henri [Pezerat] et d'autres. C'était passé par le syndicat départemental. Nous, on veut bien les recevoir ! Henri s'est aperçu tout de suite qu'on ne savait absolument rien. Quand il est entré, il a compris tout de suite. Il nous questionne. Il nous dit : "Vous savez que c'est dangereux l'amiante ? Il y en a quelques-uns qui ont des problèmes pulmonaires, qui ont été reconnus d'ailleurs en 1972." C'est tout. Il savait pas comment nous le dire... Et nous, on sentait qu'il y avait quelque chose de monumental qui allait nous tomber sur la tête. Moi, j'aime bien savoir la vérité, même si c'est difficile à avaler. J'ai dit : "Écoute, tu nous expliques." Il nous a expliqué. Nous, on avait l'impression à chaque fois qu'on descendait un peu plus sur la chaise.

C'était dur. Mais c'était un peu comme dans un nuage... un rêve... tu penses que tu vas te réveiller. Il me dit : "Est-ce que tu penses qu'on doit le dire à tous ceux qui étaient là ?" On était plus de 130. Je lui ai dit : "Si nous on ne le fait pas, personne ne le fera puisque, nous, on le savait pas.

Le médecin du travail, il ne nous en a jamais parlé. Mais il faut le faire avec précaution." Parce qu'il y avait des gens qui étaient déjà en mauvais état et tout ça. Il y avait déjà le chômage qui durait depuis pas mal de mois. Henri a expliqué très tranquillement les choses, très simplement. Les gens ont compris. Quand il est parti, on lui a dit au revoir. On était mal. Les équipes ont continué quand même à occuper.

Mais le lendemain, au lieu d'être aussi nombreux, on s'est retrouvé une quinzaine. Il fallait digérer. Et puis, ça a repris un petit peu. Il y en a qui ne sont jamais revenus. On a dit qu'il fallait s'occuper des examens pour dépister tout ça puisqu'il nous avait parlé de tout. Je dis : "Il faut qu'on les mette en route. Après tout maintenant, il faut qu'on sache. Ce qu'on a avalé, on l'a avalé, on peut pas le recracher. Il faut qu'on sache, qu'on fasse tout ce suivi médical, qu'on mette tout ça en route." Il a fallu aussi aider les copains à revenir pour qu'on en parle. On parle de tout, des poules et des lapins, tout ce que tu veux, mais on parlait pas de ça quand même... ça a mis bien huit jours pour qu'on en parle. Puis un jour, on a dit : "Ça suffit, on a tous un problème, on est tous mal à l'aise, il faut qu'on parle." Et puis là, les anciennes nous ont dit tranquillement ce qu'elles ressentaient, ce qu'elles avaient comme symptômes et tout. Je te jure que là, ça a été une période horrible, horrible. Et on avait toujours la sensation d'être sur ce nuage. On se battait toujours pour la réouverture. Et là aussi, on a compris pourquoi le patronat auvergnat ne nous embauchait pas. Il y avait toujours de bonnes excuses et le fait de parler tous ensemble, ça a démystifié plein de choses (Témoignage de Marie Jeanne, ancienne ouvrière d'Amisol, paru dans Annie Thébaud-Mony, 2007 : 73).

Dès lors, les revendications des anciennes d'Amisol ont pris une autre tonalité. Elles se battent à présent pour obtenir la reconnaissance de leur statut de victimes d'empoisonnement à l'amiante et pour avoir, à ce titre, droit au suivi médical, à la prise en charge des soins et à des indemnisations. Elles se battent également pour la retraite à 50 ans, pour l'obtention du reclassement des plus jeunes dans d'autres entreprises de la région, ou encore pour que les déchets se trouvant dans le site de l'usine soient correctement pris en charge.

Ainsi, la lutte des anciennes d'Amisol semble être animée par une forte conviction quant à l'injustice de leur situation – conviction fomentée à partir de la conscience initiale que quelque chose se passait, puis qui a été légitimée par la solidarité entre le collectif des travailleur-se-s d'Amisol et celui des travailleurs scientifiques de Jussieu. D'où se consolident d'importantes connaissances (y compris scientifiques) à propos de ce qui était réellement en

jeu dans leurs conditions de travail. Une fois cette connaissance acquise, les dommages ont dû être représentés, des ouvrières ont dû « incarner » ces années de vie usurpées par l'exposition à l'amiante.

D'abord, tu digères pas. Tu dis la mort, mais elle est encore théorique. Elle devient physique quand il y a **incarnation**, quand un autre meurt. Après, ce qui n'est pas théorique, c'est que tu as besoin de travailler pour bouffer, ça c'est plus fort que tout (Extrait de l'entretien de Josette Roudaire, réalisé par Danièle Kergoat, le 12 novembre 2014. Dans cet extrait, Roudaire revient sur les suites de la rencontre avec Henri Pézerat).

Après la désoccupation de l'usine en 1981, les anciennes ouvrières ont poursuivi leur vie, tout en restant en contact. Elles ont pris conscience de l'ampleur des méfaits de l'amiante, notamment à l'occasion de leurs multiples rencontres pour enterrer des ancien-ne-s collègues d'Amisol. En 1995, elles décident donc de reprendre leur combat, en sollicitant le soutien d'Henri Pézerat du collectif Jussieu. C'est alors qu'elles fondent le premier CAPER¹⁷⁴. Cet aboutissement de leur lutte et expérience collective a été suivi par d'autres collectifs de travailleur-se-s, à exemple de la multiplication des luttes contre l'amiante qui ont abouti à son interdiction en 1996.

Cette nouvelle bataille a eu une forte charge politique. Elles revendiquaient le respect de l'arrêté du 28 février 1995 concernant le droit au suivi post-professionnel des travailleur-se-s exposé-e-s à l'amiante¹⁷⁵. Elles ont également déposé des plaintes au pénal contre les dirigeants de l'usine pour homicide, atteinte à l'intégrité et mise en danger délibérée¹⁷⁶. En 1999, le dernier PDG d'Amisol a été mis en examen. Dans un tract du CAPER de 2005, il est question de l'indignation des victimes d'Amisol face à l'immobilisme de la justice pénale depuis la mise en examen du PDG de l'usine, alors même que la justice civile avait déjà reconnu à plusieurs reprises la faute inexcusable de l'employeur. En 2012, Claude Chopin demande l'annulation de son procès, alléguant que « le délai écoulé depuis les faits ne garantit plus un procès équitable, et qu'il n'est resté que cinq mois à la tête de l'entreprise, responsabilité que lui aurait imposée son père » (Doumayrou, 2014). Cette demande a été accordée par la chambre d'instruction de la cour d'appel de Paris au motif que « la mémoire

¹⁷⁴ Comité action prévenir et réparer, association 1901, qui servira de modèle pour d'autres CAPER dans d'autres régions de la France.

¹⁷⁵ « [...] les salariés de droit privé et les agents de la fonction publique de l'Etat ayant été exposés à l'amiante au cours de leur vie professionnelle, les agents de la fonction publique territoriale bénéficient, au vu d'une attestation d'exposition, d'examens médicaux périodiques (définis par l'arrêté du 28 février 1995). Ils doivent, pour y avoir droit, présenter une attestation d'exposition, délivrée de droit, à la suite d'une demande de l'agent, par la collectivité ou l'établissement dont il relève au moment de la cessation définitive de ses fonctions. » (Legisfrance).

¹⁷⁶ Sur les revendications des anciennes d'Amisol, voir Thébaud-Mony (2007).

des faits s’efface » (Doumayrou, *Ibidem*). Les plaignantes ont fait un recours et cet arrêt a enfin été rompu. Elles attendent toujours qu’une audience ait lieu et que Claude Chopin soit contraint à s’expliquer devant un juge.

Au final, dans la lutte des « anciennes d’Amisol », semble également être en jeu le fait de pouvoir se représenter la violence que peuvent parfois prendre les rapports sociaux de classe. Il s’agit de comprendre que la plus-value recherchée par l’employeur avec l’exploitation de la force de travail de la classe ouvrière se fait au prix de vies humaines délibérément mises en danger :

Jamais il ne nous a parlé d’amiante. Il ne parlait pas de conditions de travail, il parlait de rien. Celui qui m’a passé la visite médicale, lui était médecin, il le savait. Il nous pesait, nous regardait, nous disait des petites banalités et jamais il nous a rien dit. A la visite d’embauche il aurait pu dire. Parce qu’il faut voir si la personne est apte à travailler à Amisol. Mais jamais on s’est posé la question, est-ce qu’Amisol était apte à nous recevoir ? Jamais. Parce qu’effectivement ça aurait dû être la visite inverse. Est-ce qu’Amisol pouvait recevoir des gens ? Et la réponse était : inapte ! (Josette Roudaire en interview sur France Culture, émission « Les pieds sur terre » du 14 février 2013. Enregistrement disponible sur le site de l’Association Henri Pézerat).

Les « anciennes d’Amisol » sont donc mobilisées depuis plus de 40 ans – décennies durant lesquelles elles ont mené différentes batailles dans leur intérêt, mais pas seulement. Le savoir-faire accumulé au fil de ces années et leur incontestable ténacité ont également influencé et contribué à ce que d’autres travailleur-se-s construisent leur lutte pour la dignité, pour la santé et contre les empoisonnements au travail. Leur lutte est un bel exemple de la manière dont la solidarité entre travailleur-se-s, chercheur-e-s, mais aussi syndicats et avocats¹⁷⁷, peut constituer un puissant « contre-savoir, base d’un contre-pouvoir » (Pitti, 2010). Cela est d’autant plus puissant que les industriels se prévalent également de ces alliances pour nier la nocivité des molécules qu’ils mettent sur le marché (Thébaud-Mony, 2014), avec néanmoins beaucoup plus de moyens.

3.1.1.4 - Quelques considérations autour des luttes des ouvrières

De toute évidence, l’évolution de la prise en compte des questions de santé au travail fait que des empoisonnements aussi spectaculaires (et avec des effets tout aussi dramatiques

¹⁷⁷ Dans un communiqué signé par Annie Thébaud-Mony, Ban Asbestos France, Association Henri Pézerat, Jean-Marie Birbès, ADEVA 81-CGT Eternit Albi, Josette Roudaire, CAPER Auvergne et Eric Beynel et Union syndicale Solidaires, cette alliance est évoquée en termes de « synergie » et d’autres acteurs, tels les avocats, sont identifiés : « la synergie entre l’important travail de mémoire sur les faits, réalisé par les collectifs ouvriers victimes de l’amiante, la mise en visibilité des conséquences par des chercheurs indépendants de l’industrie et la remarquable élaboration juridique, construite par des avocats engagés depuis des années dans la défense des droits des travailleurs victimes de risques industriels. Cette synergie doit se poursuivre dans l’étape décisive qui devrait désormais s’ouvrir : le procès pénal des industriels de l’amiante ».

qu'immédiat) que ceux des allumettières n'ont plus lieu. Ceci ne semble pas être dû à la fin du travail ouvrier féminin. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, la diminution du pourcentage de femmes actives travaillant dans le secteur industriel (passant de 35 % au début du XX^e siècle à 20 % en 2008) s'explique surtout par l'augmentation du nombre de femmes dans les chômeur-se-s de ce secteur, car les restructurations du secteur industriel ont d'abord eu des répercussions sur l'emploi des ouvrières. En parallèle, alors que le secteur tertiaire ne représentait qu'un quart des emplois au début du XX^e siècle, en 2008, il en constitue les trois quarts et emploie 88 % des femmes actives, ce qui porte à croire que nombre d'anciennes ouvrières ont pu se reconvertir dans le tertiaire. Par conséquent, si les expositions aux cancérogènes qu'elles ont pu connaître dans le travail industriel ont cessé, elles ont pu, en revanche, être exposées à des substances chimiques dans la suite de leur parcours professionnel. C'est là une hypothèse à envisager, notamment pour les reconversions vers le secteur du nettoyage, comme nous le montre une thèse de médecine¹⁷⁸ (Bajon, 1999). Cette étude a compté avec la contribution de 27 médecins du travail et a permis d'identifier 329 produits d'origines différentes :

Pour 11,9% des produits (39 produits), nous n'avons pas obtenu la composition. Nous avons classé 28 produits dans la catégorie 3 de la classification européenne, soit 8,5% ; nous avons retrouvé 54 produits contenant une substance chimique classée par le CIRC, soit 16,4%. Ainsi, l'ensemble des produits, que nous considérons comme suspect ou pour lesquels nous ne pouvons écarter le risque cancérogène, s'élève à 24,9%.

Les substances chimiques les plus « fréquemment » rencontrées sont l'isopropanol et le formaldéhyde. L'isopropanol est retrouvé dans 31 produits, le formaldéhyde est retrouvé dans 23 produits (Bajon, 1999)

La thèse de Bajon (*Ibidem*) porte sur le nettoyage d'immeubles, de bureaux et de magasins (373 salarié-e-s, soit 64,5 % de l'effectif), d'hôpitaux et de cliniques (73 des salarié-e-s, soit 12,6 % de l'effectif), de locaux industriels (46 salarié-e-s, soit 7,9 % de l'effectif), de bateaux (27 salarié-e-s, soit 4,7 % de l'effectif), de véhicules (19 salarié-e-s, soit 3,3 % de l'effectif), de mobilier urbain (18 salarié-e-s, soit 3,1 % de l'effectif), de wagons (12 salarié-e-s, soit 2,1 % de l'effectif), de graffitis (9 salarié-e-s, soit 1,6 % de l'effectif) et de fûts industriels (1 salarié-e, soit 0,01 % de l'effectif). Concernant les outils de protection proposés par l'employeur au salarié-e lors des manipulations, la thèse montre également que les masques n'étaient proposés qu'à 3,5 % des enquêté-e-s, les gants à 72,8 %, les lunettes à

¹⁷⁸ Cette thèse avait pour objectif « d'identifier les produits utilisés dans les activités de nettoyage, ainsi que les conditions de manipulation, d'évaluer les risques cancérogènes liés à l'exposition aux substances chimiques entrant dans la composition des produits de nettoyage et enfin d'élaborer une stratégie de prévention » (Bajon, 1999).

6,5 %, les vêtements à 31,5 % et enfin 21,3 % des enquêté-e-s n'avaient aucune protection proposée.

Tout porte alors à croire que les secteurs les plus féminisés ne sont pas complètement débarrassés des risques toxiques. Force est de constater que les empoisonnements ne sont pas seulement le fait des usines moyenâgeuses et de formes de mise au travail dignes des romans de Zola. L'élargissement de la prise en compte d'autres lieux d'activité, mais aussi le concept de travail défini comme l'ensemble de la « production du vivre », met en lumière la relation entre le travail et d'autres formes d'empoisonnement. Ces dernières peuvent avoir lieu dans des universités et des centres de recherche, où des femmes scientifiques côtoient le danger radioactif (Fellinger, 2010) ou encore l'amiante (Collectif Jussieu), dans des hôpitaux où les soignantes côtoient les risques infectieux (Carricaburu *et al.*, 2008) et chimiques (exemple des infirmières en oncologie), mais aussi à la maison. C'est en tout cas ce qui a été mis en évidence par l'étude comparative (France-Brésil) réalisée par Lucila Scavone, Fernanda Giannasi et Annie Thébaud-Mony (1997). Au sujet des expositions para-professionnelles à l'amiante, ces auteures ont montré que, sur leur terrain brésilien, même lorsque la division sexuelle du travail productif exclut les femmes des activités insalubres¹⁷⁹, la division sexuelle du travail reproductif ne les a pas épargnées. C'est notamment le cas des femmes d'ouvriers des industries utilisatrices de l'amiante dans une petite ville de l'état de São Paulo qui étaient exposées, lorsqu'elles lavaient les bleus de travail de leur maris, pleins de poussière (Cf. Costa Riani, 1983 et notre chapitre 8 - le corps véhicule en référence à Mohammed-Brahim). Les chercheuses expliquent que les épouses n'ont commencé à cesser d'être exposées qu'à la fin des années 1980, dès lors que les entreprises utilisant l'amiante ont commencé à sous-traiter le service de blanchisseries pour laver les habits professionnels de leurs employé-e-s¹⁸⁰. Nous pouvons donc supposer que l'externalisation du risque a été déplacée du cadre extra-professionnel domestique vers le cadre professionnel des relations de sous-traitance. Autrement dit, qu'une source d'exposition invisible ait été substituée par une autre.

Par ailleurs, les empoisonnements sont également le fait d'industries modernes et de formes de travail impliquant des technologies de pointe. Ainsi, il semblerait que les

¹⁷⁹ Les auteures précisent que la Constitution brésilienne en vigueur jusqu'en 1988 interdisait aux femmes l'accès à des travaux insalubres, ce qui inclue ceux dans lesquels il y a un contact avec l'amiante (Scavone *et al.* 1997).

¹⁸⁰ Scavone *et al.* (1997) citent deux études : GIA-GRUPO INTERINSTITUCIONAL DO ASBESTO, *A ação interinstitucional no controle da exposição ao asbesto dos trabalhadores das indústrias de fibrocimento no Estado de São Paulo*. São Paulo: IMESP. Publicação apoiada pela SERT - Secretaria de Estado das Relações de Trabalho, 1988 et GIA-GRUPO INTERINSTITUCIONAL DO ASBESTO, *Asbesto no setor de fibrocimento*. Brasília: MTb / SSST, 1993.

intoxications spectaculaires aient laissé place à d'autres formes, de plus en plus controversées. C'est par exemple le cas des industries de semi-conducteurs, incarné par *Digital Equipment Corporation* dans le Massachussetts ou encore par des usines Samsung en Corée.

Encadré 2 – Rappel de l'histoire de l'empoisonnement des travailleuses des salles blanches de l'industrie de semi-conducteurs aux États-Unis¹⁸¹.

Aux États-Unis, l'histoire scientifico-politique des éthers de glycol commence à la fin des années 1970, autour des industries californiennes des semi-conducteurs, connues sous le nom de « Silicon Valley ». Malgré l'image d'industries « propres » et où les molécules ne sont utilisées qu'à des faibles doses, un groupe d'avocats parvient à semer le doute et aboutit à la condamnation des industriels. À l'origine de cette initiative, des plaintes de travailleurs, de riverains, de consommateurs s'estimant victimes d'empoisonnement par les substances toxiques produites ou utilisées. Les 271 familles, victimes de fausses couches ou ayant donné naissance à des enfants avec des malformations, ont abouti à un accord de compensation financière avec une clause de confidentialité à la suite du procès entamé à l'encontre de Fairchild et de IBM. Ces deux industries étaient en effet à l'origine d'importantes fuites de trichloréthylène (solvant hépato et neurotoxique à hautes doses).

Ce procès précède le signal d'alerte donné par des travailleuses de salles blanches d'une usine de la Digital Equipment Corporation dans le Massachussetts, qui s'estimaient victimes d'un nombre anormal de fausses couches. En raison de la pression exercée par certaines de ses cadres et bien que cette firme ait mis en avant le respect des valeurs-limites d'exposition, elle a néanmoins dû accepter de financer une étude épidémiologique. Cette étude est conduite par Harris Pastides, épidémiologiste de l'université de Massachussetts, entre 1984 et 1986. Elle compare les taux de fausses couches entre employées affectées en fonction des postes occupés et de leur niveau d'exposition. Les résultats ont indiqué un « effet salle blanche ». Les femmes travaillant dans ce lieu (et notamment à la photolithographie) ont un taux de fausses couches deux fois plus important que celles n'y travaillant pas. Cependant, aucun lien de causalité direct n'a été établi entre l'effet salle blanche et l'exposition à une seule et unique substance toxique. Un groupe de toxicologues hygiénistes de l'université de Massachussetts passe alors en revue, à la demande de la firme, l'étude de Pastides. Ils ciblent d'abord 200 substances suspectes utilisées en salles blanches puis ils observent les formes de contact possibles. Enfin ils croisent ces informations avec celles relatives à la signification toxicologique des substances en question et retiennent ainsi douze substances inquiétantes. Encore une fois ils aboutissent à un non-lieu : « Aucune de ces molécules ne dépassait les valeurs-limites d'exposition professionnelle fixées par l'Osha [2]. Aucune donnée n'indique qu'elles puissent être toxiques pour la reproduction par rapport aux concentrations auxquelles les travailleuses des salles blanches sont exposées. Les toxicologues portent alors leur attention sur les pics d'exposition car les salariées pouvaient être momentanément soumises à des concentrations excédant les valeurs-limites. Mais ces pics sont trop bas pour permettre de désigner une molécule responsable de l'effet salle blanche. » (p. 48)

Cependant, en Californie les procès contre les firmes de la Silicon Valley ne cessent pas, comme le montrent ceux intentés par la Silicon Valley Toxics Coalition (SVTC) et par Santa Clara Center for Occupational Safety and Health (Sccosh). La stratégie adoptée par la Semiconductor Industry Association (SIA) est alors de financer à nouveau une étude sur l'effet salle blanche. Les industriels ont pris des mesures leur permettant de se mettre à l'abri des accusations susceptibles de compromettre la légitimité des résultats. Ceci tout en limitant le périmètre de l'enquête au problème des fausses couches et en accordant seulement 10 % du budget aux autres pathologies. De cette façon, les scientifiques ont dû se replier sur la commande des industriels, en ciblant prioritairement un seul

¹⁸¹ Extrait du compte-rendu du livre de Jean-Noël Jouzel, réalisée par Michelle Paiva, parue dans *Mouvements*, 1^{er} octobre 2014. Disponible sur : <http://mouvements.info/des-toxiques-invisibles-sociologie-dune-affaire-sanitaire-oubliee/>.

symptôme afin de prouver l'absence ou l'existence de lien entre les fausses couches et une molécule donnée. Pour les industriels, ce mode de gestion de la crise leur a permis d'éviter une remise en cause plus profonde de l'ensemble de leurs procédés de fabrication et de leurs produits. « En dotant des équipes de chercheurs de la capacité de remonter la chaîne de causalité conduisant du travail en salle blanche à la survenue des fausses couches, les industriels sont parvenus à redéfinir ce phénomène comme un risque gérable, au moyen d'une politique de substitution. Ils ont ainsi pu neutraliser la charge critique des arguments portés par leurs adversaires politiques. Ces derniers furent pris de court par la position des firmes reconnaissant l'existence de l'effet salle blanche et affirmant la nécessité de retirer les éthers de glycol reprotoxiques. » (p. 61)

En 1996, un cabinet d'avocats revient à la charge contre IBM. Cette fois il s'agit d'autres pathologies telles que le cancer du cerveau dont sont atteints certains travailleurs des salles blanches. Dans cette seconde vague de l'effet salle blanche les avocats de victimes s'appuient toujours sur des études scientifiques pour révéler la stratégie des industriels. Ils tentent de prouver que des employeurs comme IBM étaient bien conscients du fait que les atteintes à la santé n'étaient pas circonscrites aux seuls éthers de glycol, ni aux seules fausses couches. D'autres symptômes et d'autres molécules sont alors mis en cause.

En Corée du Sud, depuis 2013, des dizaines de jeunes ouvrières (âgées d'environ 20 ans) sont mortes ou malades de formes rares de leucémies. Leur progéniture est également atteinte de malformations congénitales occasionnant des handicaps sévères¹⁸².

Ce sont ces changements qui nous semblent importants à saisir, car réside peut-être ici la compréhension de ce qui est – aujourd'hui ou déjà depuis longtemps – le lot des femmes à propos des expositions aux produits toxiques.

Comme dans le cas des *Radium Girls*, nous pouvons constater que ces intoxications semblent être moins chroniques et donc aussi moins « spectaculaires », en raison de l'existence de normes instaurant des valeurs limites d'expositions. L'existence de ces normes conforte ainsi l'idée selon laquelle, bien qu'il existe des expositions, celles-ci ne dépassent pas un seuil qui mettrait les travailleur-se-s en danger. L'acceptation du risque (Omnès, 2009) implique cependant l'existence d'expositions systématiques.

C'est en ce sens que nous faisons l'hypothèse que certaines activités de travail dans lesquelles les femmes sont surreprésentées – comme le travail en salle blanche dans l'industrie de semi-conducteur ou dans le nettoyage – constitueraient de nouveaux défis auxquels les travailleuses doivent faire face afin de soulever la question du lien entre leurs problèmes de santé et leurs conditions de travail, car, dans ces activités, les travailleuses sont exposées à de faibles doses d'un ensemble de substances. Or, les effets de synergie qu'il peut y avoir entre des expositions simultanées et répétées à différents types de substances sont peu

¹⁸² L'article « Samsung's War at Home. A grass-roots effort to make Samsung pay for deaths at a chipmaking plant is changing South Korea's corporate-is-king mentality » de Cam Simpson, publié sur Bloomberg Businessweek le 11 avril 2014, en rend compte. Disponible sur: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2014-04-11/samsung-s-war-at-home>.

étudiés. D'où la nécessité de travailler à partir d'étude de cas, chacun donnant à voir la nécessaire alliance entre collectif ouvrier et scientifiques ou professionnels de la santé au travail, chacun comportant des spécificités, liées à la division du travail (et la place des femmes). Des cas distincts aussi en raison des formes de production de connaissance, mais aussi (et peut-être surtout) en raison des formes de mobilisation, qui ne sont pas les mêmes d'une situation à une autre, et pas les mêmes s'il s'agit d'hommes ou de femmes. Force est de constater que les collectifs de femmes n'ont pas les mêmes marges de manœuvre (Kergoat et al., 1992) en ce qui concerne la mobilisation des syndicats. Ce que leur confèrent d'un autre côté moins de dépendance à la hiérarchie syndicale.

La marginalisation des savoirs constitués au travail vient également compliquer les choses, car les troubles, ayant un temps de latence plus court et pouvant donc servir d'« événement sentinelle », sont plus facilement assimilés à des problèmes liés à la « nature féminine » et hormonale. C'est par exemple le cas de la dérégulation des règles et des fausses couches, qu'ont d'ailleurs connues les ouvrières coréennes de Samsung. La même chose est valable pour les autres troubles impliquant des délais de latence longs, comme le cancer du poumon qui peut se déclarer 40 ans après la cessation de l'exposition, soit le plus souvent une fois que la personne est déjà à la retraite ou proche de celle-ci, donc plus isolée et plus prompte à assimiler cela à une fatalité liée au vieillissement.

Cette hypothèse sera particulièrement testée dans le chapitre 8 de cette thèse, lorsque nous nous intéresserons à l'industrie de la cosmétique et de la parfumerie. En attendant, nous allons traiter, dans la seconde et dernière partie de ce chapitre, du système de réparation des cancers professionnels, tout en nous interrogeant sur sa capacité à rendre compte des situations de travail des femmes.

3.2 - La gestion des corps atteints par le travail ou les rapports de force autour de l'enjeu de la reconnaissance

Votée au terme d'un long débat parlementaire, la loi sur les accidents du travail de 1898 constitue le premier acte d'une reconnaissance sociale et politique de l'impact des conditions de travail sur la santé, en posant que les accidents du travail, inhérents à l'activité de travail, constituaient un risque professionnel assurable donnant droit à réparation et en reconnaissant comme légitime le fait qu'en cas de blessure ou de mort par accident du travail un travailleur ou sa famille obtienne réparation d'un dommage subi « du fait ou à l'occasion du travail ». Pourtant, les compromis sociaux au terme desquels cette loi fut adoptée n'ont pas fondé un droit privilégiant la protection des ouvriers contre les accidents du travail. Plutôt que d'inscrire la santé au travail dans une logique de santé publique et de maîtrise des risques ou de se référer au Code pénal qui sanctionnent tout acte d'homicide ou de blessures à autrui, même involontaires, ce droit, issu d'une des contradictions fondatrices de la société industrielle et des inégalités sur lesquelles s'appuie la croissance économique capitaliste, a eu pour effet d'ouvrir un espace de négociation en matière d'indemnisation des victimes (Thébaud-Mony, 2007 : 19).

Ici, nous allons nous intéresser au système français de protection sociale, consacré à la réparation des maladies professionnelles depuis la loi du 25 octobre 1919, suite à l'extension de la loi du 9 avril 1898 relative aux accidents du travail.

Comme nous venons de le voir dans la première partie de ce chapitre, c'est à partir de l'instauration du système de régulation et de réparation des questions de santé au travail que les risques professionnels sont devenus acceptables et que les luttes contre les poisons au travail ont pris un nouveau tournant. La question que nous nous posons est donc de savoir dans quelle mesure ce système permet de rendre compte des situations de travail vécues aussi bien par les hommes que par les femmes. Dans quelle mesure ce système participe-t-il à l'« invisibilisation » des liens entre travail des femmes et cancer ?

Pour y répondre, nous allons revenir sur quelques fondements du système français de réparation et d'indemnisation, afin de mieux saisir ses ambitions et ses limites, en nous intéressant principalement au champ d'action consacré aux cancers professionnels.

3.2.1 - L'acceptation du risque professionnel aux fondements d'un système pour réparer l'« inévitable »

La réparation des maladies professionnelles par la loi du 25 octobre 1919 trouve ses racines dans la loi du 28 avril 1898, qui avait instauré le cadre de la prise en charge des accidents du travail. S'intéressant au cas français, François Ewald (1987) a montré le rôle de la rationalité assurantielle (fondée sur le calcul des probabilités) dans l'émergence du droit

social, ce qui apparaît notamment dans ce qu'il désigne comme « la notion de risque professionnel » :

L'idée de risque ne désigne pas ce qui serait la cause d'un dommage mais la règle selon laquelle on en répartira la charge. L'assurance propose une règle de justice qui n'a plus comme référence la nature mais le groupe, une règle sociale de justice que le groupe est libre de fixer (Ewald, 1987 : 179, cité par Thébaud-Mony, 1991 : 10).

De la même manière, des historien-ne-s (Bruno et *al.*, 2011) ont mis en évidence le tournant décisif que représente la deuxième moitié du XIX^e siècle pour l'organisation et la mise en place par les États des pays industriels de systèmes de réparation aux fondements assurantiels¹⁸³. Ainsi, différent-e-s auteur-e-s s'accordent pour dire que ce système assurantiel de réparation ne constitue pas un véritable acquis social, mais plutôt une riposte visant à assurer la paix sociale (Ewald, 1986 ; Bruno et *al.*, 2011), car la réparation prévue dans le cadre du système assurantiel évacue l'aspect corporel de l'exploitation capitaliste au profit de la « notion de compromis social » (Platel, 2014).

Les blessures, les limitations physiques et les maladies engendrées par le travail perdent petit à petit la connotation de stigmate du rapport de classes pour devenir des dommages plus ou moins inévitables, qui doivent alors être gérés dans le cadre de relations contractuelles. Ce n'est plus l'existence d'accidents handicapants ou de maladies limitatives mais l'absence de reconnaissance et d'indemnisation qui devient le noyau dur de cette reconfiguration du rapport de force entre capital et travail :

Toute en créant les bases des dispositifs d'indemnisation des victimes, elle contribue à reformuler l'inégalité de la relation d'emploi, désormais définie par la subordination du salarié à son employeur, en rapport avec la législation sur le contrat de travail. A l'encontre des solutions débattues à l'époque, qui privilégiaient une vision extensive de la responsabilité prise en charge par la voie judiciaire, la conception assurantielle de la responsabilité tend à supprimer la notion de faute. Elle enlève aux législations des pays industriels la possibilité de contraindre véritablement les employeurs à respecter l'impératif de protection de la santé et du corps de leurs travailleurs et à indemniser l'intégralité des dommages causés à leurs salariés. Le nouveau régime constitue une forme d'acceptation officielle du risque, qui laisse aux employeurs le soin d'en assurer individuellement ou collectivement la gestion, au même titre que les autres coûts de production, et de fixer, de manière relativement unilatérale, les seuils d'exposition à des agents nocifs considérés comme acceptables (Bruno et *al.*, 2011 : 16).

Les règles qui régissent le régime d'assurance des risques professionnels sont la conséquence des négociations paritaires triparties dans lesquelles prennent part des représentants de l'État (rôle d'arbitrage), du Patronat et des Syndicats (Thébaud-Mony, 1991). Comme nous l'avons dit dans le chapitre 2, c'est pour cette raison que l'on peut dire que les

¹⁸³ Précisons qu'en France la Sécurité sociale a été créée par la Loi n°46-2426 du 30 octobre 1946.

statistiques des maladies professionnelles rendent davantage compte de ces négociations que de l'assimilation exacte des connaissances scientifiques dans le sens de la prise en compte des pathologies liées au travail.

Cela s'explique par le fait que la maladie professionnelle corresponde à une définition médico-légale accordée à un nombre limité de pathologies qui, selon des conditions décrites dans les tableaux de maladies professionnelles, disposent de la présomption d'origine ou de la présomption d'imputabilité (Thébaud-Mony, 1991) :

L'idée du risque professionnel passe par une scission entre causalité et imputation, l'indifférence de la seconde par rapport à la première, c'est-à-dire par l'institution d'un principe d'imputation qui ne se réfère pas à la causalité objective des dommages. L'invention du risque professionnel consiste à penser un principe d'imputation qui, libéré de la vieille dépendance à la nature, va trouver sa référence dans un rapport social (Ewald, 1987 : 284, cité par Thébaud-Mony, 1991 : 10).

3.2.2 - Reconnaissance et indemnisation des cancers d'origine professionnelle aux dépends d'un statut à conquérir

Parmi ses missions, l'Institut National du Cancer (INCa)¹⁸⁴ se doit de « favoriser l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques », son rôle principal étant d'être un « accélérateur de progrès, en apportant une vision intégrée de l'ensemble des dimensions sanitaire, scientifique, sociale, économique liées aux pathologies cancéreuses ainsi que des différents champs d'intervention (prévention, dépistage, soins, recherche) »¹⁸⁵. C'est pour cette raison que l'INCa édite régulièrement des matériaux informatifs, tel le document « Cancers professionnels »¹⁸⁶.

Dans ce document, on apprend que, selon le code de la Sécurité sociale (article L. 461-1), le « cancer professionnel » est défini comme « tout cancer, en particulier les cancers primitifs (et non métastasés), résultant d'une exposition professionnelle à certains produits ou procédés » et que « les pathologies ainsi définies peuvent faire l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle donnant droit à la réparation du préjudice subi ». Cette façon de définir le cancer professionnel reprend les termes du code de la sécurité sociale qui distingue

¹⁸⁴ Sur son site web, l'INCa est désigné comme « l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, il est placé sous la tutelle conjointe du ministère des Affaires sociales et de la Santé et du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. L'Institut national du cancer est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) qui rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les organismes de recherche et les fédérations hospitalières ».

¹⁸⁵ <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Missions>, consulté le 10/01/2016.

¹⁸⁶ Collection *Fiche repère* (État des connaissances du 19 en janvier 2012).

la « maladie à caractère professionnel ». De prime abord, elle paraît inexacte, car elle ne rend compte que des critères d'accès à la procédure de déclaration et de reconnaissance de la maladie professionnelle. Dans un second temps, elle semble faire la distinction entre le principe d'imputabilité et la reconnaissance effective par la Sécurité sociale, ce qui implique que l'on accorde à la victime le statut juridico-administratif de la « maladie professionnelle ». Cette seconde interprétation possible permet donc de rendre compte du fait que, même si les cancers ne font l'objet d'aucune procédure auprès de la Sécurité sociale et donc d'aucune indemnisation, ils restent imputables au travail. Comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre, cela correspond très exactement à la réalité du problème de la sous-déclaration des cancers professionnels.

Pour l'instant, contentons-nous de préciser que, d'après la Sécurité sociale, « contrairement à l'accident de travail et à l'accident de trajet, les maladies professionnelles ne font pas l'objet d'une définition légale générale »¹⁸⁷. Ainsi, dans leur cas, c'est le principe d'imputabilité qui prévaut (Code de la Sécurité sociale, Art. L 461-1). Autrement dit, « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau » (Code de la Sécurité sociale, *ibid.*). Toujours en conformité avec ce code, certaines maladies peuvent être reconnues d'origine professionnelle même si elles ne respectent pas une ou plusieurs conditions du tableau, telles qu'« un délai de prise en charge, une durée d'exposition ou une liste limitative des travaux ». Enfin, certaines maladies peuvent être reconnues d'origine professionnelle même en l'absence d'un tableau. Pour cela, il faut néanmoins qu'un lien causal « direct et essentiel » soit établi avec le travail et que la maladie ait entraîné un décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25 % (voir l'annexe « Article L461-1 »). Cette instance est assurée par les Comités régionaux de reconnaissance en maladie professionnelle (CRRMP)¹⁸⁸. Ce système complémentaire a été créé en 1993 afin d'« introduire plus de souplesse et pallier les limites avérées du dispositif de tableaux », de même que pour « réduire les inégalités d'accès à la réparation » (Platel, 2014). Nous reviendrons plus loin sur ce point, aussi bien sur le système fermé que sur le système ouvert de reconnaissance en MP.

Quoi qu'il en soit, établir le lien entre un cancer et des situations professionnelles cancérogènes n'est pas aisé. Un document produit par un organisme français chargé de l'étude

¹⁸⁷ Extrait du site de la Sécurité sociale dans l'article « Définition de la maladie professionnelle ». Disponible sur <http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/maladie-professionnelle/definition-d-une-maladie-professionnelle.php> [consulté le 05/02/2016].

¹⁸⁸ Une thèse en santé publique a récemment été dédiée à l'étude de ce CRRMP (Sylvie Platel, 2014).

des questions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles résume assez bien les questions qui se posent :

- sur le plan médical, rien ne distingue une tumeur due à une exposition professionnelle d'une autre tumeur, et les cancers sont souvent des maladies multifactorielles qui rendent difficile l'identification de leur origine professionnelle ;
- ces maladies présentent une longue période de latence entre l'exposition et l'apparition de symptômes (en moyenne 20 ans, parfois 40 ans) ; il est donc difficile d'identifier les facteurs de risque et l'éventuelle exposition professionnelle ;
- au moment du diagnostic, généralement peu d'attention est portée par les médecins au parcours (EUROGIP, rapport d'enquête, 2010).

Cela est d'autant plus compliqué qu'aucune procédure administrative ne peut avoir lieu sans qu'un médecin ne fournisse au préalable, à la personne atteinte d'un cancer (ou d'autres pathologies), un certificat soulevant l'hypothèse de l'origine professionnelle. Autrement dit, l'accès à la procédure en vue de la reconnaissance de la maladie professionnelle est déterminé par l'obtention d'un « certificat médical initial » (CMI). Une fois ce certificat en mains, la « victime » (ou en cas de décès, ses ayants droit) pourra procéder à la déclaration de la maladie professionnelle. Pour ce faire, elle doit fournir certains éléments et tenir compte de quelques délais (voir les annexes – « Maladie professionnelle : démarches à effectuer » et « Formulaire type de déclaration »).

Une fois la déclaration faite, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dispose de 60 jours pour envoyer à la victime ou à ses ayants droit une lettre de « contestation préalable » ou de « réserve des principes »¹⁸⁹. Ces lettres signalent qu'une enquête sera nécessaire afin de décider du caractère professionnel de la pathologie. Le cas échéant, la maladie professionnelle est reconnue de droit. La caisse statue sur le rejet ou la reconnaissance à partir des conditions administratives et de l'avis du médecin-conseil. Lors d'un rejet, les déclarants ont un délai de deux mois pour faire appel de la décision de la caisse. Au-delà de ce délai, aucun recours n'est possible et la reconnaissance est refusée sans que le dossier soit réexaminé. En cas de contestation de la décision de refus, c'est la Commission de Recours à l'Amiable qui est tenue de se prononcer dans un délai d'un mois. En cas de rejet de la part de cette dernière ou en cas de non réponse dans le mois qui suit la contestation, la victime ou ses ayants droits peuvent recourir au Tribunal des Affaires de Sécurité Sociales (TASS). Dans le premier cas de figure,

¹⁸⁹ Ce qui n'est pas noté dans la notice d'information, c'est que la CPAM a - réglementairement - 6 mois pour statuer. L'envoi d'une lettre de réserve de principe ou de contestation préalable, équivaut à un refus mais est à la limite illégale puisque sans cette lettre l'assuré dont le dossier n'a pas été instruit en temps devrait bénéficier d'une reconnaissance de droit pour délai non respecté par la CPAM. Quand un avocat soutient la victime, il gagne le plus souvent sur ce motif. Il reste que très peu de personnes connaissent tous ces méandres concernant leurs droits.

la victime ou ses ayants droits ont deux mois pour saisir le TASS. Un dernier recours consiste à saisir la Chambre sociale de la Cour d'Appel, puis le cas échéant, la cour de cassation. (Thébaud-Mony, 1991 : 33-36). Dans les cas où le caractère professionnel de la pathologie déclarée est reconnu, la procédure se poursuit alors au service de rentes, où un taux d'Invalidité permanente partielle (IPP) doit être fixé par le médecin conseil de la Sécurité sociale. L'indemnisation sera alors fixée en fonction de ce taux d'IPP, ce qui renvoie à la « notion de réparation forfaitaire » (Thébaud-Mony, 1991 : 10) établie autour du principe de solidarité entre patron et ouvrier. La loi de 1898 propose la voie médico-administrative pour remplacer la voie judiciaire dans l'accès à la réparation. Elle fixe ainsi la responsabilité de chacune des parties à hauteur de 50 % et décourage les poursuites des patrons en justice. Par conséquent, la réparation des MP n'est que partielle et en-dessous des préjudices estimés. Dans les années 1990, différent-e-s acteur-ice-s, dont des associations de victimes, ont mis en avant cette injustice, contribuant à ce que le législateur crée des « régimes d'indemnisation des dommages corporels dérogatoires donnant droit à une réparation intégrale » (Eurogip, 2005). L'annexe I de l'art. R434-32 (1) détermine que :

(...) le taux de l'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Le présent barème répond donc à la volonté du législateur. Il ne peut avoir qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème ; il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit (Extrait de l'annexe I de l'art. R434-32 du code de la Sécurité sociale).

À titre d'exemple, d'après ce barème indicatif, les cancers broncho-pulmonaires primitifs en fonction du code TNM et des suites thérapeutiques correspondent à un taux d'IPP de 67 à 100 %, les mésothéliomes malins primitifs de la plèvre à 100 % et les tumeurs pleurales primitives autres que le mésothéliome en fonction du type histologique et des suites thérapeutiques de 67 à 100 %.¹⁹⁰

La procédure de déclaration n'est donc pas simple et son accès implique d'avoir déjà validé un certain nombre de critères permettant au déclarant-e de fournir l'ensemble des documents sollicités dans le respect des délais impartis. D'autres difficultés se posent en amont et en aval de la procédure de déclaration et de réparation, soulevant la question de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des cancers professionnels. Voyons d'abord ce

¹⁹⁰Source : Annexe II Barème indicatif d'invalidité - maladies professionnelles. Disponible sur Legifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7207DA862F314C61A097245EE17E8E30.tpdjo13v_3?idSectionTA=LEGISCTA000019325196&cidTexte=LEGITEXT000006073189.

point plus en détail, avant de passer plus concrètement aux éléments qui permettent de comprendre le jeu des acteur-ice-s impliqué-e-s dans ce processus.

3.2.2.1 - La sous-déclaration et la sous-reconnaissance des cancers d'origine professionnelle

Selon l'article L176-2 du code de la Sécurité sociale, « une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ». Cet article fait référence à l'article L167-1, qui instaure l'obligation d'un versement annuel de la branche AT-MP « au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général », afin de tenir compte de la sous-déclaration ainsi que de la sous-reconnaissance des cas devant être imputés à la première et qui, au demeurant, sont pris en charge par la seconde, de telle sorte que les rapports rendus dans le cadre de cette obligation légale sont communément connus sous le nom de « rapports sur la sous-déclaration ». Nous les citerons donc sous cette appellation, tout en précisant que, selon les années, les commissions à leur origine sont composées par des membres différents.

Ainsi, dans le rapport sur la sous-déclaration de 2014¹⁹¹, on apprend que, pour une population de 18 492 444 assuré-e-s en France en 2011, 114 531 demandes de reconnaissance en maladie professionnelle ont été enregistrées (c'est-à-dire des déclarations en MP). Ces demandes ont concerné principalement des TMS autres que les lombalgies (82 276 demandes), les lombalgies (8 772 cas), les cancers (2 536 cas), les pertes d'audition (2 474 cas) et les dermatoses (1 051 cas)¹⁹².

La reconnaissance de la MP a été accordée à 78 805 de ces demandes, les cancers étant les pathologies qui ont le plus abouties à une reconnaissance (80,8 %)¹⁹³. Viennent ensuite les TMS autres que les lombalgies (79,9 %)¹⁹⁴, les dermatoses (72,5 %)¹⁹⁵, les lombalgies (45,9 %)¹⁹⁶ et les hypoacusies (42,3 %)¹⁹⁷¹⁹⁸.

Ce pourcentage élevé de reconnaissance des cancers professionnels par rapport au nombre de déclarations ne doit pas nous faire perdre de vue le fait qu'il s'agit pourtant des

¹⁹¹ Commission de juin 2014 présidée par Jean-Pierre BONIN, dont le rapport est accessible sur <http://www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-AT-MP?type=part>.

¹⁹² D'autres types de maladie ont fait l'objet de 17 422 déclarations en MP.

¹⁹³ 2 050 cas de cancers reconnus sur 2 536 cas déclarés.

¹⁹⁴ 65 724 cas reconnus sur 82 276 cas déclarés.

¹⁹⁵ 762 cas reconnus sur 1 051 cas déclarés.

¹⁹⁶ 4 028 cas reconnus sur 8 772 cas déclarés.

¹⁹⁷ 1 046 cas reconnus sur 2 474 cas déclarés.

¹⁹⁸ 5 195 cas ont été reconnus dans le cadre de 17 422 autres pathologies déclarées.

pathologies les plus sous-déclarées. D'après le rapport de 2011 sur la sous-déclaration¹⁹⁹, ils représentent à eux seuls entre 251 et 657 millions d'euros des dépenses de santé du régime général, qui devraient être prises en charge par la branche AT-MP. Toujours dans ce même rapport de 2011, le nombre de « cancers attribuables à une exposition professionnelle **chez les hommes** [souligné par nous] en France » a été calculé à partir des données d'incidence de cancers en 2005. Dans une hypothèse basse (facteur de risque attribuable de 3 %), 5 500 cancers serait attribuables à une exposition professionnelle, tous les régimes de la Sécurité sociale confondus. Dans une hypothèse haute (facteur de risque attribuable de 6 %), ce nombre s'élèverait à 11 047 cancers²⁰⁰. Comme nous l'avons déjà précisé dans le chapitre 2, ces estimations correspondent à une fourchette moyenne des risques de cancer attribuable, puisque, dans la littérature internationale, ces valeurs sont parfois supérieures à celle retenue comme hypothèse haute par la commission. Par exemple, d'après le Plan cancer 2014-2019, le nombre de cancers attribués au travail a été estimé entre 14 000 et 30 000.

Par ailleurs, au vu de ces estimations, nous pouvons constater les répercussions néfastes du faible intérêt scientifique sur les relations entre cancer et travail des femmes, comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent. La faible production scientifique sur ces aspects fait que, dans la mise en place concrète des politiques destinées à traiter la question de l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle, la situation des femmes est encore une fois laissée à la marge ou traitée à partir du référentiel masculin.

Enfin, nous nous trouvons face à un processus complexe de mise en (in)visibilité des cancers d'origine professionnelle. D'une part, il existe un nombre élevé de pathologies attribuables à des expositions professionnelles et qui, pour autant, ne sont pas déclarées. D'autre part, le fort taux de reconnaissance du peu de cancers déclarés se fait le plus souvent sur la base de l'exposition à l'amiante. En ce sens, le rapport de la sous-déclaration de 2014 avance que les localisations broncho-pulmonaires représentent 60 % des déclarations en cancer professionnel²⁰¹. Soulignons enfin l'absence d'une perspective de genre dans le traitement politique du problème de la sous-déclaration des cancers professionnels, ce qui est très certainement corrélé à cette même absence dans les statistiques sur la reconnaissance des

¹⁹⁹ Commission présidée par Diricq, rapport rendu en 2011, disponible sur http://www.eurogip.fr/_normabase/newsletter-viewint.php?id_nl=57, visité le 29/09/2014.

²⁰⁰ Voir en annexe le « Graphique élaboré par la Commission Diricq, rapport sur la sous-déclaration (2011 : 88) ».

²⁰¹ D'après le rapport sur la sous-déclaration rendu en 2008, on compte, parmi les 1 898 cas reconnus (système de tableaux et CRRMP réunis) cette année-là, 1 681 cancers broncho-pulmonaires, 82 cancers du sinus, 48 de la vessie, 39 cancers du sang, 9 cancers de la peau et 39 « autres » types de cancer. L'amiante était en cause pour environ 85 % des cancers reconnus.

maladies professionnelles, de sorte que ces statistiques ne permettent pas de rendre compte du nombre exact de femmes ayant été reconnues atteintes d'un cancer professionnel. Au final, il apparaît que les phénomènes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des cancers professionnels demeurent traités comme si le fait d'être homme ou femme ne participait en rien à tout cela.

Nous allons maintenant nous intéresser à quelques éléments avancés dans d'autres études afin d'expliquer le phénomène de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des cancers professionnels. Précisons d'abord que, à de rares exceptions près, la perspective de genre est également absente de ces analyses.

3.2.2.2 - Le rôle du médecin

Comme nous l'avons vu, le Certificat médical initial (CMI) relève de la responsabilité d'un médecin (qu'il soit hospitalier, traitant ou du travail). Son rôle est donc primordial pour l'accès à la toute première étape de la procédure, soit la déclaration en MP. C'est par ailleurs pour cette raison que les médecins constituent un corps de métiers auquel certains employeurs sont particulièrement hostiles, du fait de se sentir incriminés par l'établissement des CMI.

C'est face à la multiplication des plaintes portées en 2014 par les employeurs contre les médecins, auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins²⁰², que cette institution a été emmenée à se positionner.

Dans une lettre ouverte à ce Conseil National de l'Ordre, Philippe Davezies et Christian Torres (enseignant chercheur en pathologie professionnelle et médecin du travail)²⁰³ contestent la position tenue, à savoir celle de donner raison aux employeurs plaignants et d'estimer que seul le médecin du travail serait apte à établir ce type de certificat²⁰⁴. Dans cette même lettre, les médecins rappellent que «le code de la sécurité sociale dispose dans son article L461-6 que tout docteur en médecine doit déclarer « *tout symptôme et toute maladie qui présentent, à son avis, un caractère professionnel* » » et que la décision du Conseil National va donc à l'encontre de ce qui est prévu par le droit social. Davezies et Torres (2015)

²⁰² Voir l'article d'Eric Berger, « L'Ordre règne sur la médecine du travail ? », paru dans *Santé & Travail*, le 11 février 2014. Disponible sur http://www.sante-et-travail.fr/l-ordre-regne-sur-la-medecine-du-travail-fr_art_641_67115.html.

²⁰³ Davezies et Torres, « Lettre ouverte au Président du Conseil de l'Ordre Nationale des Médecins », Lyon, 23 octobre 2015, disponible sur http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Lettre_ouverte_Ordre.pdf.

²⁰⁴ « Sa formation et ses missions permettent au médecin du travail d'établir un lien entre la santé du salarié, son activité professionnelle et son environnement professionnel ». Ainsi, « respecte ses obligations déontologiques, le médecin qui justifie ses constats par la connaissance personnelle des conditions de travail, les consultations dispensées à d'autres salariés (collectif de travail), ses rencontres avec l'employeur » (Extrait du Rapport de l'Ordre de médecins de juin 2015, cité dans la lettre de Davezies et Torres, *op. cit.*).

précisent également que « la procédure intègre qu'il n'est pas possible d'attester un lien causal comme l'on atteste un fait. Elle traite ce certificat comme ce qu'il est, c'est-à-dire une proposition d'interprétation des faits, un avis, et non un énoncé de « faits personnellement constatés », qui de plus sert à déclencher une enquête administrative. Dès lors, le médecin qui établit un certificat médical en vue de la déclaration en MP n'est pas fautif vis-à-vis du code de déontologie.

Cette situation soulève donc des questions quant à la difficulté d'établir la pièce maîtresse du déclenchement de la procédure pour la reconnaissance de la MP. De fait, les médecins ne sont pas suffisamment formés aux questions de santé au travail, alors qu'ils ont un rôle central à jouer. En ce sens, un rapport rendu en 2010 au ministère du Travail montre du doigt le fait que, sur les 6 années d'études de médecine, seules 9 heures en moyenne sont consacrées à la médecine et à la santé au travail²⁰⁵. Cela ressort également dans la prise de position du Conseil de l'Ordre des Médecins qui, face à la pression patronale, est prêt à réagir activement, quitte à négliger les enjeux sociaux que ce corps de métier est pourtant juridiquement tenu d'assumer.

La faible formation de ces professionnels aux paramètres médico-légaux de la reconnaissance en MP joue ainsi en défaveur des victimes. Anne Marchand (2015 : 357) explique qu'en indiquant « carcinome épidermoïde » (dans un langage médical) au lieu de « cancer-broncho pulmonaire primitif » (soit l'appellation utilisée dans le tableau de MP), le médecin peut participer au rejet de la déclaration.

Quant aux médecins du travail, se pose la question de leur autonomie et de leur subordination vis-à-vis du statut qui les lie à l'employeur. À ce propos, Pascal Marichalar (2011) montre que, si sur l'aspect médical de leur travail ces médecins disposent d'une indépendance totale, au niveau administratif ils sont en revanche pris dans de constantes négociations.

3.2.2.3 - La place de l'employeur dans l'enquête administrative

Cette pression exercée par les employeurs sur les médecins ayant rédigé des CMI est en partie due à l'inadaptabilité de la procédure de reconnaissance en MP au cas des cancers.

²⁰⁵ Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq, « La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir », disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf>. Voir aussi Brisacier Anne-Claire (2008), *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers professionnels en France*, Thèse de doctorat en médecine [Santé publique et médecine sociale] sous la direction d'A. Thébaud-Mony et A. Lazarus, Université Pierre et Marie Curie - Paris 6, soutenue le 12 février 2008 à l'Université Paris 13. 126 p.

Telle est la thèse soutenue par Durand et Ferré (2014), qui expliquent que, malgré une jurisprudence²⁰⁶ déterminant que « la maladie professionnelle est imputable, non pas au dernier employeur, mais au dernier employeur auprès duquel la victime a été exposée au risque », dans la pratique, seul le dernier employeur (qu'il soit responsable des expositions ou pas) est concerné par l'enquête contradictoire (Durand et Ferré, 2014). Cette pratique est en contradiction à la fois avec l'évolution de l'emploi et des parcours professionnels de plus en plus caractérisés par l'instabilité²⁰⁷ et avec le long temps de latence qui, dans le cas de cancers, sépare le moment des expositions de celui du diagnostic. En ce sens et compte tenu du peu d'éléments dont disposent les inspecteurs AT-MP²⁰⁸ (relevé de carrière, contrats de travail et questionnaire rempli par la victime), Durand et Ferré (*Ibidem.*) soulèvent une fois de plus la question des limites de cette procédure administrative visant à déterminer les entreprises à l'origine des expositions. Autrement dit, la question est de savoir qui portera la charge des dommages causés.

Il faut donc également tenir compte du fait que le taux de cotisation des entreprises à la branche AT-MP de la Sécurité sociale soit calculé en fonction du coût des AT-MP dont elles (ou le secteur dont elles font partie dans le cas des entreprises de moins de 150 salariés) sont responsables (Durand et Ferré, 2014).

3.2.2.4 - La place de la personne atteinte d'un cancer dans la procédure de déclaration et de reconnaissance en MP

L'accès à la déclaration implique que le déclarant-e ou ses ayants droit possèdent un certain nombre de preuves de son travail (attestation de salaire remplie par le dernier employeur). Dans de nombreux cas, au fil de l'instruction du dossier, il incombe à ces mêmes personnes d'apporter d'autres éléments probants de la vie commune ou des liens de parenté (pour les ayants droits), des expositions vécues (attestations d'exposition²⁰⁹, attestations d'anciens collègues) et du travail réalisé il y plusieurs années en arrière voire plusieurs décennies (fiches de payes). Autrement dit, il leur incombe « la responsabilité de produire des

²⁰⁶ Cf. art. D. 242-6-5 et l'arr. intermin. Du 16 oct. 1995, cité par Durand et Ferré (2014).

²⁰⁷ Cf. Bertin *et al.* (2013), à propos des typologies de parcours professionnels dans l'enquête GISCOP93, Rapport ECART.

²⁰⁸ Il s'agit des agents administratifs de la CPAM qui n'ont pas de formation spécialisée mais sont chargés de conduire les enquêtes contradictoires sur l'exposition aux risques auprès des assuré-e-s et de leurs employeurs.

²⁰⁹ Les employeurs sont légalement tenus de fournir des attestations d'exposition à leurs salarié-e-s, mais, dans la pratique, rares sont ceux et celles qui disposent réellement de ces documents.

pièces que même les inspecteurs de la CPAM, dans leurs liens privilégiés avec d'autres services et administrations ne parviennent à obtenir » (Marchand, 2010).

L'accès à la déclaration et à la reconnaissance d'un cancer professionnel est alors inhérent aux trajectoires biographiques des personnes atteintes par ces maladies. Or, ces trajectoires sont elles-mêmes construites selon leur appartenance à des catégories sociales de classe, de genre/sexe et de « race ».

Ainsi, les travaux de Katherine Lippel (2003) ont permis de montrer qu'au Canada les phénomènes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance ont des implications plus au moins fortes selon le genre des plaignant-e-s. À partir de l'exemple des TMS, elle a montré que les demandes d'indemnités portées par les femmes avaient moins de chance d'être acceptées, alors même que, chez les travailleuses manuelles, ce risque était multiplié par deux. L'argument de l'existence de conditions personnelles préexistantes à la lésion est invoqué aussi bien pour les hommes que pour les femmes²¹⁰, mais c'est pour ces dernières qu'il est prépondérant pour invalider la thèse de l'étiologie professionnelle (Lippel et Cox, 2012).

Lippel et Cox (*Ibidem.*) montrent également que des enjeux juridiques contribuent à la sous-déclaration des lésions professionnelles. Toujours au Canada, ces auteures ont notamment souligné les situations de non accès à la déclaration en fonction du type de travail (exemple des travailleuses domestiques chez des particuliers), du lieu de travail (exemple des travailleur-se-s à domicile) ou du statut sur le marché de l'emploi (travailleur-se-s temporaires ou occasionnel-le-s). Pour tous ces cas de figure, la division sociale et sexuelle du travail fait que les femmes et les personnes racisées soient les premières exclues.

Dans la rubrique intitulée « Le mécanisme de reconnaissance des maladies professionnelles est-il applicable à tous ? », l'INRS précise que, en France, la reconnaissance de la MP est accessible à « toutes les personnes salariées ou travailleurs assimilées (L. 311-2 et L. 311-3 du code de la Sécurité sociale et L. 751-1 du code rural) »²¹¹. En dépit de ce cadre légal, la réalité des situations de travail fait qu'il est plus compliqué pour les travailleur-se-s précaires, ayant connus de multiples employeurs, donc de multiples contrats de travail, d'apporter la preuve de leur activité.

²¹⁰ Les auteures énumèrent pour les femmes des facteurs comme l'âge, le travail à la maison, le fait d'être femme et la ménopause. Alors que pour les hommes seuls l'arthrose, le diabète et les rhumatismes sont évoqués.

²¹¹ Sont ainsi légalement couverts « les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail, les voyageurs ou représentants de commerce, les gérants de SARL à condition qu'ils ne possèdent pas plus de la moitié du capital de la société, les directeurs généraux de Sociétés Anonymes, etc. » Source INRS, Disponible sur http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?state=10&doc=3&pn=2:3:4!113:122&key=INF_MP10.

En ce sens, en nous intéressant à la situation particulière des travailleuses atteintes d'un cancer, immigrées ou issues de l'immigration (Paiva, 2012), nous avons constaté qu'à peine une femme sur neuf a obtenu la reconnaissance de son cancer en MP. De fait, leur parcours professionnel est tributaire des lois françaises sur l'immigration et de la ségrégation ethnique du travail (Cf. Lada, 2009 et Chaïb, 2009).

Par ailleurs, la situation des travailleur-se-s intérimaires (dont nombreux-ses sont racisé-e-s) est particulièrement difficile du fait que les entreprises de travail temporaire constituent leur employeur légal, alors que les expositions aux risques cancérogènes peuvent avoir lieu dans différents sites de travail et où la gestion du risque est de la responsabilité du donneur d'ordre (Cf. Jounin, 2015 et Thébaud-Mony, 2000). Enfin, les travailleuses et travailleurs « sans-papiers » sont les plus démunis face au régime de la preuve, puisqu'elles et ils n'ont légalement pas le droit de travailler et ne disposent donc pas de contrats de travail ou de fiches de paye prouvant leur activité, ce qui est valable pour toute travailleur-se réalisant un travail non déclaré.

On peut donc admettre que la trajectoire biographique des hommes et des femmes atteint-e-s d'un cancer est déterminante pour l'accès à la déclaration. De même, leur trajectoire est bouleversée à partir de l'événement charnière que constitue la découverte d'un cancer (Marie Menoret, 2006). Nous pouvons dès lors envisager la procédure comme une sous-trajectoire particulièrement complexe qui se chevauche avec celle du patient-e dans sa lutte contre la maladie chronique (Marchand, 2010).

3.2.2.5 - Les tableaux de maladies professionnelles

Les premiers tableaux de maladies professionnelles ont été créés par décret, en conformité avec la loi du 25 octobre 1919. On compte actuellement 112 tableaux pour le régime général de la Sécurité sociale et 65 pour le régime agricole (INRS, 2015).

Encadré 3 - Les tableaux de maladies professionnelles (Extrait de l'article de Ménal, 2008).

Leur fonction est de définir complètement les conditions dans lesquelles la victime bénéficie de la présomption d'imputation au risque professionnel.

Ces tableaux comportent trois colonnes:

colonne 1: Désignation de la maladie. Cette colonne peut comprendre des précisions sur l'agent nocif et des éléments relatifs au diagnostic;

colonne 2: Délai de prise en charge. On y porte aussi, si nécessaire, la durée d'exposition;

colonne 3: Liste indicative ou limitative de travaux susceptibles de provoquer la maladie.

L'article L. 461-2 du Code de la Sécurité sociale institue plusieurs types de tableaux:

manifestations morbides d'intoxications assorties d'une liste indicative de travaux;

infections microbiennes assorties d'une liste limitative de travaux;

affections résultant d'ambiances ou d'attitudes particulières assorties d'une liste limitative de travaux

Parmi les 112 tableaux du régime général, seuls 22 sont consacrés à la reconnaissance des cancers ou du mésothéliome²¹². Ces tableaux concernent les types de pathologie cancéreuse suivants : cancers cutanés, cancers ORL (cancer de l'ethmoïde et du sinus de la face, cancer des cavités nasales, cancer du nasopharynx), cancers broncho-pulmonaires et pleuraux (cancer broncho-pulmonaire et cancer de la plèvre), cancers urinaires (cancer de la vessie et cancer des voies urinaires), cancers hépatiques, tumeurs cérébrales (glioblastomes), mésothéliomes (localisation pleurale, péricardique et péritonéale), angiosarcomes, leucémies et cancers osseux (sarcome).

Un premier point à souligner à propos du système de tableaux concerne la réticence à intégrer les nouvelles connaissances sur l'étiologie des cancers professionnels. La révision ou la création de nouveaux tableaux est « fixée par des décrets pris sur le rapport des ministres chargés de la Sécurité sociale et du travail, après avis de la commission spécialisée en maladies professionnelles du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) et de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » (Ménal, 2008).

À partir des études récentes, la commission en charge du rapport de 2011 sur la sous-déclaration a estimé qu'un certain nombre de tableaux auraient pu être créés ou modifiés, afin de prendre en compte, par exemple, les relations établies entre l'incidence des cancers des ovaires et du larynx et les expositions à l'amiante, ainsi que la relation établie entre les cancers du sein et le travail de nuit chez les femmes, d'autant plus que le travail de nuit a été classé par le CIRC comme agent « probablement cancérogène » (catégorie 2A) et que, par ailleurs, cette situation est déjà prise en compte par le système de réparation du Danemark. C'est aussi le cas des expositions aux poussières de bois en lien avec l'incidence des cancers colorectaux (Rapport sur la sous-déclaration, Commission Diricq, 2011).

L'élargissement de la présomption d'imputabilité d'autres pathologies par l'évolution des tableaux de MP représente un enjeu sociopolitique important, autour duquel s'opposent des groupes antagoniques (*Cf.* concept de rapports sociaux de Danièle Kergoat, 2000). S'intéressant aux commissions en charge de la révision des tableaux de MP, Marc-Olivier Déplaud (2003) a montré que l'argument médical n'était pas univoque et qu'un important bras de fer était engagé entre représentants des syndicats et représentants du patronat. Selon

²¹² Il s'agit des tableaux : 4 ; 6 ; 10ter ; 15ter ; 16bis ; 20 ; 20bis ; 20ter ; 25, 30 ; 30bis ; 36bis ; 37ter ; 43bis ; 44bis ; 45 ; 47 ; 52 ; 61bis ; 70ter ; 81 et 85. Pour consulter le contenu de ces tableaux, se reporter à l'annexe « Tableaux de MP du régime général reconnaissant les cancers ».

les intérêts qu'ils représentent, les arguments avancés par les acteurs oscillent entre des aspects cliniques et des aspects fondés sur l'expérience du terrain²¹³.

La Commission des maladies professionnelles est structurée par un clivage très marqué entre les représentants des organisations patronales et ceux des centrales syndicales, au point que la codification des maladies professionnelles dépend plus des compromis sur lesquels les deux parties parviennent à s'accorder que de considérations scientifiques. On pourrait supposer que la présence majoritaire des médecins à la Commission des maladies professionnelles et, donc, que l'importation, au sein de cette instance, de logiques spécifiques au champ médical seraient propices à l'émergence d'une discussion raisonnée, c'est-à-dire d'une discussion où l'on chercherait à apprécier, suivant des règles communes, la valeur des arguments des uns et des autres. Cependant, nous verrons que l'opposition des délégués patronaux et des représentants syndicaux est redoublée au sein même du corps médical. La Commission des maladies professionnelles voit ainsi s'affronter deux régimes d'argumentation médicale, l'un fondé sur l'expertise clinique, l'autre sur la connaissance pratique des conditions de travail, qui sont loin de bénéficier de la même légitimité à l'intérieur et à l'extérieur du champ médical. La présence de nombreux médecins et la nécessité d'argumenter scientifiquement ne modifient pas fondamentalement le rapport de force, mais tendent plutôt à le conforter » (Déplade, 2003).

3.2.2.6 - Les tableaux de MP reconnaissant des cancers au regard de la division sexuelle du travail

Ce type d'étude permet de rendre compte du jeu des acteurs et notamment des rapports sociaux de classe. Elle laisse néanmoins de côté d'autres rapports sociaux consubstantiels et coextensifs à celui-ci, tels les rapports sociaux de sexe. Or, même si ces commissions chargées de la révision des tableaux de MP sont le plus souvent composées d'hommes²¹⁴, une analyse en termes de rapports sociaux de sexe est vivement souhaitable. Elle permettrait par exemple de rendre compte de la manière dont est discutée la question des problèmes de santé concernant principalement les femmes en raison de la division sexuelle du travail – comme c'est le cas des TMS – ou celles des problèmes de santé strictement féminins, comme le cancer des ovaires lié aux expositions à l'amiante et le cancer du sein en lien avec le travail de nuit. Malheureusement, ce travail d'observation et d'analyse n'a pu être réalisé dans le cadre de la présente thèse.

²¹³ Un exemple récent de ces conflits est présenté dans l'article de Joëlle Maraschin, intitulé « Maladies professionnelles : controverse sur la révision du tableau TMS » et paru dans *Santé & Travail* n° 073 - janvier 2011. Disponible sur http://www.sante-et-travail.fr/maladies-professionnelles--controverse-sur-la-revision-du-tableau-tms_fr_art_1066_52386.html.

²¹⁴ L'article de la journaliste Joëlle Maraschin (Cf. note de bas de page supra-citée) cite parmi les représentants des syndicats engagés dans l'opposition à la proposition de modification du tableau 57, une femme : Marie Pascual, médecin du travail et membre de la délégation CFDT.

Soulignons néanmoins son intérêt, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà précisé dans le chapitre 2, les travaux canadiens de Karen Messing (2000) ont mis en avant le fait que « le système d'indemnisation a été conçu pour traiter des problèmes typiques des emplois traditionnellement masculins » (Messing, 2000 : 38). En ce sens, les travaux de Katherine Lippel qui interrogeaient l'existence d'un phénomène de discrimination à l'égard des femmes dans « la jurisprudence des tribunaux administratifs spécialisés en matière de réparation des lésions professionnelles » invoquent la prudence dans l'analyse. Lippel avance que la discrimination ne peut être attestée à partir des seules données statistiques (nombre d'acceptations et de refus selon le sexe de la victime) et que des données qualitatives (le sexe des décideurs et des médecins jouant un rôle dans la décision, mais aussi les argumentaires qui accompagnaient les décisions) sont essentielles à l'analyse.

C'est donc en tenant compte de ce qu'avance Messing pour le Canada et de la mise en garde faite par Lippel, que nous nous sommes intéressée aux tableaux des MP reconnaissant les cancers, sous l'angle de la division sexuelle du travail. Nous avons donc porté notre attention sur les 22 tableaux de MP reconnaissant les cancers et nous les avons distingués selon que la liste des travaux (3^{ème} colonne) était limitative ou indicative.

Ainsi, il résulte qu'à peine 8 des tableaux possèdent une liste indicative des travaux exposant à un cancérigène. Il s'agit des tableaux n° 4, 6, 15 TER, 20, 25, 30, 52 et 85. Parmi ces tableaux, seul le n° 30 concerne les expositions à l'amiante, soit le cancérigène le plus souvent en cause dans les cancers professionnels reconnus par le système de réparation de la branche AT-MP. L'autre tableau dont la liste des travaux n'est qu'indicative, permettant la reconnaissance des cancers broncho-pulmonaires (donc les localisations le plus souvent reconnues), est le n° 6, relatif aux expositions à des rayonnements ionisants. Le tableau n° 20, quant à lui, concerne des expositions à l'arsenic et à ses composés minéraux, sans qu'aucune localisation ne soit précisée. Il fait référence aux « affections cancéreuses » suivantes : dyskératose lenticulaire en disque (maladie de Bowen) ; épithélioma cutané primitif ; angiosarcome du foie.

Les 14 autres tableaux reconnaissant les cancers sont donc composés d'une liste limitative des travaux exposants, soit les travaux que les personnes prétendant à la reconnaissance devront obligatoirement avoir exercés durant leur parcours. Parmi eux, seul le n° 45, relatif aux « Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E », concerne les travaux d'un secteur d'activité où les femmes sont particulièrement représentées : le secteur hospitalier et de soin.

Tous les autres tableaux concernent des travaux exercés dans des secteurs d'activité employant majoritairement des hommes, comme le secteur primaire – travail dans les mines, extraction –, le secteur secondaire – industries de la métallurgie, sidérurgie, céramique, du bois, chimie de base, pétrochimie ou du tertiaire – et les services de ramonage, de maintenance, ou encore les BTP et gros œuvres. Deux d'entre eux ont été ajoutés pour les cancers broncho-pulmonaires (20bis et 20ter) mais dont les listes d'activité très limitatives ne concernent en réalité qu'une seule exploitation minière : l'ancienne mine d'or de Salsigne dans l'Aude.

Ainsi, nous savons d'une part que les cancers les plus reconnus en MP concernent les localisations broncho-pulmonaires liés aux expositions à l'amiante²¹⁵. D'autre part, nous venons de voir que les tableaux dont la liste d'activités est limitative sont plus nombreux que ceux avec une liste de travaux indicative. De plus, les tableaux dont la liste est limitative concernent majoritairement des activités exercées par des hommes. Quant aux localisations, un seul des tableaux dont la liste d'activités n'est qu'indicative concerne à la fois la localisation broncho-pulmonaire et l'exposition à l'amiante.

3.2.2.7 - Le Comité Régional de Reconnaissance en Maladie Professionnelle (CRRMP), une alternative au système fermé des tableaux ?

Les tableaux destinés à rendre compte des pathologies cancéreuses sont peu nombreux et, comme nous l'avons vu, l'enjeu sociopolitique qu'ils recèlent implique un rythme d'évolution qui fait qu'ils soient toujours en décalage par rapport aux connaissances étiologiques récentes. Par ailleurs, nous avons également vu que, compte tenu des caractéristiques des cancers le plus souvent reconnus et des critères des tableaux de maladies professionnelles au regard de la division sexuelle du travail, les femmes ont moins de chance d'obtenir une reconnaissance.

Or, il existe aussi le CRRMP qui figure comme un système ouvert et qui a été créé afin de constituer une alternative aux lacunes du système de tableaux. Précisons-le : il s'agit bien de lacunes relatives aux nouvelles connaissances sur l'étiologie des cancers professionnels et non pas celles relatives aux rapports sociaux de sexe/genre.

À propos de l'appréciation des demandes de reconnaissance de cancer en MP par le CRRMP, Sylvie Platel (2014) conclut que ce dernier est plus défavorable à la reconnaissance

215 Cette prédominance de l'amiante est liée à deux facteurs importants : le mouvement social des victimes qui a fait émerger le problème et qui a conduit à son interdiction ; l'existence d'une indemnisation dite intégrale par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

que le système de tableaux. Les personnes atteintes d'un cancer pour lesquelles la présomption d'imputabilité n'est prévue que par un seul des tableaux sont ainsi pénalisées une deuxième fois par la rigidité de ce système selon lequel elles ont la charge d'apporter la preuve irréfutable du lien entre leur travail et leur cancer (Platel, 2014). Au moins en ce qui concerne les cancers broncho-pulmonaires, cela reflète bien la situation des femmes.

D'après le rapport de 2011 sur la sous-déclaration, le CRRMP constitue un « système résiduel de reconnaissance des cancers professionnels », ce qui est expliqué, dans ce même rapport, par l'existence, en Europe, d'un consensus sur l'étiologie professionnelle inscrite dans le système de listes (Rapport sur la sous-déclaration, Commission Diricq, 2011 : 41).

3.2.2.8 - Considérations finales

Au regard de ces quelques éléments, nous pouvons conclure que les femmes ont moins de chances que les hommes de faire partie des statistiques du « cancer professionnel » (statut attribué au cancer après la reconnaissance en MP), car, dès le départ, l'accès à la déclaration est biaisé.

D'une part, comme nous l'avons vu précédemment (Cf. chapitre 2), la représentation dominante des cancers professionnels consiste à les présenter comme une problématique affectant surtout les hommes – représentation intégrée dans les calculs de la part attribuable. De la même manière, les scientifiques se sont surtout intéressés aux situations de travail des hommes, c'est pourquoi on manque de connaissances sur les activités des femmes.

D'autre part, la pratique en matière de reconnaissance des cancers professionnels consiste en un « consensus sur l'étiologie professionnelle inscrite dans le système de listes ». En même temps, la « sur-visibilisation » des localisations broncho-pulmonaires et de l'exposition à l'amiante fait que les femmes - moins représentées dans les activités indiquées par les tableaux de MP consacrés à ces affections - ont moins de chance de voir leur cancer reconnu en MP. En ce sens, il faut aussi tenir compte du fait qu'à l'exception des Amisol, le mouvement pour l'interdiction de l'usage professionnel de l'amiante ainsi que pour l'indemnisation des victimes se fonde surtout sur des collectifs masculins, issus notamment d'activités telles que l'amiante-ciment, les chantiers navals ou la sidérurgie. Par conséquent, l'individualisation des parcours professionnels des femmes et leur place dans la division sexuelle du travail fait qu'il y a une réelle difficulté à identifier leurs expositions à l'amiante.

Conclusion du chapitre 3

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons essayé de comprendre comment, en un siècle, les femmes sont passées du statut d'actrices principales des luttes contre les poisons au travail à celui de travailleuses considérées comme débarrassées de ces risques.

À partir de l'exemple des allumetières, nous avons vu que leur lutte a conduit à deux débouchés fort différents. Le premier constitue une conquête majeure et jamais reproduite depuis lors, à savoir l'interdiction du phosphore blanc – substance en cause dans leur empoisonnement. Le second, sûrement lié au contexte socio-politique, implique l'exclusion des femmes des travaux dangereux afin de protéger leur santé, ce qui, dans les esprits, les rend moins présentes en tant qu'actrices sociales – rôle qu'elles ont pourtant joué – que pour la condition de fragilité à laquelle ces politiques les ont réduites (Cf. Mathieu, 1991, chapitre 2).

L'exemple des *Radium Girls* et celui des « Anciennes d'Amisol » confirme ce qui était déjà valable pour les « Allumetières ». Ni les souffrances, les dommages causés à la santé de ces ouvrières ou même la mort ne semblent avoir été suffisants à leur assurer la visibilité sociale de ces crimes. Bien évidemment, sans la ténacité de ces femmes en luttes, ces affaires n'auraient sans doute jamais vu le jour. Néanmoins, l'ampleur politico-médiatique de ces histoires d'empoisonnement n'aurait sans doute pas été la même sans les alliances qu'elles ont pu construire avec des acteur-ice-s externes à leur espace de travail (dont plusieurs externes à la classe ouvrière) tel-le-s que des représentant-e-s de la science apportant leur expertise, des médias, des avocat-e-s, des syndicats et des associations de tous les horizons. La coordination de ces alliances ne se fait pas toujours de façon harmonieuse et, dans le cas des *Radium Girls*, la stratégie adoptée par les allié-e-s a contribué à réduire une fois de plus ces actrices au rôle de victimes à défendre. Cela a néanmoins permis de montrer que, durant des années, les patrons ont maintenu les ouvrières dans l'ignorance et les ont délibérément exposées au radium. Nous avons ensuite vu que le contexte historique a été marqué par un tournant épistémologique au sein de l'hygiène industrielle et que, depuis lors, la recherche a quitté les observations sur les lieux de travail pour se consacrer aux expérimentations en laboratoire.

Ce tournant a donc été décisif dans l'affaiblissement du rôle des savoirs des travailleuses acquis au travail au profit de l'expertise scientifique. C'est d'ailleurs sur ce terrain que les luttes des « Anciennes d'Amisol » se sont jouées. Le contexte était bien évidemment différent, marqué notamment par les luttes contre l'amiante, minéral également mis

en cause dans l’empoisonnement des ouvrières. Les alliances ont encore une fois été essentielles, et en premier lieu celles avec les scientifiques du Collectif Jussieu. Les témoignages disponibles rendent compte de l’importance des connaissances apportées par ces expert-e-s pour légitimer et redéfinir les buts de leur lutte. Ces témoignages donnent également à voir les aspects subjectifs de ces mouvements. L’« incarnation », comme l’appelle Josette Roudaire, renvoie au fait que, dans le cas de ces empoisonnements à effet décalé dans le temps, représenter les dommages implique soit de les éprouver soi-même, soit de les voir incarnés par des collègues qui périssent les uns après les autres. Autrement dit, cela implique de soit sentir dans son propre corps les effets de l’exposition au toxique, soit de se les représenter à travers les souffrances des personnes atteintes qui ont partagé le même environnement et les mêmes conditions de travail que nous. Cette représentation de souffrance peut par ailleurs générer une « situation d’inquiétude permanente », soit un préjudice moral susceptible d’être indemnisé. Préjudice défini comme le *préjudice d’anxiété* de salariés exposés à l’amiante, introduit pour la première fois par la chambre sociale de la Cour de cassation le 11 mai 2010 (Fert, 2013).

L’une des répercussions du changement épistémologique que nous avons cité plus haut a été la mise en place de politiques de prévention telles que les valeurs limites d’exposition. Des études se sont alors consacrées à établir des seuils d’exposition en-dessous desquels il n’y aurait pas de conséquences négatives sur la santé des travailleur-se-s. C’est autour de ces données que des compromis sociaux se sont établis de façon à déterminer des valeurs limites d’exposition à être respectés dans le cadre du travail. Les employeurs étant par ailleurs les garants du respect des valeurs limites d’exposition professionnelle (VLEP)²¹⁶. Or, en réalité il n’existe pas de seuil en-dessous duquel un produit cancérigène ne comporte pas de risque.

Depuis, les expositions vécues par les femmes sont plus rarement chroniques et entraînent donc moins souvent des conséquences « spectaculaires », comme celles incarnées par les « Allumettières », les *Radium Girls* ou les « Anciennes d’Amisol ». Nous pouvons toutefois supposer qu’en raison des places qu’elles occupent dans la division sociale et sexuelle du travail, elles demeurent systématiquement exposées à de nombreuses substances toxiques, dont les conséquences pour leur santé sont peu connues. Des exemples contemporains sont incarnés par les ouvrières de la *Silicon Valley* (USA) ou encore par celles de Samsung (Corée du Sud).

²¹⁶ Nous reviendrons sur les origines et autres informations à propos de ces valeurs limites dans le chapitre 7. Pour une synthèse critique des VLEP voir Dolores Romano (2015 :495-499).

Dans la seconde partie de ce chapitre, nous nous sommes intéressée aux fondements et aux règles de fonctionnement du système de réparation des MP, tout en nous demandant s'ils étaient aussi intéressants pour les hommes que pour les femmes.

Nous avons également vu, dans cette seconde partie, que les changements de paramètres permettant de rendre compte des empoisonnements au travail (*Cf.* première partie du présent chapitre) ont participé à l'acceptation du risque professionnel comme partie intégrante du travail. La mise en place de systèmes de réparation fondés sur le principe assurantiel s'inscrit dans ce processus historique. La nature du rapport de force entre patrons et travailleur-se-s va dès lors considérablement changer. Depuis lors, la paix sociale est garantie par la participation des représentant-e-s de chacune de ces catégories sociales et de ceux de l'État dans les instances de régulation en charge des questions relatives à la santé au travail.

Le système des tableaux est ainsi devenu la voie principale de reconnaissance des cancers professionnels. La présomption d'imputabilité qui les fonde concerne surtout les travaux ouvriers, de type industriel et communs aux parcours professionnels prédominants durant les Trente Glorieuses. Entre temps, le marché du travail a changé et même les parcours des hommes risquent de correspondre de moins en moins aux caractéristiques prévues dans ces tableaux. Par ailleurs, la « *sur-visibilisation* » dont dispose l'amiante a certainement contribué à ce que ce cancérogène devienne l'arbre qui cache la forêt, comme le confirment les éléments sur la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des cancers professionnels. Il reste que, pour les femmes, cette incompatibilité est davantage accentuée du fait que les secteurs d'activités dans lesquels elles sont concentrées soient quasiment absents des tableaux. Soulignons aussi qu'aucun cancer strictement féminin n'est représenté dans les tableaux des MP.

Le jeu des acteur-ice-s impliqué-e-s dans le processus de mise en (in)visibilité des liens entre santé et travail nous confirme qu'il devient nécessaire de nous intéresser aux trajectoires des travailleuses. En ce sens, nous prendrons appui sur les connaissances résultant de l'enquête du GISCOP93 portant sur les parcours professionnels et les expositions aux cancérogènes des personnes malades d'un cancer. C'est ce que nous allons présenter dans la deuxième partie de notre recherche.

- Partie II -

Quand le cancer conduit à interroger le rôle du travail dans la construction de la santé.

Une entrée par la maladie

Dans cette deuxième partie de la thèse, nous rendons compte des analyses que nous avons pu réaliser dans le cadre du terrain d'observation des nouveaux cas de cancer étudiés par le Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle (GISCOP93). A partir des reconstitutions de parcours professionnels d'hommes et de femmes atteints de cancer, nous avons étudié l'inscription des hommes et des femmes dans l'évolution de la division du travail et des risques. Pour ce faire, nous avons pris appui sur la connaissance des expositions professionnelles aux cancérogènes construite au fil de l'enquête menée par GISCOP93.

Il faut savoir que les statistiques officielles de la maladie professionnelle ne sont pas distinguées par sexe²¹⁷, de sorte que l'enquête GISCOP93 offre l'occasion unique d'analyser la situation des hommes et des femmes face au cancer professionnel. Nous rendons ainsi compte d'importants écarts entre hommes et femmes au long des différentes étapes couvertes par l'enquête GISCOP93²¹⁸. Nous avons également mené une analyse comparative des parcours professionnels des hommes et des femmes ayant travaillé à un moment donné dans une même entreprise (3 entreprises appartenant à l'industrie chimique). Cela nous permet de mettre en évidence une relation entre la division sexuelle du travail et la connaissance des activités exposant aux cancérogènes. En ce sens, les hommes et femmes ayant travaillé dans l'entreprise de la cosmétique et de la parfumerie (embauchant une main-d'œuvre à forte concentration féminine) étaient plus souvent considérés comme non exposé-e-s aux cancérogènes (chapitre 4).

²¹⁷ Contrairement à l'enquête du GISCOP93, elles ne rendent pas compte non plus de la situation des travailleurs des régimes de la sécurité sociale différents du régime général.

²¹⁸ Reconstitution des parcours professionnels (910 parcours d'hommes et 200 parcours de femmes); analyse toxicologique des parcours (dont des expositions identifiées pour 807 hommes et pour 127 femmes), préconisation d'un certificat médical (pour 529 des hommes exposés et pour 35 des femmes exposées), déclaration de la maladie professionnelle (faites pour 348 hommes et pour 20 femmes ayant reçu un CM), résultat de la procédure de reconnaissance du cancer professionnel (aboutie pour 268 hommes et 20 femmes).

Ensuite, et à partir des entretiens approfondis auprès de 26 femmes atteintes d'un cancer (majoritairement broncho-pulmonaires) participant à l'enquête du GISCOP93, nous rendons compte des différents aspects de leur parcours de vie (famille, travail et santé) rentrant en ligne de compte dans le processus de cancérisation et de l'*invisibilisation* de ses liens avec leur travail (chapitre 5 et 6).

- Chapitre 4 - Penser la dimension de genre du cancer d'origine professionnelle

Dans ce chapitre nous présenterons le Groupement d'Intérêt Scientifique sur le Cancer d'Origine Professionnelle, le GISCOP93. Nous montrerons pourquoi il se révèle tout-à-fait exceptionnel et propice à l'analyse sur la dimension de genre du cancer d'origine professionnelle.

Nous présenterons également notre travail d'analyse comparative des parcours professionnels d'hommes et femmes de l'enquête du GISCOP93. Les personnes de notre échantillon ont la particularité d'avoir, à un moment donné de leur parcours professionnel, travaillé dans une même entreprise.

4.1 - Le GISCOP93, un dispositif de recherche et action à partir de « l'événement sentinelle » cancer.

Plus de dix ans se sont passés depuis la création d'un dispositif d'enquête permanente auprès de patients atteints de cancer du département de la Seine-Saint-Denis, d'abord sous forme associative (SCOP 93), devenant en 2006 le Groupement d'Intérêt Scientifique sur le Cancer d'Origine Professionnelle. Cette initiative a vu le jour grâce aux efforts conjugués des chercheur-e-s et des institutions de santé publique et de santé au travail du département de la Seine-Saint-Denis²¹⁹.

Dans une perspective de santé publique, ce dispositif mobilise dès son départ une approche pluridisciplinaire et originale, qui consiste à faire jouer au cancer le rôle d'événement sentinelle. Plus précisément c'est à partir du diagnostic de cette maladie que l'investigation rétrospective sur le travail des personnes atteintes est déclenchée (Thébaud-Mony, 2006 et 2008). Le recrutement de ces personnes se fait par le biais des partenariats avec des services hospitaliers de la Seine-Saint-Denis. Une liste limitative des localisations²²⁰, le fait de résider en Seine-Saint-Denis et d'être diagnostiqué pour un cancer primitif sont les

²¹⁹ Pour une vue sur l'histoire du dispositif voir l'article de Thébaud-Mony (2008).

²²⁰ Il s'agit notamment des cancers des voies respiratoires, du système urinaire et du système hématologique.

seuls critères que les médecins hospitaliers doivent respecter pour l'inclusion de patient-e-s à l'enquête du GISCOP93. Les médecins présentent l'enquête et proposent aux patient-e-s d'y participer. Les fiches de consentement signées, sont ensuite transmises avec le dossier médical du patient-e au GISCOP93 par les attachées de recherche clinique. Suite à cela, l'équipe du GISCOP93 procède à l'enregistrement des nouveaux cas sur leur base de données et les enquêteur-ice-s commencent le travail de prise de contact et prise de rendez-vous pour la réalisation de l'entretien de reconstitution de parcours professionnel²²¹. Les informations recueillies au cours de cet entretien sont ensuite retranscrites sur une feuille type dans laquelle la personne n'est identifiée que par un code (le « numerec »). Cela afin que son identité soit préservée tout au long de l'enquête. Ce document sera ensuite donné à l'appréciation d'un collège d'experts, à l'aveugle de la maladie, du sexe, de l'âge, du tabagisme de la personne. L'objectif de l'expertise est double : 1 - identifier de façon aussi exhaustive que possible les cancérogènes professionnels auxquels les patients ont pu être exposés ; 2 - estimer les possibilités de déclaration et reconnaissance à l'issue de la réalisation de cette première étape de l'expertise et préconiser une stratégie de déclaration.

Une fois cette évaluation faite, le collège prend enfin connaissance de l'âge, de la localisation tumorale, du sexe²²² et du tabagisme du malade, cela afin de pouvoir trancher sur un autre aspect. Soit, sur les possibilités légales vis-à-vis du code de la sécurité sociale sur les MP pour que la personne malade puisse accéder à la déclaration et prétendre à la reconnaissance de son cancer. Là s'arrête le volet rétrospectif et commence le volet prospectif et plus proprement destiné au passage à l'action. Ce travail consiste dans l'accompagnement des personnes éligibles à la procédure de déclaration en MP afin de contribuer à la réduction des obstacles à la reconnaissance des cancers professionnels (Marchand & Rollin, 2015).

À l'image de son enquête, cette équipe n'a pas cessé d'évoluer. Au fil des ans, les entrées et sorties de chercheur-e-s se sont imposées. Cependant, elles reflètent moins l'œuvre du hasard que les conséquences désastreuses des politiques néolibérales qui prennent le pas sur la recherche, et surtout pour les domaines autres que celui des sciences de la nature²²³.

²²¹ Sur la méthodologie et les particularités de ce travail de reconstitution du parcours professionnel des personnes atteintes du cancer voir l'article de Flavienne Lanna (2013), accessible sur <http://nrt.revues.org/653>.

²²² La plupart du temps le sexe est quand même perceptible dans la retranscription du parcours.

²²³ Depuis plusieurs années l'enquête du GISCOP93 est menacée. Toute une série de documents s'est depuis attaché à faire état de cette situation tout en signalant les différentes difficultés qui s'offrent à l'équipe au quotidien. Ces textes rendent plus amplement compte de la situation défavorable à l'enquête en sciences humaines et en particulier à une thématique longtemps marginalisée – les cancers professionnels (Thébaud-Mony, 2014 Raison présente). D'autres donnent plus particulièrement à voir comment la gestion de cette entreprise est condamnée à mort à la fois par les restrictions budgétaires de la part des financeurs et par des lois

Jeunes et moins jeunes docteur-e-s, doctorant-e-s, masters et bacheliers composent l'équipe travaillant à la production, à la valorisation des données et au bon déroulement de l'enquête au quotidien. Ils et elles viennent de disciplines telles que la sociologie, l'épidémiologie, la psychologie du travail, la médecine, la santé publique, le droit. Ou encore plus récemment de la géographie, de l'histoire, des sciences politiques. A leur côté interviennent, à raison d'un après-midi par mois un collège d'experts, mis à disposition par leurs institutions ou à titre bénévole pour les retraités. Eux aussi venant de différentes disciplines et horizons : sociologue, médecin du travail, contrôleur de prévention CRAMIF (à la retraite), ingénieur de prévention INRS, ingénieur chimiste, INRS (retraité), secrétaire de CHSCT.

L'équipe compte également avec un comité scientifique qui se réunit une ou deux fois par an afin de discuter des avancées de l'enquête permanente ainsi que des travaux dans des disciplines spécifiques. Puis d'un comité directeur composé par les partenaires scientifiques et financiers du GIS, qui se réunit deux fois par an²²⁴.

4.2 - Ce qu'on voit à partir de l'enquête sur l'origine professionnelle du cancer auprès des hommes et des femmes.

Avant d'examiner dans les résultats spécifiques de notre étude auprès d'un échantillon participant à la cohorte du GISCOP93, nous allons reconstituer les différentes étapes d'observation de cette enquête. Cette démarche nous permet de revenir de façon plus qualitative sur le *phénomène d'entonnoir* révélé grâce aux travaux du GISCOP93. Elle nous permettra également de situer là où les résultats de GISCOP93 posent question et où notre enquête auprès des femmes prend sens et vient contribuer à un éclairage sur la dimension de genre du cancer d'origine professionnelle.

Ce phénomène d'entonnoir concerne le processus de mise en visibilité des expositions professionnelles aux cancérogènes pour les personnes atteintes d'un cancer. Il se traduit dans la déperdition du nombre de patient-e-s engagé-e-s au fil des étapes allant du signalement d'un nouveau cas de cancer par un des hôpitaux partenaires, en passant par le consentement des patient-e-s à participer à l'enquête, par l'acceptation d'un entretien de reconstitution du parcours professionnel, jusqu'à l'identification des expositions, l'ouverture de la possibilité de

du travail qui, visant à combattre la précarité, ne font que l'intensifier. (« Pourquoi je démissionne ». Lettre ouverte d'Emilie Counil aux membres du Comité directeur et Comité Scientifique du GISCOP93). Voir également la Note d'Activité 2015 du GISCOP93.

²²⁴ L'enquête est ainsi exclusivement financée par des fonds publics ce qui évite tout conflit d'intérêt.

faire une déclaration, la réalisation effective de cette dernière et enfin la reconnaissance ou le refus du caractère professionnel de la maladie. Les parcours professionnels des femmes rencontrées viennent ainsi nous éclairer quant à ce phénomène afin de vérifier l'hypothèse d'existence d'un effet spécifique de genre se manifestant dans le cadre de ce phénomène d'entonnoir.

4.2.1 - Une cohorte constituée à plus de 80% d'hommes²²⁵

Dès le départ les femmes recensées par l'enquête du GISCOP93 sont moins nombreuses que les hommes. Elles ne représentent que 21% des 1907 nouveaux cas de cancers primitifs signalés entre 2002 et 2012 par les hôpitaux partenaires de l'enquête en Seine-Saint-Denis.

Quelques éléments explicatifs de ce faible effectif féminin peuvent être appréhendés dès lors qu'on s'intéresse aux localisations tumorales retenues comme condition d'inclusion dans l'enquête, ainsi qu'à son extension territoriale – la Seine-Saint-Denis. D'une part, le choix restrictif des affections respiratoires, urinaires et hématologiques est justifié par leur susceptible lien avec une ou des expositions professionnelles (Thébaud-Mony, 2008). Même si en réalité les localisations tumorales thoraciques représentent 93% des cas observés par GISCOP93, du fait du recrutement propre des services d'oncologie et pneumologie dans lesquels ces patients sont pris en charge. Les cancers du sein pour lesquels (lors de la création du dispositif) peu de travaux établissaient des liens avec le travail n'ont pas été retenus par le GISCOP93.

D'autre part, son implantation géographique se justifie par l'histoire industrielle de ce département « particulièrement touché par le cancer » (Thébaud-Mony, *Ibidem*). Ainsi, si nous nous reportons aux tranches d'âge 35 et 64 ans de la population de ce département, nous constatons qu'en 2000 les tumeurs sont la première cause de décès chez les hommes (55,5%) et chez les femmes (64,5%). Cependant chez les hommes 226 des 889 décès sont dus au seul cancer du poumon, tandis que chez les femmes 105 des 446 décès sont dus au seul cancer du sein. Parmi la population de 65 ans ou plus, les tumeurs²²⁶ sont la principale cause de décès chez les hommes (34,9%) et la seconde chez les femmes (22,1%) (Source : La santé observée en Seine-Saint-Denis, 2004). L'incidence de cancers du poumon dans la population du département en question confirme la surreprésentation du sexe masculin, que l'on retrouve aussi dans l'échantillon. Néanmoins, l'effectif de 400 femmes signalées par les services

²²⁵ Voir Tableau de bord de l'enquête GISCOP93 à la fin de ce chapitre.

²²⁶ Le document ne met aucune localisation en avant pour ces tranches d'âge.

hospitaliers à l'équipe du GISCOP93 permet de réaliser une comparaison hommes et femmes de l'effet entonnoir évoqué antérieurement

4.2.2 - Les femmes, moins consentantes à participer à l'enquête ?

Depuis la création du Groupement en 2002, les services hospitaliers partenaires ont signalé 1506 nouveaux cas de cancer chez des hommes et 401 chez des femmes. L'étape qui suit le signalement est celle du recrutement. Le patient-e est mis au courant de l'existence de l'enquête du GISCOP93 sur les maladies professionnelles et le médecin hospitalier lui propose d'y participer en signant un consentement. Le consentement une fois signé, est transmis au Gsicop93 accompagné des données médicales du/de la patient-e. Seulement 57,5% des patientes (femmes) signalées ont donné leur accord pour participer à l'enquête tandis que chez les hommes le taux de consentement s'élève à 82,1%.

Plusieurs hypothèses peuvent ici expliquer cette différence : une partie des femmes n'ayant jamais exercé d'activité salariée ne se sent pas concernée ; le stéréotype du travail féminin peu concerné par les substances toxiques peut également avoir joué un rôle dans la décision de non-participation ; enfin des facteurs de gravité de la maladie contribuent sans doute aussi à un refus plus implicite qu'explicite. Les médecins leur proposent-ils moins souvent de participer qu'aux hommes ? Il ne semble pas car le signalement va souvent de pair avec la proposition de consentement. Nous n'avons pas pu nous concentrer sur l'ensemble de ces questions, faute de (pouvoir) réaliser un terrain d'enquête auprès du corps médical hospitalier (médecins, attachées de recherche clinique en charge du recrutement). Un travail ethnographique serait à faire auprès de ces acteurs. A partir des entretiens mais surtout de l'observation nous pourrions vérifier si dans leur façon de proposer de l'enquête ils auraient tendance à se concentrer sur un profil particulier de malade et cela malgré la consigne donnée par les responsables de l'enquête de la proposer à toute personne atteinte d'un cancer primitif. Dans l'impossibilité de réaliser un tel travail de façon approfondie et rigoureuse, nous avons pu néanmoins analyser les dossiers médicaux en provenance des hôpitaux portant la mention non consentement. Sur le document que les médecins ou les attachées de recherche clinique (chargés de remplir ce document) présentent aux patient-e-s en vue du recrutement à l'enquête GISCOP93, figure la mention consentement : OUI ou NON. Dans le cas d'un refus, donc réponse négative, ceux-ci ont la possibilité de compléter la cause de refus donnée par le patient-e. Dans d'autres situations il se peut que l'enquête ne soit pas proposée.

4.2.2.1 - Non proposition

En s'intéressant à l'ensemble des fiches ne donnant pas suite à un consentement pour l'année 2011, nous avons pu relever quelques situations. Dans l'ensemble des trois hôpitaux durant l'année 2011, l'enquête n'a pas été proposée à 7 femmes et à 16 hommes. Les raisons de non proposition étant principalement le décès et ceci pour les deux sexes. La démence a été avancée comme raison de non proposition à une des femmes. Une « psychose sévère » et la perte de contact ont été indiquées comme raisons de non proposition à deux hommes. Ainsi, l'hypothèse que l'enquête serait davantage proposée aux hommes n'a pas été confirmée, au moins pour l'année en question.

4.2.2.2 - Non consentement

L'hypothèse que le refus à participer à l'enquête serait plus important chez les femmes n'a pas non plus été confirmée pour 2011. Durant cette année nous comptabilisons 30 *non consentement* parmi les hommes contre 15 parmi les femmes²²⁷. Les raisons qui expliquent leur refus à participer à une enquête sur les maladies professionnelles²²⁸, ont été renseignées pour 16 hommes et 12 femmes (voir tableau X).

Tableaux - Raisons de refus à participer à l'enquête GISCOP93 donnée par les intéressé-e-s entre janvier et décembre 2011.

Hommes (16)		Femmes (12)	
nombre	cause	nombre	Cause
7	travail de bureau	7	femme au foyer
3	avait participé à une enquête similaire	3	travail de bureau
2	ne voit pas l'intérêt	1	auxiliaire de vie
1	n'avait jamais travaillé	1	avait participé à une enquête similaire
1	trouble de la mémoire		
1	pense que la toxicomanie a causé son cancer		
1	marchand ambulant		

A partir des causes renseignées nous pouvons constater que parmi les hommes, mais aussi les femmes, avoir réalisé un « travail de bureau » semble être une raison suffisante pour ne pas envisager un lien entre leur travail et la survenue de leur cancer. Il semblerait que des

²²⁷ La variable sexe n'a été renseigné pour seulement 2 cas.

²²⁸ Lors des entretiens les enquêteurs et enquêtrices ont pu remarquer comment le statut du GISCOP93 est peu parlant pour les enquêté-e-s. De façon général ils et elles retiennent l'aspect maladie professionnelle et parfois confondent même l'enquêteur-riche avec un travailleur de la sécurité sociale, une assistante sociale (Lanna, 2013).

exemples de contamination à l'amiante fort médiatisée comme celle des travailleurs du site Jussieu²²⁹ dans les années 1970 n'ont pas marqué les esprits.

D'autre part, et cela semblerait concerner plutôt les femmes, il y a le travail proprement domestique, tel que celui de « femme au foyer », ou encore le travail à connotation domestique, tel que celui d'« auxiliaire de vie ». Ainsi aux yeux de certaines femmes atteintes d'un cancer, leurs activités assimilables au « travail reproductif » sembleraient, au même titre que le « travail de bureau », libres de tout risque cancérogène.

Dans notre recherche de terrain GISCOP93 nous n'avons pas pu analyser l'ensemble des raisons de non consentement²³⁰ avancées par les patient-e-s depuis l'origine de cette enquête. Nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse qu'une grande partie des refus provenant de femmes serait dû au fait qu'elles aient travaillé dans des activités qu'elles-mêmes n'associent pas aux risques cancérogènes : travail domestique (proprement ou à connotation), travail de bureau. Mais il se pourrait encore que les femmes ayant exercé un travail non déclaré, autonome, n'ayant pas le statut de salariée, n'envisagent pas leur participation à une enquête sur les maladies professionnelles.

4.2.3 - Des reconstitutions de parcours à des taux équivalents pour les deux sexes

Comme nous venons de le voir, une sur-représentativité d'effectifs masculins est assurée depuis le signalement des nouveaux cas de cancers jusqu'au consentement à la participation à l'enquête. Malgré cela, une fois le consentement donné, **la réalisation d'un entretien** de reconstitution du parcours professionnel, concerne **hommes et femmes à proportion équivalente** (environ 86% pour chaque sexe – 910 pour les hommes et 200 pour les femmes). Cette observation est importante, puisqu'elle confirme qu'un traitement équitable est assuré au niveau de la reconstitution des parcours professionnels pour les deux sexes. Elle révèle aussi le volontarisme de l'équipe Giscop et particulièrement la volonté d'Annie Thébaud-Mony (co-fondatrice, ancienne directrice, actuellement intégrante du comité d'experts toxicologues) de porter un éclairage sur la situation des risques cancérogènes dans l'activité de travail des femmes.

²²⁹ Collectif intersyndical sécurité des universités Jussieu CFDT, CGT, FEN, *Danger! Amiante* Cahiers libres 334, Maspero, 1977, Paris

²³⁰ Les raisons n'ont pas toujours été codées dans la base de données informatique. Une étude sérieuse demanderait la vérification des toutes les fiches de patients non consentants depuis la création du GISCOP93.

4.2.4 - Les femmes moins exposées que les hommes ?

L'identification des expositions aux cancérogènes ou à des situations exposantes est l'objet du travail réalisé par le comité pluridisciplinaire d'expertise toxicologique²³¹. A partir de la description fine des tâches réalisées par les personnes dans leurs parcours professionnels, il est possible d'évaluer les éventuels risques pour la santé encourus à chaque poste et emploi occupé. A partir de la lecture et appréciation collective des parcours professionnels, cette approche ergotoxicologique cherche à identifier et qualifier les expositions aux cancérogènes dans l'activité réelle de travail.

A ce point de l'enquête, les différences entre les parcours des hommes et des femmes face aux risques cancérogènes deviennent plus objectivables. **Les hommes sont environ 25% plus souvent considérés comme étant exposés que les femmes.** Des expositions aux cancérogènes ont été identifiées pour 127 des 200 parcours professionnels de femmes analysés. Pour les hommes le pourcentage de parcours exposés s'élève à 89%.

A ce propos, nous avons mis en avant l'éventualité que, tout en étant sensible à la question de la santé des femmes au travail, les experts toxicologues du GISCOP93 en méconnaissent certains aspects de la spécificité des activités réalisées par les femmes. Cette hypothèse est corroborée par le fait que, comme nous le verrons dans la seconde partie de ce chapitre, la non-identification d'exposition est plus importante pour les entreprises à forte concentration féminine. Par ailleurs, le phénomène de la sous-estimation des risques du travail pour les femmes ne serait pas particulier à cette enquête. Catherine Teiger (2006a) dans son article « Les femmes aussi ont un cerveau », mais aussi d'autres travaux mettaient déjà en exergue le fait que la méconnaissance et les stéréotypes concernant les tâches réalisées par les femmes ont longtemps contribué à la sous-estimation de la pénibilité spécifique à leurs tâches. Ces auteur-e-s s'accordent également sur le fait que la représentation demeure active selon laquelle le travail des femmes est toujours plus « léger » que celui réalisé par leurs homologues masculins (Messing et Lippel : 2013). Vraisemblablement les scores des expositions aux risques cancérogènes attribués à partir des parcours professionnels de femmes atteintes d'un cancer sont moins élevés (Bertin *et al.* 2013) que ceux de leurs homologues masculins. Ce résultat est en rapport avec différentes dimensions de la situation des femmes, dont la plus grande difficulté des experts à identifier des expositions. Une autre explication

²³¹ Ce groupe qui se réunit une fois par mois, est composé par un ancien ingénieur de prévention (INRS, CRAMIF,) des médecins du travail AMET, un ingénieur de prévention chimiste INRS, un secrétaire de CHSCT et une sociologue, directrice de recherche honoraire à l'INSERM.

soulevée par l'enquête GISCOP93 est celle de la durée d'emploi. Ces expositions seraient ainsi moins élevés en raison du fait que la durée d'emploi d'hommes et femmes ne seraient pas équivalentes du fait des interruptions en cours de vie active, et enfin certaines spécificités liées aux places occupées par les femmes dans la division du travail. Nous nous attachons à tester cette hypothèse dans le chapitre 6.

4.2.5 - Les expositions vécues par les femmes sont-elles moins susceptibles d'ouvrir accès à la déclaration en maladie professionnelle ?

L'ouverture du droit à la déclaration d'une maladie professionnelle est assurée par l'établissement d'un certificat médical initial de la maladie professionnelle (CMI). Sa rédaction relève de la responsabilité du médecin. Dans ce certificat le médecin atteste le lien entre certaines activités réalisées par la personne lors de ses activités de travail et des expositions à un produit cancérogène déterminé de façon à corroborer le lien entre ce dernier et la survenue d'un cancer primitif (Platel :2014). Dans ce sens et comme nous avons vu dans le début de ce chapitre le GISCOP93 assume une posture de recherche-action visant à inciter à la déclaration aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La note de l'expertise est adressée au médecin hospitalier (partenaire) qui de façon générale la transpose intégralement dans la rédaction du certificat médical initial à l'intention du patient-e.

Cependant, parmi toutes les expositions identifiées, ce sont celles des hommes qui sont les plus susceptibles (à 65.5% des cas) de conduire à la rédaction d'un CMI, donc d'ouvrir accès au droit à la déclaration. A peine 35 des 127 femmes considérées comme étant exposées ont reçu ce même document. Sur cette situation nous avons formulé l'hypothèse que les parcours-expositions des hommes seraient plus en accord avec les critères restrictifs des tableaux de maladie professionnelle que les parcours-expositions féminins. Cela expliquerait le fait que tant de femmes atteintes d'un cancer et ayant subi des expositions aux cancérogènes dans leur travail n'ont pas pu prétendre à leur reconnaissance en maladie professionnelle. Cette hypothèse nous a ouvert à la nécessité d'analyser qualitativement des parcours-expositions des femmes. Et tel qu'il a été annoncé précédemment, nous la présenterons un peu plus loin.

4.2.6 - Les femmes déclarent-elles moins leur cancer ?

Or si dans le cadre de l'enquête du Giscop, la rédaction du CMI s'avère un événement complètement exogène à la pratique des personnes atteintes d'un cancer, la déclaration en vue

de la reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie dépend exclusivement des malades eux-mêmes. La démarche de la recherche-action vise à éclairer et soutenir l'action des malades dans le sens de la déclaration, afin de contribuer ainsi à la mise en visibilité des « cancers professionnels ». Malgré ce suivi privilégié dont disposent les personnes composant la cohorte de la recherche Giscop, force est de constater que des obstacles à la déclaration se posent aussi bien aux femmes qu'aux hommes²³². Néanmoins un écart d'environ 10% persiste parmi les hommes et les femmes qui se sont effectivement engagé-e-s dans la procédure de déclaration en MP : 66% des hommes ayant accès à la déclaration l'ont effectivement faite contre 57% des femmes (20/35).

Concernant le cas des femmes, une étude a mis en avant le fait que pour certaines femmes et à la différence des hommes, l'absence d'ayant droit pour poursuivre la démarche suite à un décès précoce, aurait entraîné la non déclaration (Marchand, 2010). Néanmoins dès notre pré-enquête, il nous est apparu que, outre les obstacles posés par les difficultés autour de la démarche administrative de déclaration et de reconnaissance en MP, et surtout dans un contexte où la maladie prend fortement le dessus, des aspects liés à la subjectivité des femmes et à leur vécu peuvent aussi être déterminants pour leur non engagement. Nonobstant, au terme de notre enquête, notre échantillon ne compte que deux « non déclaration ». Autant dire que nous ne pourrions que souligner les raisons qui les expliquent et sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

4.2.7 - La reconnaissance d'un cancer comme maladie professionnelle concerne surtout des hommes

Parmi les 20 déclarations d'un cancer en MP faites par des femmes participant à l'enquête GISCOP93, seulement la moitié à abouti à une reconnaissance du caractère professionnel de la maladie. Sept demandes de reconnaissance ont connu un refus et 3 étaient encore en attente d'une réponse.

Les acteurs liés au patronat ne sont pas sans influence sur la reconnaissance de maladies liées au travail comme maladies professionnelles par les institutions chargées d'indemniser celles-ci. Mais l'existence de ce lobbying ne suffit pas à expliquer son succès. La formation, le recrutement, le statut social des médecins, des ingénieurs ou des dirigeants d'entreprise a aussi, indépendamment de toute volonté de les méconnaître, une influence sur la façon dont les conditions de travail sont appréhendées. (Gollac et Volkoff, 2006)

²³² Un mémoire de master 2 (Marchand, 2010) a été dédié à cette thématique et se poursuit dans une thèse.

Nous passerons maintenant aux premiers pas de notre enquête de terrain. Autrement dit, aux premières étapes de notre travail d'appropriation des informations et connaissances que nous avons à notre disposition dans la base de données du GISCOP93. Les éléments qui nous présenterons dans la suite de ce chapitre concernent le travail auprès d'un échantillon composé par 26 femmes atteintes d'un cancer appartenant à la cohorte GISCOP93.

4.3 - La corrélation entre la *Division Sexuelle du Travail* et la connaissance des expositions. A partir des études de cas.

L'idée de procéder à une analyse comparative par entreprise, des situations d'expositions et des conditions d'accès à la déclaration en MP nous est venue très tôt, dans la confrontation de nos lectures à nos premiers questionnements sur le terrain.

Nous aurions aimé savoir dans quelle mesure la division sexuelle du travail définirait et délimiterait, au-delà du travail prescrit et du travail réel à réaliser par des hommes et des femmes, la visibilité des expositions aux cancérigènes au sein d'une même entreprise. Serait-il possible de rapprocher les expositions d'hommes et de femmes ayant travaillé longtemps dans une même entreprise ? Quelles différences ressortent de ces parcours professionnels, principalement en ce qui concerne des éventuelles expositions aux cancérogènes ?

L'occasion idéale s'est présentée à nous suite à quatre entretiens réalisés dans le cadre d'une pré-enquête. Deux usines ont attiré notre attention dans ce sens. La première était consacrée au développement photo et la seconde à la fabrication d'abrasifs pour tout type d'usage industriel.

La première dame que nous avons rencontrée avait travaillé la plus longue partie de son parcours professionnel (23 ans sur 46 ans) dans l'usine de développement photo. Dans cette usine Mme. Rn (TG04) nous avait décrit une situation de division sexuelle du travail très marquée, où hommes et femmes ne réalisaient pas les mêmes tâches. Revenaient aux femmes principalement les tâches répétitives et peu intéressantes (le tri, le nettoyage, le travail à la chaîne). A partir de la description faite par Mme. Rn des tâches qu'elle a réalisées au long de ces 23 ans passés à l'usine de développement photo, aucune exposition aux cancérogènes n'a été identifiée par le collège d'experts du GISCOP93. Avant même d'avoir intégré la cohorte du GISCOP93, Mme. Rn disposait déjà du CMI lui donnant donc accès à la déclaration en MP. C'est le médecin hospitalier qui le lui avait rédigé. Cela a été possible grâce au fait que ce même médecin avait déjà accompagné d'autres patients atteints de cancer ayant, tout

comme Mme. Rn, travaillé longtemps dans cette même usine. Ce médecin lui avait appris que les locaux de l'usine contenaient de l'amiante et de ce fait, Mme. Rn y aurait été exposée. Cela nous a aussitôt donné l'envie de savoir si d'autres personnes de la cohorte GISCOP93 avaient également travaillé à cette usine et de quelle information elles avaient bénéficié.

Une deuxième situation est venue enrichir notre questionnement. Il s'agit du cas de Mme. Ot qui avait fait tout son parcours professionnel (1959 à 1980) dans une seule et unique usine de fabrication d'abrasifs. D'abord comme imprimeuse polyvalente et à partir de 1964 comme ouvrière à la fabrication de meules diamant. A la différence de l'usine de développement photo, dans cette usine Mme. Ot décrit avoir des collègues hommes qui réalisent les mêmes tâches qu'elle. Mme. Ot était atteinte d'un mésothéliome et avec les expositions repérées par le collège d'experts GISCOP93 elle avait eu accès à la déclaration en MP.

Puis, enfin, lors des échanges avec des collègues du GISCOP93, nous avons pris connaissance de la situation d'une troisième femme qui venait d'être intégrée à la cohorte et avait été interviewée par un autre enquêteur. Elle lui avait fait part de son expérience dans une usine de fabrication de maquillages et parfums. Cette usine avait la particularité d' « avoir employé – dans le temps - presque mille femmes. » Nous avons dès lors voulu rencontrer Mme. Ce (TG07) afin de savoir en quoi le travail dans une usine, avec une telle concentration de femmes, pouvait être particulier. Etant donné que les seules expositions identifiées pour la période travaillée à cette usine ont été les solvants chlorés et le formol, Mme. Ce qui souffrait d'un mésothéliome pleurale n'a pas eu accès à la déclaration en MP. Son cas ne serait-il pas similaire à celui de cette dame qui travaillait dans le développement photo ? Existerait-il une corrélation entre la forte division sexuelle du travail (dans le cas du développement photo) ou la forte concentration féminine (dans le cas de la cosmétique) et ce qu'on est en mesure de voir sur les risques cancérogènes dans ces lieux de travail ? Dans quelle mesure ces aspects pourraient-ils impacter particulièrement l'appréciation des expositions chez les femmes ?

En ce sens, il nous semblait également important d'envisager l'existence d'une appréciation genrée de la part d'experts masculins supposant que les postes occupés par les femmes étaient moins exposés que ceux occupés par des hommes. Sur ce point, nous avons dû considérer le fait que les réunions d'expertises étaient des rendez-vous mensuels auxquels les experts qui ont un statut de bénévoles ou sont mis à disposition par leur institution en fonction de leur emploi du temps, étaient présents selon leur disponibilités. Ce n'étaient donc pas nécessairement les mêmes à chacune de ces réunions (nous avons pu assister à certaines

d'entre elles). Il s'agissait plus particulièrement du moment de l'expertise pendant lequel les experts restituent à l'équipe GISCOP93 leur expertise concernant l'identification des cancérogènes sur les quelques 5 à 10 parcours qu'ils et elles ont pu évaluer le temps d'un après-midi. A certaines de ces occasions il était question d'évaluation des expositions aux cancérogènes dans les parcours des femmes. Dans une ambiance amicale et presque juvénile, s'échangeaient parfois des taquineries du style « guerre des sexes » entre des experts hommes et des expertes femmes. Il est curieux de noter que même si c'était dans une ambiance bon enfant, nous n'avons remarqué ces situations que lorsqu'il était question d'expertiser des parcours de femmes. Dans ces situations, il était question d'experts hommes qui hésitaient quant au bien fondé de signaler une éventuelle exposition et d'expertes femmes décidées quant à la nécessité de la signaler.

4.3.1 - La méthodologique de l'analyse comparative et études de cas

L'analyse comparative à laquelle nous avons procédé concerne des dossiers d'hommes et femmes atteint-e-s d'un cancer, faisant partie de la cohorte du GISCOP93 entre 2002 et 2012.

Rappelons que ces personnes en plus d'être concernées par la maladie cancéreuse ont la particularité d'avoir occupé un poste de travail dans une même entreprise. Ils et elles ne se sont pas forcément croisé-e-s, mais ont eu cet employeur en commun à un moment donné de leur parcours professionnel.

Encadré 4 - Mise en place d'un outil informatique pour l'analyse comparative des parcours professionnels.

Dans un premier moment nous avons lancé sur la base de données du GISCOP93 une requête afin de regrouper l'ensemble de la cohorte selon l'intitulé figurant sur la variable « employeur ». Nous avons obtenu plus de 5505 occurrences, correspondant à tous les employeurs enregistrés pour l'ensemble des parcours professionnels. A ce moment de notre enquête, cela représentait plus de mille personnes composant la cohorte GISCOP93. Plusieurs possibilités ont donc été ouvertes. Nous avons dès le départ un critère indispensable à respecter. Afin de pouvoir mener la comparaison, il était indispensable que des hommes et des femmes aient travaillé au sein d'une même entreprise ou pour un même employeur. Nous nous sommes alors tout d'abord intéressées aux entreprises dans lesquelles, les femmes que nous avons rencontrées dans le cadre de notre pré-enquête avaient travaillé. En ce sens, ce sont les trois entreprises que nous avons présenté plus haut, celles qui ont attiré notre attention. C'est sur elles que nous avons mené l'analyse comparative que nous présentons ici.

Nous avons ainsi procédé à la localisation de l'ensemble des « numerec » (numéro de dossier Giscop, correspondant à l'identité de chaque personne de la cohorte) associés à chacune de ces trois entreprises. Dans un premier temps, en tenant compte des erreurs de frappe possibles lorsque chaque enquêteur-ice a réalisé la saisie des données sur base SCOP, nous avons retenu des « numerecs » pour l'ensemble des occurrences proches du nom des entreprises en question. Par exemple, pour une

entreprise appelée ROSA, nous avons retenu également les numerecs en liant avec MOSA, LOSA, ROSSA. Cela nous a conduit à un premier listing de : 10 personnes pour des occurrences proches de l'entreprise d'abrasifs ; 7 pour l'entreprise de développement photo et 6 pour l'entreprise de cosmétique et parfumerie²³³.

Nous avons ensuite dû nous reporter à chacun des parcours professionnels afin de vérifier s'il s'agissait bien de l'entreprise en question. Suite à cette vérification nous avons dû procéder dans l'entreprise d'abrasifs, à l'exclusion de deux numerecs pour lesquels il ne s'agissait pas d'erreur de frappe, mais d'autres entreprises. Pour l'entreprise de développement photo nous avons remarqué une erreur de frappe, concernant bien les 7 numerecs de la même entreprise. Enfin, pour l'entreprise de cosmétique, un des numerecs a été exclu car il ne s'agissait pas de la même entreprise.

L'étape suivante a été d'organiser les données afin de procéder à l'analyse comparative de la situation d'hommes et femmes par entreprise. Nous avons organisé sur dossier EXCEL une feuille par entreprise. Sur chaque feuille renommée avec le nom de l'entreprise, nous avons procédé à la création d'un tableau avec l'ensemble des données dont nous avons besoin. Dans une première colonne nous avons disposé 21 lignes, chacune correspondant à une des variables suivantes : 1) Le Sexe et les initiales du prénom et du nom de la personne ; 2) la date de naissance, 3) l'âge au moment du diagnostic; 4) la date de l'enregistrement du dossier sur la base ; 5) le statut vital (si en vie au décédé-e) ; 6) le statut au travail (si en activité ou à la retraite); 7) le diagnostic médical ; 8) la localisation tumorale²³⁴ ; 9) la date d'entrée dans le premier emploi et celle du dernier – avec le nombre d'années travaillées ; 10) l'âge au premier et au dernier emploi ; 11) le total d'emplois et de postes occupés ; 12) la période de travail dans l'entreprise en question ; 13) le site ; 14) le nombre d'années travaillées dans l'entreprise ; 15) la description du(s) poste(s) occupé(s) dans l'entreprise ; 16) le(s) exposition(s) ayant eu lieu dans cette entreprise ; 17) si fumeur(euse) et nombre de paquets/année²³⁵ ; 18) la durée totale de toutes les expositions confondues ; 19) le CMI préconisé (si oui : la date et le tableau indiqué) ; 20) la déclaration en MP (si oui : à quelle date) ; 21) la reconnaissance (si oui, sur quel tableau).

Suite à cette première colonne, composée par 21 lignes correspondant aux variables que nous venons de citer, nous avons disposé une colonne pour chacune des personnes ayant travaillé dans une même entreprise. Dans un volet « commentaire », nous avons inséré la retranscription du parcours professionnel de la personne en question à la tête des colonnes, où figure la case « numerec ». Cela afin de nous éviter de procéder à des allers-retours entre nos feuilles Excel et les fichiers de retranscription, originalement sur format Word.

Les informations que nous avons mobilisées proviennent de matériaux divers. Nous avons eu recours aux différents documents qui composent le dossier des participants de l'enquête GISCOP93 : le dossier médical (transmis par l'hôpital), la reconstitution du parcours professionnel (réalisé par un-e enquêteur-ice de l'équipe GISCOP93), le résultat de l'expertise toxicologique (réalisé par le collège pluridisciplinaire d'experts bénévoles

²³³ Nous soulignons que deux autres «employeurs» ont également retenu notre attention. Cependant il ne s'agissait pas nécessairement d'une même entreprise, mais des lieux de travail et d'activité regroupant plusieurs postes de travail : 55 « employeur » indiquant l'activité dans le nettoyage, l'entretien, la propreté ou « chez de particuliers » et 101 « employeur » indiquant l'activité dans des écoles, collèges, éducation nationale ou encore possiblement une phase de formation professionnelle dans des écoles d'apprentis, écoles professionnelles, militaires, techniques, etc.

²³⁴ Cette variable a été ajoutée postérieurement, une fois que nous avons réfléchi aux différences en termes d'intérêt porté par des scientifiques, des discours sur l'étiologie, des représentations, cela en fonction des localisations tumorales mais aussi du sexe du malade. Voir en ce sens le chapitre 2.

²³⁵ Le nombre de paquets/année correspond au calcul du nombre de cigarettes fumées par jour multiplié par le nombre d'années durant lesquelles on a fumé.

participant à l'enquête) et le dossier de suivi de procédure administrative auprès de la sécurité sociale (pour celles et ceux qui ont eu accès à la déclaration en MP).

Nous avons également eu besoin d'approfondir certaines informations relatives à l'histoire, l'activité ou encore les mobilisations sociales relatives à ces entreprises. Ces informations proviennent d'articles de presse, des articles de communication institutionnelle réalisés par des autorités locales, des organisations syndicales, associations des victimes de l'amiante, tous, la plupart du temps accessibles sur internet.

Afin d'éviter l'identification des entreprises, nous ne citerons pas ces sources.

4.3.2 - L'entreprise d'abrasifs

L'entreprise d'abrasifs appartenait au secteur de la chimie. Elle était dédiée à la production des meules et des abrasifs destinés à des magasins grand public et aussi à une clientèle industrielle. En activité depuis le début du XXe siècle, cette entreprise a généré jusqu'à plus de mille emplois dans les années 1960. Puis, suite à son rachat par un groupe multinational dans les années 1990, les plans de restructuration et des vagues de licenciements ont démarré. Les années 2000 ont été marquées par des grèves menées par les presque 200 travailleurs cherchant toujours à freiner la menace de licenciement en raison du constant transfert des unités de production vers des pays de l'est européen. Les revendications portaient aussi sur l'âge de la préretraite et sur la valorisation des primes de licenciement pour ceux qui n'auraient ni la possibilité d'un reclassement ni celle de la préretraite. Les salariés mobilisés mettaient également en avant l'absence d'une politique d'indemnisation collective au vu des expositions à l'amiante qui avaient eu lieu à l'usine. Ils dénonçaient ainsi une volonté de l'entreprise de négocier la réparation de ces atteintes à la santé au cas par cas.

4.3.2.1 - Les personnes ayant travaillé à l'usine d'abrasifs et leur parcours professionnel

Lors de notre requête sur la base « scop » nous avons répertorié 8 personnes atteintes d'un cancer ayant travaillé, à un moment donné de leur parcours professionnel, pour cette entreprise et plus précisément au sein de son usine.

Il s'agit de 6 hommes et 2 femmes, ayant été diagnostiqué-e-s de leur cancer entre 2002 et 2009. La moitié d'entre eux étaient âgé-e-s de moins de 65 ans au moment du diagnostic. Ils et elles étaient principalement atteint-e-s d'un cancer du poumon (4H et 1F). Une femme souffrait d'un mésothéliome pleural, un des hommes d'un cancer du rein, et un autre d'un cancer du larynx. Ceux qui souffraient d'un cancer du poumon étaient relativement plus jeunes et plus souvent en activité ou en recherche d'emploi au moment du diagnostic.

Ces hommes et femmes ont travaillé à l'usine d'abrasifs principalement entre le début des années 1960 et le début des années 1990, soit jusqu'au moment du rachat de l'usine par une compagnie multinationale.

Tou-te-s sont resté-e-s en poste plus de 20 ans, voire jusqu'à 35 ans, à la seule exception d'un homme qui n'y a travaillé que durant 3 ans. Dans l'encadré nous les présentons dans l'ordre dans laquelle ils et elles ont été inclus-e-s dans l'enquête du GISCOP93. Cela s'est le plus souvent passé durant l'année au cours de laquelle leur cancer a été diagnostiqué, suite à quoi le médecin leur a proposé de participer à l'enquête du groupement.

Encadré 5 - Echantillon de l'usine d'abrasifs de la cohorte GISCOP93.

1^{er}/ homme : M. GF avait 55 ans au moment où son cancer du poumon a été diagnostiqué. Cela s'est passé en 2002, quand il était encore en activité à l'usine d'abrasifs en question. Son parcours professionnel commence en 1961 et va jusqu'à 2002. Il a travaillé à l'usine d'abrasifs entre 1970 et 2002 (soit durant 32 ans), c'était le 5^{ème} emploi de son parcours et il y a occupé 6 postes différents.

2^o/ homme : M. JC était également âgé de 55 ans et était en activité à l'usine d'abrasifs lorsqu'il a reçu le diagnostic de son cancer du poumon en 2002. Son parcours professionnel, qu'il avait aussi commencé en 1961, s'est terminé à ce moment-là. L'usine a été son deuxième emploi et il y a occupé 3 différents postes de travail entre 1966 et 2002.

3^o/ homme : M. JP était âgé de 74 ans au moment où son cancer du larynx a été diagnostiqué en 2003. Son parcours professionnel avait démarré en 1949 et il avait pris sa retraite en 1987. Il avait travaillé à l'usine d'abrasifs pour le quatrième et dernier emploi de son parcours, entre 1962 et 1987 (soit durant 25 ans).

4^o/ homme : M. SB avait 59 ans quand il a reçu le diagnostic d'un cancer du poumon en 2004. Il avait commencé à travailler en 1963 et était en recherche d'emploi à ce moment-là. Il a travaillé à l'usine d'abrasifs entre 1970 et 2002, soit durant exactement la même durée que M. GF. C'était le quatrième emploi de son parcours professionnel.

5^o/ femme : Mme. RM avait 57 ans au moment du diagnostic de son cancer du poumon en 2006. Son parcours professionnel a débuté en 1965 et s'est arrêté suite à la découverte de son cancer. L'usine d'abrasifs a été le deuxième sur les trois emplois qu'elle a eus dans son parcours professionnel. Cette expérience a duré de 1971 à 1992.

6^o/ homme : M. MH avait 67 ans lorsqu'il a eu le diagnostic de son cancer du poumon en 2007. Il avait commencé son parcours professionnel en 1954 et avait pris sa retraite en 1997. Il a travaillé à l'usine d'abrasifs à partir de 1969, c'était le troisième et dernier emploi de son parcours (soit durant 28 ans). Il y a occupé 2 différents postes de travail.

7^o/ homme : M. JM était âgé de 61 ans au moment du diagnostic de son cancer du rein en 2009. Il a commencé son parcours professionnel en 1962 et a pris sa retraite en 2004. Il a eu 6 employeurs au long de son parcours, l'usine d'abrasifs étant son deuxième emploi. Il y a travaillé entre 1966 et 1968, soit durant 3 ans.

8^o/ femme : Mme. OT avait 68 ans lorsqu'on lui a diagnostiqué 'un mésothéliome pleural en 2009. Elle a commencé son parcours professionnel en 1959 et a travaillé jusqu'à 1980, toujours à l'usine d'abrasifs.

4.3.2.2 - Les postes de travail occupés à l'usine d'abrasifs

Sur ce point nous voulons tout d'abord rappeler que sauf quelques rares exceptions²³⁶, les informations dont nous rendons compte ici proviennent majoritairement des dossiers des archives GISCO93.

Il faut aussi dire que lors de l'entretien de reconstitution de parcours professionnel, l'enquêteur ou enquêtrice GISCO93 demande à la personne atteinte du cancer qu'elle fasse une description fine des tâches qu'elle a pu réaliser durant l'ensemble des emplois et des postes de travail qu'elle a occupés au long de sa vie active. Sauf quelques exceptions, les personnes ne disposent pas de l'ensemble des fiches de paye à cette occasion. Elles se lancent ainsi dans un récit de leur vie professionnelle et racontent de mémoire ces expériences. C'est pourquoi, nous mettrons ici entre guillemets les intitulés de postes et les postes occupés, de façon à signaler le fait qu'ils ne correspondent pas forcément à l'organisation prescrite par l'employeur, mais à l'information qui résulte de la description faite par la personne interviewée et plus précisément de la retranscription de ce récit, faite par l'enquêteur.

Encadré 6 - Intitulés des postes

1^{er}/ homme : M. GF a d'abord été « manœuvre » dans l'« atelier [où] étaient fabriquées des meules à tronçonner la ferraille » (P1- 3 ans). Ensuite il est passé « manœuvre » à « l'atelier de tournage à la réduction des meules (faire des angles) » (P2 - 2 ans). Puis, il a été « cariste traversant régulièrement l'atelier » (P3 - 4 ans). Ensuite il est redevenu « manœuvre décharge[ant] les sacs de grains de 50 kg (probablement de la bakélite) » (P4 - 3 ans). A son 5^{ème} poste il était « agent d'entretien au réfectoire » de l'usine (P5 - 10 ans). Enfin, il a été manœuvre [à l'atelier] diamants » (P6 - 10 ans).

2^o/ homme : M. JC a commencé comme magasinier (P1 - 1966-1967, 1 an) et situe le poste d'emballage à côté de celui de « tournage ». Il a dû interrompre le travail pour réaliser son service militaire (1967-1968). Il a repris le travail à l'usine d'abrasifs au poste « d'usinage » (P2 - 1968-1998, 30 ans). Enfin il a occupé le poste où il « contrôlait les meules terminées » (P3 - 1998-2002, 4 ans). L'usine avait été rachetée par un groupe multinational.

3^o/ homme : M. JP a été « ouvrier à la fabrication des meules » (1962-1987, 25 ans)²³⁷.

4^o/ homme : M. SB a été « magasinier » (1970-2002, 32 ans).

5^o/ femme : Mme. RM a été « secrétaire dans des bureaux de fortune en plein milieu des ateliers » (1971-1993, 21 ans).

6^o/ homme : M. MH « ouvrier rectifieur tourneur » à l'atelier de finition des meules (P1- 1969-1977), puis il a été au « secteur diamant » (P2- 1977-1997, 20 ans).

7^o/ homme : M. JM a été « tourneur » à « l'atelier de finition où travaillaient les tourneurs » -l'atelier de finition des meules (1966-1968, 3 ans).

8^o/ femme : Mme. OT « imprimeuse polyvalente », « spécialisée dans l'impression et la fabrication de meules diamants » (5 ans). Ensuite elle est placée au « secteur de composition des meules diamants » où « elle est chargée de composer le mélange nécessaire à la fabrication des meules, avant son passage au four. »

²³⁶ Nous avons nous-même réalisé les entretiens avec Mme. OT (usine abrasifs), Mme. RN (usine de développement photo), Mme. CR (usine cosmétique I), Mme. Do (usine cosmétique II).

²³⁷ Dans le dossier de l'entretien de M. JP il n'y a que les intitulés de postes. L'enquêteur-ice a néanmoins précisé que « La personne n'était pas en état de parler (canule/ soins palliatifs) Informations données par sa femme au téléphone. »

4.3.2.3 - De la description du travail réel à la mise en lumière des expositions

La possibilité d'accéder à un récit sur le travail réalisé dépend bien évidemment des conditions physiques et psychologiques de ces personnes atteintes de la maladie cancéreuse. Une fois ces conditions réunies, la qualité des informations semble encore dépendre de différents facteurs.

Dans un article consacré à l'entretien de reconstitution de parcours professionnel réalisé dans le cadre de l'enquête GISCOP93, une ancienne enquêtrice relie la « description minutieuse des tâches » au fait d'avoir un métier avec une identité forte et valorisante. Elle oppose à cela, des descriptions mitigées, qui peuvent être livrées par des personnes ayant occupé des postes polyvalents, sans une identité de métier forte ou ayant connu des « carrières instables et parcellisées » (Lanna, 2013).

Sans doute, la subjectivité des personnes ainsi que leur rapport subjectif au travail sont déterminants sur les informations qu'elles jugent pertinentes ou dont elles ont envie de parler, et/ou de se souvenir. Mais il faut aussi tenir compte de la relation établie entre l'enquêteur-ice et la personne interviewée. Il se peut donc qu'un certain nombre d'informations varient également en fonction de l'enquêteur, de son empathie, de sa façon de conduire l'entretien.

Tous ces éléments se combinent et peuvent produire des récits très différents sur le travail, y compris pour un même poste, occupé dans une même entreprise, durant une même période. Ceci est valable pour tous les cas dont nous allons rendre compte ici.

Alors si chaque individu produit des récits uniques et partiels en raison de tous les éléments que nous venons d'évoquer, l'accumulation d'un certain nombre de récits aux contours et couleurs que leurs sont propres est susceptible de générer une image kaléidoscopique de qu'était le travail dans ces entreprises, ces ateliers, ces postes de travail.

La diversité et la richesse des 8 différents récits sur lesquels nous avons pu nous appuyer dans le cas de l'usine d'abrasifs ont été surement déterminantes pour nous donner à voir cet effet-là.

C'est par exemple le récit de M. JM, soit celui qui n'est resté à l'usine que durant 3 ans, qui nous donne une vue d'ensemble des différents ateliers existant à l'usine.

Il y avait différents ateliers : le premier contenait des presses utilisées pour former les meules ; dans le deuxième les meules étaient placées sur un chariot réfractaire et mises dans des fours pour être cuites ; et le dernier était l'atelier de finition où travaillaient les tourneurs. C'était le seul atelier où allait le patient. Il faisait les concaves et les convexes des meules. (Extrait de la retranscription du parcours professionnel de M. JM, fait en 2009, 69 ans, atteint d'un cancer du rein)

A partir de l'ensemble des reconstitutions des parcours professionnels, nous avons pu, dans un premier temps, formuler une liste de quelques postes de travail susceptibles d'avoir existé dans cette usine durant les périodes en question (voir encadré 7).

Encadré 7 – liste des postes de travail susceptibles d'avoir existé

- secrétariat
- magasinier à la réception des matières-premières
- atelier de composition des meules (dont les meules diamants)
- atelier de fabrication des meules (dont les meules diamants)
- atelier de finitions (avec environs 50 tourneurs réalisant les rectifications)
- atelier d'imprimerie
- contrôle qualité
- magasinier à la préparation des commandes/emballage
- magasinier cariste
- réfectoire

Dans un deuxième temps, nous pouvons remarquer l'existence d'au moins 4 ateliers consacrés à la fabrication des abrasifs à proprement parler. Ce sont donc des postes du type ouvrier, au cœur de l'activité de l'usine. Puis, nous distinguons 5 postes de travail consacrés à des tâches périphériques ou de support à l'activité centrale de l'usine (voir l'encadré).

Encadré 8 - Postes ouvriers au cœur de l'activité de l'usine, les personnes occupées :

- composition des meules (dont les meules diamants) : Mme. OT (P1)
- fabrication des meules (dont les meules diamants) : M. GF (P1), Mme. OT (P2), M. GF (P6), M. JP, M. MH (P2).
- finitions (où environ 50 tourneurs réalisent les rectifications) : M. GF (P2), M. JC (P2), M. MH, M. JM
- imprimerie : Mme. OT (P1)

Postes périphériques ou de support et les personnes qui les occupaient :

- secrétariat : Mme. RM
- magasiniers (M. GF. En P4), M. JC (P1)
- caristes/magasinier : M. GF en (P3), M. SB
- contrôle qualité : M. JC (P2)
- réfectoire (M. GF en P5)

Nous avons constaté que même si le nombre de travailleurs du sexe masculin semblait être supérieur à ceux de sexe féminin, l'usine d'abrasifs était un lieu de travail mixte. Où

éventuellement des femmes ont pu se retrouver, côte à côte avec des hommes, à réaliser des travaux d'exécution au cœur de l'activité de l'usine, et non pas exclusivement les activités périphériques ou de soutien à la fabrication d'abrasifs. Autrement dit, la division sexuelle du travail ne semblait pas s'imposer de façon absolue au point de déterminer la non présence d'hommes et femmes aux mêmes postes de travail. De sorte que Mme. OT a pu même accéder au poste de fabrication.

A côté de ces éléments purement qualitatifs il y a également les périodes durant lesquelles ces personnes ont travaillé dans cette même usine. Il est ainsi par exemple, possible de déduire que parmi les personnes ayant travaillé à l'atelier de fabrication des meules, Mme. OT (entre 1964 et 1980) a pu côtoyer M. MH (entre 1977 et 1997) et M. GF (entre 1970 et 1973, puis entre 1992 et 2002). Ce qui signifie qu'ils ont certainement connu des conditions de travail similaires (qualité de l'air, système d'aération, protections individuelles, etc.).

Encadré 9 – Extrait des parcours professionnels concernant le travail à l'atelier de fabrication des meules

(Présentés dans la séquence selon laquelle ils ont été intégrés à l'enquête GISCOP93).

M. GF (dossier traité en 2002)

P1 – manœuvre, 1970-1973

« Mettait du grain dans les presses chauffantes pour la fabrication de pierre à faux. Les grains étaient broyés dans les presses. Celles-ci avaient des parois isolées à l'amiante.

Les grains étaient en Bakélite. Sur les bidons, on pouvait lire une étiquette BDB. Souvent, les ouvriers ajoutaient des solvants aux grains.

Dans cet atelier étaient fabriquées des meules à tronçonner la ferraille. »

« P6 – manœuvre, 1992-2002

« Travaille au « diamant ». Fait de la rectification, retire la couche noire des disques pour faire ressortir le diamant. Selon la couleur de l'abrasif, les poussières produites étaient vertes, rouge ou noires. »

M. MH (dossier traité en 2007)

P2 1977-1997 Secteur diamant²³⁸

« Travaille l'AG 5 qui est un aluminium mélangé avec d'autres produits en poudre. Utilise de la résaloïde pressée pour pouvoir poser une couronne de diamants. Produits chimiques, beaucoup de poussière. Il y a beaucoup de chaux vive, cuite dans les fours. Et de la poussière des meules abrasives. Ne fait pas de soudure. N'utilise pas d'huile. A traversé des ateliers BZZ où il y avait des émanations d'huiles brûlées. Nettoie les rectifieuses avec chiffons, pétrole et soufflette. Enormément de poussières. Le bleu était noir. Il y avait tous les produits chimiques des meules. Ne porte pas de masque. Il y avait un système d'aération, des tunnels pour aspirer. Pour gagner plus, il venait les samedi-dimanche nettoyer la poussière des tunnels. Il nettoyait à la pelle. Copeaux de ferraille et AG5. Tombe souvent malade des reins. Il y a eu beaucoup de morts dans cette entreprise. Licencié en 1997. »

Mme. OT (dossier traité en 2011)

P2 1964-1980²³⁹

²³⁸ Dans la retranscription, aucun intitulé n'est cité pour ce poste occupé par M. MH

« Quelques années plus tard, la patiente se retrouve au secteur de composition des meules diamants : elle est chargée de composer le mélange nécessaire à la fabrication des meules, avant son passage au four. Pour ce faire, elle utilise toute une série de poudres noires, inodores, qu'elle pèse sur une balance avant de les insérer dans des « petits cubes ». Elle les mélange ensuite avec de « l'alcool méthylique », qu'elle installe ensuite sur une machine rotative. Elle verse enfin le mélange dans un bol avant de les transmettre au service suivant (le four, me semble-t-il). Selon elle, ces poudres contiennent beaucoup de cobalt. En tout cas, elle signale que celles-ci provoquaient beaucoup de poussières. Elle ajoute que son atelier était particulièrement confiné, sans système d'aération, accentuant l'impression d'empoussièrement. Elle ne profite d'aucune protection particulière. Son travail aux meules lui provoque de fortes quintes de toux et des expectorations. Au même moment, elle souffre d'un cancer du sein qu'elle arrive à bien soigner (elle a alors 33 ans). A l'âge de 40 ans, face à la fatigue et aux problèmes chroniques de santé que lui provoque son travail, son mari lui conseille d'arrêter, ce qu'elle fait. Nous sommes alors en 1980. La patiente n'a jamais retravaillé depuis. »

Evoquons maintenant les expositions aux cancérogènes qui ont été identifiées par le collège d'experts du GISCOP93 à partir de ces récits.

Pour le cas de M. GF l'exposition à l'amiante a été identifiée pour le poste 1, où il était manœuvre. Pour le poste 6, où il était à nouveau manœuvre à l'atelier « diamant », aucune exposition n'a été identifiée. Sur ce poste il ne réalisait plus la fabrication des meules mais leurs finitions. Or, la description qu'il fait de ce poste 6 nous semble très proche de celle faite pour le poste 2 où on a identifié son exposition à l'amiante.

Travaille ensuite dans l'atelier de tournage à la réduction des meules (faire des angles).
(Extrait du parcours professionnel de M. GF correspondant au poste de travail 2).

Par ailleurs, sauf le poste 6 où il était manœuvre et le poste 5 où il était agent d'entretien à la cantine, dans tous les autres postes des expositions à l'amiante sont identifiées. Comme dans les autres emplois que M. GF a occupé dans son parcours il n'aurait pas été exposé, ce sont bien ces expositions à l'amiante à l'usine d'abrasifs qui ont permis non seulement la déclaration, mais également la reconnaissance de son cancer du poumon en MP.

A partir de la retranscription du parcours de M. MH ont été distinguées des expositions à la silice en plus de celles à l'amiante. Et même si différentes, la retranscription du parcours de Mme. Ot et celle de M. MH permettent de voir qu'ils réalisent les mêmes tâches d'assemblage des poudres qui composaient les meules avant leur passage au four. Nous constatons qu'avec quelques années d'écart entre les deux dossiers, le collège d'experts du GISCOP93 a identifié les mêmes expositions pour ces deux personnes. En plus de cela, en tenant compte du fait que dans le récit de Mme. Ot il avait été précisé que les poudres

²³⁹ Dans la retranscription, aucun intitulé de poste est cité pour le P2 de Mme. Ot.

contenaient beaucoup de cobalt, ils ont ajouté cette substance parmi les expositions vécues par cette dame.

Mme. Ot et M. MH avaient par ailleurs connu d'autres expositions aux cancérogènes à l'usine d'abrasifs et c'est pourquoi ils ont pu déclarer et obtenir la reconnaissance en MP.

On en retient que des écarts semblent également pouvoir provenir de l'appréciation qui est faite par le collège d'experts et cela sur un même parcours (en l'occurrence masculin). On constate également la sensibilité des experts aux expositions à l'amiante, au détriment d'autres peut-être moins importantes et moins conséquentes pour la reconnaissance du cancer en MP. Par exemple, à partir de la retranscription du P2 de M. MH on aurait pu signaler des expositions aux huiles organiques et aux HAP.

L'autre analyse possible est celle à partir des postes de travail « périphériques ou de soutien ». Nous faisons l'hypothèse que la connaissance des expositions soit plus difficile à ces postes. Des situations comme celle de M. GF nous confortent dans ce sens. Effectivement, aucune exposition n'a été identifiée lorsque M. GF était agent d'entretien à la cantine de l'usine ou pendant que M. JC occupait son P3 au contrôlé qualité.

Néanmoins, des expositions aux cancérogènes ont été identifiées à tous les autres postes « périphériques ou de soutien ».

Nous évoquerons le cas de Mme. RM qui a été secrétaire à l'usine durant 21 ans pour illustrer ce qui nous paraît pouvoir expliquer ces exceptions à la règle.

E2 1971 à 1993 « Entreprise d'Abrasif », La Courneuve

P1: Secrétaire

Faisait les paies, le planning. A fait tous les services de l'usine, a fait les achats...

L'entreprise fabriquait des meules avec beaucoup d'abrasif, une quantité de produits, ça sentait mauvais. La patiente travaillait dans des bureaux de fortune en plein milieu des ateliers. Des cloisons de deux fois rien, contreplaqué ouvert sur les ateliers et les machines. Quand il faisait chaud elle ouvrait les portes des bureaux.

Il y avait des fours immenses dans l'entreprise (300m de long). Ils cuisaient les meules à 1000°. Les machines: les ouvriers mettaient les poudres dans des moules en métal, ils pressaient, ça cuisait. Elle sortait beaucoup dans les ateliers, avait beaucoup de rapports avec les ouvriers, notamment quand elle faisait les plannings de commandes. Poussière d'abrasif, odeur de brûlé et odeurs de produits top secret (« pour pas que la concurrence nous les vole ») qu'on mettait dans les abrasifs. Il y avait un truc noir comme de la glue. La patiente pense qu'il y avait de l'amiante dans les bureaux, dans les dalles (faux-plafonds). Dans certains bureaux où elle a travaillé, ça se délitait. Il y avait des fours avec des briques réfractaires. Ils étaient au milieu des ateliers. Elle les longeait tous les jours. Les toilettes des femmes étaient juste à côté des fours. Il faisait très chaud dans les ateliers. La patiente rentrait sale et sentait mauvais. Les ouvriers nettoyaient les machines à la soufflette. Ils nettoyaient les fours tous les deux ans. Ça faisait énormément de poussière. La patiente a travaillé à côté du malaxage. Il y avait des poudres de perlimpinpin mélangées par une machine. Ça puait. Il y a beaucoup d'accidents du travail. Des ouvriers faisaient du coma et restent handicapés métaux. On nous expliquait que c'était la faute des ouvriers qui ne respectaient pas les normes de sécurité. La direction avait des bureaux à l'étage, bien protégés. (Extrait du parcours de M. RM relatif à son poste de travail à l'usine d'abrasifs).

L'extrait du parcours de Mme. RM illustre bien quelque chose qui semble pour nous avoir été déterminant pour la prise en compte des expositions aux cancérogènes dans ces postes « périphériques ou de soutien ». C'est le fait que les différents ateliers étaient disposés les uns à côté des autres, sans isolation adéquate. La poussière, les émanations des différentes substances chimiques circulaient librement dans les installations de l'usine. Les travailleur-ses travaillant à la source de l'exposition ont signalé ne pas disposer des outils de protection individuelle adéquats, mais ils ont également précisé ne pas disposer des outils collectifs, comme les hottes d'aspiration. C'est donc cette promiscuité dans l'agencement des installations qui a fait que même Mme. RM qui occupait un bureau de fortune au milieu de l'usine, a été considérée exposée à l'amiante et à la silice, obtenant à ce titre la reconnaissance de son cancer du poumon en MP.

Une dernière remarque concerne ce que nous avons évoqué plus haut, à propos de l'hypothèse d'une relation entre des récits plus précis sur le travail et une identité de métier forte en opposition à des récits mitigés dès lors qu'il s'agit des personnes ayant occupé des postes où on demande de la polyvalence, ne disposant pas d'une même identité de métier, discontinus, non valorisants. Encore une fois, l'extrait de Mme. RM peut illustrer notre propos. Alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que son récit soit moins concluant, reflétant sa

place dans une organisation du travail de type industriel, la réalité a été toute autre. En fait son récit ne s'arrête pas à la simple description des tâches liées à son travail à proprement parler. Elle part de l'activité de l'entreprise pour ensuite tisser une image en couleurs, en textures, en odeurs et en 3D de l'environnement de travail. Elle donne à voir son travail réel qui fait qu'elle devait souvent aller voir les ouvrier-e-s à la source des expositions aux cancérogènes.

Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que Mme. RM avait vécu les conflits sociaux qui avait marqué l'histoire de cette usine, quelques années avant qu'elle ne découvre son cancer. A ce propos, nous avons mentionné que depuis les années 2000 l'usine avait connu un rachat suite auquel des vagues de licenciements ont eu lieu, des transferts de postes de travail à l'étranger, des départs anticipés à la retraite, mais aussi des reclassements. Cela explique la situation de certains ouvriers ayant été placés à la cantine²⁴⁰ ou au contrôle qualité. Ces événements semblent avoir fécondé le sentiment d'injustice chez les travailleur-se-s vieillissants et qui par ailleurs se découvraient de plus en plus atteints de maladies suspectées d'être en lien avec leur travail. Ainsi, les mobilisations collectives des travailleur-se-s ont également contribué à mettre en lumière des nombreux problèmes de santé comme étant la conséquence des conditions de travail. Ces mobilisations semblent donc avoir été l'occasion de partager ces savoirs constitués au travail.

4.3.3 - L'entreprise de développement photo

Cette entreprise était un géant mondial du segment avec une histoire de plus d'un siècle derrière elle. Par ailleurs, au moment de la requête sur la base de données « scop » nous avons repéré 7 personnes (3 femmes et 4 hommes) qui y ont été employées à un moment donné de leur parcours professionnel. Il s'avère que parmi ces 7 personnes 4 avaient effectivement travaillé pour le même groupe de développement photo, mais pas nécessairement à l'usine de la Seine-Saint-Denis (SSD), à laquelle nous nous sommes intéressés. Tous ces éléments nous ont obligé à repenser nos paramètres de comparaison.

D'une part il nous semblait inenvisageable de prétendre saisir le groupe de développement photo dans son intégralité. Sa dimension colossale et intercontinentale dépasse les limites géographiques et matérielles dont nous disposions dans le cadre de cette comparaison, mais aussi dans le cadre de cette thèse.

²⁴⁰ C'est par exemple ce qui avait été proposé à Mme. Ot, alors travaillant à la fabrication des meules.

D'autre part, il nous semblait important de privilégier une approche permettant de rendre compte tout particulièrement de la situation des personnes que nous avons rencontrées dans notre pré-enquête.

Ces deux éléments nous ont décidés quant à la nécessité de concentrer nos efforts sur les parcours professionnels qui se sont déroulés dans l'usine de développement photo de la Seine-Saint-Denis. C'est pourquoi au final nous n'avons gardé que 3 personnes (2 femmes et 1 homme).

Cette usine a été créée au début du XX^e siècle, mais c'est à partir des années 1950 qu'elle a connu une énorme expansion en passant de 300 à plus de mille salariés. Une autre particularité concerne la forte concentration de main-d'œuvre féminine. Les femmes constituaient les $\frac{3}{4}$ des travailleurs de cette usine. Par ailleurs, le nombre de salariés pouvait augmenter de façon considérable durant les mois d'été. A ces périodes de l'année, des employé-e-s saisonniere-s étaient embauché-e-s afin de faire face à un excédent de travail et de répondre à la demande. L'usine a cessé son activité au milieu des années 1990.

4.3.3.1 - Les personnes ayant travaillé à l'usine de développement photo et leur parcours professionnel

Au final, nous allons rendre compte de la situation de deux femmes et d'un homme. Ils avaient plus de 68 ans lorsqu'il et elles ont reçu le diagnostic de leur cancer, entre 2004 et 2011. Il et elles ont travaillé plus de 20 ans dans cette usine.

Mme. CP avait 77 ans lorsqu'elle a été diagnostiquée d'une myelodysplasie en 2004. Retraitée, elle avait commencé à travailler en 1941 et s'était arrêtée en 1990. Elle a travaillé à l'usine pour son 9^{ème} emploi, durant les 30 dernières années de son parcours professionnel.

M. JS était âgé de 68 ans en 2008 lorsqu'on a découvert son cancer du poumon. Retraité, il avait travaillé de 1955 à 1993. Dans cette usine de développement photo il a travaillé pour son 4^{ème} emploi durant l'année de 1965 et pour son 6^{ème} emploi qui a duré de 1967 jusqu'à sa retraite.

Enfin, il y a Mme. MR, qui était âgée de 86 ans au moment du diagnostic de son cancer du poumon. C'était en 2011. A la retraite, elle avait travaillé de 1940 à 1986. Elle a travaillé à l'usine à partir de 1963, pour le 4^{ème} et dernier emploi de son parcours professionnel.

4.3.3.2 - Les intitulés des postes occupés à l'usine de développement photo

Encadré 10 - Intitulés des postes, développement photo

3°/ femme : Mme. CP n'a occupé qu'un seul poste au « labo développement photo » (1960-1990)
5°/ homme : M. JS en a occupé trois, mais à des périodes différentes. Il a d'abord été « magasinier » à l'atelier où les commandes étaient expédiées. Puis, il est parti travailler ailleurs et s'est fait à nouveau embaucher à l'usine en 1967. Il était alors « chauffeur-livreur » (1967-1977). Après l'obtention d'un CAP il est passé « électromécanicien » à l'atelier de réparation.
7°/ femme : Mme. MR se décrit comme « ouvrière » du développement photo (1963-1986)

4.3.3.3 - De la description du travail réel à la mise en lumière des expositions

A partir des dates de début et de fin de l'emploi à l'usine, nous pouvons constater que les deux femmes ont travaillé à des durées très similaires. Toutes les deux ont commencé dans les années 1960. Mme. CP a été en poste durant 30 ans et Mme. MR durant 23 ans, alors que M. JS n'a été employé à l'usine que durant une dizaine d'années. Au long de ces années, aucun d'entre eux n'a occupé des postes similaires.

Encore une fois, nous avons suivi la séquence chronologique de l'examen des dossiers. Cela nous a amenés, tout d'abord, à prêter attention à la situation de Mme. CP. Dans la reconstitution de son parcours professionnel nous avons remarqué des éléments contradictoires. Pour le travail au laboratoire de développement photo, il est précisé que cette dame était au « contact » de différents bains dont elle ne connaissait pas les composants. Cette première observation laisse donc envisager l'éventualité des expositions aux produits contenus dans ces bains. Ensuite il a été précisé que ce n'était pas elle-même qui préparait les bains, ni qui nettoyait les bacs les contenant. A notre sens cela ne semble pas pour autant écarter l'éventualité d'un contact avec ces produits, au moment du développement des photos. Nonobstant, la description trop succincte des tâches prescrites à ce poste de travail ne permet pas d'attester l'existence de ces situations exposantes. Les experts du GISCOP se heurtent ici aux limites de leur expertise, lorsque les produits cancérigènes ne sont connus ni d'eux-mêmes, ni des patients dont ils examinent les dossiers. Même s'ils ont conscience qu'une exposition à des substances toxiques a pu exister, ils n'ont pas la capacité de la qualifier. Il arrive qu'une recherche complémentaire soit menée auprès de CHSCT ou de médecins du travail ; Ce ne fut pas le cas ici.

En ce sens, on apprend par ailleurs que ce travail était fait en salle obscure et qu'il était manuel et s'est automatisé au fil des ans. On apprend également qu'alors que Mme CP avait indiqué n'avoir occupé que ce poste, durant les trois dernières années elle ne réalisait plus un travail en laboratoire, mais à l'expédition des commandes. A partir de l'examen de son

parcours professionnel, aucune exposition précise n'a été identifiée pour les 30 ans passés au laboratoire de développement photo. Le collège d'experts du GISCOP93 avait cependant repéré des expositions aux cancérogènes dans 4 autres emplois occupés par Mme. CP au long de son parcours professionnel. Des situations qui ne lui ont pourtant pas permis un accès à la déclaration en MP.

A partir du dossier médical de cette dame, nous pouvons également évoquer le fait qu'elle ne souffrait pas d'un cancer mais d'une myélodysplasie²⁴¹, soit un syndrome hématologique (considéré comme « précancéreux »). Mais aucune exposition aux rayonnements ionisants ou au benzène n'ayant été repérée, il n'était pas possible d'envisager une déclaration.

Bien évidemment nous n'avons pas les compétences nécessaires ni la prétention de contester les analyses formulées par le collège d'experts GISCOP93. Encore une fois, nous ne faisons ici que soulever des questions, qui au mieux, pourront servir de pistes afin de nous aider à avancer dans la réflexion sur l'*invisibilisation* des risques cancérogènes.

En ce sens, la situation de M. JS, dont le dossier a été traité en 2008, nous permet d'apporter d'autres interrogations à la situation de Mme. CP. Durant son travail comme magasinier, M. JS n'a eu aucune exposition de signalée. Des expositions aux gaz d'échappement l'ont été alors qu'il occupait le poste de chauffeur-livreur. Enfin, l'exposition aux « révélateurs » a été indiquée pour M. JS alors qu'il était électromécanicien. Cette dernière exposition nous intrigue, puisqu'il nous semble que les produits révélateurs sont surtout présents lors du développement de photos. Or, ces produits n'ont pas été signalés dans le cas de Mme. CP et apparaissent ici, pour le travail de réparation d'équipement photo.

Dès lors il nous a paru important de tenir compte de l'impact du contenu des informations restituées sur l'appréciation des expositions qui ont pu y avoir lieu.

En fait, le contraste est très clair entre la description succincte du travail prescrit dans le cas de Mme. CP et celle, très riche, du travail réel dans le cas de M. JS. La reconstitution faite pour ce dernier, donne à voir les conditions de travail, les installations, la taille de son atelier, les accidents auxquels son travail le confrontait, ainsi que la non utilisation des protections individuelles (des masques et des gants). C'est peut-être pour cette raison que le collège d'experts a signalé des expositions « probables » encore que « faibles », sans « pics » et dans

241 Les myélodysplasies faisaient partie des pathologies retenues dans l'enquête, du fait de la continuité entre ces atteintes et la possibilité de développer un cancer. De surcroît, elles figurent aux tableaux MP n° 4 et 6.

des fréquences allant de « 20 min à 1h30 » aux produits « révélateurs » pour lui, et rien pour elle. A ce moment-là M. JS était électromécanicien et travaillait à l'atelier de réparation.

L'atelier de réparations comptait à peu près 30 personnes, dont 3 spécialisées dans les appareils de micro-filmage. Dans ce même service on réparait aussi des machines hospitalières qui faisaient des radiographies, ou des machines industrielles qui coupaient des photos dans des tailles déterminées, etc. Ces machines étaient, selon lui, d'un même type, ce qui changeait c'étaient les formules de chacune. Dans les machines qui développaient des photos, il y avait des bains révélateurs et aussi fixateurs ; il dit que cela ne sentait pas quand un de ses collègues était en train d'en réparer une car ces bains n'étaient pas volatils. Dans les machines de micro-filmage, par contre, il y avait des fois des fuites d'ammoniaque, et là ça sentait. Selon lui, pas d'autres produits liquides ni d'autres odeurs dans l'atelier. (Extrait de la reconstitution du parcours de M. JS, 2008)

Pour expliquer ces écarts il nous semble également important de tenir compte d'un certain nombre d'éléments.

Tout d'abord nous savons que les entretiens ont été réalisés par des enquêtrices différentes et au domicile des malades. Dans les deux cas considérés, aucune précision n'a été donnée quant à l'état général des malades au moment de l'entretien. Mme. CP était d'un âge plus avancé que M. JS, ce qui aurait pu rendre, dans son cas, l'exercice du récit rétrospectif encore plus difficile. Par ailleurs la relation entre l'identité de métier et le degré de richesse employé par le-a travailleur-se à la description de son travail peut aussi avoir fait son effet. Nous avons déjà signalé qu'aucun libellé de poste n'avait été indiqué pour les 30 ans que Mme. CP avait passé au laboratoire de développement photo. D'un autre côté, au long de son parcours, Mme. CP avait soit occupé des postes d'ouvrière dans différents secteurs d'activité (confection, textile, fabrication d'ampoules, métallurgie), soit occupé des postes de femme de ménage, garde d'enfants. Ce qui porte à croire qu'elle ne possédait pas une identification forte à un métier précis. Cette remarque pourrait également s'appliquer au cas de M. JS qui avait occupé différents postes dans des secteurs divers. Néanmoins, ce monsieur avait bien signalé avoir passé un CAP d'électromécanicien et avoir suivi des stages pour parfaire cette formation. Par conséquent, après avoir commencé à l'usine comme magasinier, il est devenu électronicien au « Service après-vente professionnels ».

Une fois tous ces éléments pris en compte, demeurait encore le doute sur le fait que le sexe des malades pourrait influencer l'appréciation des experts quant aux expositions. C'est pourquoi nous avons, quand même, eu recours au cas d'un autre homme ayant travaillé dans une autre usine appartenant au même groupe de développement photo. M. GB dont le dossier a été traité en 2006 a occupé un poste de travail similaire à celui de Mme. CP. Il était aide de

laboratoire et a décrit un travail qui demandait l'utilisation des différentes substances parmi lesquelles il y avait des révélateurs.

Pour les radios médicales, testait différents produits : produits soufrés, nitrate d'argent, gélatine. Il testait la qualité des radios. Utilisait des fixateurs, des révélateurs, des bains, des solvants. (Extrait de la reconstitution de parcours de M. GB, 2006)

Tout comme pour le cas de Mme. CP, le collège d'experts toxicologues n'a signalé aucune exposition durant ce poste occupé par M. GB²⁴². Ainsi, nous pensons qu'il n'est pas exclu que le genre des experts puisse s'exprimer en termes d'une plus ou moins grande sensibilité dans l'appréciation des expositions dans les parcours des femmes. Il n'est cependant pas exclu que dans des circonstances comparables leur appréciation serait particulièrement discriminante envers les femmes.

Enfin, la situation de Mme. MR nous a conduit à d'autres considérations centrales pour la poursuite de notre réflexion. C'est à partir de son cas qu'il nous est apparu important de prendre en compte les bouleversements engendrés, une fois que l'innocuité des activités de l'entreprise a été publiquement remise en question. Nous rendrons compte des deux hypothèses sur lesquelles son cas nous a permis de travailler, avant de le présenter.

La première hypothèse indiquerait que dès lors qu'on porte à la connaissance publique des situations d'empoisonnement, comme étant de la responsabilité d'une entreprise, ses travailleur-se-s semblent plus facilement enclins à décrire leur environnement de travail en plus des tâches qui leur incombaient. Ce faisant, ils et elles s'impliquent davantage à donner à voir des situations de travail réel, en relation avec leur environnement de travail. Sans quoi, ces travailleur-se-s pourraient croire avoir toujours travaillé dans un environnement sain.

Par exemple, lors de la reconstitution de son parcours professionnel, M. JS rend également compte de l'état de pollution environnemental engendré par la nature des activités de l'usine.

²⁴² Ce dernier constat ouvre donc d'autres questions comme : quelles sont les marges d'arbitrage définies par le collège d'experts ? Avoir travaillé dans un poste où les risques sont présents est-il suffisant pour songer à des expositions, ou bien le signalement du port des protections individuelles suffit-il à les écarter ? La question des équipements de protection collectifs fait partie des éléments pris en compte par les experts. Quant au port des équipements de protection individuels, ils ne sont pas considérés d'une efficacité suffisante pour justifier, aux yeux des experts, un motif d'absence d'exposition. Ces questions ne pourraient pas être répondues qu'à partir d'une enquête en soi, auprès du collège d'experts du GISCOP93, en observant leurs pratiques au fil des séances d'expertise. Au vu des objectifs que nous nous étions fixé il nous était impossible de poursuivre sur ces questions. C'est pourquoi notre réflexion à ce propos s'arrête là. Par ailleurs, Emanuel Henry procède actuellement à une étude portant exactement sur l'analyse du travail de ces acteur-ice-s.

Aujourd'hui le site est désactivé et les bâtiments démolis. L'entreprise est en train de nettoyer les nappes phréatiques, mais personne ne sait par quoi elles étaient polluées. (Extrait de la reconstitution de parcours de M. JS, 2008)

Cela fait également écho au cas de la dame qui était secrétaire à l'usine d'abrasif (voir point 4.3.2).

Deuxième hypothèse, on souligne l'impact de cette information une fois qu'elle est portée au-delà de la connaissance des travailleur-se-s, à d'autres acteurs : autorités locales, riverains, institutions, médecins, etc.

C'est tout particulièrement le cas de Mme. MR. qui donne à voir cette situation où la visibilité sociale de l'entreprise comme « lieu-activité » nocive et surtout en ce qui concerne à l'exposition à l'amiante, facilité la mise en visibilité des liens entre cancer et travail. Encore une fois au détriment d'autres risques cancérigènes ayant pu également avoir joué un rôle dans le processus de cancérisation.

En ce sens, nous avons constaté qu'à partir de la seule description du travail faite par Mme. RM le collège d'experts du GISCOP93 n'avait pas identifié d'exposition dans son cas, ne lui permettant pas l'accès à la déclaration de son cancer du poumon en MP. Or, c'est avant même d'avoir été incluse à la cohorte, que cette dame disposait déjà d'un CMI délivré par son médecin, mais en relation avec l'amiante et non en référence à son activité spécifique. Le médecin connaissait à la fois la réputation du site industriel dans lequel la dame avait travaillé, mais également d'autres anciens salariés souffrant de cancers. Force est de constater que c'est indépendamment des activités que Mme. MR a pu réaliser, tout comme de la description qu'elle en avait fait, qu'elle a eu accès à la déclaration et que son cancer a été reconnu comme MP en raison de son exposition à l'amiante (tableau 30C).

4.3.4 - L'entreprise de cosmétique et parfumerie

Cette entreprise de cosmétique, tout comme l'usine de développement photo, a historiquement eu recours à une main-d'œuvre majoritairement féminine. A la différence de l'usine de développement photo, l'usine de cosmétique non seulement n'a pas cessé son activité, mais l'a au contraire élargie, au-delà des limites de la Seine-Saint-Denis.

Actuellement, le groupe possède plusieurs sites industriels dans d'autres départements français mais aussi à l'étranger. Désormais, c'est vers ces autres destinations que les tâches « industrielles » sont transférées. Dans le but de servir comme vitrine du groupe, devenu mondial, le site de l'ancienne usine a été reconverti en laboratoires. On s'y consacre au

développement des nouvelles gammes des cosmétiques et parfums, tout en mettant en avant la mobilisation des savoirs scientifiques et des nouvelles technologies.

4.3.4.1 - Les personnes ayant travaillé à l'usine de cosmétique et leur parcours professionnel

Notre requête sur la base de données nous a permis de repérer 5 personnes ayant travaillé pour cette entreprise, dont 4 femmes et 1 homme. Une de ces femmes n'a pas travaillé à l'usine de la Seine-Saint-Denis, mais dans un entrepôt de l'entreprise situé à une autre adresse. C'est pour cette raison que nous avons été obligée de l'exclure de l'analyse, tout comme nous avons fait précédemment dans le cas du développement photo.

Une des femmes et le seul homme de ce panel étaient en activité et âgé-e-s de moins de 60 ans au moment du diagnostic.

Encadré 11 - Echantillon de l'usine des cosmétiques et parfums de la cohorte GISCOP93

1^{er}/ femme : Mme. MD avait 72 ans lorsqu'elle a pris connaissance de son cancer du poumon en 2002. Elle a commencé à l'usine de cosmétiques et parfums en 1944. C'était son premier emploi et il a duré jusqu'à 1967. Dans la suite de son parcours elle a eu 5 autres employeurs. Elle a pris sa retraite en 1990.

2^e/ femme : Mme. TH avait 54 ans et était toujours en activité lorsqu'elle a reçu le diagnostic de son mésothéliome pleural en 2004. Son parcours professionnel a commencé en 1968 et s'est arrêté en 2002. Au long de son parcours professionnel cette dame a connu 37 emplois. La plupart du temps elle n'y est restée que quelques mois. Cela nous laisse supposer qu'il s'agissait de missions en intérim. On sait par exemple qu'elle a également été ouvrière saisonnière à l'entreprise de développement photo, traitée précédemment. A cette occasion-là, elle a été exclue de notre analyse car rien ne nous permettait d'affirmer qu'elle avait travaillé à l'usine de développement photo à laquelle nous nous sommes intéressées. Dans le cas présent il en va tout autrement. C'est à l'usine des cosmétiques et parfums qu'elle a travaillé le plus longtemps, de 1980 à 1984. Malheureusement la reconstitution du parcours professionnel de cette dame n'apparaît pas dans son dossier. Nous ne disposons que d'un calendrier des employeurs pour qui elle a travaillé, des postes de travail occupés et des dates d'entrée et de sortie.

3^e/ homme : M. AM était âgé de 59 ans au moment où son cancer du poumon a été diagnostiqué. C'était en 2010 et il était encore en activité. Son parcours professionnel a démarré en 1966, à l'usine de cosmétiques et parfums. Ce premier emploi a duré jusqu'à 1970. Par la suite, il a connu 5 autres employeurs.

4^e/ femme : Mme. JC avait 73 ans en 2010, quand on lui a découvert un mésothéliome pleural. A la retraite, elle avait travaillé de 1958 à 1998. L'usine a été le 4^{ème} et dernier emploi de son parcours. Elle y a travaillé de 1967 à 1998.

4.3.4.2 - Les intitulés des postes occupés à l'usine des cosmétiques et parfums

Encadré 12 - Intitulés des postes, cosmétiques et parfums

1^{er}/ femme : Mme. MD a occupé le poste de conditionneuse entre 1947 et 1967.

2^e/ femme : Mme. TH a été concierge industrielle entre 1980 et 1984.

4^e/ homme : M. AM était manutentionnaire – réceptionniste entre 1966 et 1970

5^e/ femme : Mme. JC était au « conditionnement-manutention » entre 1967 et 1968. Entre 1968 et 1970 elle faisait de l'« emballage sur ligne ». Entre 1970 et 1981 elle était « chef d'équipe ». A partir de 1982 elle « passe sur la ligne de rouge à lèvres » et cela jusqu'en 1987. Puis, entre 1987 et 1998 elle a dû occuper un 5^{ème} poste à l'usine, mais rien n'indique quel poste c'était.

4.3.4.3 - De la description du travail réel à la mise en lumière des expositions

Nous constatons que tout-e-s ces personnes étaient affecté-e-s à des postes « périphériques » par rapport à ceux où étaient réalisés les tâches au cœur de l'activité de l'usine. Il et elles ont bien évidemment réalisé des tâches tout aussi indispensables pour que ces produits puissent sortir de l'usine et arriver jusqu'aux consommateur-ice-s. Néanmoins, force est de constater qu'il et elles n'ont pas travaillé directement à la fabrication des cosmétiques et des parfums.

Dans la suite de notre enquête cet élément se révélera d'une grande importance pour la mise en relation des problèmes de santé et la perception des travailleur-se-s sur les risques du travail ayant pu participer à leur développement.

Ces femmes ont surtout travaillé sur les chaînes de conditionnement des « jus » (des parfums), « pâtes » (rouge à lèvres), des crèmes (produits de soin) qui étaient fabriqués dans d'autres ateliers. Cela en tant qu'ouvrière ou alors même comme chef d'équipe (exemple de Mme. JC). Elles décrivent tout d'abord un travail complètement manuel, où elles étaient parfois installées par quatre autour des tables afin de coller les étiquettes sur les flacons de parfum (exemple de Mme. MD). Puis, ce travail s'est automatisé au fil des ans, demeurant fractionné, répétitif et sous cadence (Mme. JC décrivait le remplissage des flacons de parfum sur les lignes de conditionnement).

A propos du conditionnement des parfums, Mme. MD a signalé qu'« une odeur de parfum et de savon flottait dans l'atmosphère et imprégnait ses vêtements » et Mme. JC a rendu compte du fait qu'« à l'étape de remplissage, il arrivait que le produit déborde, qu'il gicle ou que les flacons tombent et se cassent par terre ». Cette dernière, dont le dossier a été traité en 2011, a été considérée comme ayant été exposée aux solvants indifférenciés et au formol. La première, dont le dossier avait été traité au tout début de l'enquête du GISCOP93 n'a eu aucune exposition identifiée pour la période travaillée dans l'usine de cosmétique et de parfums.

Encore une fois, sans vouloir remettre en question le travail des experts GISCOP93, il nous a semblé important de considérer les éléments qui auraient pu influencer leur appréciation des risques liés au travail dans cette usine.

En ce sens, dans la reconstitution du parcours de Mme. JC on s'exclame de la présence de « plus de mille » femmes parmi les employé-e-s ainsi que du fait que les hommes n'étaient employés qu'aux postes de maintenance et de nettoyage. Nous apprendrons par la suite que cette dernière information n'était pas tout à fait exacte. La division des tâches exercées selon

le sexe des employé-e-e était effectivement très importante. Les travaux de maintenance technique des installations industrielles étaient exclusivement masculins (par exemple les électriciens, mécaniciens, régleurs). Alors que le travail du conditionnement était exclusivement réalisé par des femmes. Cela nous a conduit à penser à la corrélation qui peut exister entre une description plus riche de la part des travailleur-se-s ayant occupé un poste connoté par une forte identité de métier et une meilleure connaissance de la part du collègue d'experts des risques inhérents à ces situations. En ce sens, nous avons remarqué que les postes d'ouvriers représentent 60% des postes occupés par l'ensemble de la cohorte GISCOP93, contre 19% des postes d'employés²⁴³. D'autre part, nous savons que cette cohorte est constituée à 80 % par des hommes. Par conséquent, ce qu'on entend par « forte identité de métier » peut en réalité ne refléter que la situation des quelques métiers masculins présents dans le secteur industriel²⁴⁴ ou à des postes du type ouvrier. Auquel cas le collègue d'experts du GISCOP93 peut se révéler moins armé pour rendre compte des situations de travail qui échappent à cette configuration. Ce qui peut donc s'avérer pénalisant aussi bien pour des femmes que pour des hommes.

Le travail dans la cosmétique et la parfumerie nous a semblé une configuration particulièrement intéressante pour rendre compte de cette hypothèse. Nous avons donc mobilisé un quatrième échantillon de la cohorte GISCOP93, dans lequel toutes les personnes avaient travaillé chez un fabricant de cosmétiques et produits de soin. Parmi cet échantillon, nous comptons 6 personnes (4 femmes et 2 hommes). Les femmes ont toutes travaillé au conditionnement. Seulement une d'entre elles a eu des expositions identifiées²⁴⁵, sans que cela néanmoins lui ouvre l'accès à la déclaration en MP. Le dossier de cette dame a été traité en 2012, soit après que notre enquête sur la cosmétique ait débuté et que des experts aient été sensibilisés à la question de la méconnaissance des risques dans ces industries. Un autre homme (M. SM), dont le dossier avait été traité en 2008, avait travaillé deux ans comme préparateur en fabrication des produits de beauté (crèmes, shampoings, rouge à lèvres). Il a indiqué avoir eu à introduire à ces mélanges « toutes sortes de produits » - des poudres qu'il ne connaissait pas. Il a précisé faire usage des outils individuels de protection (masques, gants, lunettes, tablier). Aucune exposition n'a été identifiée durant ce poste. En résumé, des expositions n'ont été identifiées que pour le monsieur (M. LC) qui était tuyauteur, puis chef

²⁴³ Voir les chiffres clés sur le site internet du GISCOP93 (<http://www.univ-paris13.fr/giscop/index.php/presentation-du-GISCOP93/chiffres-cles.html>).

²⁴⁴ Nous avons décidé de traiter cette question plus en détail dans le chapitre 8.

²⁴⁵ Nous rendons compte du cas de cette dame plus en détail dans les chapitres 5 et 6.

d'équipe des tuyauteurs chez le même fabricant des produits de soin. Le collège d'experts lui a identifié à ces postes, des expositions à l'amiante, à la silice, au plomb et aux fumées de soudages. Avec d'autres expositions identifiées dans son parcours, ce monsieur a eu accès à la déclaration et a eu son cancer du poumon reconnu en MP.

Conclusion du chapitre 4

Dans ce chapitre nous avons présenté les lignes directrices de l'enquête du GISCOPE93 ainsi que de ses principales étapes. Nous avons également vu les principales données qui émergent des plus de dix ans de cette enquête auprès des personnes atteintes de cancer en Seine-Saint-Denis.

Ce dispositif original qui permet de faire jouer au cancer le rôle d'événement sentinelle permet ensuite d'accéder à l'histoire professionnelle de ces hommes et femmes. Il contribue par-là à la fois à la production des connaissances sur les expositions professionnelles aux cancérogènes mais également à l'amélioration de la mise en visibilité de ces situations pathogènes, notamment à partir d'une démarche de recherche action auprès de ces personnes au long de leur démarche administrative pour la reconnaissance en MP.

En ce sens, ce dispositif donne à voir des évolutions contrastées pour les hommes et les femmes au fil de chaque étape de la recherche. Cet élément constitue un atout majeur, permettant objectivement de penser les dynamiques de genre autour de la question politique qui est celle du « cancer professionnel » et plus particulièrement celle de son invisibilité. C'est qui par ailleurs n'existe pas par rapport à la situation des femmes. Nous avons vu que les statistiques des maladies professionnelles ne sont pas distinguées selon le sexe.

Toujours à l'égard de cette hypothèse d'existence des dynamiques de genre vis-à-vis du processus d'invisibilité sociale du cancer, nous avons procédé à une analyse comparative. Nous avons ainsi restitué ce travail qui rend compte de la situation des hommes et des femmes ayant travaillé dans une même entreprise à un moment donné de leur parcours professionnel. Les cas des trois entreprises traitées nous fournissent d'importantes pistes à considérer pour la suite de notre enquête.

Nous avons bien vu que, en raison de différents éléments, chaque individu produit des récits uniques et partiels. Or c'est de la qualité de ces récits dont dépend en partie la possibilité de mettre en lumière des situations de travail pathogènes. Dans ce même sens, nous avons également souligné le rôle joué par l'enquêteur/ice sur la qualité des informations contenues dans ces récits. Enfin, nous avons envisagé et réfléchi sur le rôle joué ici

notamment par le collège d'experts du GISCOP93 sur l'appréciation des éventuelles expositions aux cancérogènes dans des postes de travail occupés par des hommes ou/et des femmes. De telle sorte que tou-te-s ces acteur-ice-s sont consubstantiellement impliqué-e-s dans la production des connaissances tout comme dans la reproduction des méconnaissances.

En ce sens, notre analyse comparative nous a permis de constater que l'accumulation d'un certain nombre de récits peut palier à d'éventuelles lacunes. Cette vue d'ensemble fournit un « effet kaléidoscopique », susceptible d'apporter un nouveau regard sur ce qui était le travail dans une même entreprise ou dans un même poste de travail.

Dans le sens de la reproduction des méconnaissances nous pensons qu'il n'est pas exclu que le genre des experts puisse s'exprimer en termes d'une plus ou moins grande sensibilité dans l'appréciation des expositions dans les parcours des femmes. Cependant, dans des circonstances comparables rien ne porte à croire que leur appréciation serait particulièrement discriminante envers les femmes. Par ailleurs, nous avons remarqué que des écarts dans l'appréciation du collège d'experts peuvent exister pour des postes de travail dans des parcours distincts, mais également sur un même parcours.

Dans le sens de la mise en visibilité, la décision de qualification des expositions, les experts visent l'exhaustivité des substances, dans les limites de ce qui est énoncé par le patient ou la patiente et de ce qu'ils connaissent. Les exemples ci-dessus pointent que pour certains parcours féminins, les experts n'ont pas pu repérer les expositions. En ce qui concerne le CMI, les experts penchent du côté de l'amiante en raison de la facilité plus grande d'une reconnaissance, mais aussi parce que l'indemnisation est beaucoup plus favorable aux victimes. Dans la mesure où l'essentiel de la reconnaissance des cancers professionnels se fait en référence à une mono-exposition, les experts du GISCOP93, même s'ils sont conscients de la poly-exposition n'ont pu jusqu'à présent se dégager de cette contradiction.

Nous avons également envisagé une distinction entre des postes du type ouvrier, au cœur de l'activité de l'usine, et des postes de travail consacrés à des activités périphériques ou de support à l'activité centrale de l'usine. A cet égard, nous avons fait l'hypothèse que la connaissance des expositions est plus difficile à ces derniers postes. Il se peut notamment que les experts soient moins bien informés pour les situations concernant ces derniers postes et qu'ils aient au contraire, une meilleure connaissance des postes de travail au cœur de l'activité de l'entreprise. Mais il se peut également que les travailleur-se-s travaillant à ces postes aient eux et elles aussi une moins bonne connaissance des risques inhérents à l'activité de l'usine et/ou se croient à l'abri en raison des positions qu'ils et elles occupent dans la production. Sur

ces points, nous avons identifié quelques circonstances qui semblent éclairer les exceptions à la règle.

L'identification des expositions dans des postes périphériques semble plus facile dès lors que des travailleurs travaillant à la source de l'exposition ont signalé ne pas disposer des outils de protection collective adéquats. Dans ces circonstances, la promiscuité des postes centraux et périphériques fait bénéficier la mise en visibilité des expositions à l'ensemble de ces travailleur-se-s.

Puis, il semblerait important de prendre en compte les bouleversements engendrés, une fois que l'innocuité des activités de l'entreprise a été publiquement remise en question. D'une part, une fois que sont rendues publiques des situations d'empoisonnement comme étant de la responsabilité d'une entreprise, en particulier par un mouvement social (syndical ou citoyen), ses travailleur-se-s semblent plus facilement enclins à décrire leur environnement de travail en plus des tâches qui leur incombaient. Ce faisant, ils et elles s'impliquent davantage à donner à voir des situations de travail réel, en relation avec leur environnement de travail. Sans quoi, ces travailleur-se-s pourraient croire avoir toujours travaillé dans un environnement sain. Deuxièmement, on souligne l'impact de cette information une fois qu'elle est portée au-delà de la connaissance des travailleur-se-s, à d'autres acteurs : autorités locales, riverains, institutions, médecins, etc. Cette visibilité au niveau social de l'entreprise comme « lieu-activité » nocif, aurait pour effet d'effacer d'importants freins à la mise en visibilité des atteintes cancérogènes à la santé. A partir de l'exemple de Mme. Rd salariée du développement photo, nous avons constaté qu'avec les seules descriptions qu'elle a pu faire de son travail, la déclaration en MP n'aurait pas été encouragée par les experts GISCOP93. Néanmoins, à partir des informations sur l'état de la pollution de la friche industrielle de son ancienne entreprise, en particulier en ce qui concerne l'amiante, un consensus s'est formé autour de la préconisation d'un CMI. Une situation assez exceptionnelle qui est néanmoins venue rendre possible la déclaration et la reconnaissance du cancer dont souffrait cette femme. Cela alors qu'avec la simple description de leur activité de travail rien ne se serait passé.

Notre analyse montre également tout l'intérêt de porter notre regard principalement sur la situation des femmes travaillant dans des secteurs à forte concentration féminine tels que l'industrie des produits de soin et beauté. C'est ce que nous présenterons dans la troisième partie de ce document. Dans les deux prochains chapitres nous poursuivrons la restitution de

nos analyses à partir des situations des femmes atteintes d'un cancer participant à l'enquête du GISCOP93.

Tableau de bord de l'enquête GISCOP93 (01/03/2002 au 30/03/2012)	Hommes n %		Femmes n %		Total n %	
Patients signalés % Sur le total H-F	1506	79%	401	21%	1907	100%
Patients ayant signé le consentement % Sur le total H-F	1062	70,5%/ 82,1%	231	57,5%/ 17,9%	1293	68% 100%
Parcours professionnels reconstitués % Sur le total H-F	910	85,7%/ 82%	200	86,6%/ 18%	1110	85,8% 100%
Patient.e.s identif. comme étant exposé.e.s % Sur le total H-F	807	88,7%/ 86,4%	127	63,5%/ 13,6%	934	84,1% 100%
Patient.e.s ayant des expositions ouvrant droit à un Certificat Médical Initial (CMI) % Sur le total H-F	529	65,5%/ 93,8%	35	27,5%/ 6,2%	564	60,4% 100%
Déclarations en maladie professionnelle (MP) % Sur le total H-F	348	65,8%/ 94,6%	20	57%/ 5,4%	368	65,2% 100%
Cas reconnus (% sur déclarés) % Sur le total H-F	268	77%/ 96,4%	10	50%/ 3,6%	278	75,5% 100%
Cas Refusés (% sur déclarés) % Sur le total H-F	61	17,5%/ 89,7%	7	35% 10,2%	68	18,5% 100%
Cas en attente (% sur déclarés) % Sur le total H-F	19	5,5%/ 86,4%	3	15%/ 13,6%	22	6% 100%

- Chapitre 5 - Donner à voir le travail des femmes atteintes d'un cancer

Après avoir comparé les expositions aux cancérogènes dans les parcours professionnels des hommes et des femmes, dans les deux chapitres suivants nous allons présenter les résultats de notre enquête de terrain réalisée entre octobre 2010 et septembre 2012 au sein du GISCOP93. Au cours de cette période, nous avons travaillé au sein de l'équipe du GISCOP93, tout d'abord en accompagnant les enquêteur-ice-s lors des entretiens de reconstitution du parcours professionnel des personnes atteintes d'un cancer, puis en tant qu'enquêtrice officielle²⁴⁶.

Nous allons ici restituer nos analyses effectuées à partir des situations de 26 femmes atteintes d'un cancer. Ces femmes ont donné leur accord pour participer à l'enquête permanente du GISCOP93, c'est pourquoi nous avons pu les rencontrer à l'occasion de l'entretien de reconstitution du parcours professionnel.

Dans le présent chapitre, nous allons nous intéresser aux situations de ces 26 femmes au regard des différentes étapes de l'enquête menée par le GISCOP93. Nous allons ainsi revenir sur le phénomène d'entonnoir, cette fois-ci uniquement pour ces femmes (dans leur parcours familial, professionnel et de santé). Nous nous intéresserons à la connaissance des expositions aux cancérogènes en milieu professionnel produites par le GISCOP93, ainsi que par les possibilités en matière de déclaration et de reconnaissance des cancers professionnels. Ce n'est que dans le chapitre 6 que nous allons nous intéresser davantage aux recoupements entre leur parcours professionnel, familial et de santé²⁴⁷ et leur relation au processus d'« invisibilisation » des atteintes cancérogènes au travail.

Pour l'instant, notre objectif est de rendre compte des connaissances concernant les expositions aux cancérogènes obtenues grâce à l'enquête du GISCOP93 sur ces 26 femmes,

²⁴⁶ C'est durant cette période que la question du type d'entretien à mener s'est posée, dans la mesure où nous devons répondre à la fois aux objectifs de l'enquête permanente du GISCOP93 et aux questions que nous nous posons dans le cadre de cette thèse. Comme précisé dans l'introduction, nous avons opté pour la réalisation d'un seul entretien conciliant la méthodologie de reconstitution du parcours professionnel du GISCOP93 et celle d'un entretien biographique situé à partir de l'entrée dans le monde du travail.

²⁴⁷ En référence à la définition de « parcours de vie » proposée par Valentine Hélandot (2006, cf. chapitre 3).

ainsi que de l' « *(in)visibilisation* » de ces connaissances du fait du cadre médico-administratif de reconnaissance de la maladie professionnelle.

5.1 - Eléments méthodologiques

5.1.1 - L'analyse des entretiens

Nous avons d'abord analysé le contenu des entretiens selon les trois thèmes suivants : I – le travail et la division sexuelle du travail ; II – la vie professionnelle et familiale ; III – la santé et la santé au travail. Cette analyse a eu le mérite de fournir une vision systémique de la construction des questions de santé au fil des interactions entre parcours de vie et construction du parcours professionnel. Ces lignes biographiques – de santé, de la vie familiale et de la vie professionnelle – sont co-construites et donc en étroite interaction constante.

Cette analyse longitudinale a cependant l'inconvénient d'être particulièrement dense. Sa totale restitution auraient rendu le travail du lecteur trop fastidieux et l'aurait éloigné de l'objet central de cette thèse – soit les méandres de l' « *(in)visibilisation* » des risques cancérogènes encourus par ces femmes. Aussi, nous avons décidé de restituer les éléments clés de la triple histoire de ces femmes, sous l'angle des expositions aux cancérogènes, et ce afin d'illustrer les risques cancérogènes plus au moins connus, plus au moins visibles.

Ci-dessous, nous livrons les résultats de cette analyse des entretiens semi-directifs menés auprès des femmes. Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur l'ensemble des données de l'enquête du GISCOP93²⁴⁸.

5.1.2 - Descriptif de l'ensemble de l'échantillon²⁴⁹

Dans le cadre de ce premier terrain, nous avons interrogé 41 personnes, dont 36 atteintes d'un cancer. Parmi celles-ci, on compte 26 femmes et 13 hommes, atteint-e-s d'un cancer et ayant accepté de participer à l'enquête du GISCOP93. Du fait de l'objectif de notre recherche, nous n'analyserons dans ce chapitre que la situation des 26 femmes atteintes d'un cancer. Les enseignements émanant des connaissances acquises à partir de la situation des hommes viennent néanmoins porter un éclairage sur la situation de ces femmes.

²⁴⁸ Pour une liste exhaustive du type de données recueillies par le GISCOP93, se reporter au chapitre 4, section « Matériaux ».

²⁴⁹ Pour plus de données sur les femmes rencontrées, consulter l'annexe « Tableau Echantillon GISCOP93 », avec l'ensemble de femmes et hommes rencontré-e-s lors de ce terrain.

Deux autres femmes (Mme Nÿ et Mme Gi), ne participant pas à l'enquête du GISCOP93, ont été interrogées en tant qu'anciennes collègues de travail de femmes atteintes d'un cancer. La première a été interviewée par téléphone et l'autre à son domicile.

Celles-ci ont été diagnostiquées comme malades d'un cancer entre 2009 et 2012. La plupart d'entre elles sont atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire, à l'exception de trois femmes : l'une souffrant d'un cancer de la vessie (Mme Në) et deux souffrant d'un mésothéliome pleural (Mme Ot et Mme Ce).

5.1.3 - Effet d'ombre et de lumière ou deux catégories d'analyse centrales

Au vu des connaissances produites par le dispositif GISCOP93 sur les expositions professionnelles aux cancérogènes dans les parcours professionnels des femmes, nous pouvons distinguer deux grandes catégories : les femmes pour lesquelles une ou plusieurs expositions ont été identifiées lors de l'analyse toxicologique de leur parcours professionnel, que nous appellerons « femmes exposées »²⁵⁰, et les femmes pour lesquelles aucune exposition n'a été identifiée, soit les « femmes non exposées ».

En resituant ces catégories dans le cadre de notre hypothèse centrale – celle de l'« invisibilisation » des relations entre l'apparition d'un cancer et les risques toxiques dans le travail des femmes –, nous pouvons aussi les envisager comme des indicateurs du stade auquel se situe le processus de mise en (in)visibilité à un moment donné.

En ce sens, la catégorie de « femmes exposées » peut être appréhendée comme témoin du déclenchement d'un processus de mise en visibilité de situations de travail exposantes et ayant pu contribuer à la dégradation de la santé, notamment par le développement d'une tumeur cancéreuse. Pour autant, à ce stade, le lien de causalité entre le cancer et ces situations de travail nuisibles n'est pas encore prouvé ; seule l'exposition à des cancérogènes susceptibles d'avoir joué un rôle dans la survenue du cancer apparaît. A ce stade il s'agit donc d'un devenir potentiel.

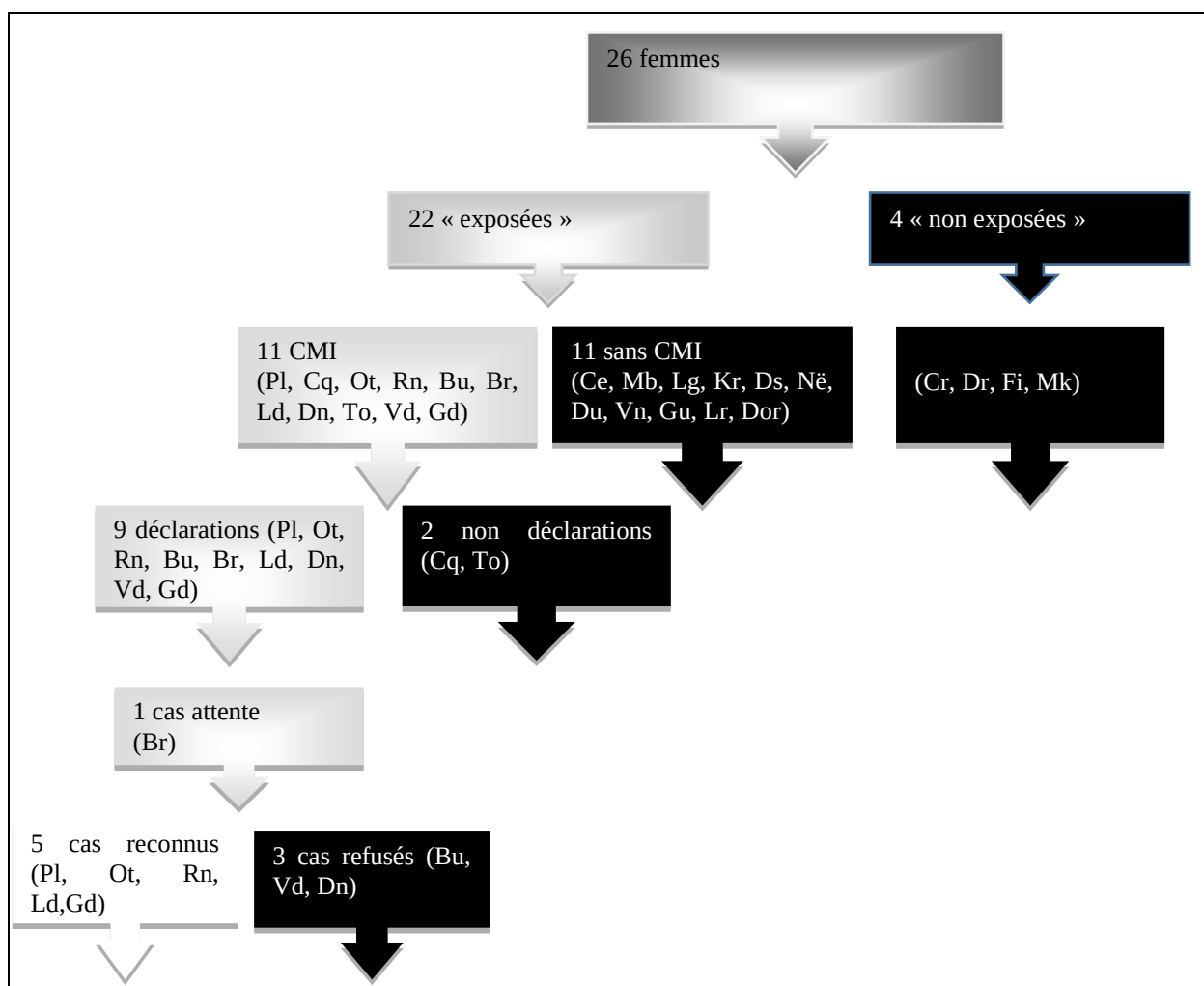
À l'inverse, la catégorie « femmes non exposées » peut témoigner soit d'un « stade de visibilité » (quand on sait avec certitude²⁵¹ que l'exposition n'a pas eu lieu) soit d'un

²⁵⁰ Nous mettons cependant en garde quant au fait que l'analyse toxicologique basée sur les parcours professionnels ne peut mettre en évidence une exposition ayant eu lieu dans le passé qu'en tant qu'événement potentiel. L'expert toxicologue, contrairement à un médecin du travail ou à un inspecteur du travail en activité, n'intervient pas sur le lieu de travail ni même pendant l'activité exposante.

²⁵¹ Il convient de préciser que cette certitude n'est jamais totale, car on ne peut être en mesure d'exclure de façon définitive le travail et ses conditions du processus de cancérogénèse. Or, les connaissances existantes à l'heure actuelle nous permettent seulement de valider ou d'invalidier l'existence d'un contact avec des

« processus d'invisibilité persistante » (quand il s'agit d'une ignorance circonstancielle relevant possiblement de la méconnaissance des risques propres au travail des femmes, de leurs conditions de travail ou encore de la méconnaissance des effets cancérogènes de certaines substances chimiques présentes dans les travaux confiés à des femmes)²⁵².

Figure 1 - Effet d'ombre et de lumière sur les expositions aux cancérogènes dans l'activité de travail des femmes



Ces éléments posés, nous allons à présent nous intéresser à la première catégorie, soit celle des « femmes exposées ». Comme nous venons de le voir, nous les avons appréhendées en tant que catégorie de départ du processus allant potentiellement dans le sens d'une mise en

cancérogènes avérés durant le travail. De fait, des milliers de substances ne sont pas prises en compte par les études épidémiologiques (Thébaud-Mony, 2008, 2014), de même que les risques pour la santé liés à l'organisation.

²⁵² Ce point fait référence aux travaux qui s'intéressent aux biais de genre dans les études épidémiologiques (Bétansédi *et al.* 2016).

visibilité des liens entre expositions professionnelles aux cancérogènes et développement d'un cancer chez les femmes.

Les femmes appartenant à cette catégorie peuvent par la suite être classées en deux sous-catégories : a) celles pour qui les expositions identifiées réunissent les conditions nécessaires à une demande de reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie ; et b) celles dont les expositions identifiées ne permettent pas cette reconnaissance. Les premières se distinguent donc des secondes par leur accès au Certificat médical initial (CMI). Autrement dit, à ce stade, les premières ont la possibilité de poursuivre le processus vers une mise en visibilité, tandis que les secondes sont obligées d'en rester là et ce malgré les expositions aux cancérogènes vécues. Par conséquent les « femmes avec CMI » sont les seules susceptibles d'aboutir à une mise en visibilité effective via la reconnaissance de leur cancer comme MP. Toutefois, rien n'est acquis, puisque leur demande peut encore être rejetée. Comme nous l'avons vu avec la cohorte du GISCOP93, les refus des demandes de reconnaissance sont plus importants pour la population féminine de l'enquête : 35% chez les femmes contre 17,5% chez les hommes.

Nous allons maintenant revenir sur les parcours professionnels des 26 femmes appartenant à notre échantillon afin d'éclairer certains des filtres présents à chaque stade que nous venons de présenter. Cette partie vise ainsi à rendre compte de la complexité des situations singulières qui se cachent derrière les catégories de l'enquête du GISCOP93 et celles du protocole médico-administratif de reconnaissance de la maladie professionnelle.

5.2 - Les « femmes exposées » ou le déclenchement d'un processus vers une mise en visibilité des situations de travail exposantes

D'après l'analyse toxicologique des parcours professionnels, 22 des 26 femmes atteintes d'un cancer ont été considérées comme ayant pu être exposées à au moins un cancérogène au fil de leur vie professionnelle.

La durée de travail moyenne des « femmes exposées » de notre échantillon est de 38 ans. Le parcours le plus court est celui de Mme Ld, qui a fait ses débuts comme aide chimiste, carrière qu'elle poursuivra pendant 17 ans. Le parcours le plus long – celui de Mme Vn – a, quant à lui, duré 48 ans. La présentation des parcours par la date du premier et du

dernier « travail »²⁵³ sert à situer les trajectoires d'activité de ces femmes dans le contexte socio-historique de l'organisation du travail et de ses conditions. Cette analyse en termes de durée d'exposition aux cancérogènes ne dispense pas pour autant d'une observation des particularités inhérentes à chaque histoire, telles que les périodes d'interruption. À ce titre, les parcours priori les plus courts et les plus longs sont assez illustratifs.

Mme Ld, qui a eu un parcours assez court, a travaillé en contact avec tout un cocktail de produits toxiques au cours de ses 17 ans de travail dans l'industrie chimique, tandis que Mme Vd, qui a travaillé de 1963 à 2011, n'a pourtant été en activité que durant 18 ans et 9 mois, soit environ la même durée que Mme Ld. Cela s'explique par le fait que Mme Vd ait connu 4 périodes d'interruption : une première d'un an pour ses études, une deuxième de 17 ans pour s'occuper de ses enfants et les deux dernières sont des périodes de chômage, respectivement de 3 mois et d'un an. Au total, Mme Vd a été exposée aux gaz d'échappement des moteurs « essence » et « diesel » durant les 17 ans et 9 mois au cours desquels elle a exercé l'activité de chauffeur-taxi. Nous reviendrons sur la question de la durée d'exposition lorsque nous traiterons de l'accès à la déclaration.

5.2.1. - Les 15 cancérogènes en question

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, l'analyse toxicologique du GISCOP93 prend en compte une liste composée de 54 cancérogènes. Dans les parcours des femmes que nous avons rencontrées, les experts du GISCOP93 ont distingué la présence des 15 cancérogènes suivants, énumérés ici par ordre d'importance :

1. L'amiante

Ce cancérogène concerne 10 des femmes rencontrées. Elles ont pu être en contact avec les fibres d'amiante lorsqu'elles occupaient des postes comme celui d'ouvrière polyvalente dans l'industrie d'abrasifs, les produits eux-mêmes contenant de l'amiante (Mme Ot) ; d'aide manutentionnaire dans un petit magasin de produits pour le BTP, dont des matériaux contiennent de l'amiante (Mme Ce) ; de technicienne PTT-France Telecom, intervenant dans des locaux amiantés lors de la maintenance des lignes (Mme Br) ; de prothésiste dentaire,

²⁵³ Pour notre recherche, nous avons pris en compte la première activité de travail déclarée par la personne, même si celle-ci ne relève pas du salariat ou n'est pas déclarée, comme c'est le cas de certains « petits boulots » d'été et des services à la personne. Nous avons fait le choix de les prendre en considération dans l'analyse de l'expérience du travail, comme nous le verrons dans la troisième partie de cette thèse. Néanmoins, ces activités non déclarées ne sont pas prises en compte par la Sécurité sociale dans le cas de demandes de reconnaissance en MP.

dans les fours utilisés pour cuire les prothèses (Mme To) ; ou encore dans des postes de soudeuse et monteuse en électronique (Mme Br), soudeuse en mécanique générale (Mme Br) ou de soudeuse dans la réparation d'autoradios et monteuse de lampes spéciales (Mme Gd), où une exposition à l'amiante aurait pu avoir lieu en raison d'équipements de protection individuelle à base d'amiante (gants, plaques, etc.) utilisés lors des opérations de soudage. Mais elles ont également pu être en présence d'amiante dans leur environnement de travail. C'est le cas d'une paquetreuse-brocheuse dans différentes imprimeries (Mme Bu), d'une ouvrière polyvalente dans l'industrie du développement de photos (Mme Rn), d'une technicienne d'accueil dans les anciens locaux de la Sécurité sociale (Mme Dn), d'une couturière dans le faux plafond de l'atelier de confection (Mme Gu), d'une agente technique spécialisée en école maternelle (Mme Gu), d'une surveillante et conseillère d'éducation ayant travaillé dans des écoles de type « Pailleron »²⁵⁴ (Mme Lr), mais aussi d'une technicienne aux Assedic (Mme Lr).

2. Le tabagisme passif

Cette exposition concerne 8 femmes. Elles ont surtout travaillé à des postes d'employées de bureau – agente administrative en entreprise (Mme Lg), agente de constatation aux impôts (Mme Du), expert-comptable (Mme Cq), technicienne d'accueil à la Sécurité sociale (Mme Dn) ou encore à la banque (Mme Kr) – ou dans des ateliers d'imprimerie (Mme Bu), dans un restaurant (Mme To) ou comme chauffeur-taxi (Mme Vd).

3. Les solvants chlorés (trichlo, tétrachlo, dichloro)

Ces cancérogènes concernent 5 femmes : la paquetreuse-brocheuse en imprimerie (Mme Bu), la laborantine/aide chimiste (Mme Ld), la nettoyeuse-soudeuse au reconditionnement d'ordinateurs (Mme Ds), la préparatrice de commandes dans une entreprise de vente de graines (Mme Nė) et l'ouvrière dans une industrie cosmétique (Mme Dô).

²⁵⁴ Ces expositions illustrent le caractère incertain, méconnu et obscur des parcours féminins. Ne travaillant pas aussi fréquemment que les hommes la matière-première ou avec des outils reconnus comme étant en amiante, leurs expositions à ce cancérogène devient plus difficile à déterminer. On sait pourtant que, durant des décennies, l'amiante a été utilisée dans la composition de divers objets de la vie courante. Ainsi, nous pouvons par exemple supposer que, pendant bien des années, des milliers de femmes se sont dédiées à des séances de repassage étant ainsi en contact avec de l'amiante recouvrant les protections anti-chaleur des tables à repasser. Le caractère invisible de ces tâches domestiques, de ce travail dit de la sphère reproductrice, cache l'éventuelle nocivité de ces travaux sur la santé des mains invisibles qui les ont exécutés.

4. Le benzène

« À l'état pur », ce produit était utilisé dans le travail d'horlogère de Mme Pl. L'ouvrière de l'industrie d'abrasifs (Mme Ot), la prothésiste dentaire (Mme To) et la couturière dans l'industrie de la confection (Mme Gu) ont, pour leur part, étaient en contact avec le benzène contenu dans le mélange d'hydrocarbures.

5. Le formol

Ce cancérogène a été remarqué dans le parcours de deux ouvrières de l'industrie cosmétique – Mme Ce et Mme Dô – et dans celui de l'ouvrière de l'industrie d'abrasifs (Mme Ot).

6. Les amines aromatiques

Elles concernent le travail d'aide chimiste dans l'industrie de fabrication de produits pour l'imprimerie (Mme Ld) et celui de coiffeuse (Mme Dô et Mme Mb).

7. Les gaz d'échappement diesel et essence

Sont concernées les femmes ayant travaillé sur les voies publiques, comme l'agente de contravention de la mairie (Mme Pl) et la chauffeur-taxi (Mme Vd).

8. Les hydrocarbures polycycliques aromatiques ; le cobalt et composés (fabrication de métaux durs) ; et le plomb et composés inorganiques

Ces 3 cancérogènes ont été repérés dans le parcours de 2 femmes : l'ouvrière polyvalente d'une industrie de fabrication d'abrasifs (Mme Ot) et la laborantine/aide chimiste dans une usine de fabrication de produits pour l'imprimerie (Mme Ld).

9. La silice cristalline (quartz, cristobalite)

Cette substance était utilisée dans le travail de l'ouvrière dans l'industrie d'abrasifs (Mme Ot) et dans celui de la prothésiste dentaire (Mme To).

10. Solvants indifférenciés

Ceux-ci concernent le travail de chef d'équipe dans l'industrie cosmétique (Mme Ce).

11. Chrome hexavalent (acide chromique, chromates)

Mme Ld

12. Nickel et dérivés

Mme. Ot

13. Béryllium et dérivés

Ce sont des substances manipulées dans le cadre des activités de prothésiste dentaire (Mme To).

14. Pesticides : lindane, chlorophénol, hexachlorobe

Mme Vn, agricultrice au Cambodge, a probablement été confrontée à ces pesticides dans son travail.

15. Nitrosamines (nitrosoguanidines)

Mme Dô, ouvrière dans l'industrie cosmétique, a probablement été exposée à ce cancérigène.

5.2.2 - La poly-exposition

Parmi les 22 femmes ayant probablement été au contact des cancérigènes lors de leur activité de travail, 10 auraient été exposées à plusieurs substances dangereuses. Les cocktails d'exposition les plus importants concernent le parcours professionnel de deux femmes ayant travaillé dans des branches différentes de l'industrie chimique.

La première, Mme Ld, précédemment citée, a travaillé durant 17 ans dans les locaux d'une entreprise d'imprimerie, qui a changé de propriétaires à plusieurs reprises. Elle a débuté en tant que laborantine. Sans aucune qualification, elle a tout appris sur le tas, pour devenir par la suite « aide chimiste ». Durant ses années de travail dans le développement d'encres et de produits similaires, elle a été en contact direct avec au moins 7 cancérigènes : le plomb et composés inorganiques, le benzène dans les mélanges d'hydrocarbures, le chrome hexavalent (acide chromique, chromates), le cobalt et composés (fabrication de métaux durs), des solvants chlorés (trichlo, tétrachlo, dichloro), des hydrocarbures polycycliques aromatiques et des amines aromatiques.

La seconde, Mme Ot, a commencé à travailler en 1959, à l'âge de 17 ans, dans une entreprise d'abrasifs appartenant au secteur de la chimie. Ouvrière dans la fabrication de meules diamants, elle a fait ses débuts en tant qu'ouvrière en imprimerie polyvalente. Elle est restée dans cette entreprise jusqu'en 1980 – date à laquelle elle a arrêté de travailler. D'après les activités décrites par Mme Ot, les expert-e-s ont conclu qu'elle avait probablement été

exposée à un mélange de sept agents chimiques, dont des hydrocarbures polycycliques aromatiques, du formol, de la silice cristalline (quartz, cristobalite), du cobalt et composés (fabrication de métaux durs), du plomb et composés inorganiques, du benzène dans les mélanges d'hydrocarbures et de l'amiante.

Pour une troisième femme, 5 cancérogènes ont été repérés dans son parcours professionnel. Il s'agit de Mme To, âgée de 52 ans au moment du diagnostic de son cancer broncho-pulmonaire en 2012, quand nous l'avons rencontrée. Elle est arrivée en France en 1976 avec son père et trois frères, après avoir fui la guerre au Cambodge. Elle a eu une première expérience professionnelle en 1977, alors qu'elle avait 18 ans, en tant qu'ouvrière saisonnière dans une usine de confitures à Carcassonne. L'année suivante, elle a été embauchée comme stagiaire dans une entreprise de confection d'habillement à Perpignan, où elle est restée jusqu'en 1979. Afin de se spécialiser, elle a ensuite suivi, pendant 8 mois, une formation professionnelle pour adultes pour les métiers de la couture. Cette période a été suivie de 6 mois de chômage. De 1982 à 1984, toujours à Perpignan, elle a commencé à travailler dans un laboratoire de confection de prothèses dentaires et de fausses dents. En tant qu'aide-laborantine, elle a appris le métier de prothésiste-céramiste. À partir d'une poudre et d'un liquide dont elle a oublié les noms, elle devait procéder à la préparation du « ciment » utilisé pour confectionner les fausses dents. Pour cette tâche, elle portait un masque « médical » et un tablier. Ce travail minutieux consistait à sculpter, polir et faire des couches de vernis pour que la dent soit la plus naturelle possible. L'année d'après, sur Paris, elle a été embauchée en tant que prothésiste-céramiste. En 1986, elle a encore déménagé pour se faire embaucher comme prothésiste-dentaire à Toulouse, à Grenoble et à Évreux. Pendant 4 ans, elle a fait plusieurs périodes d'essai dans différentes entreprises. Entre 1991 et 1999, elle a connu sa deuxième interruption de l'activité professionnelle en raison d'un arrêt maladie à cause de problèmes psychiatriques. D'avril 1999 à 2008, elle a repris le travail à mi-temps, comme caissière dans le restaurant de son frère. Entre 2009 et 2010, elle a été au chômage. En 2011, elle a été embauchée comme caissière dans un grand magasin à Sevran, où elle est restée un an. Selon les experts toxicologues du GISCOP93, durant toute la période de travail dans les laboratoires de prothèses dentaires, Mme To a probablement été exposée à la silice cristalline (quartz, cristobalite), à l'amiante, au nickel et à ses dérivés, au béryllium et à ses dérivés, mais aussi au tabagisme passif lorsqu'elle était caissière dans la restauration.

5.2.3 - Les « femmes avec Certificat Médical Initial (CMI) »

Les trois parcours poly-exposés que nous venons de décrire concernent des risques cancérogènes ayant donné à ces femmes la possibilité de faire une déclaration afin que le caractère professionnel de leur cancer soit reconnu. Néanmoins, force est de constater que, malgré leur poly-exposition (parfois jusqu'à 7 substances toxiques), ces « femmes exposées » n'ont pu constituer leur déclaration en MP qu'à partir d'une seule de ces substances. Cela s'explique par le caractère mono-causal des procédures de reconnaissance de la maladie professionnelle en vigueur en France, ainsi que dans nombre de pays européens²⁵⁵.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, la déclaration en MP est possible soit dans le cadre du système des tableaux de MP²⁵⁶, soit dans le cadre du Comité régional de reconnaissance en maladie professionnelle (CRRMP)²⁵⁷. Dans ce dernier cas de figure, le-a déclarant-e a pour obligation d'apporter la preuve du lien essentiel et direct entre son cancer et les activités de travail réalisées²⁵⁸. De plus, dans tous les cas, même pour une démarche entamée par le-a malade lui-même, cela ne peut se faire sans l'obtention préalable d'un certificat établi par un médecin. Ce certificat médical initial (CMI) « indique simplement qu'en vertu des éléments dont il dispose, le médecin soutient la thèse d'une étiologie professionnelle et qu'elle doit être soumise à examen » (Davezies et Torres, 2015). Compte tenu de tous ces éléments, seule la moitié des 22 « femmes exposées » a eu accès à un certificat médical initial.

Nous reviendrons sur un résumé des activités exposantes exercées par ces femmes ainsi que sur les éléments retenus par les expert-e-s afin que le certificat médical puisse être établi. Cela nous permettra de donner à voir les choix stratégiques faits au niveau de l'expertise toxicologique du GISCOP93, afin de rendre visible le caractère cancérogène des activités sur l'ensemble du parcours et des postes de travail occupés par la personne atteinte d'un cancer, tout en étant contraints de choisir parmi ces expositions celle qui sera retenue pour donner à la personne le plus de chances possibles d'obtenir la reconnaissance. Nous pourrions alors

²⁵⁵ Voir notamment le chapitre « Reconnaissance » du Rapport EUROGIP, 2010.

²⁵⁶ Ce qui implique qu'il y ait une concordance entre l'affection, le délai de prise en charge et la liste limitative ou indicative des travaux, tous associés à l'un des 22 tableaux de maladie professionnelle consacrés à des affections cancéreuses, conformément au code de la Sécurité sociale, Art. L 461-1. Voir l'annexe « Les tableaux de maladies professionnelles du régime général reconnaissant les cancers professionnels ».

²⁵⁷ Platel (2009 et 2014).

²⁵⁸ Rappelons que, d'après les données EUROGIP (2010), en France, moins de 2 000 cas ont été reconnus en 2008 selon ce système de tableaux. Le système complémentaire n'aurait qu'un potentiel de reconnaissance résiduel, avec à peine 2,2 % des cas reconnus cette même année.

réfléchir aux formes de « mise en visibilité » possibles dans le cadre de reconnaissance tel que nous le connaissons.

5.2.3.1 - Tableaux de maladie professionnelle (MP) liés aux expositions à l'amiante

1) Mme Ot, dont le parcours a été cité plus haut, a été diagnostiquée en 2009 d'un mésothéliome de la plèvre. Un an plus tard, elle a été interrogée par un enquêteur du GISCO93 et son parcours professionnel a été expertisé. Au cours des 21 ans passés dans cette entreprise, elle a probablement été exposée à tout un ensemble de produits cancérigènes. C'est néanmoins sur l'amiante – un cancérigène qui par ailleurs est connu pour son étroite relation avec l'affection dont souffre cette femme – qu'un CMI lui a été préconisé (Tableau 30-D, Concerne les pathologies « Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde » avec un délai de prise en charge de 40 ans et en rapport avec des « travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante »)²⁵⁹.

2) Mme Rn a travaillé de l'âge de 15 ans jusqu'à ses 61 ans, avec 8 ans d'interruption d'activité pour s'occuper de ses deux filles. La première période d'activité de 10 ans est composée de différents « petits boulots » très pénibles, mais non déclarés. Entre 1950 et 1952, elle a été agente de cantine. En 1960, elle a repris son activité et a travaillé en tant qu'ouvrière dans un des laminoirs d'une entreprise spécialisée dans les métaux précieux. Chargée de réduire l'or devant servir postérieurement à la fabrication de bijoux, cette femme était équipée de gants et d'un tablier en amiante. Cette activité n'a duré que 3 ans. Ensuite, Mme Rn a été, pendant 23 ans, ouvrière dans une usine de développement photo²⁶⁰, où elle a surtout fait du travail à la chaîne. À partir de ces informations sur son parcours professionnel, les experts toxicologues n'ont pu prendre en compte que les 3 ans durant lesquels elle portait des protections en amiante. Or, cette courte durée d'exposition ne lui permettait pas de bénéficier de la préconisation d'un CMI²⁶¹. Néanmoins, son médecin hospitalier lui avait déjà rédigé un CMI. Cette femme a réalisé la déclaration en MP au mois de mai 2011, alors que l'expertise

²⁵⁹ Extrait du tableau de maladie professionnelle 30, paragraphe D du régime général. Information accessible sur <http://www.inrs-mp.fr/mp>.

²⁶⁰ À titre de rappel, d'autres parcours professionnels d'ancien-ne-s travailleur-se-s de cette usine, ainsi que celui de Mme Rn, ont été traités dans la comparaison réalisée dans le chapitre 4.

²⁶¹ La durée d'exposition à l'amiante exigée pour la reconnaissance d'un cancer du poumon en maladie professionnelle doit être au minimum de 5 ans (Tableau 30 de la Sécurité sociale).

du GISCOP93²⁶² n'a été faite qu'au mois de juillet. Ce médecin avait déjà accompagné d'autres patients atteints d'un cancer et ayant travaillé, tout comme Mme Rn, dans cette même usine de développement photo. Il avait ainsi appris que les locaux de cette entreprise étaient amiantés et que d'autres anciens salariés avaient déclaré des maladies dans ces mêmes conditions²⁶³. Le CMI préconisé par les experts du GISCOP93 reposait sur le tableau n° 30 du régime général. Ce n'est qu'un an plus tard, au mois de mai de 2012, que Mme Rn a reçu la notification de l'accord donné à sa demande de reconnaissance par le CRRMP sur la base de l'Alinéa 3, soit lorsque l'une des conditions du tableau n'est pas remplie.

3) Dès l'âge de 14 ans, Mme Bu a fait plusieurs « petits boulots » non déclarés. À 18 ans, elle a commencé à travailler comme employée de maison pendant 2 ans. Ensuite, elle fera du ménage en intérim pendant 3 ans, après quoi, en 1975, elle fera ses débuts dans une imprimerie parisienne comme papetière-brocheuse. Sans jamais connaître de promotion, elle restera papetière-brocheuse dans 7 PME de l'imprimerie parisienne jusqu'à son diagnostic en 2011. Elle est restée 2 à 4 ans dans chaque entreprise, à l'exception d'une maison d'édition où elle est restée 11 ans, de 1979 à 1990. Durant ces 36 ans de travail en imprimerie, elle a connu un an de travail en intérim (1978) et deux périodes de chômage, l'une de 2 ans (en 1998) et l'autre de 3 ans (en 2004). Pour ses 7 ans comme employée de maison, les expert-e-s ont mis en avant l'éventualité d'expositions à l'amiante, présente dans nombre d'outils ménagers tels que les fers et les tables à repasser. Aucune exposition n'a été retenue pour ses années de travail en intérim, que ce soit dans le nettoyage ou dans l'imprimerie. La multiplicité des missions de courtes durées, réalisées il y a des années en arrière, porte préjudice à la description fine des activités exécutées. Cette femme s'est trouvée dans l'impossibilité de donner à voir son travail réel et parfois même le travail prescrit durant ces périodes. Pour la période en tant qu'employée en imprimerie, ont été retenues des expositions aux solvants chlorés (8 ans), à l'amiante (9 ans) et au tabagisme passif (13 ans), sur la base du tableau 30bis – référent au « Cancer broncho-pulmonaire primitif », avec un délai de prise en charge de « 40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans) » – comptant une liste limitative de travaux, dans laquelle ne sont pas cités ceux effectués par Mme Bu.

²⁶² Rappelons que ce genre de situation est possible étant donné que l'expertise du GISCOP93 se déroule « à l'aveugle ». Les informations concernant les types de pathologies, le sexe, le tabagisme et l'âge des patients ne sont révélées aux expert-e-s qu'une fois leur appréciation du parcours professionnel terminée.

²⁶³ Ajouter les infos que j'ai eu sur internet concernant le procès des riverains de l'entreprise et la décision de la mairie d'obliger la société à dépolluer les sols qu'elle aurait extrêmement contaminés durant ses années d'activité.

4) Mme Br (TG09) a commencé à travailler dès ses 15 ans. Comme d'autres femmes, elle a été, pendant 2 ans, employée de maison déclarée. En 1970, elle a commencé son travail d'ouvrière dans le montage de composants électroniques. Durant 2 ans, elle a exercé cette activité en travail posté (3x8). En octobre 1972, elle a été embauchée comme soudeuse dans une entreprise de mécanique générale. Entre mai et novembre 1976, elle a suivi une formation professionnelle pour le métier de « montage, soudage, câblage ». À la sortie de cette formation, elle a à nouveau été embauchée. Juste après, elle a travaillé pendant 6 mois dans une entreprise d'électronique, faisant le montage et le soudage de petites pièces électroniques. Puis, durant 3 mois, elle a travaillé dans une autre entreprise qui a déposé le bilan. S'ensuit un an de chômage, au cours duquel elle se prépare pour le concours des PTT. En septembre 1978, elle est admise aux PTT et c'est dans cette entreprise qu'elle vivra la majeure partie de sa vie active, d'abord comme câbleuse dans l'élargissement des lignes téléphoniques (5 ans), puis comme monteuse dans la construction de lignes sur des répartiteurs (15 ans) et finalement comme agente d'exploitation (12 ans). Selon l'expertise du GISCOP93, Mme Br a été exposée au travail de nuit posté pendant 2 ans, au plomb et composés inorganiques et à l'amiante dans les entreprises de mécanique et d'électronique (5 ans), puis à l'amiante dans les activités de montage et de soudage aux PTT (15 ans). Un CMI lui a été préconisé dans le cadre du tableau n° 30 bis²⁶⁴.

5) Mme To (TG24) fait partie des femmes concernées par la poly-exposition et dont les parcours professionnels ont déjà été décrits plus haut. À ce titre, les expert-e-s du GISCOP93 lui ont préconisé un CMI sur le Tableau 30 bis, c'est-à-dire en privilégiant la visibilité des expositions à l'amiante dont elle a été victime.

6) Mme Gd (TG34) a travaillé à partir de 1957. Pendant 3 ans, elle a été couturière dans une petite fabrique de poupées. Elle a ensuite travaillé dans une usine pour un grand fabricant d'autoradios et de télévisions (Sonolor). Elle a occupé un poste de soudeuse pendant les 3 premières années et celui de dépanneuse d'autoradios durant les dernières 16 années et 5 mois passées dans cette usine. Puis, elle a connu 4 ans de chômage. De 1983 à 1999, elle a travaillé dans une petite entreprise spécialisée dans la recherche et le développement de

²⁶⁴ Au cours de ces dernières années, le GISCOP93 a participé à deux expertises CHSCT. Celles-ci ont montré une poly-exposition beaucoup plus importante, qui pourrait justifier de compléter l'exposition de Mme Br. En effet, les agents de ligne des PTT (devenus France Télécom, puis récemment Orange) ont été exposés – outre l'amiante – au plomb, aux rayonnements ionisants et aux solvants.

lampes utilisées dans les milieux médicaux, aéronautiques et ferroviaires. Selon l'expertise du GISCOP93, Mme Gd a été exposée à l'amiante lors de ses activités en tant que soudeuse, dépanneuse et monteuse de lampes, soit durant 35 ans. Ainsi, un CMI lui a été préconisé sur la base du tableau 30Bis.

7) Mme Dn (TG18) a dû travailler dès l'âge de 15 ans, suite au décès de son père. Pendant 5 ans, elle a multiplié les emplois dans des usines, dans le ménage et sur les marchés. En 1969, elle devient employée de bureau à la Sécurité sociale. Elle passe ensuite à un poste de technicienne à l'accueil dans différentes agences, puis à celui de technicienne sur plateforme téléphonique, de 2000 à 2006, quand elle prend sa retraite. Selon l'expertise de son parcours, elle a été exposée, pendant au moins 30 ans, au tabagisme passif. Mme Dn soulève aussi la présence d'amiante dans les locaux de travail. Les experts l'ont alors signalisé en précisant que des documents tels que le Diagnostic Amiante des bâtiments constitueraient une pièce maîtresse pour appuyer une demande dans le cadre d'un tableau amiante. En leur absence, elle pouvait tout de même avoir un CMI basé sur l'exposition au tabagisme passif²⁶⁵, soit sur le système hors tableaux. Finalement, un CMI lui a été accordé sur la base du tableau 30 bis relatif à l'exposition à l'amiante.

5.2.3.2 - Tableau de maladie professionnelle lié aux expositions au chrome

Mme Ld (TG13), dont le parcours a été précédemment cité, a été considérée comme probablement exposée à 7 cancérogènes. Un CMI lui a été préconisé (Tableau 10 ter, concernant les « Cancer broncho-pulmonaire primitif », sur un délai de prise en charge de « 30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans) » et relatif aux travaux de « Fabrication manipulation et conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; Fabrication de chromate de zinc ; Travaux de mise au bain dans les unités de chromage électrolytique dur »).

5.2.3.3 - Les indications vers le Comité Régional de reconnaissance en maladie professionnelle(CRRMP)²⁶⁶.

1) Mme Pl a d'abord travaillé comme horlogère et ce dès 1957. Pour cette période, les experts ont retenu 8 ans d'exposition au benzène pur qu'elle utilisait pour nettoyer les pièces

²⁶⁵ Actuellement, le Danemark est le seul pays l'Union Européenne à avoir un tableau de reconnaissance du cancer du poumon dû au tabagisme passif dans l'environnement du travail (Rapport Eurogip, 2010).

²⁶⁶ Pour rappel, le CRRMP est l'instance à laquelle les dossiers de demande de reconnaissance ne remplissant pas un ou plusieurs critères des tableaux de MP ou n'ayant pas un tableau désigné sont adressés.

des montres. Après l'arrivée de son troisième enfant, elle interrompra son activité pendant 15 ans. Puis, entre 1981 et 1998, elle est agente de surveillance de la ville de Paris. Pour ces années, les experts ont retenu des expositions aux gaz d'échappement diesel et essence. C'est en réalité sur ces dernières expositions que la rédaction du certificat médical a été recommandée à son médecin, soit en reliant son cancer broncho-pulmonaire aux 17 années d'exposition aux gaz d'échappement présents dans son activité de travail en tant qu'agente de surveillance. Aucun tableau ne concerne ces expositions, c'est pourquoi le CMI a été préconisé à partir du système complémentaire. Qui plus est, en tant que fonctionnaire, Mme Pl relevait d'un régime de Sécurité sociale spécial (Système hors tableau pour une assurée relevant de la fonction publique – CRRMP alinéa 4).

2) Tout au long de son parcours professionnel, Mme Cq a exercé le métier de comptable. Dans les différentes entreprises où elle a travaillé, elle, qui n'a jamais fumé, a été confrontée au tabagisme des collègues de bureau. Les expert-e-s ont alors estimé qu'un CMI pourrait lui être préconisé en avançant le caractère professionnel des 44 années d'exposition au tabagisme passif dont Mme Cq a été victime (Système hors tableau du régime général, CRRMP – tabagisme passif).

3) Mme Vd (TG30), dont le parcours a déjà été évoqué, a principalement exercé l'activité de chauffeur-taxi. Elle a d'abord été employée puis artisan. Son parcours a été expertisé à la mi-2012, au moment où le CIRC venait de classer les particules fines des moteurs diesel²⁶⁷ en « cancérogène certain » pour l'être humain et directement lié à l'apparition des cancers du poumon. Ainsi, c'est pour le travail de chauffeur-taxi que les expert-e-s lui ont préconisé un CMI basé sur ses expositions aux gaz d'échappement des moteurs diesel et essence. Néanmoins, à ce jour, aucun tableau de MP concernant le cancérogène en question n'a été créé. C'est donc dans le cadre du CRRMP que sa demande a été faite.

²⁶⁷ Voir notamment document INCa, Collection **Fiche Repères** « Particules fines, dont diesel et risque de cancer », publié le 1^{er} juin 2013, accessible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Particules-fines-dont-diesel-et-risque-de-cancer>.

5.2.4 - -Les « femmes sans Certificat Médical Initial (CMI) »

Parmi les 11 femmes exposées qui n'ont pas eu accès à la déclaration nous distinguons 4 anciennes ouvrières (dont 2 anciennes ouvrières de la cosmétique), une coiffeuse.

5.2.4.1 - Une exposition trop ancienne dans le cadre du travail, mais assez longue dans le milieu familial

La première ouvrière, Mme Ce, a été diagnostiquée d'un mésothéliome de la plèvre – pathologie liée à des expositions à l'amiante, en 2011. Or, son contact avec des plaques d'amiante aurait eu lieu dans le cadre du travail réalisé dans l'entreprise de son père, vendeur de matériaux de construction, auquel elle donnait un coup de main pour ce travail qui se faisait dans des locaux annexes à la maison familiale. Dans le cadre professionnel, cette exposition n'aurait eu lieu qu'entre 1956 et 1960, quand elle a arrêté de travailler pour son père. Même si, dans le cadre familial, Mme. Ce a probablement continué à être exposée puisque son père avait entreposé des plaques d'amiante dans le grenier de leur maison, dans le cadre professionnel son exposition avait cessée en 1969, soit 51 ans avant son diagnostic. Or, le tableau de maladie professionnelle n°30 stipule la reconnaissance du mésothéliome dans un délai de prise en charge de jusqu'à 40 ans, sans contrainte quant à la durée d'exposition. En ce sens, le GISCOP93 lui a conseillé de se tourner vers le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), sachant que, dans ce cadre, le mésothéliome bénéficie d'une reconnaissance de droits en tant que pathologie spécifique à une exposition à l'amiante.

5.2.4.2 - L'absence de tableau de maladie professionnelle reliant la substance toxique au cancer dont elles souffrent

Concernant les expositions ayant eu lieu dans le cadre de son travail d'ouvrière dans la chimie-cosmétique, tout comme Mme Dor (ouvrière de la chimie-cosmétique) et Mme Mb (coiffeuse), Mme Ce a été confrontée à la non concordance entre la pathologie prévue dans le tableau des MP qui prend en compte les expositions dont elle a été victime. La déclaration de ces 3 femmes n'a donc pas été possible. Toutes trois ont probablement été exposées au formol (tableau 43bis-cancer du nasopharynx), à des amines aromatiques (15bis- dermite irritative, lésions eczématiformes, rhinite et l'asthme) et à des solvants (84 – syndrome ébrieux ou narcoleptique, dermatites et conjonctivites irritatives, lésions eczématiformes, encéphalopathies). Aucun des tableaux prévus pour rendre compte des atteintes à la santé au travail occasionnées par ces substances ne concerne les cancers broncho-pulmonaires, affection dont souffrent ces femmes.

Cette situation est aussi celle de Mme Ds qui, entre 1966 et 2011, a cumulé 9 emplois différents et 4 interruptions (3 périodes de chômages et une interruption de 19 ans pour se consacrer à sa famille). Tout au long de ce parcours précaire, elle a été magasinière, ouvrière, à nouveau magasinière, ouvrière magasinière, repasseuse, nettoyeuse d'ordinateurs (dans deux emplois différents au sein d'entreprises de même type) et enfin tampographe. Durant les 10 ans au cours desquels elle a travaillé comme nettoyeuse dans deux petites entreprises de reconditionnement d'ordinateurs, Mme Ds a probablement été exposée aux solvants chlorés, mais aucun tableau de MP ne relie ces expositions au cancer du poumon.

Mme Nè, quant à elle, a été préparatrice de commandes dans une entreprise d'emballage de graines pour les commençants de produits de jardinage et d'agriculture. Dans le cadre de cette activité réalisée pendant 9 ans, elle a certainement été exposée à des solvants. Atteinte d'un cancer urinaire, elle non plus n'a pu bénéficier de l'existence d'un tableau de maladies professionnelles reliant l'exposition aux solvants à son type de cancer.

5.2.4.3 - L'amiante et le tabagisme passif : Sick Building Syndrome²⁶⁸ à la française ?

Qu'est-ce que l'amiante ?

Le terme « amiante » désigne un groupe de minéraux (silicates) constitués de fibres microscopiques. L'amiante a longtemps été utilisée industriellement et commercialement, en raison de ses propriétés physico-chimiques : résistance au feu, faible conductivité thermique, acoustique et électrique, résistance mécanique, résistance aux agressions chimiques, élasticité. (*L'amiante, en prévenir les risques : dans l'enseignement supérieur et la recherche*)²⁶⁹

L'extrait ci-dessus provient de la brochure produite par le ministère de l'Éducation dans le cadre du « plan d'action amiante »²⁷⁰, afin de sensibiliser le personnel aux circonstances d'exposition, aux risques encourus, au suivi médical et aux dispositions à prendre par le chef d'établissement et par les salariés. Selon le document, sont notamment concernées certaines catégories professionnelles :

²⁶⁸ En référence à l'ouvrage de Michelle Murphy (2006), *Sick building syndrome and the problem of uncertainty*. Environmental politics, technoscience, and women workers, Duke University Press.

²⁶⁹ Disponible sur :

[https://www.rh.inserm.fr/INSERM/IntraRH/RHActualites.nsf/\(vDossiersActualitesParIDBO\)/03495F96B64EE61FC12574B40045DE22/\\$file/brochure_info_ministere.pdf?OpenElement](https://www.rh.inserm.fr/INSERM/IntraRH/RHActualites.nsf/(vDossiersActualitesParIDBO)/03495F96B64EE61FC12574B40045DE22/$file/brochure_info_ministere.pdf?OpenElement)

²⁷⁰ Bulletin Officiel n° 45 du 17 novembre 2005.

Vous êtes tous concernés... notamment si vous appartenez ou avez appartenu à l'une de ces catégories de personnel : - personnel de maintenance et d'entretien en mécanique automobile, maçonnerie, peinture, plomberie, chauffage, ventilation, électricité, câblage de réseaux, toiture, cloison, revêtement de sol, - personnel en services de restauration, - personnel de laboratoire, - personnel enseignant dans certaines disciplines scientifiques et techniques, notamment celles liées aux métiers du bâtiment et de ses installations techniques, celles utilisant la chaleur, les sciences physiques et chimiques, la mécanique...ou travaillant en présence de certains appareils et matériaux (L'amiante en prévenir les risques, Ibidem., p.3-4) »

On relèvera que dans cet extrait, il est stipulé « notamment » et non « exclusivement », car, si, par les tâches qu'elles réalisent, les catégories citées sont les plus susceptibles d'être confrontées à une situation de dégradation d'une superficie amiantée, elles ne sont pas les seules dans ce cas. Tout personnel et étudiant-e qui fréquente des établissements contenant de l'amiante a pu, à un moment donné, être confronté à un certain niveau de pollution atmosphérique. C'est ce que soutiennent certain-e-s expert-e-s du GISCO93 lors d'une réunion d'expertise de 2012²⁷¹ autour du parcours professionnel des femmes ayant travaillé dans des établissements scolaires. En ce sens, Annie Thébaud-Mony cite souvent un des cas sur lesquels elle est intervenue avec Henri Pezérat. Il s'agit des cancers chez des enfants ayant fréquenté l'école maternelle Franklin-Roosevelt installée dans un ancien site industriel Kodak à Vincennes (Val-de-Marne)²⁷². Une alerte de santé publique a été lancée par le collectif Franklin, composé de parents d'élèves inquiets de la survenue de cancers chez les enfants. C'est ainsi que la pollution environnementale d'un ancien site Kodak non décontaminé a été révélée. L'invisibilité des maladies professionnelles des anciens travailleurs et travailleuses de ce site est cependant restée totale. À l'évidence, les victimes professionnelles n'ont jamais été mises au courant de leur exposition à des substances toxiques comme l'amiante. Cette situation n'est pas sans rappeler celle de Mme Rn dont le cas a été traité plus haut parmi les « femmes avec un CMI » : elle a travaillé pendant 23 ans dans une usine de développement photo à Sevrans et a reçu un CMI émis directement par son médecin, avant même que son parcours soit expertisé par le GISCO93.

L'amiante est communément associée au travail ouvrier industriel, ce qui renforce la résistance de la prise en compte des risques toxiques dans le travail féminin. Depuis le déclin du travail minier en France, c'est l'usine qui occupe en effet la représentation dominante du

²⁷¹ La réunion en question a été enregistrée.

²⁷² Thébaud-Mony (2014 : 253-254) et Henri Pézerat, *Risques, sciences et contre-pouvoirs, un parcours*, Collection « vécus, paroles, mémoires », 2008, disponible sur <http://www.asso-henri-pezerat.org>, chapitre 6. Cette affaire est également citée dans l'article de Marcel Calvez « Les signalements profanes de clusters de cancers : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale », *Sciences sociales et santé*, 2009/2 Vol. 27, p. 79-106.

lieu de travail ouvrier référence pour penser la problématique du cancer lié au travail. D'autre part, c'est le travail manuel de l'ouvrier, qualifié ou pas, qui demeure la référence pour penser les activités exposant aux risques cancérogènes. Ainsi, en dépit de la gravité de certaines affaires de pollution environnementale, le fait de ne pas appartenir à la catégorie ouvrière, plus encore que le fait d'être une femme, semble les écarter d'une hypothétique exposition professionnelle.

La brochure que nous avons citée s'appuie sur le dossier « L'amiante, l'essentiel » (INRS). Elle rend compte de quelques exemples de « matériaux et produits susceptibles de contenir de l'amiante : fours, étuves, autoclaves, chaudières, installations de distillation, chapeaux de chauffe-ballon ou de chauffe-eau, filtres, garnitures de friction, couvertures, gants et matelassages anti-feu, tabliers, cagoules, combinaisons, coussins, plaques isolantes, amiante-ciment, dalles vinyle amiante, joints plats, tresses, cordes... ».

En raison de cette connaissance de la présence de l'amiante dans les matériaux les plus divers, les expert-e-s ont décidé de prendre au sérieux la situation des femmes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire et ayant travaillé dans des lieux comme des écoles ou des bureaux, et ce bien avant l'interdiction de l'utilisation de l'amiante en France. Malheureusement, aucun recensement systématique des écoles contaminées par l'amiante n'a été établi, malgré une demande constante des associations.

Dans notre échantillon, deux femmes sont directement concernées par ce cas de figure. D'un côté, Mme Gu, qui a fait ses débuts en tant que couturière (1959-1970), a probablement été exposée à l'amiante présente dans les plaques qui recouvraient les murs du vieil atelier où elle travaillait, mais aussi au « benzène mélanges d'hydrocarbures » présent à ce moment-là dans les huiles qu'elle utilisait pour graisser les machines à coudre. Après une période de chômage et une autre comme couturière, sans être exposée, Mme Gu a pu faire valoir ses habiletés manuelles et son bon contact avec les enfants pour être embauchée comme « Agent Technique Spécialisé d'École Maternelle », de 1974 à 2005. Jusqu'en 1993, elle a travaillé dans des préfabriqués et, lors de son entretien, elle évoque le soupçon qui pèse sur le fait que les plaques qui recouvraient les murs étaient en amiante. Les experts ont noté ces expositions à l'amiante afin de les rendre visibles dans le cadre de l'enquête. Néanmoins, sans éléments concrets, ils et elles savaient que Mme Gu avait peu de chance de voir sa demande de reconnaissance acceptée, c'est pourquoi il lui a été conseillé de vérifier la possibilité de se

procurer le diagnostic technique amiante²⁷³ de l'école en question, afin de pouvoir appuyer une demande de reconnaissance.

L'autre femme ayant connu une situation similaire est Mme Lr. Elle a travaillé, de 1968 à 1977, dans des écoles de type « Pailleron ». Il s'agit de bâtiments préfabriqués, connus comme établissements de type « Pailleron », issu du nom de l'École Edouard Pailleron du 19^{ème} arrondissement de Paris, qui a brûlé suite à un incendie criminel en février 1973, provoquant la mort de 20 personnes, dont des élèves. L'architecture d'inspiration industrielle de ces immeubles inspire la crainte dans les régions françaises où des écoles de ce type existent encore. Pour faire face au risque d'incendie, ces écoles ont souvent été isolées à l'amiante. Tandis que le risque d'incendie a été neutralisé, la présence d'amiante provoque alors à son tour l'inquiétude, comme en témoignent divers articles de presse. L'article « Quatre collèges "Pailleron" et beaucoup de questions », paru dans l'*Union Ardennaise* du 25 janvier 2012²⁷⁴ fait état de la situation des 4 établissements et suggère que certains directeurs préfèrent éviter de parler des problèmes de leur structure de peur de voir leur établissement fermer. Un autre article, cette fois paru dans l'*Écho Républicain*, se consacre au chantier de désamiantage car « l'ancienne école de type Pailleron contient de l'amiante dans son isolation et certains joints de chaufferie »²⁷⁵. Sur internet, on trouve également les témoignages d'ancien-e-s enseignant-e-s atteint-e-s d'un cancer qu'ils imputent à des expositions à l'amiante dans les établissements scolaires où ils ont travaillé. L'une de ces personnes, Claude Aafort, est militante active de l'ANDEVA (Association nationale des victimes de l'amiante).

²⁷³ Ce document, rendu obligatoire par le Code de la santé publique, est censé être accessible à toute personne qui en fait la demande. Pour les écoles, ce DTA peut être consulté à la mairie ou à l'inspection d'académie, mais, dans la pratique, il n'est pas toujours facile d'y avoir accès.

²⁷⁴ Article disponible sur <http://www.lunion.presse.fr/article/ardennes/quatre-colleges-pailleron-et-beaucoup-de-questions>.

²⁷⁵ « Trois mois seront nécessaires pour désamianter puis démolir les 1.500 m² de l'établissement », article disponible sur <http://www.lechorepublicain.fr/eure-et-loir/actualite/pays/pays-dunois/2012/08/28/trois-mois-seront-necessaires-pour-desamianter-puis-demolir-les-1-500-m2-de-letablissement-1252525.html>.

C'est au printemps 2003 que ça a commencé. Nous faisons beaucoup de manifestations sur les retraites. Il faisait très chaud. J'ai attrapé une bronchite, puis une pleurésie. Je suis allée chez un pneumologue. Il n'a rien vu. Quelques mois plus tard, j'ai passé une bronchoscopie et une biopsie : j'avais un cancer de la plèvre, un mésothéliome. J'étais prof d'anglais, un métier où l'on ne s'attendrait pas à attraper une telle maladie. En fait j'ai travaillé pendant vingt-cinq ans dans un lycée Pailleron, un infâme bâtiment délabré, qui avait été refait après les bombardements de la guerre, puis agrandi en 1963-64. Une vieille école communale avait été transformée en lycée. À l'époque on mettait de l'amiante partout : sur les façades, dans les préfabriqués... Nous nous sommes battus pendant 25 ans pour avoir un lycée neuf. Le bâtiment a été démoli. Je n'ai jamais pu retrouver de documents techniques prouvant mon exposition professionnelle. (Extrait du témoignage de Claude Aufort)²⁷⁶

Ce témoignage permet de mieux saisir la situation de Mme Lr, qui, de 1983 à 2011, aurait également connu des locaux de travail amiantés. Il s'agirait là d'une agence ASSEDIC où des travaux de rénovation auraient été faits en 1999, soit après l'interdiction de l'amiante en France.

Dans le cas d'une demande de déclaration, il serait préférable que Mme Lr puisse prouver que ces locaux étaient bien amiantés. Outre cette difficulté, Mme Lr a également été fumeuse pendant plusieurs années. Compte tenu des pratiques des médecins de CRRMP, les expert-e-s du GISCOP93 ont considéré que Mme Lr allait très probablement être confrontée à un refus de reconnaissance, pour absence de preuves d'exposition à l'amiante et présence de « facteurs extra-professionnels ». Même si la jurisprudence en la matière montre que la Cour de cassation juge que, dans le cas d'un-e salarié-e fumeur-se exposé-e à un toxique avéré, la maladie professionnelle doit être reconnue, indépendamment du fait que la victime ait été fumeuse ou pas, les CRRMP agissent rarement en accord avec cette jurisprudence, d'autant plus lorsque l'exposition professionnelle n'est pas prouvée. C'est pourquoi les expert-e-s ont décidé de ne pas encourager Mme Lr à faire une déclaration en MP.

Mme Du et Mme. Lg, ont toutes les deux occupé des postes administratifs en bureau et se trouvaient dans ce même cas de figure. La première a travaillé dans la fonction publique de 1964 à 2008 à la Direction Générale des Impôts de Paris. La seconde a travaillé dans le privé de 1973 à 2011. Même si durant une grande partie de leurs années de travail elles ont côtoyé des collègues de bureau fumeur-se-s et ont ainsi été exposées à leur tabagisme parce qu'elles-mêmes étaient également fumeuses, une demande de reconnaissance dans le cadre d'une exposition au tabagisme passif n'aurait pas de chances d'aboutir.

²⁷⁶ Article extrait du Bulletin de l'Andeva N° 25 (janvier 2008), disponible sur : <http://andeva.fr/?Dossier-Amiante-et-Cancer-Vivre>

Enfin, il y a aussi le cas de Mme Kr qui a été employée de banque de 1969 à 2011 et qui a également été exposée au tabagisme des collègues de travail. Même sans avoir elle-même été fumeuse, la reconnaissance du cancer dont elle souffrait sur la base de son exposition au tabagisme passif n'aurait pas non plus été garantie²⁷⁷. Par ailleurs, en se retrouvant à un stade avancé de la maladie lors de l'entretien, Mme Kr n'avait pas la possibilité de se charger elle-même de la déclaration à l'intention du CRRMP. N'ayant pas non plus d'ayants droits, aucun CMI ne lui a été préconisé.

Le syndrome du bâtiment malsain (SBM) correspond au diagnostic qui a été posé pour expliquer les problèmes de santé de masse soulevés par les travailleur-se-s des immeubles de bureaux dans les années 1980 aux Etats-Unis²⁷⁸. L'historienne Michelle Murphy (2006) rend compte de cette affaire en la situant dans un contexte de syndicalisation et activisme des travailleur-se-s de bureaux durant le gouvernement Reagan. De façon encore plus macrosociale elle situe cette histoire dans le contexte de reconfiguration du marché et de la force de travail, avec le déclin des emplois de type industriels et la multiplication des emplois dans le secteur tertiaire. Autrement dit, le contexte est celui du déclin de la figure de l'ouvrier industriel homme et l'émergence de la figure des employé-e-s, dont celles ayant comme lieu de travail les bureaux dans les grands ensembles d'immeubles.

Ainsi ce sont principalement des travailleuses qui étaient à l'origine du signalement des problèmes de santé les plus divers tels que des infections des sinus, les infections respiratoires, des éruptions cutanées, des vertiges, etc. Des problèmes de santé qu'elles posaient comme des problèmes de santé au travail.

Murphy (*Ibidem*) montre que le sexe des plaignantes a joué un rôle dans la stratégie adoptée pour décrédibiliser les plaintes et nier l'existence d'un problème de santé au travail. Des diagnostics aussi sexistes que celui de l'hystérie de masse ont ainsi été avancés pour construire l'image des « maladies de femme »²⁷⁹. Mais c'est des deux côtés²⁸⁰ que le genre a façonné des stratégies épistémologiques. Les travailleuses se sont appuyées d'une part sur les analyses féministes de l'oppression structurelle ainsi que sur des enquêtes sociales et notamment antiracistes ; et d'autre part sur les enquêtes en épidémiologie populaire à propos

²⁷⁷ Son exposition au tabagisme passif a été qualifiée par les expert-e-s du GISCOP93 comme étant « incertaine ou douteuse », la fréquence a été estimée de « 4h à 8h par jour », l'intensité est dite « faible » et aucun pic d'exposition n'a été indiqué.

²⁷⁸ Ce diagnostic a depuis également été posé au Royaume-Uni et en Scandinavie.

²⁷⁹ Ce que nous fait penser à ce que Nicole-Claude Mathieu (1991) évoque comme la stratégie de *survisibilisation* de la nature féminine comme moyen d'*invisibiliser* les femmes en tant qu'actrices politiques.

²⁸⁰ Murphy distingue dans cette affaire les.

des expositions chimiques. C'est donc par-là qu'elles ont abouti à problématiser politiquement la question des expositions à de faibles doses. L'incertitude produite autour de ces questions est vue par Murphy comme le moteur de la production de nouvelles recherches aussi bien motivées par les « victimes potentielles » que par les « producteurs potentiels » d'expositions.

Cet exemple nous fait penser au rôle joué par l'amiante et par le tabagisme passif, comme des formes de pollution environnementale qui se posent également aux anciennes travailleur-se-s des bureaux, répartitions publiques, mais également des écoles.

Dans « Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une "crise de santé publique " », Emmanuel Henry (2000) retrace l'histoire médiatique et politique de l'affaire amiante en France. Une affaire dans laquelle les personnels et scientifiques de l'Université Jussieu, réunis dans une intersyndicale ont joué un rôle central dès les années 1970, en soulevant notamment la question des conditions de travail et celle de l'empoisonnement à l'amiante. Au final, plus de vingt ans de bras de fer entre des représentants syndicaux, patronaux et de l'Etat ont abouti à des résultats contrastés. Henry restitue notamment les issues d'une réunion organisée par le Ministère du travail dans le but de constitution d'une expertise indépendante et à laquelle ont été conviés l'ensemble des experts travaillant plus ou moins directement sur la question de l'amiante.

Malgré ces divergences prévisibles, cette réunion aboutit à deux principales conclusions. La première est la confirmation du caractère non-prioritaire et non préoccupant des expositions non-professionnelles au matériau, la seconde, la prise en compte des professionnels travaillant au contact de l'amiante en dehors des secteurs couverts par la réglementation en vigueur. (Henry, 2000)

Et il complète sur le « matériau » :

« Les risques liés à l'amiante seraient donc circonscrits aux professionnels dont les interventions libèrent à un titre ou à un autre de l'amiante » (Extrait de « Relevé des principales conclusions de la réunion du 20 décembre 1994 rassemblant les experts français en matière d'amiante »)

L'interdiction de l'amiante intervient dans la suite de ces événements en 1996. Une victoire qui reste associée à la médiatisation et à l'élargissement du problème à l'échelle des préoccupations de santé publique, mais au détriment de nombreuses situations relevant de plan de la santé au travail²⁸¹.

²⁸¹ Nombre d'expositions à l'amiante dans le cadre de l'activité de travail restent très probablement invisibles. En ce sens, nous avons par exemple le témoignage d'une jeune femme ne faisant pas partie de notre échantillon. Travailleuse temporaire d'une bibliothèque parisienne, elle dit avoir été envoyée nettoyer la poussière qui

Comme dans le cas des questions autour des expositions à des faibles doses, questions ouvertes par l'affaire du SBM, dans le cas français les questions autour des effets de synergie entre exposition à l'amiante et tabac ont cédé la place à un régime minimaliste de prise en compte de l'amiante en tant que risque professionnel.

Les femmes travailleuses de bureau sont ainsi susceptibles d'avoir été confrontées à des situations d'exposition aux poussières d'amiante, au tabagisme passif ou encore à d'autres polluant environnementaux tels ceux révélés par l'affaire des bâtiments malsains. Le peu d'études consacrées à leur situation spécifique mais également le régime particulier²⁸² de la sécurité sociale dans lequel certaines se retrouvent constituent autant d'éléments qui contribuent à l'opacité de ces situations d'atteintes à la santé au travail.

5.2.4.4 - L'exposition hors du cadre de la couverture sociale française

Au Cambodge, Mme Vn a travaillé, à partir de l'âge de 16 ans, dans des cultures de riz pendant les moussons, puis dans des cultures de bananes et d'autres fruits, durant le restant de l'année. Cela s'est passé entre 1953 et 1978. En 1978, elle et sa famille sont parties se réfugier en Indonésie. Pendant 3 ans, ils ont erré entre différents camps de réfugiés. En 1983, elle, son mari et leurs deux enfants sont arrivés en France. Durant les 3 premières années, ils ont vécu dans une région vinicole et elle a pu travailler dans les vendanges. Ils ont ensuite déménagé en Île-de-France. Son mari s'est fait embaucher dans une entreprise de confection, mais Mme Vn, ne parlant pas français, elle n'a plus jamais travaillé. Selon l'expertise du GISCOP93, cette femme a probablement été exposée à des pesticides pendant ses 25 ans de travail dans l'agriculture. Ces expositions ont eu lieu au Cambodge et ne seront donc pas prises en compte par la Sécurité sociale française²⁸³. Ce genre de situation concerne les travailleur-se-s immigrant-e-s, qu'ils aient réalisé des tâches exposantes dans d'autres pays ou en France dans le cadre du travail non déclaré, ce qui est notamment le cas des « sans-papier » (Paiva, 2012). Il s'agit de situations d'expositions qui deviennent complètement invisibles car elles échappent au cadre assurantiel de la couverture sociale française (Thébaud-Mony, 1991).

tombait du plafond sur des étagères d'un local de la bibliothèque fermé au public. Plus tard elle a appris qu'un chantier de désamiantage avait démarré à ce même endroit.

²⁸² Cela peut s'agir du cas des travailleuses temporaires peu informées ou encore des travailleuses stables relevant de la fonction publique, situation dans laquelle c'est à l'employeur et non pas la CPAM de se charger des demandes de reconnaissance en MP des employé-e-s.

²⁸³ Même lorsque des accords de la Sécurité sociale existent entre la France et le pays d'origine des travailleur-se-s migrant-e-s, prenant en compte les périodes coloniales sous administration française, les droits à la reconnaissance en MP demeurent inappliqués (Cf. *Revue Plein Droit*).

5.2.5 - Les « femmes déclarantes »

Si nous nous reportons à la loi de 1919 qui institue la notion légale de maladie professionnelle en France, la déclaration relève d'un droit : celui de la réparation. Concernant l'acte de déclarer, le contexte particulier de la maladie, ajouté parfois à l'absence d'un époux ou d'un proche qui seconde le malade et assume la charge de la procédure de déclaration, a déjà été évoqué pour expliquer le non engagement des malades en question²⁸⁴, et ce malgré les informations apportées par le GISCOP93 sur les expositions susceptibles d'être mises en cause dans le développement de leur cancer. Au-delà de ceux et celles qui ne déclarent pas leur cancer en tant que maladie professionnelle, d'autres le font et il convient d'en connaître les raisons.

Dans notre échantillon, 9 femmes font partie de cette catégorie. Pour s'engager dans la procédure, elles ont d'abord déclaré leur maladie afin que celle-ci puisse éventuellement être reconnue comme professionnelle.

Ces femmes ont fait une déclaration basée sur des activités exposantes qu'elles ont réalisées durant leur travail en tant qu'ouvrières (Mme Ot, Mme Rn, Mme Bu, Mme Br, Mme Ld et Mme. Gd), mais aussi en tant qu'employées de bureau (Mme Dn) ou sur la voie publique (Mme Pl, comme agente de contraventions, et Mme Vd, comme chauffeur-taxi).

Notre échantillon assez réduit ne nous permet pas de dégager des catégories. Néanmoins, la parole des femmes, recueillie lors des entretiens qualitatifs, dans lesquels elles ont pu aller au-delà de la seule reconstitution de leur parcours professionnel, permet d'éclairer certains aspects de cet engagement.

Trois de ces femmes sont veuves, mais avec des enfants ou des petits-enfants adultes. Une autre n'a pas d'enfant, mais vit maritalement avec un compagnon depuis des années. Les autres sont en couple, avec des enfants. Elles ne se trouvaient donc pas dans une situation d'isolement. Aucune d'entre elles n'a été fumeuse et elles ont toutes eu un cancer broncho-pulmonaire et un mésothéliome pleural (Mme Ot).

Ces femmes ont été écoutées par un enquêteur ou une enquêtrice du GISCOP93 qui étudiait les cancers d'origine professionnelle²⁸⁵. À cette occasion, elles ont appris que leur parcours avait été expertisé et que leur médecin avait été encouragé à faire un CMI basé sur cette expertise. Elles ont ainsi pris connaissance des éventuelles expositions professionnelles

²⁸⁴ Cf. Marchand (2010) Mémoire de Master II. Nous avons aussi vu le cas de Mme. Kr dans la sous-partie 5.2.4.3

²⁸⁵ Sur la méthodologie et les difficultés de l'enquêteur-ice dans ce cas de figure, voir notamment l'article de Flavienne Lanna (2013).

au cours de leur parcours, avec lesquelles leur maladie peut avoir un lien. Ces divers éléments confèrent une certaine légitimité quant au fait qu'elles ont encouru des risques, mais encore faut-il qu'elles en soient convaincues.

Dans les discours des femmes déclarantes, la parole du médecin revient régulièrement. Ce médecin est parfois convaincu que l'exposition professionnelle a été déterminante dans l'apparition de la tumeur. Dans ce cas, il peut vivement les encourager à entreprendre une procédure de déclaration de la maladie professionnelle. D'autres médecins, envisageant sans doute le cancer comme une maladie multifactorielle, n'écartent pas le potentiel des expositions professionnelles mais n'affirment pas non plus leur rôle déterminant dans la maladie dite « plurifactorielle »²⁸⁶. Ils leur laissent alors décider seules de leur avenir en fonction de ces informations et de ces doutes. La parole du médecin, voire du professeur, semble avoir un poids significatif dans la prise de décision, mais elle n'est pas suffisante pour autant.

La supposée compensation économique joue également un rôle. Ces femmes ont appris qu'elles seraient indemnisées au titre de la maladie professionnelle dès lors qu'elles obtiendraient la reconnaissance de leur maladie comme telle. La motivation économique apparaît clairement dans l'entretien de Mme Rn, depuis que son médecin lui a dit que d'autres salariés de son ancienne usine avaient déjà fait une déclaration dans des circonstances similaires et qu'une compensation financière serait la bienvenue pour bénéficier des soins onéreux dont elle allait avoir besoin. Mais, là encore, la motivation financière ne semble pas être suffisante pour expliquer l'engagement de Mme Rn dans la procédure de déclaration.

Pour l'ensemble des femmes déclarantes que nous avons pu rencontrer, il semblerait que leur engagement dans cette procédure soit le résultat de multiples facteurs, dont ceux que nous venons de citer. Cet engagement semble en fait s'inscrire dans la continuité de leur histoire de femmes actives. La perception qu'elles ont eue de leur parcours professionnel et de leur travail, envisagé comme un lieu de rencontres mais aussi d'accomplissement personnel et social, a pleinement participé à la construction de leur santé – pour le meilleur et pour le pire :

²⁸⁶ Une autre recherche, menée en parallèle de la nôtre et davantage centrée sur l'accès à la déclaration et à la réparation des cancers professionnels, fait référence à des médecins qui cherchent à décourager le ou la malade, voire même à faire obstacle à l'accès à la déclaration. Des médecins auraient ainsi écrit à certains de leurs confrères afin de les dissuader de rédiger un CMI. Dans notre enquête, nous n'avons pas rencontré ce cas de figure.

(...) le travail apparaît-il comme foncièrement ambivalent. Il peut générer le malheur, l'aliénation et la maladie mentale, mais il peut aussi être le médiateur de l'accomplissement de soi, de la sublimation et de la santé. [Dejours, (1998) 2009 :140]

L'exemple de Mme Ot illustre parfaitement notre propos. Ouvrière en imprimerie à la retraite, elle fait partie de celles qui, face à un travail pénible et usant, ont décidé de se retirer à l'âge de 40 ans et de se consacrer exclusivement au travail domestique. Comme nous l'avons vu précédemment, dans l'entreprise où elle travaillait depuis ses 18 ans, elle a manipulé tout un ensemble de substances toxiques, et ce à une époque où les outils de protection n'étaient pas performants. Elle a par ailleurs eu une tumeur bénigne au sein, à l'âge de 32 ans. Son travail a aussi été moralement usant. C'est au cours d'un entretien approfondi qu'elle a pu nous faire part de cette usure. Dans le cadre d'une restructuration, Mme Ot a été contrainte de quitter son atelier pour aller travailler à la cantine de l'entreprise. Ce déclassement professionnel vient alors s'ajouter à un important état de fatigue, accablement moral auquel elle relie aussi son cancer :

(...) depuis que je travaille chez X, je fais une déprime, je ne sais pas pourquoi. C'était comme ça, j'étais toujours fatiguée, toujours... J'étais une éternelle fatiguée. Je ne sais pas si c'est le cancer qui se préparait, je n'en sais rien, je ne sais pas mais... (Mme. Ot)

Par ailleurs, Mme Ot avait en mémoire les mobilisations d'ancien-ne-s salarié-e-s et collègues de travail atteint-e-s de maladies, y compris du mésothéliome lié au contact de l'amiante, qui avaient eu lieu peu de temps auparavant. Des années après avoir interrompu son activité, Mme Ot décide de déclarer son cancer en vue d'une reconnaissance du fait que des expositions professionnelles, notamment à l'amiante, aient contribué au développement de cette maladie.

5.2.6 - Les « femmes non déclarantes »

Si l'engagement dans la déclaration dépend d'un ensemble d'éléments, l'acte de non déclaration peut lui aussi relever d'une combinaison de différents facteurs. Mais, comme l'a déjà souligné Anne Marchand à propos des obstacles à la déclaration (Marchand, 2010), la non déclaration peut aussi être liée au décès précoce d'une femme ne disposant pas d'ayants droits légaux. Ce dernier cas de figure concerne Mme To qui a probablement été exposée à des cancérogènes lors de son travail comme prothésiste dentaire, puis au tabagisme passif quand elle travaillait dans la restauration. Mme To avait 52 ans lors du diagnostic de son cancer en 2012. Celui-ci l'a emportée quelques mois plus tard. Célibataire et sans enfants, elle habitait avec deux de ses frères.

Mme Cq, quant à elle, a décidé de ne pas faire de déclaration, notamment en raison de son rapport au travail, vécu comme lieu d'existence sociale et d'épanouissement. Lors de l'entretien, Mme Cq se décrit comme « une dingue de boulot, une folle de travail ». Rappelons que Mme Cq est née en 1947 en Italie. Elle est arrivée en France avec sa famille alors qu'elle n'avait que 6 mois. Elle a commencé à travailler en tant qu'assistante comptable à l'âge de 19 ans, en 1965. Elle a évolué dans sa carrière jusqu'à devenir, en 1974, comptable dans un grand cabinet. C'est en octobre 2010, alors âgée de 63 ans, qu'un cancer du poumon a été diagnostiqué ; elle a alors été contrainte d'arrêter ce travail qu'elle aimait tant. Non fumeuse, elle a toujours été confrontée au tabagisme de ses collègues de bureau, ce qui rendait possible la déclaration en maladie professionnelle sur la base du système complémentaire (CRRMP).

Fille d'immigrés, elle a grandi en écoutant son père dire combien ils étaient redevables envers la France, ce pays qui les a accueillis. Elle a toujours cultivé ce sentiment de dette. Ainsi, Mme Cq conserve-t-elle peut-être un sentiment de dette envers le pays d'accueil, ce qui peut avoir participé à sa volonté de ne pas avoir recours au droit à la déclaration.

Par ailleurs, Mme Cq précise qu'elle n'était pas convaincue du résultat de l'expertise ni même du bien-fondé d'une déclaration basée sur le tabagisme passif. Il semblerait que, pour Mme Cq, faire une déclaration dans ces conditions reviendrait à accepter que ses collègues, et plus largement le travail auquel elle a tant donné, l'ont rendu malade.

Qui plus est, pour elle, le « cancer professionnel » est propre aux ouvriers, comme son frère, qui travaille dans des ateliers et manipule des produits dangereux. C'est là une raison supplémentaire pour ne pas faire de déclaration, car, selon elle, seul-e-s ces ouvrier-e-s, auxquels elle ne s'identifie pas, méritent d'être indemnisé-e-s. C'est donc l'ensemble de tous ces facteurs qui ont poussé Mme Cq à ne pas s'engager dans une déclaration.

5.2.7 - Les « femmes reconnues »

À ce jour, 5 des 9 femmes déclarantes ont obtenu la reconnaissance formelle de leur cancer comme maladie professionnelle. Parmi elles, Mme Pl est la seule à avoir été reconnue dans le cadre d'un travail dans la fonction publique. Les quatre autres – Mme Ot, Mme Rn, Mme Ld et Mme. Gd. – l'ont obtenu dans le cadre de la couverture du régime général et en raison de travaux industriels.

5.2.7.1 - La reconnaissance dans le cadre de la fonction publique

Mme Pl a été diagnostiquée en octobre 2009 et son parcours professionnel a été reconstitué au mois de décembre de la même année. Son parcours a été expertisé en janvier 2010 et un compte-rendu a été envoyé à son médecin le mois suivant, qui lui a transmis un CMI en mars 2010. Aussitôt, Mme Pl a fait sa déclaration pour des expositions aux gaz d'échappement diesel, soit des expositions non comprises par le système de tableaux. C'est donc un comité régional de maladie professionnelle, relevant de la fonction publique, qui a donné un avis favorable à la demande de Mme Pl. En septembre 2011, soit plus d'un an après sa demande, Mme Pl a obtenu la reconnaissance de son cancer comme maladie professionnelle. Grâce à un autre projet porté par des membres de l'équipe du GISCOP93, nous avons appris que Mme Pl a été reconnue mais qu'elle n'a perçu aucune indemnisation²⁸⁷. Il s'agit en effet de deux procédures distinctes, la reconnaissance étant notifiée par la direction des risques professionnels de la CPAM, tandis que l'indemnisation relève du service de la tarification. La transmission des éléments d'un service à l'autre, le calcul des montants d'indemnisation par le service de la tarification, puis la notification de versement de rente sont les étapes d'un processus bureaucratique qui prend plusieurs mois, voire plusieurs années, ce que Mme Pl ignorait. Elle est décédée à l'âge de 72 ans, en juin 2012, sans avoir bénéficié d'une indemnisation.

5.2.7.2 - La reconnaissance pour d'anciennes ouvrières

Le mésothéliome de Mme Ot a été diagnostiqué en novembre 2009 et son parcours a été reconstitué un an plus tard. Une note d'expertise a été envoyée à son médecin en janvier et elle a fait la déclaration en mars 2011 dans le cadre du tableau 30-D. En juin 2011, elle a obtenu la reconnaissance de son cancer comme maladie professionnelle et elle est décédée quelques mois plus tard, en janvier 2012, à l'âge de 70 ans.

Mme Rn, alors âgée de 86 ans, a été diagnostiquée en avril 2011 et son parcours professionnel a été reconstitué au mois de mai. Rappelons-le, son médecin lui avait déjà rédigé un CMI en raison de la réputation d'entreprise polluante de l'usine de développement photo dans laquelle elle avait travaillé pendant 23 ans. Ainsi, au moment de la reconstitution de son parcours professionnel par le GISCOP93, Mme Rn était déjà au stade de la déclaration, alors qu'aucune exposition n'avait été retenue par les experts toxicologues du GISCOP93. Un an plus tard, son cancer a été reconnu comme maladie professionnelle. Cette situation appelle

²⁸⁷ Cf. Rapport Final – Recherche Interventionnelle, INCA, 2015.

un commentaire sur la difficulté que rencontrent parfois les expert-e-s du GISCOP93 dans l'appréhension des expositions féminines aux cancérogènes. De fait, les parcours type, soit les masculins, leur sont plus familiers. En l'absence d'une expérience de l'un-e des expert-e-s sur l'activité concernée ou sur les locaux dans lesquels les femmes ont travaillé, les expert-e-s sont amené-e-s à indiquer qu'une exposition à des cancérogènes est probable mais n'a pu être identifiée en référence à la liste des substances cancérogènes utilisée dans le cadre de l'expertise. Toutefois, Mme Rn a bénéficié de la connaissance d'un clinicien des lieux de travail contaminés à l'amiante et de la volonté de celui-ci de faire reconnaître les cancers professionnels de ses patients. Il faut souligner que les médecins du service de pneumologie de l'hôpital Robert Ballanger, où était soignée Mme Rn, travaillent en collaboration avec le GISCOP93 depuis plus de dix ans, ce qui les a sensibilisés quant à l'importance de la déclaration et de la reconnaissance de leurs patient-e-s atteint-e-s de cancers.

Nous avons rencontré Mme Ld en novembre 2011, en présence de son compagnon, dans la clinique où elle était hospitalisée. Mme Ld, alors âgée de 55 ans, était atteinte d'un cancer broncho-pulmonaire avec métastases. Son cerveau était déjà atteint et, de ce fait, elle souffrait d'horribles maux de tête. Mme Ld a reçu un certificat médical en janvier 2012. En raison de son état de santé, elle n'a pu faire de déclaration qu'en juillet 2012 et ce sur la base du tableau du Régime Général de la Sécurité Sociale 10ter concernant les « Affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc ». Elle est décédée un mois plus tard, sans avoir pu jouir de la reconnaissance de son cancer comme maladie professionnelle, décision qui ne lui a été accordée qu'à titre posthume, en novembre 2012.

Enfin Mme. Gd. 73 ans, a été interviewée à son domicile en juin 2012 alors qu'elle avait été diagnostiquée d'un cancer du pulmon. Elle a fait la déclaration fin octobre de cette même année, sur la base du tableau 30Bis. La réponse favorable à sa demande a été donnée le mois d'avril 2013.

5.2.8 - Les « femmes non reconnues »

5.2.8.1 - Mme. Dn

Nous avons rencontré Mme Dn en février 2012. Elle avait été diagnostiquée porteuse d'un cancer broncho-pulmonaire fin 2011, alors qu'elle avait 63 ans. Une note d'expertise a été envoyée à son médecin au mois de mars et un CMI lui a aussitôt été rédigé. En mai 2012, Mme Dn a fait la déclaration à partir d'un tableau 30bis. Après l'instruction de son dossier à

l'intention d'un comité régional de maladie professionnelle, alinéa 3, Mme Dn a été informée du refus de sa demande de reconnaissance en MP en janvier 2013.

5.2.8.2 - Mme. Bu

Mme Bu a fait une déclaration en février 2012 sur la base d'un tableau 30bis, alinéa 3. Toutes les conditions du tableau n'étant pas remplies, elle a reçu la notification du refus de reconnaissance en mai 2012.

5.2.8.3 - Mme. Vd

Mme Vd a reçu un CMI en juin 2012 à l'attention du CRRMP, car, même si le gaz d'échappement diesel a été reconnu cancérigène, aucun tableau de MP n'a encore été créé. Elle a fait la déclaration en novembre 2012 et est décédée le mois suivant. La CPAM a instruit la déclaration sur le tableau 30bis (relatif à l'amiante) et a rendu un avis défavorable. Le dossier a été transmis au CRRMP qui a également donné un avis défavorable, argumentant l'absence de liens entre l'exposition et la maladie.

5.2.9 - Situation inconnue

Les dernières informations concernant Mme Br datent de février 2012 et correspondent à la date d'envoi de sa déclaration.

5.3 - Les « femmes non exposées » ou dans des situations de risques professionnels méconnus

Si, parmi les femmes considérées comme exposées, on observe une certaine homogénéité « générationnelle », ceci n'est pas le cas chez les femmes non exposées.

5.3.1 - Les plus jeunes

Parmi les 4 femmes considérées comme n'ayant pas été exposées, se trouvent les deux plus jeunes et ayant les parcours professionnels les plus courts de notre échantillon.

Il s'agit de Mme Cr, 37 ans et kinésithérapeute dans sa propre clinique, et de Mme Mk, 49 ans, agente de service. Le parcours de la première est de 14 ans et de 6 mois pour la seconde.

La première vivait en couple, sans enfants. Elle a été employée kinésithérapeute dans une clinique avant de devenir patronne de sa propre clinique. La seconde, Mme Mk, est

arrivée en France en 2001, à l'âge de 38 ans, après son départ d'Algérie suite à son mariage. Elle n'a travaillé que 6 mois en 2006. L'année suivante, elle a eu son enfant et a arrêté le travail salarié.

Dans l'état actuel des connaissances sur les produits toxiques utilisés en milieu professionnel, nous savons qu'il existe des risques pour les métiers d'entretien et de nettoyage, tels que celui de Mme Mk, ce qui n'est pas le cas du métier de kinésithérapeute de Mme Cr. Quoiqu'il en soit, les informations données par ces femmes n'ont pas permis de mettre en exergue une quelconque exposition à des produits toxiques. De plus, il est peu probable qu'une reconnaissance leur soit accordée sur la base d'un temps de latence entre les expositions et la survenue d'un cancer du poumon aussi court que celui de Mme Mk (6 mois) et de Mme Cr (14 ans).

5.3.2 - Des femmes dans les écoles et les bureaux

Mme Dr, 75 ans, a travaillé depuis 1958 comme institutrice. Elle a décidé de prendre sa retraite à l'âge de 51 ans, suite au décès de son mari en 1987. L'autre femme, Mme Fi, 54 ans, était secrétaire dans la fonction publique, où elle a commencé à travailler à l'âge de 16 ans. Elle a eu 5 enfants. Pour son quatrième (entre 1989 et 1990) et son cinquième (entre 1995 et 1996) enfant, elle a eu recours à des congés parentaux.

Dans les cas de Mme Dr et de Mme Fi, la durée de parcours ne semble être en cause, pas plus que la durée des interruptions de travail ou le temps de latence. Pour ce qui est de Mme Dr, institutrice, c'est le travail dans des bâtiments qu'elle a décrits comme neufs et en bon état qui l'a écartée de la probabilité d'une exposition à l'amiante. Pour Mme Fi, l'exposition au tabagisme passif n'a pu être mise en avant, car, en tant que fumeuse, elle participait activement à la production de cette exposition.

À ce titre, il convient de souligner les deux temps de l'expertise du GISCOP93 : le premier temps consiste à identifier tous les polluants présents dans les parcours professionnels, afin de connaître les activités de travail exposées aux cancérogènes et de pouvoir ainsi améliorer la prévention ; le second temps de l'expertise concerne les conditions et les possibilités d'accès à la déclaration en MP. Dans les deux cas, les femmes sont plutôt dans une position défavorable.

Conclusion du chapitre 5

Dans ce chapitre, nous avons illustré quelques situations de travail ayant pu participer au processus de mise en évidence de l'exposition des femmes atteintes d'un cancer, et participant à l'enquête du GISCOP93, à des cancérogènes.

Les connaissances acquises par les expert-e-s toxicologues du GISCOP93 sur les expositions aux cancérogènes professionnels ont permis d'identifier des expositions dans le parcours de 22 des 26 femmes de l'échantillon. Dans le cas des « femmes exposées », 15 cancérogènes différents ont été identifiés. Dix de ces femmes ont été au contact de plus d'un cancérogène tout au long de leur parcours professionnel et 3 d'entre elles ont été exposées à un cocktail composé de 5 à 7 cancérogènes.

C'est lorsque ces connaissances sur les expositions aux cancérogènes dans les parcours des femmes sont examinées au regard des critères de la déclaration en MP que les choses se compliquent. Nous avons en effet souligné le fait que l'expertise toxicologique du GISCOP93 vise à agir sur deux enjeux centraux : a) la production des connaissances dans un enjeu de prévention et b) l'amélioration de la visibilité sociale des cancers d'origine professionnelle, à travers l'orientation des dossiers des personnes exposées vers les meilleures conditions pour obtenir une reconnaissance comme MP.

Il convient donc tout d'abord de rappeler que ces poly-expositions ne peuvent être rendues socialement visibles dans le cadre de la reconnaissance des cancers professionnels, car ceux-ci sont, par définition, mono-causaux. Ensuite, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3 sur les données relatives à la problématique de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des cancers professionnels, la majeure partie des quelques cas reconnus s'est faite sur la base du système de tableaux et pour une exposition à l'amiante.

Or, cette analyse nous a permis de confirmer certains éléments que nous avons avancés lors du chapitre 3. Il s'agit notamment de la relation entre la présomption d'imputabilité qui fonde les tableaux de maladie professionnelle et la *survisibilisation* des certains travaux (notamment ceux du type ouvrier industriel), des parcours longs, stables et d'un seul cancérogène : l'amiante. Autant de particularités qui deviennent de plus en plus rares dans les parcours des hommes et dès lors qui s'avèrent défavorables à la mise en visibilité du rôle du travail dans la cancérisation chez les hommes. Dans les parcours des femmes, ces mêmes caractéristiques s'érigent alors en véritables barrières à la reconnaissance du caractère professionnel des cancers dont souffrent les femmes. On peut constater d'une part que les secteurs d'activités dans lesquels les femmes sont concentrées sont presque absents des

tableaux de MP, tout comme est totalement absente la localisation cancéreuse la plus importantes chez les femmes et dont des études ont pu mettre en avant l'existence des facteurs professionnels, comme c'est le cas du cancer du sein.

Par ailleurs, nous avons également remarqué, dans le chapitre 4, que le caractère restrictif des seuls tableaux prenant en compte la maladie cancéreuse établit un profil-type ou une représentation dominante du travailleur exposé au cancérogène, comme étant le travailleur des mines ou encore l'ouvrier industriel durant les Trente Glorieuses. Autrement dit, un profil auquel peu de femmes, mais aussi de moins en moins d'hommes peuvent correspondre à l'heure actuelle. En conclusion, il n'est pas étonnant de constater, dans notre échantillon, à la fois un nombre réduit (11 sur 22) de femmes exposées ayant accès à un CMI et, par-là, à la déclaration, et la prédominance, chez ces dernières, de la préconisation d'un CMI basé sur le système de tableaux relatifs à une exposition à l'amiante (7 sur 11), et notamment sur le tableau 30bis (4 sur 7).

Il ne faut pas perdre de vue que cette prédominance du tableau 30bis s'explique aussi par le fait que la plupart des femmes de notre échantillon souffraient de cancers broncho-pulmonaires – maladie désignée par le tableau en question.

Les cas de femmes n'ayant pas eu accès à la déclaration sont également édifiants. Nous distinguons en ce sens deux situations particulièrement intéressantes.

Tout d'abord, on trouve trois femmes travaillant dans les secteurs de la coiffure ou plus directement de l'industrie cosmétique, où il était également question de fabrication de produits destinés aux soins capillaires. Dans leur cas, il existe un manque de connaissances sur les risques cancérogènes auxquels elles ont pu être exposées. Les expert-e-s toxicologues ont pu indiquer des expositions à des substances toxiques classiquement liées aux « métiers de la coiffure ». Cela s'explique aussi par le fait que ces industriels se prévalent du secret industriel pour dissimuler les procédés de production, ainsi que certaines substances utilisées dans les processus de fabrication, certaines pouvant avoir participé au processus de cancérogénèse de ces femmes. En tous les cas, en l'état actuel des connaissances et de la reconnaissance des MP dans ces métiers, aucun lien n'a pu être évoqué afin de leur donner accès à la déclaration de leur cancer comme MP.

L'autre situation est celle des femmes travaillant dans des bureaux, des écoles et des institutions publiques, qui ont pu être exposées à l'amiante et au tabagisme passif dans les locaux de travail (du moins avant la mise en application des législations anti-tabac). Nous avons rappelé le cas du *Sick Building Syndrome* et avons posé l'hypothèse d'un phénomène

propre au contexte français. Celui-ci met en scène les ancien-ne-s travailleur-se-s de l'Éducation nationale, atteint-e-s de cancer et jouant le rôle de lanceur-se-s d'alerte quant aux expositions environnementales à l'amiante. Nous avons également souligné, en ce sens, les limites des actions menées par les associations de victimes de l'amiante, car, contrairement à ce qui s'est passé aux États-Unis, leur action peine à dépasser la logique mono-causale. Si cela a pour effet de donner de la visibilité aux dommages imputés à l'amiante, en parallèle, ça renforce l'*invisibilisation* de l'exposition à de faibles doses de cocktails de toxiques.

En tenant compte des différents aspects abordés lors de l'entretien, l'engagement des femmes ayant obtenu un CMI dans le cadre de la procédure de déclaration apparaît comme la conséquence d'une conjoncture. Malgré leur état de santé, elles ont en effet pu réunir les conditions matérielles et idéelles. Parmi ces conditions idéelles notons : le sentiment de légitimité vis-à-vis de la présomption d'imputabilité ayant été avancée pour justifier leur déclaration, le fait de participer à une enquête qui les informe et les éclaire sur leurs droits. Ce sont autant d'éléments qui semblent avoir facilité leur engagement dans une procédure aussi complexe que laborieuse. C'est pour ces raisons que la non-déclaration volontaire semble rare, mais il ne s'agit là que d'une hypothèse qui ne peut être validée dans le cadre de la présente étude.

Les stratégies adoptées par les expert-e-s du GISCOP93 se révèlent payantes, dans la mesure où 4 déclarations sur 8 ont conduit à la reconnaissance. En cause, se trouvent des expositions à l'amiante (deux d'entre elles), une exposition au chrome et une exposition aux particules fines d'hydrocarbures. Cependant, force est de constater que, malgré ces efforts pour rendre visibles les expositions aux cancérogènes dans les parcours professionnels des femmes, la moitié des demandes n'a pas donné lieu à une reconnaissance.

Si nous ne disposons pas d'informations sur les motivations de ces refus, nous pouvons néanmoins souligner qu'ils concernent une travailleuse de bureaux (et l'amiante environnementale), une femme paqueteuse-brocheuse ayant travaillé dans différentes imprimeries (et l'amiante environnementale), une femme chauffeur-taxi relevant du régime des artisans (et les particules fines d'hydrocarbure) et une femme ayant travaillé pendant longtemps aux PTT (et l'amiante). Le contact avec cette dernière ayant été rompu, nous ignorons l'issue de son dossier.

Enfin, seules 4 femmes de notre échantillon composent la catégorie « non-exposées ». Deux d'entre elles sont les femmes les plus jeunes de notre échantillon, l'une était kinésithérapeute et l'autre agente de nettoyage. Les deux autres sont dans l'âge moyen de

l'échantillon et ont travaillé dans des écoles primaires et dans des institutions publiques. On ne peut donc pas affirmer qu'elles n'ont pas vraiment été exposées au cours de leur travail, mais on ne peut pas non plus affirmer le contraire – condition pourtant indispensable pour une demande de reconnaissance en MP.

Dans le prochain chapitre nous allons approfondir l'analyse des parcours de vie de ces 26 femmes.

- Chapitre 6 -

Le cancer au croisement des parcours de vie des femmes

Dès lors qu'on s'attache à décrire la population d'une enquête, l'âge apparaît comme une variable essentielle. Compte-tenu de la maladie chronique dont souffrent les femmes de notre échantillon, cette variable doit être reliée à des données épidémiologiques sur le cancer parmi la population générale. Sur cet aspect, nous avons vu (Cf. point 2.2 du chapitre 2) qu'en France métropolitaine le cancer constitue la deuxième cause de décès chez les femmes, responsable de 60 104 décès par an (soit 23,4 % des décès)²⁸⁸. Le cancer est néanmoins la principale cause de décès chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. Pour les femmes de cette tranche d'âge, le cancer est responsable d'un décès sur deux, avec pour principales localisations le sein (26,9 % des cancers) et le poumon (16,1 %). Nous avons également vu que, même si la plupart des décès féminins (87 %) ont lieu à 65 ans ou plus, les femmes sont encore trop nombreuses à décéder pour des causes considérées comme « évitables »²⁸⁹. Il a ainsi été estimé que, sur 33 663 décès prématurés féminins, au moins 7 969 auraient pu être évités et que presque 30 % de ces décès sont dus au cancer du poumon (2 331)²⁹⁰.

Sur ce point, nous avons également rappelé les travaux de Desplanques (1973), précurseur de la mise en avant de la relation entre la prématurité des décès et le gradient social, soit du fait que l'âge des décès est lié à l'appartenance sociale des individus et notamment aux inégalités sociales relatives à l'accès aux ressources, aux soins mais aussi aux

²⁸⁸ En France métropolitaine, la première cause de mortalité des femmes est les maladies de l'appareil circulatoire, responsable de 31,1 % des décès.

²⁸⁹ « Au sein de la mortalité prématurée, un autre indicateur complémentaire s'avère très opérationnel pour mettre en évidence les problèmes de santé en France : la mortalité « évitable » liée aux comportements à risque. Il s'agit alors de regrouper un ensemble de causes de décès spécifiques dont la fréquence pourrait être sensiblement diminuée en améliorant les pratiques de santé et en réduisant les comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, accidents de la circulation...) » (La mortalité prématurée en France [numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juillet 2003, n° 30-31 : p. 133-152. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/>).

²⁹⁰ Suivis des décès dus « au suicide (2 051), à la cirrhose alcoolique ou s.p. (sans précision) du foie (1 268), aux accidents de la circulation (917), aux psychoses alcooliques (434), au cancer des voies aérodigestives supérieures (553), aux chutes accidentelles (238), au cancer de l'œsophage (180) et au sida (177). Entre 2000 et 2005, alors que la plupart de ces causes de mortalité féminine évitables a diminué de 1 à 38%, le cancer du poumon a enregistré une augmentation de l'ordre de 37 %. » (Rapport la « La santé des femmes en France », *op. cit.*, p. 80).

conditions de travail socialement et sexuellement divisées. Il reste que nous manquons de données tenant compte de l'épidémie du cancer abordée au travers des inégalités sociales de santé (Aïach, 2010). Or, d'après Pierre Aïach, c'est tout d'abord statistiquement que le cancer s'impose par rapport à d'autres causes de mortalité qui, elles, diminuent au fil des générations de plus en plus vieillissantes²⁹¹. En ce sens, nous pouvons remarquer que, au sein de la population féminine française, ce serait principalement les femmes nées à partir des années 1950 qui auraient le risque le plus élevé de développer un cancer du poumon.

Jusqu'à 50 ans, l'incidence du cancer du poumon est voisine pour les deux sexes. Au-delà, l'augmentation régulière d'incidence est plus forte pour l'homme que pour la femme. Ainsi à partir de la tranche d'âges 65-74 ans, l'incidence est environ 4 fois plus élevée chez l'homme que chez la femme [...]

Le risque de survenue d'un cancer du poumon augmente au fil des générations chez la femme et reste stable chez l'homme.

Le risque de développer un cancer du poumon avant 75 ans est relativement stable pour les cohortes nées après 1930 chez l'homme (environ 6 %), mais tend à augmenter au fil des générations chez la femme. Ainsi, chez la femme, ce risque passe de 0,8 % pour la cohorte née en 1930 à 2,5 % pour la cohorte née en 1950. (INCa, 2010 : 65)

Nous avons également critiqué le monopole d'un *class model* dans le champ d'investigation des inégalités sociales de santé ne permettant d'envisager les écarts de mortalité qu'à partir de la seule dimension socio-économique²⁹². Autrement dit, ne sont prises en compte que les variables qui s'adaptent très bien à l'analyse sur des populations masculines mais qui sont moins appropriées pour traiter la situation des femmes (Cf. chapitre 2).

Des études rendant compte de la santé des femmes par rapport au gradient social ont néanmoins permis de confirmer qu'on trouve chez les femmes la même tendance que chez les hommes, même si c'est dans une moindre mesure. Le rapport intitulé « Santé des Femmes en France » (*op. cit.*) souligne ainsi la surmortalité des femmes appartenant aux catégories « exploitantes agricoles » et « ouvrières » par rapport aux cadres, ce qui a par ailleurs été vérifié et développé dans des études comme celle de Cambois et *al.* (2008) à propos de « la double peine des ouvrier[e]s » :

²⁹¹ Aïach cite les statistiques avancées par Picheral (2000) selon lequel la part du cancer dans la mortalité est passée de 4,4 % en 1906 à 32,3 en 1996.

²⁹² En oubliant celle du genre et ne mobilisant qu'un seul indicateur ou en combinant plusieurs facteurs tels que la classe sociale, la CSP, le niveau d'éducation ou le revenu.

À 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 4 années de plus que la moyenne et 6 années de plus que les ouvriers. Ils vivront en moyenne 34 de ces 47 années (73 % de leur espérance de vie totale) indemnes d'incapacité de type I (problèmes sensoriels et physiques), soit 10 années de plus que les ouvriers qui ne disposent que de 24 années (60 % de leur espérance de vie). Pour les femmes, l'écart d'espérance de vie entre cadres supérieures et ouvrières est moins important que pour les hommes (environ 2 années), mais la différence entre les espérances de vie sans incapacité de type I (problèmes sensoriels et physiques) est similaire (8 années d'écart) : à 35 ans, elle atteint 35 ans pour les cadres supérieures tandis que celle des ouvrières ne s'élève qu'à 27 ans (respectivement 70 % et 55 % de l'espérance de vie totale). (Cambois et *al.*, 2008 : 2)

Il faut alors préciser que, dans le présent chapitre, nous n'avons pas la prétention de rivaliser avec les études qui plus classiquement ne s'intéressent qu'aux variables telles que le revenu, la CSP, la classe sociale ou le niveau d'éducation. Nous allons plutôt nous attacher à croiser l'analyse que nous avons pu faire dans le chapitre précédent (focalisée sur le parcours professionnel des femmes atteintes d'un cancer au regard des connaissances construites par l'enquête du GISCOP93) avec celle de leur parcours familial et de santé. Nous espérons ainsi saisir les effets des parcours familiaux et de santé sur le parcours professionnel et vice-versa.

Comme nous l'avons vu (*Cf.* chapitre 1), il existe en effet un certain nombre de spécificités dans l'évolution du comportement des femmes face au travail salarié et reproductif. Nous avons ainsi rendu compte du mouvement de féminisation du salariat qui s'est accentué à partir des années 1970, en même temps que se développaient les emplois à temps partiel chez les femmes. Nous avons aussi vu que les Françaises se caractérisent par un fort taux d'activité aux âges reproductifs, même si elles continuent à assumer seules la plus grande partie du travail domestique et reproductif. Et c'est malgré tous ces exploits que 50 % des femmes actives sont concentrées dans à peine 12 familles professionnelles (*Cf.* chapitre 1). Dans cet accès inégal à l'emploi et aux places dans le travail productif, se creuse un accès inégal aux ressources, notamment en raison des écarts de salaires toujours importants. Enfin, nous avons vu que, pour comprendre la nature de ces importantes inégalités entre hommes et femmes au travail, il était essentiel de porter notre attention sur la façon dont ils et elles ont été différenciés au fil du temps.

D'où, *in fine*, la nécessité de tenir compte du travail dans sa double dimension « productive et reproductrice »²⁹³. Cela est d'autant plus important qu'il s'agit pour nous de parcours professionnels de femmes et que, pour penser leur travail dans le temps, il est plus approprié d'intégrer la notion de continuum que celle de conciliation.

²⁹³ Sur ce point voir par exemple l'article de Helena Hirata et Philippe Zarifian (2004 : 243-248).

Le temps, qu'il s'agisse du temps quotidien ou de celui qui s'écoule entre la vie et la mort, est rythmé très différemment selon que l'on est homme ou femme. C'est que les hommes sont définis d'abord, et quasi exclusivement, comme travailleurs, alors que les femmes le sont d'abord comme reproductrices (maternité et travail domestique). Dès lors, si le temps des hommes se déroule dans le même continuum : l'enfance (le non-travail), la formation professionnelle (la préparation au travail), la vie de travail, la retraite..., celui des femmes se dichotomise en temps de travail salarié et temps de travail domestique. La même dichotomie se retrouve au niveau du temps quotidien. Car la journée et la semaine de travail sont également rythmées très différemment selon les sexes : parler de l'alternance travail/non travail ou travail/temps libre n'a pas de sens qu'à propos d'une population masculine ; dès que l'on parle des femmes, c'est l'alternance travail salarié/travail domestique qui est porteuse de sens. (Kergoat, *Les ouvrières*, 1982 : 111)

Par ailleurs l'analyse croisée des trajectoires des femmes atteintes d'un cancer permet également d'aborder à leur échelle le jeu des différent-e-s acteur-ice-s impliqué-e-s dans le processus de mise en (in)visibilité des liens entre santé et travail (Cf. chapitre 3).

Sur la démarche à proprement parler, il convient de préciser que nous ne mettons pas de côté les discussions sur l'approche biographique ayant lieu depuis l'école de Chicago et notamment à partir des travaux de William Isaac Thomas et de Florian Znaniecki dans les années 1920. Inutile de revenir ici sur les discussions qui ont pu avoir lieu en France depuis l'importation de cette approche, à exemple de l'ouvrage *L'illusion biographique* de Bourdieu (1986). Nous nous intéresserons au parcours de vie²⁹⁴ en ce qu'il peut être considéré comme un entrecroisement de multiples lignes biographiques plus ou moins autonomes ou dépendantes les unes des autres, comme le définit Valentine Hélaridot :

Le parcours scolaire, le rapport au travail et à l'emploi, la vie familiale, la vie sociale, la santé, la trajectoire résidentielle, l'itinéraire politique, religieux ou spirituel, etc. (Valentine Hélaridot, 2006 : 60)

Nous nous inspirerons également du travail d'Armelle Testenoire et Danièle Trancart (2011), en utilisant – utilisation qu'on pourrait presque dire indispensable – cette méthode pour traiter la question de la construction de la santé dans ces interactions avec les différentes trajectoires qui forment le parcours de vie des individus.

²⁹⁴ D'après Lalive d'Épinay et al. (2005 : 12-13), « Le paradigme du parcours de vie est généralement défini par un ensemble d'approches multidisciplinaires, qui considèrent la vie humaine et son développement comme une totalité. Il s'agit d'interroger son organisation et son déroulement dans le temps, ses fondements biologiques, psychologiques, ainsi que son insertion sociétale et historique ». Marc Bessin (2009 : 16) le définit comme « le produit d'un ensemble de normes et d'institutions, de règles formelles et culturelles, qui entourent l'avancée en âge, grâce notamment à l'âge chronologique comme critère de classement et de mise en ordre "naturel" de la société. L'effritement de la société salariale, la crise de l'Etat social et les mutations familiales ont depuis une trentaine d'année ébranlé le rapport au temps biographique ».

Dans le scénario français, soulignons les travaux de Daniel Bertaux (1997) et d'Isabelle Bertaux-Wiame (1988) qui nous ont fourni des outils méthodologiques pour la reconstitution des récits de vie :

Un récit de vie n'est pas n'importe quel discours : c'est un discours *narratif* qui s'efforce de raconter une histoire *réelle* et qui de plus, à la différence de l'autobiographie écrite, est improvisée au sein d'une relation dialogique avec un chercheur qui a d'emblée orienté l'entretien vers la description d'expériences pertinentes pour l'étude de son objet. La question de l'analyse devient dès lors plus précise : il ne s'agit pas d'extraire d'un récit de vie *toutes* les significations qu'il contient, mais seulement celles qui *sont pertinentes* pour l'objet de la recherche et qui y prennent le statut d'*indices* » (Bertaux, 1997 : 65, c'est nous qui soulignons).

Rappelons que nos entretiens se sont déroulés en conciliant les objectifs des entretiens de reconstitution des parcours professionnels (Lanna, 2014, *cf.* chapitre 4) à nos propres objectifs de recherche. Ainsi, en plus de connaître les aspects objectifs du travail prescrit et réel dans leur séquence chronologique, nous souhaitons apprendre davantage sur ces femmes atteintes d'un cancer. Notre grille d'entretien a ainsi été divisée en trois parties. Une première séquence de questions visait à rendre compte des représentations que ces femmes ont de leur travail. Une deuxième séquence de questions concernait les inflexions entre vie de famille, travail domestique et travail rémunéré, ainsi que les représentations des dangers dans les sphères domestique et professionnelle. Enfin, une troisième séquence de questions portait sur les événements liés à la santé et sur les perceptions que les femmes ont de leur santé et des origines éventuelles de ces problèmes. La plupart de ces rencontres ont eu lieu au domicile des femmes et plus rarement à l'hôpital ou en maison de santé (3 sur 26). Les entretiens ont duré entre 1h 30 et 2h 30.

Même si, pour beaucoup, cela peut sembler évident, il ne nous semble pas inutile de rappeler que la rencontre de ces femmes atteintes d'un cancer s'est révélé une entreprise délicate et exigeante sur le plan émotionnel, mais également intellectuel. D'une part, il y a l'appréhension quant à l'état physique mais aussi émotionnel des personnes que nous avons rencontrées. Plusieurs fois, nous avons dû nous confronter à des femmes au bord des larmes provoquées par le récit qu'elles faisaient des souffrances engendrées par cette maladie. D'autre part, il y a la tentation d'héroïser ces personnes rencontrées dans un moment charnière de leur trajectoire, durant lequel elles se trouvent dans une grande fragilité alors qu'elles nous livrent des récits de « guerrières » du quotidien (Meidani, 2006b).

Outre les discussions, la prise de parole auprès des collègues et des proches, la mise à distance dans l'intérêt de prendre du recul par rapport à ces expériences réelles de la

souffrance et de l'angoisse de ces personnes face à l'évidence de leur mort, nous avons aussi dû nous en remettre à la méthode.

1 - Analyse de contenu par thème

Nous avons procédé à une analyse du contenu des entretiens selon les trois thèmes développés lors des rencontres avec les interviewées.

- I – Le travail et la division sexuelle du travail ;
- II – Vie professionnelle et vie familiale ;
- III – Santé et santé au travail

Cette analyse a eu le mérite d'offrir une vision systémique de la construction des questions de santé au fil des interactions entre parcours familial et parcours professionnel. Cette analyse nous a livré différents aspects sur le rapport des femmes au travail, sur le contenu du travail, sur leur expérience de la mixité, leur expérience de la division sexuelle du travail, leur rapport à la hiérarchie, l'ambiance de travail, leur rapport au salaire et enfin sur leur rapport au syndicat. Cette richesse constitue également une des difficultés que nous avons rencontrées, puisque les éléments que nous avons pu mettre en avant dans un premier temps n'apportaient pas de nouvelles connaissances par rapport à ce qui avait déjà pu être montré par différentes enquêtes sur la santé des femmes au travail.

Force a été de constater, comme l'avait fait d'autres chercheur-e-s, que, à la lumière de l'analyse biographique et du faisceau d'itinéraires qui composent chaque parcours, plusieurs questions se posent : quels événements, quelles pratiques, quelle période et quelles évolutions retenir ? (Batagliola et *al.* : 1994).

2 - Représentation graphique des parcours de vie

Par la suite, nous avons tenté de représenter graphiquement les parcours de vie de quelques-unes des femmes que nous avons rencontrées (*Cf.* point 6.6), pour tenter d'avoir un autre regard sur leur parcours et de voir ainsi dans son intégralité ce qui nous sautait aux yeux. De cette seconde approche sont ressorties les périodes déterminant l'entrée-sortie de l'emploi. Nous avons alors pu constater que ce n'est pas toujours l'arrivée d'un enfant qui détermine une sortie/interruption de l'emploi. Enfin, un autre point est la durée du parcours professionnel et ses implications dans la reconnaissance du cancer en MP. Au final, le recul et la vue d'ensemble ont été permis par cette représentation graphique des parcours de vie. Cela a favorisé un nouveau regard et une redéfinition de notre analyse.

Le présent chapitre se structure en sept parties. Les deux premières visent à situer notre échantillon par rapport à l'ensemble des femmes de la cohorte du GISCOP93 et, dans une moindre mesure, à l'échelle de la France. Dans le troisième point nous nous intéresserons plus précisément au parcours professionnel des femmes de notre échantillon en essayant de croiser la question classique sur le sens des trajectoires professionnelles (ascendantes, descendantes, etc.) avec celle de l'expérience subjective du travail. Dans le quatrième point, nous analyserons les interruptions, non pas comme des spécificités féminines mais comme spécifiques aux pratiques des femmes dans certains contextes. Alors qu'il est jusque-là seulement question d'interruption, dans le cinquième point, nous montrerons les cas qui font exception à la règle et dans lesquels il est question de renouvellement avec l'activité. Dans le point six, nous traiterons de la relation entre le temps passé en activité et la reconnaissance des cancers en MP. Enfin, dans le septième et dernier point, nous traiterons des perceptions que ces femmes ont du danger et du risque au travail, ainsi que de leurs perceptions des impacts que ce dernier a pu avoir sur leur santé.

6.1 - Le cancer au fil des âges : un événement sentinelle trop souvent associé au vieillissement

Dans notre échantillon, nous avons pu rencontrer des femmes âgées de 37 à 88 ans. La plus âgée est née en 1923 et la plus jeune en 1974. Comme dans l'ensemble de la cohorte du GISCOP93, la moyenne d'âge des femmes est très proche de celle indiquée par les études épidémiologiques sur les cancers respiratoires au sein de la population générale, soit 65 ans. Trois d'entre elles sont décédées au cours de l'année suivant notre rencontre avec elles :

- Mme Ld, 55 ans, atteinte d'un cancer du poumon, non fumeuse, était en invalidité au moment du diagnostic. Nous l'avons rencontrée le 29 novembre 2011 et elle est décédée au mois d'août 2012.
- Mme Kr, 58 ans, atteinte d'un cancer du poumon, non fumeuse, était en activité lors de son diagnostic. Nous l'avons rencontrée le 2 décembre 2011 et elle est décédée le 30 décembre de la même année.
- Mme To, 52 ans, atteinte d'un cancer du poumon, non fumeuse, était demandeuse d'emploi au moment de son diagnostic. Nous l'avons rencontrée le 6 mars 2012 et elle est décédée le 23 juin de la même année.

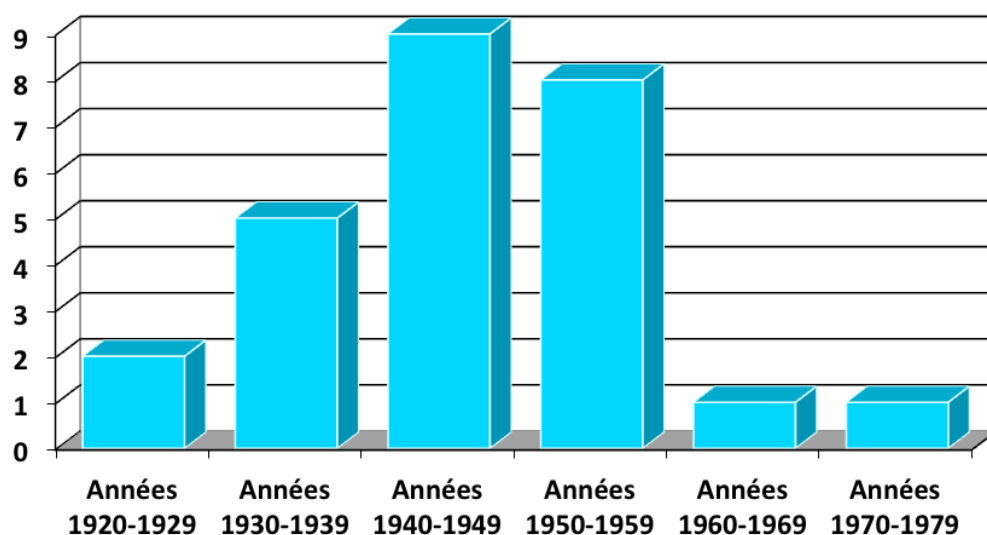
Ces trois femmes font ainsi partie de la catégorie des décès prématurés (avant 65 ans) dus à une « cause évitable » (voir note de bas de page 289).

Dans la cohorte du GISCOP93, 94 % des femmes sont nées entre les années 1925 et la fin des années 1950. Dans notre échantillon, la proportion des femmes nées dans l'après-guerre est de 60 %, ce qui signifie que nous avons également rencontré des femmes nettement en-dessous de la moyenne d'âge des femmes diagnostiquées d'un cancer respiratoire. Parmi les 26 femmes que nous avons rencontrées entre 2011 et 2012, 14 avaient moins de 65 ans. Deux d'entre elles n'avaient même pas 50 ans au moment du diagnostic du cancer : Mme Mk avait 48 ans et Mme Cr en avait 37.

Le recrutement de la cohorte du GISCOP93 ne s'est pas fait pas sur la base d'une incidence à l'échelle d'un territoire mais sur le nombre de nouveaux cas enregistrés dans l'un des services hospitaliers partenaires de l'enquête. Ainsi, les données d'incidence dans la population générale ne sont ici rappelées qu'à titre informatif : le taux d'incidence de cancer du poumon est de 8,55 pour 100 000 en ce qui concerne les femmes âgées de 15 à 49 ans et de 66,19 pour 100 000 chez celles âgées de 50 à 64 ans²⁹⁵.

Il reste néanmoins que, statistiquement, il est plus probable qu'un cancer du poumon se déclare à partir de 50 ans. Comme nous l'avons déjà décrit (chapitre 2), cela renvoie à l'idée de la « double histoire du cancer » (Thébaud-Mony, 2005). Les cancers respiratoires s'inscrivent le plus souvent sur la longue durée, traversant parfois des générations. De ce fait, les tableaux de MP consacrés à ces localisations prévoient des délais de prise en charge compris entre 30 et 40 ans.

Graphique : Décennies de naissance des femmes de l'échantillon



²⁹⁵ Document INCa : « La situation du cancer en France en 2010 », page 95.

6.2 - Une génération de travailleuses atteintes d'un cancer

Nous nous sommes aussi intéressées à la date d'entrée dans le salariat, en ce qu'elle peut rendre compte de « l'expérience partagée par une cohorte d'une certaine réalité du monde du travail » (Méda et Vendramin, 2010), car c'est aussi à partir de cette date qu'on peut les penser en tant que « génération de travailleuses ». Cette définition comble alors ce qui faisait défaut dans l'approche générationnelle mobilisée pour expliquer le phénomène de progression du cancer du poumon chez les femmes françaises (Cf. point 2.1.3 du chapitre 2). Autrement dit, il s'agit de prendre en compte le travail en tant qu'hypothèse explicative au lieu de se centrer exclusivement sur le comportement tabagique des femmes.

En ce sens, le travail doit également être compris comme un espace-temps de partage genré des tâches²⁹⁶ – ce partage étant lui-même responsable des différentes formes de mise en activité et/ou des différentes sollicitations des corps des hommes et des femmes.

Par la place qu'il occupe dans la vie de chaque être humain, le travail fait forcément partie des scénarios dans lesquels se joue l'histoire de chaque cancer. En d'autres termes, en plus d'être le terrain privilégié pour l'observation des formes différentielles de sollicitation des hommes et des femmes, il l'est aussi pour l'observation des conséquences de cette sollicitation sur leur corps.

Ceci étant dit et compte-tenu du fait que la santé est aussi une condition pour l'accès au travail, nous accorderons un intérêt particulier à la question de la mobilité dans les parcours. Or, là encore, les rapports sociaux de sexe impliquent des pratiques différentes pour les femmes. Dès lors, c'est la mise en contexte de leur parcours de vie à la lumière, entre autres, de leur parcours professionnel qui nous a permis d'apporter des éléments de compréhension supplémentaires de leur processus de cancérisation²⁹⁷.

²⁹⁶ Celles-ci sont liées à des « compétences naturalisées » ou à des représentations stéréotypées de ce qu'est un travail d'homme et un travail de femme (Kergoat, 2004). Par conséquent, « Questionner la santé au travail à partir de la problématique des rapports sociaux de sexe permet d'étudier quel rôle joue la division du travail social entre les hommes et les femmes dans la construction différentielle de leur santé, à l'articulation de la vie productive et de la vie reproductive. Cela permet également de développer une analyse critique de l'élaboration des législations et réglementations mais aussi des pratiques institutionnelles et syndicales en santé au travail » (Thébaud-Mony, 2004 : 195).

²⁹⁷ Comme nous le rappellent Alban Bensa et Eric Fassin « la contribution spécifique des sciences sociales, c'est la construction des séries pertinentes, c'est-à-dire des séries dans lesquelles l'événement prend sens » (Bensa et Fassin, 2002).

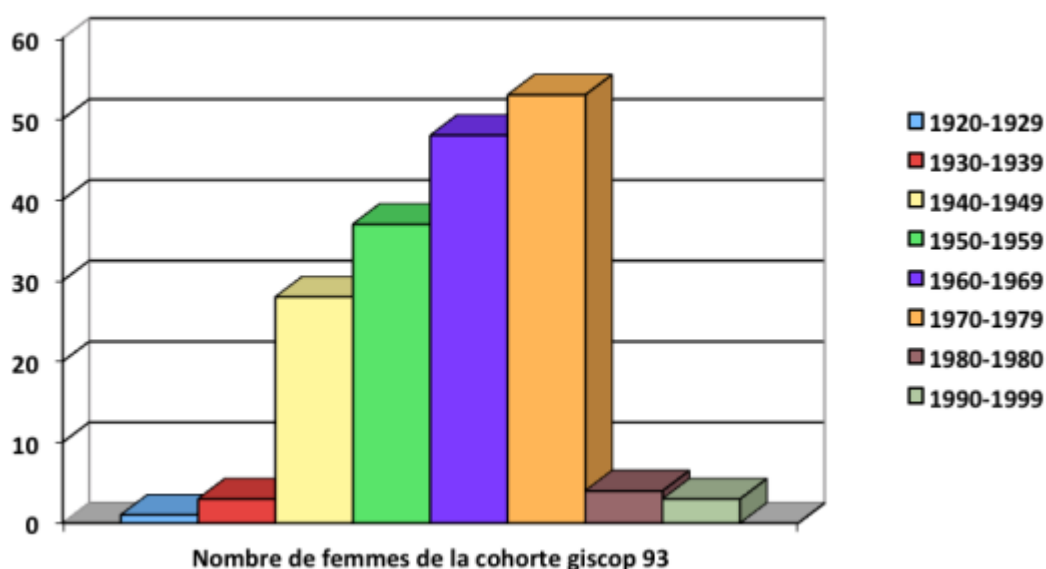
6.2.1 - L'entrée dans le monde du travail

À l'image de l'ensemble des femmes de la cohorte du GISCOP93 (voir graphique ci-dessous), la plupart des femmes de notre échantillon ont fait leur entrée dans le salariat durant la période du plein-emploi et de croissance économique des Trente Glorieuses²⁹⁸, soit dans un contexte historique dans lequel l'absence de diplôme ou le fait d'avoir de faibles qualifications n'étaient pas des obstacles à l'insertion dans le monde du travail.

J'ai commencé à travailler à l'âge de 18 ans, pour la même société. Bon, à l'époque, on se faisait nous-mêmes, c'est-à-dire c'était pas les diplômes qui comptaient, c'était le savoir-faire qu'on... qu'on avait acquis au fur et à mesure des années. Donc ça comptait autant que si on avait des diplômes en main. (...) Ben... on nous apprenait petit à petit sur le tas quoi.²⁹⁹

La plupart des femmes de notre échantillon ont fait leur entrée dans le monde du travail – mais pas toujours dans l'emploi – avant les années 1970. - Voir le graphique ainsi que le tableau que suivent.

Graphique : Distribution des femmes de la cohorte GISCOP93 par décennie d'entrée dans le monde du travail



²⁹⁸ Seules deux femmes ont eu leur premier travail avant cette période (Mme Mb en 1939 et Mme Rn en 1940) et deux autres après (Mme Cr en 1997 et Mme Mk en 2006).

²⁹⁹ Citation de Mme Ld, 55 ans, née en 1955, atteinte d'un cancer broncho-pulmonaire. Pour son premier emploi comme laborantine en 1973 dans une usine de fabrication d'encre et de produits pour l'imprimerie elle n'avait pas de qualification. En 1990, quand elle a quitté ses fonctions, toujours dans la même usine (qui a cependant changé de propriétaires plusieurs fois), ses responsabilités étaient comparables à celles des chimistes en charge du développement et du contrôle des produits avant leur mise en fabrication.

Tableau – L'entrée dans le salariat des femmes de l'échantillon

Nom	Née en	1 ^{er} travail	Dernier travail	Formation	Libellé du 1 ^{er} poste	Secteur
Femmes correspondant à la catégorie « Femmes exposées » (Cf. chapitre 5)						
Mme Mb	1923	1939	1983	Brevet coiffure	Apprentie coiffeuse	Coiffure
Mme Rn	1925	1940	1986	Aucune	Petits boulots ND	
Mme Nē	1936	1952	1984	Aucune	Arboricultrice/Maraîchère	Agriculture
Mme Vn	1937	1953	1985	Aucune	Agricultrice	Culture de riz
Mme Ce	1938	1954	1998	Aucune	Aide manutentionnaire	Commerce/BTP
Mme Gd	1939	1957	1999	CAP de brodeuse d'art	Couturière	Fabrique de poupées
Mme Pl	1940	1957	1998	CAP horlogère	Horlogère	Horlogerie
Mme Do	1940	1955	1992	Aucune	Apprentie coiffeuse	Coiffure
Mme Ot	1942	1959	1980	Aucune	OS polyvalente	Chimie/abrasifs
Mme Vd	1942	1963	2011	BTS commerce	Aide administrative	Station essence
Mme Gu	1945	1959	2005	Aucune	Couturière	Indus/Confection
Mme Cq	1947	1966	2010	Dp. Expert-Compta	Aide-comptable	Indus/Charcuterie
Mme Lr	1947	1968	2011	DEUG de Droit	Surveillante	Collège
Mme Dn	1948	1963	2006	Aucune	Polyvalente	Textile
Mme Du	1948	1964	2008	Aucune	Auxiliaire	Bur. des Hypothèques
Mme Bu	1950	1964	2011	Aucune	Petits boulots ND	
Mme Ds	1951	1966	2005	Aucune	Magasinière	Commerce/aliment
Mme Kr	1952	1969	2011	CAP	Dactylo	Banque
Mme Br	1953	1970	1998	Aucune	Monteuse	Électronique
Mme Lg	1955	1973	1999	Aucune	Agent administratif	Commerce/adoucisseur
Mme Ld	1955	1973	1990	Aucune	Aide chimiste	Chimie/imprimerie
Mme To	1959	1977	2011	Aucune	Ouvrière saisonnière	Industrie Aliment
Femmes correspondant à la catégorie « Femmes non exposées » (Cf. chapitre 5)						
Nom	Date Nais	1 ^{er} travail	Dernier travail	Formation	Libellé du poste	Secteur
Mme Cr	1974	1997	2011	Diplôme de Kinésithérapeute	Kinésithérapeute	Cabinet
Mme Dr	1936	1958	1987	Diplôme école Normale	Institutrice	École Élémentaire
Mme Fi	1957	1973	2000	Aucune	Secrétariat aux Lettres Publiques	Ministère du Travail
Mme Mk	1963	2006	2006	Aucune	Agente de service	Entreprise de services

6.2.2 - Filles des classes populaires

Suite à la question du « quand et pourquoi ont-elles commencé à travailler à un moment donnée de leur vie », les femmes nous ont le plus souvent parlé de leur cadre familial et de l'interruption de leur parcours scolaire. Leurs réponses évoquent leur appartenance aux classes populaires : majoritairement filles de père ouvrier et de mère au foyer, dans des fratries parfois nombreuses (de 3 à 6 enfants). Dans ces familles modestes, leur travail était indispensable au maintien du foyer familial dès leurs 15, 16 ou 17 ans. Motivées par l'un des parents, elles ont généralement commencé à travailler en usine ou en faisant des « petits boulots » non déclarés (ménage, vente sur les marchés ou garde d'enfant). C'est dans ce registre que Mme Dn, 63 ans, retraitée, ancienne employée de bureau à la Sécurité sociale, exprime les raisons pour lesquelles elle a dû faire ses débuts en 1963 à l'âge de 15 ans :

[...] je suis née à Roubaix mais j'habitais Wattrelos et, comme mon père était en train de mourir, je ne pouvais pas continuer l'école et on m'a trouvé ce travail, c'était dans une usine, j'y suis restée 3 mois [...].

Ainsi, pour la plupart d'entre elles, le travail s'est tout d'abord imposé comme une évidence : celle du destin commun à beaucoup de jeunes des classes populaires et auquel seules quelques exceptions ont pu échapper. Mme Cq fait partie de ces dernières. Fille d'immigrants italiens, elle a choisi la nationalité française à sa majorité, mais elle a surtout échappé à cette reproduction sociale car son père tenait à ce que ses enfants réussissent à l'école. Elle a pu, suite à l'obtention de son diplôme en comptabilité, suivre cette carrière en commençant en tant qu'aide-comptable chez un grossiste charcutier en 1966, pour devenir finalement expert-comptable dans un grand cabinet de 1981 à 2010.

Moins nombreuses sont celles (9 sur 26) qui ont pu faire des études en vue d'une insertion qualifiée sur le marché du travail : CAP (horlogerie, broderie, dactylographie), BP coiffure, BTS (commerce et comptabilité), DEUG de droit, Diplôme de Kinésithérapie et Diplôme de l'École Normale. D'emblée, leur premier rapport au travail n'a pas été du même registre que celui des ouvrières. Certes, dans leurs récits, le travail n'est pas complètement déconnecté de sa valeur instrumentale. Cependant, à la différence de celles n'ayant pas de qualification, leur premier rapport au travail est davantage marqué par l'idée d'un projet de vie. Elles ont eu la possibilité de faire un métier pour lequel elles se sont préparées (surtout pour celles qui ont eu une formation de niveau supérieur) et dans lequel elles avaient éventuellement la possibilité de se réaliser.

À l'exception de la plus jeune et des étrangères³⁰⁰, elles ont toutes connu les années mouvementées des mobilisations sociales, dont mai 1968. Néanmoins, rares sont celles qui ont participé aux grèves en raison de la menace de fermeture de leur entreprise. Avec peu de convictions politiques, elles regardaient les syndicats avec méfiance, exception faite de Mme Kr (employée de banque) qui était « adhérente » à la CFDT³⁰¹.

6.2.3 - De plus en plus d'employé-e-s

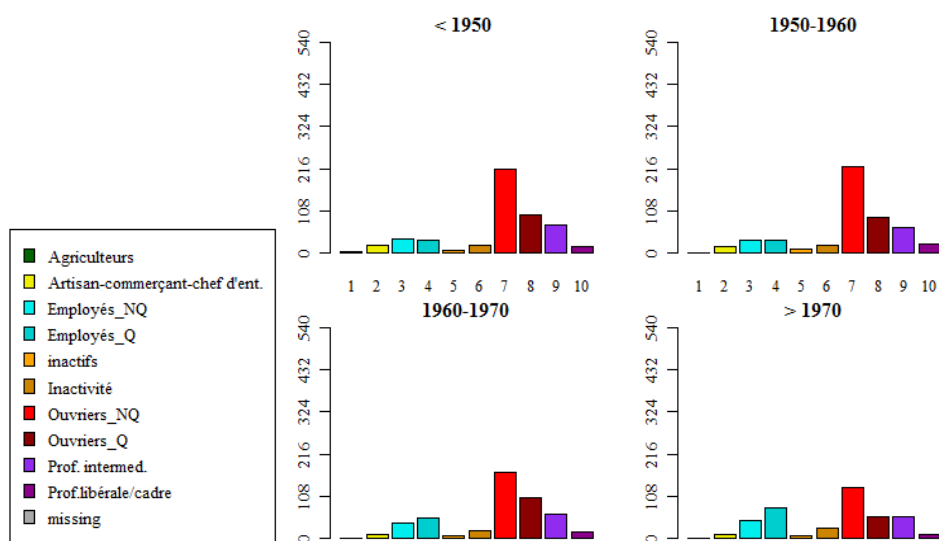
Dans le cadre du projet ECART³⁰², les trajectoires de l'ensemble de la cohorte du GISCOP93 – tous sexes confondus – ont été statistiquement analysées en fonction de l'année du premier emploi (voir graphique ci-dessous). Les chercheuses ont constaté une certaine similarité entre les différentes cohortes quant à la fréquence des trajectoires, soit respectivement celles d'ouvrier non-qualifié, d'ouvrier qualifié, de professions intermédiaires, d'employés et enfin d'artisans/cadres. Pour les cohortes plus récentes, elles soulignent des trajectoires plus marquées par les phénomènes de la tertiarisation et des interruptions (à notre sens, expliquées par le chômage structurel des décennies post Trente Glorieuses). Ces trajectoires deviennent par ailleurs plus diversifiées, au détriment de la catégorie ouvrière.

³⁰⁰ Mme Cr née en 1973 ; Mme Mk, Algérienne, arrivée en France dans les années 2000 ; Mme Vd, Vietnamiennne arrivée en France en 1975 ; puis Mme To et Mme Vn, Cambodgiennes arrivées en France respectivement en 1973 et en 1983.

³⁰¹ En 1968, les femmes ouvrières représentaient 15 % des effectifs syndiqués (Kergoat, 1982).

³⁰² Il s'agit de l'acronyme pour « Expositions aux Cancérogènes dans l'Activité Réelle de Travail », un projet de recherche conduit par la sociologue Annie Thébaud-Mony et l'épidémiologiste Emilie Counil, auquel ont également contribué la biostatisticienne Mélanie Bertin et le sociologue Maxime Quijoux. Ce travail a été conduit entre 2010 et 2013 à partir des données de l'enquête du GISCOP93 et avec le financement de l'INCa.

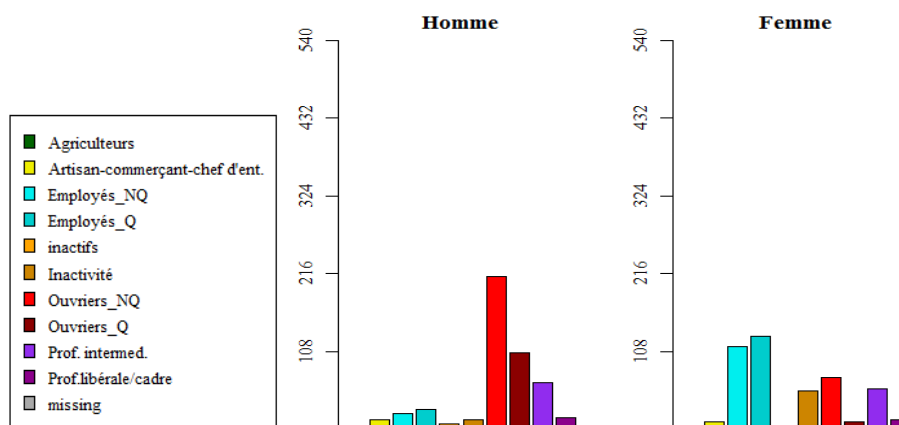
Graphique : Temps moyen (en mois) passé dans chacun des états (*vide légende*), suivant la cohorte



(Source : graphique extrait du Rapport final ECART, 2013)

Le traitement statistique des parcours des hommes et des femmes participant à l'enquête du GISCOP93 réalisé par les chercheuses participant au projet ECART a également permis de distinguer des types de trajectoires selon le sexe. Ce travail a conclu à la prédominance, chez les hommes, des trajectoires ouvrières avec une tendance, pour certains d'entre eux, à la qualification (dans la même catégorie ouvrière ou alors vers les « professions intermédiaires ou d'artisans commerçants »). Pour les femmes, les chercheuses ont constaté la prédominance des trajectoires d'employées, où les ouvrières non-qualifiées ont évolué vers des postes d'employées non-qualifiées (voir graphique ci-dessous).

Graphique : Temps moyen (mois) passé dans chacun des états (*vide légende*), suivant le sexe



(Source : Rapport Final ECART)

Dans notre échantillon, 14³⁰³ femmes ont débuté leur vie active par un poste d'employée, 11 l'ont fait dans des postes de la catégorie ouvrière³⁰⁴ et seule l'une d'entre elles dans la catégorie « professions intermédiaires »³⁰⁵. Parmi celles qui ont démarré comme « employées », deux sont passées à la catégorie « artisane » et deux autres à la catégorie « ouvrière ». Concernant celles qui ont fait leurs débuts comme ouvrières, 4 le sont restées durant tout leur parcours professionnel et les 7 autres sont devenues employées, dont une qui a passé son parcours à transiter entre des postes d'ouvrière et d'employée³⁰⁶ (voir tableau ci-dessous).

Tableau - Catégories socioprofessionnelles occupées par les femmes de l'échantillon lors de leur entrée dans le monde du travail

CSP entrée	Nombre de femmes	Changement CSP	Nombre de femmes
Employées	14	Pas de changement	10
		Artisan	2
		Ouvrière	2
Ouvrières	11	Pas de changement	4
		Employée	7
Professions Intermédiaires	1	Pas de changement	1

Comme nous venons de le voir, nous retrouvons pour la cohorte du GISCOP93 la même dynamique macrosociale que celle du marché du travail français de l'après-guerre. Le déclin de l'industrie française au profit de la délocalisation de son parc industriel vers des pays à main-d'œuvre bon marché et par conséquent la réduction des postes d'ouvriers, ainsi que de la croissance du secteur tertiaire avec notamment la multiplication de la chaîne de sous-traitance et des emplois précaires. Ainsi, dans le monde, les places occupées par les hommes et les femmes dans le système productif ont changé au fil des générations.

³⁰³ Il s'agit de Mme Cq, aide comptable ; Mme Bu, employée de maison ; Mme Mb et Mme Do, coiffeuses ; Mme Lg, Mme Vd et Mme Du, agentes administratives ; Mme Cr, kinésithérapeute ; Mme Kr ; employée de banque ; Mme Fi, secrétaire de la fonction publique ; Mme Mk, agente de nettoyage ; Mme Lr, surveillante d'école ; Mme Ds et Mme Ce, magasinieres dans le commerce d'aliments et de la construction.

³⁰⁴ Dont 9 dans des industries de manufactures : Mme Pl, horlogerie ; Mme Ot, chimie fabrication d'abrasifs ; Mme Rn, fabrication de jetons de casinos en ivoire ; Mme Br, électronique ; Mme Ld, chimie fabrication d'encre ; Mme Dn, textile ; Mme To, alimentation ; Mme Gd et Mme Gu, confection ; et 2 dans l'agriculture : Mme Vn et Mme Nè.

³⁰⁵ Mme Du était institutrice et l'est restée durant tout son parcours professionnel.

³⁰⁶ Il s'agit de Mme Ds qui a occupé 9 emplois différents et 4 périodes de chômage au fil de son parcours professionnel.

En France, hommes et femmes sont de moins en moins ouvrier-ère-s et davantage employé-e-s³⁰⁷, ceci étant plus vrai pour les femmes³⁰⁸. Comme nous essayons de le démontrer, cela n'est pas sans conséquences sur la visibilité des risques cancérigènes liés au travail. Tout d'abord, rappelons-nous que le travail ouvrier est le plus souvent représenté comme un travail exposé aux pénibilités physiques (y compris les risques cancérigènes). Pourtant, le passage d'un-e travailleur-se de la catégorie socioprofessionnelle d'ouvrier-e à celle d'employé-e n'implique pas forcément la fin des atteintes à la santé, pas plus que l'amélioration des conditions de travail. C'est ce qui a par ailleurs été démontré à partir des Enquêtes Conditions de Travail (périodes 1984 et 1998). De fait, la diminution des effectifs dans la catégorie ouvrière au profit de la catégorie employée n'a pas constitué la fin des conditions de travail éprouvantes pour les femmes à faible qualification (Gollac et Volkoff, 2002). Il reste que, face au travail ouvrier, le travail des employé-e-s est plus souvent représenté comme moins contraignant pour la santé (Messing, 2000 ; Vogel, 2003), ce qui par ailleurs est tout aussi valable pour le travail des ouvrières par rapport à celui des ouvriers (Teiger, 2006 ; Messing 2011).

6.3 - Le « sens »³⁰⁹ et le non-sens de la trajectoire professionnelle pour éclairer la fin ou la continuité des expositions aux cancérigènes

Parmi les femmes de notre échantillon, rares sont celles qui, un peu plus armées lors de leur entrée dans le salariat, ont pu grimper les échelons et construire des carrières ascendantes au sens de la nomenclature des catégories socioprofessionnelles et qui ont pu par ailleurs avoir une relation moins instrumentale au travail, dans le sens où elles ont pu se réaliser au travail (Baudelot et Gollac, 2003). Mme Cq, experte comptable dans un grand cabinet et gérante du portefeuille de plusieurs clients, fait partie de ces rares exceptions, de même que Mme Cr, kinésithérapeute dans sa propre clinique.

D'autres configurations peuvent à tort être assimilées à une forme d'ascension. En ce sens, et comme nous venons de le mentionner plus haut, il n'est pas nouveau de considérer les

³⁰⁷ Selon les données INSEE sur le travail et l'emploi en France, en 2009 et en 2012, trois personnes sur quatre travaillaient dans le secteur tertiaire.

³⁰⁸ Nous avons vu (Cf. chapitre 1) que c'est depuis les années 1975 que les emplois ouvriers diminuent et que la part du chômage progresse au sein de cette catégorie. En ce sens, si la part des femmes ouvrières n'a quasiment pas changé, elle a pourtant nettement progressé chez celles qui se retrouvent au chômage.

³⁰⁹ Nous nous référons au « sens » comme synonyme de direction, renvoyant à l'idée que les trajectoires peuvent être ascendantes, descendantes ou linéaires.

changements de catégorie socioprofessionnelle, notamment d'un poste d'ouvrier-e vers un poste d'employé-e, comme la fin de conditions de travail pathogènes. Or, ce qui a été démontré pour les hommes de la cohorte du GISCOP93 est que de nombreuses fois il s'agissait en fait d'anciens ouvriers qui encouragés par leurs anciens employeurs sont devenus artisans. Ce nouveau statut leur permettait au final de continuer à réaliser les mêmes tâches aux anciens patrons par le biais des contrats de service, soit de la sous-traitance.

Comme nous l'avons vu précédemment, les études qui ont permis de distinguer le caractère inégalitaire de la maladie cancéreuse attestent du taux d'incidence et d'une mortalité nettement plus importante chez les hommes appartenant aux catégories ouvrières³¹⁰ : « Les ouvriers demeurent exposés aux pénibilités physiques, aux nuisances, aux risques d'accident, dans des proportions sans commune mesure avec la moyenne des autres actifs » (Gollac, Volkoff, 2007 : 41).

Mais les conditions de travail et les liens entre travail et santé ne peuvent pas être lus par les seules données statistiques, ni par le seul statut socioprofessionnel. Les analyses qualitatives ont, à maintes reprises, révélé que la réalité peut contredire la statistique. D'où par ailleurs les critiques auxquelles nous avons déjà fait référence à propos du monopole d'un *class model* n'envisageant les écarts de mortalité que sous la seule dimension socio-économique, ce qui renforce la constitution d'un « schéma explicatif masculino-centré » (Anne-Sophie Cousteaux, 2011). Cela renforce aussi les représentations dominantes autour du « risque machine, perçu au masculin », ce qui n'est pas sans conséquences sur l'intérêt porté aux risques encourus par les femmes (Bruno et Omnès, 2011 : 108).

Les conséquences de ce modèle dans les processus d'inégalités hommes-femmes face au cancer s'expriment par exemple au travers de la représentation dominante des cancers « féminins » comme étant restreints aux cancers « hormono-dépendants » (à exemple des cancers du sein et des ovaires). En ce sens, la structure de l'enquête du GISCOP93 ouvre une autre voie, dans la mesure où les mêmes cancers sont étudiés aussi bien dans les parcours professionnels des hommes que dans ceux des femmes. Cela permet dès lors de mettre en exergue d'autres niveaux d'inégalités entre hommes et femmes face au cancer. Dans le cas des hommes, les facteurs professionnels ayant contribué à la survenue de ces cancers sont assez facilement repérés (sauf précarité extrême), tandis que pour les femmes cela est plus difficile (Cf. chapitre 2), comme l'illustrent très bien les travaux de Laurent Vogel (2003) et Karen Messing (2000).

310 Post-enquête SUMER – Population GISCOP93.

Passons à présent à la démonstration concernant le sens des trajectoires professionnelles. Un exemple concret a été traité dans le cadre de l'enquête du GISCOP93³¹¹. Il s'agit des trajectoires masculines qu'on pourrait qualifier d'ascendantes selon la nomenclature des catégories socioprofessionnelles. C'est le cas des ouvriers non qualifiés (niveau 6 de la CSP) qui sont devenus commerçants ou artisans (niveau 2 de la CSP). Alors qu'on pourrait espérer qu'ils aient connu, grâce à cette évolution, une amélioration de leurs conditions de vie et de travail, la réalité révèle le contraire. Pour ceux devenus commerçants, ce changement est en réalité « une stratégie bancale de lutte contre la précarisation » (Extrait du chapitre de Maxime Quijoux, dans le Rapport Final ECART).

En effet, ces « commerçants » sont généralement des vendeurs ambulants qui ne possèdent ni magasin, ni capital, et dépendent souvent de maigres rétributions. D'ailleurs, il s'agit souvent d'une activité sur le court terme, abandonnée rapidement par les personnes concernées. Autrement dit, ces ascensions sont généralement fictives et ne correspondent pas à une amélioration des conditions de travail ou d'existence. (Extrait du chapitre de Maxime Quijoux, dans le Rapport Final ECART)

Concernant ceux qui sont devenus artisans, le rapport n'indique pas un secteur d'activité particulier. Il met néanmoins en avant une situation de sous-traitance dissimulée. L'un de ces cas de figure est la création du régime d'auto-entrepreneuriat, par ailleurs félicitée³¹².

³¹¹ Rapport final du projet ECART.

³¹² Concernant le régime d'autoentrepreneur, l'INSEE précise qu'il a été « mis en place par la Loi de modernisation de l'économie (LME) d'août 2008 et entré en vigueur au 1^{er} janvier 2009, offre des formalités de création d'entreprise allégées, ainsi qu'un mode de calcul et de paiement simplifié des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu pour les personnes physiques. L'autoentrepreneur doit réaliser moins de 80 300 euros de chiffre d'affaires annuel pour une activité commerciale, moins de 32 100 euros pour les prestations de services et activités libérales ». La situation des autoentrepreneurs est ainsi résumée : « Au premier semestre 2010, 190 000 personnes ont déposé une demande d'immatriculation d'autoentreprise, dont on estime que 60 % créeront une activité par ce biais. Trois autoentrepreneurs sur quatre n'auraient pas créé d'entreprise sans ce régime ; ils déclarent avoir voulu par ce biais développer une activité de complément ou assurer leur emploi. Deux autoentrepreneurs sur cinq étaient salariés du privé. La moitié a créé leur entreprise dans un secteur d'activité différent de leur métier de base. Quatre secteurs concentrent les autoentreprises : le soutien et le conseil aux entreprises, les services aux ménages, le commerce, et enfin la construction. Les autoentrepreneurs réalisent en moyenne un chiffre d'affaires mensuel de 1 000 euros. Ils travaillent essentiellement chez eux ou chez le client. Globalement, les autoentrepreneurs sont plus jeunes que la population active, et les femmes autoentrepreneurs sont plus diplômées que leurs confrères. Le principal avantage déclaré du régime est de simplifier les procédures ; l'inconvénient majeur est de ne pas pouvoir déduire les dépenses du chiffre d'affaires. Ceux qui ont déjà arrêté leur activité expliquent leur échec par un projet non viable ou l'inadéquation du régime à leur situation », disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1388&page=sdb#def2.

(...) les entretiens montrent en effet qu'il s'agit d'ouvriers encouragés par leurs employeurs à devenir sous-traitants, rejoignant les observations faites par Jounin dans le ferrailage. Poussés au départ par des motivations financières, ces artisans souffrent très vite de leur nouveau statut : sans connaître d'amélioration de leurs conditions de travail (ils réalisent souvent les mêmes tâches) ils se confrontent à une précarisation certaine de leurs conditions d'emploi : outre les charges salariales liés à leur nouveau statut, ils connaissent une instabilité dans leur travail et dans leur revenu due à la concurrence de la sous-traitance. (Extrait du chapitre de Maxime Quijoux, *Ibidem*.)

Sur ce point, le rapport conclut à l'existence, pour certaines trajectoires professionnelles, d'une « ascension paradoxale »³¹³ et dans laquelle les « expositions aux cancérogènes ne faiblissent pas ».

Précisons que cette situation n'a été traitée qu'au vu des parcours des hommes. Or, les femmes sont également concernées par des situations « similaires ». C'est par exemple le cas des couturières employées dans des entreprises de l'habillement qui, en alternative au chômage, adhèrent au régime de l'auto-entrepreneuriat, parfois tout en continuant à réaliser les mêmes tâches (sous la forme d'un service) pour leur ancien employeur (Abreu, 1986)³¹⁴.

Un autre exemple nous a été fourni par l'une des femmes que nous avons rencontrées. Le cas de Mme Vd, 69 ans, chauffeur de taxi, confirme l'existence de l'ascension paradoxale au vu des catégories socioprofessionnelles. Il illustre également l'auto-sur-exploitation à laquelle ces nouvelles entrepreneuses doivent se livrer, toute en cumulant les mêmes expositions aux cancérogènes.

Le second exemple, celui de Mme Br, rend compte d'un autre paradoxe : l'aménagement du poste de travail suite à des problèmes de santé vécus par cette femme lui a ajouté de nouvelles contraintes, au risque d'aggraver son état de santé. En fin de compte, les expositions aux cancérogènes seront restées invisibles tout au long de son parcours.

6.3.1 - Ascension sociale supposée, auto-surexploitation accrue et continuité des expositions aux cancérogènes : l'exemple d'une employée chauffeur-taxi devenue artisane chauffeur-taxi

Elle était toujours en activité lorsque son diagnostic de cancer du poumon est tombé en 2012. Elle a été chauffeur de taxi pour deux grands employeurs parisiens entre 1992 et 2009 –

³¹³ Propos présentés lors du séminaire de présentation des travaux du GISCOP93 à l'IRIS, Université Paris 13, 2011.

³¹⁴ Si on se reporte à une histoire moins récente, ces similarités ont des particularités liées notamment au statut spécifique qu'on accordait au travail féminin. Dans l'exemple du travail des couturières, il s'agirait du travail à domicile.

années durant lesquelles les experts du GISCOP93 ont estimé qu'elle avait été exposée aux gaz d'échappement diesel et essence ainsi qu'au tabagisme de certains passagers, des expositions qui n'ont pas cessé une fois qu'elle est devenue artisane. Néanmoins, ce n'est pas à ces contraintes que Mme Vd cherchait à échapper, mais au contrôle de ses patrons particulièrement oppressants. Le changement de statut l'a condamnée à une auto-exploitation³¹⁵ qu'elle n'est d'ailleurs pas parvenu à assurer car sa santé s'était déjà trop dégradée.

Encadré 13 - Mme Vd. (passage de la catégorie d'employée à celle d'artisan)

En octobre 1992, elle a commencé à travailler pour une grande société qui employait plus d'une centaine de chauffeurs de taxi. Elle y est restée jusqu'au mois de mai 2008.

Tous les lundis elle devait passer à l'entreprise pour apporter ce qu'elle avait gagné pendant la semaine. Elle considère que ce travail était difficile. Elle conduisait dix heures par jour et, malgré cela, elle se faisait souvent « gronder » par le patron qui estimait qu'elle n'avait pas fait assez de courses. Pour éviter de perdre des clients, elle ne s'arrêtait pas pour déjeuner et se contentait de grignoter un petit casse-croute dans la voiture. Les pauses toilettes étaient aussi problématiques, car il fallait trouver une place de stationnement à proximité d'un WC public. Il y avait aussi la peur des vols, dont plusieurs de ses collègues avaient déjà été la cible. Elle considère avoir beaucoup respiré la fumée d'échappement, car dans le trafic les taxis sont souvent dans les couloirs des bus. Avec la pollution, elle avait parfois la sensation d'étouffer. Elle était aussi chargée de faire le plein et de nettoyer la voiture dans les stations-service. Suite à des problèmes de santé (tension, maux de tête, rhume) elle a été licenciée.

(Interruption 3) Période de chômage de juin à septembre 2008.

Ensuite, d'octobre 2008 à septembre 2009, elle a travaillé pour une autre compagnie de taxis. Cette entreprise, plus petite que la première, comptait une centaine d'employés. Tous les jours, elle devait récupérer la voiture le matin et la déposer le soir avec la recette de la journée. Une fois par semaine, elle devait s'occuper de l'entretien de la voiture. Elle continuait à conduire environ 10h/jour et la pollution la dérangeait toujours autant. À cela s'ajoutait plus de 2h de trajet entre son domicile et son lieu de travail.

(Interruption 4) De septembre 2009 à octobre 2010, elle a encore interrompu son activité professionnelle, mais cette fois-ci le temps de préparer sa licence taxi.

En octobre 2010, elle a redémarré avec le statut artisan chauffeur-taxi. Elle m'a expliqué que les artisans doivent travailler en moyenne 11h/jour pour pouvoir équilibrer les jours où la voiture est en panne par exemple. Alors que cette auto-sur-exploitation s'impose au chauffeur de taxi qui veut assurer la santé économique de son entreprise, la santé de Mme Vd ne lui permettait pas de suivre une telle gestion du temps de travail. Elle ne pouvait pas s'imposer plus de 8h de travail par jour. Elle travaillait parfois moins encore, car sa santé ne cessait de se dégrader.

La situation de cette chauffeur de taxi, tout comme celle des couturières ou des hommes étant passé de la catégorie d'ouvrier à celle d'artisan, nous offre l'occasion d'interroger les limites d'une approche des inégalités de santé par les seules catégories de la nomenclature.

³¹⁵ Cette analyse de l'auto-exploitation a été développée par Yahan Chuang dans sa communication « La dignité des travailleuses sans papiers : le cas des femmes chinoises à Paris », lors du séminaire « Comment penser le travail au croisement des catégories ? » du 22 février 2013, CRESPPA-GTM.

Alors qu'en tant qu'ancien-ne-s ouvrier-è-s et employé-e-s devenu-e-s patron-ne-s on pourrait s'attendre à ce que leur position sociale plus privilégiée leur offre de meilleures qualités de vie et de travail, il n'en est rien.

Par ailleurs, dans un contexte où l'installation persistante d'une frange croissante de travailleur-se-s dans des situations de précarité (Paugam, 2002 ; Castel 1995) se confirme, parler de trajectoires professionnelles ascendantes ou descendantes en termes de CSP semble avoir peu de « sens ». Il nous semble en revanche plus pertinent de parler de trajectoires marquées par des passages du salariat à l'entrepreneuriat ou/et à d'autres régimes de travail.

Cela est d'autant plus important lorsqu'on s'intéresse aux trajectoires professionnelles des femmes, lesquelles, avec les immigré-e-s et les racialisé-e-s, sont surreprésenté-e-s dans les travaux précaires. Par ailleurs, nous avons vu que la seule affectation à une catégorie non ouvrière ne peut prémunir de la fin des expositions aux cancérogènes. De fait, nombre de travailleur-se-s devenu-e-s leur propre patron-ne poursuivent leur activité en réalisant les mêmes tâches dans des conditions de travail plus précaires.

6.3.2 - L'aménagement des postes de travail : pour le meilleur et pour le pire

Nous pouvons citer le cas de Mme Br, 57 ans, souffrant d'un cancer du poumon. Elle a commencé son parcours en 1970 en tant qu'ouvrière au montage des composants électroniques. Au moment du diagnostic de son cancer en décembre 2010, elle occupait un poste d'employée chez France Télécom. Là, elle réalisait un travail de bureau. Les experts du GISCOP93 ont estimé que, dans son premier emploi, Mme Br a été exposée au travail de nuit ainsi qu'à l'amiante. Dans les différents postes de soudeuse, câbleuse et monteuse qu'elle a occupés jusqu'en 1977, elle a probablement été exposée à l'amiante et au plomb.

Dans son cinquième emploi, Mme Br a occupé deux postes dans lesquels elle a probablement été exposée à l'amiante, certainement encore présent dans les locaux techniques des immeubles où elle intervenait. Dans son troisième poste, elle faisait un travail de bureau où les experts ont estimé que les expositions avaient cessé. Son histoire chez cet employeur commence en 1978, quand elle a passé le concours pour la compagnie anciennement appelée Postes, Télégraphes et Téléphones (PTT).

Encadré 14 - récapitulatif de l'itinéraire professionnel de Mme Br

E1 : du 26/10/1970 au 11/10/1972 dans une entreprise d'électronique – CSP : 672a (Ouvriers non qualifiés de l'électricité et de l'électronique)
E2 : du 16/10/1972 au 23/04/1976 dans une entreprise de mécanique générale – CSP : 673c (Ouvriers non qualifiés de montage, contrôle en mécanique et travail des métaux)
I : du 26/04/1976 au 19/11/1976 dans une école de formation professionnelle – CSP : 8400 (Elèves, étudiants)
E3 : du 22/11/1976 au 27/05/1977 dans une entreprise d'électronique – CSP : 622c (Monteurs câbleurs qualifiés en électricité)
E4 : du 30/05/1977 au 03/08/1977 dans une entreprise d'électronique – CSP : 622c (Monteurs câbleurs qualifiés en électricité)
<i>I : du 04/08/1977 au 31/08/1978, chômage</i>
E5 : du 01/09/1978 jusqu'à fin 2010 dans les PTT puis France Telecom
P1 : 621d Ouvrier (qualifié) des travaux publics en installations électriques et de télécommunications (exposition à l'amiante)
P2 : 621d Ouvrier des travaux publics en installations électriques et de télécommunications (exposition à l'amiante)
P3 : 521b Employé de France Télécom (statut public) (aucune exposition)

Pour son cinquième emploi (E5), Mme Br était censée travailler au câblage, où elle était en charge de l'amélioration et de l'élargissement des lignes téléphoniques – travail réalisé sur des échafaudages. Néanmoins, comme elle assumait ces fonctions à quelques mois de l'accouchement de son premier enfant, son poste a été aménagé une première fois. On l'a affectée à un poste fixe et donc sans les déplacements communs au poste auquel elle était originellement destinée de par son concours. Durant sa grossesse, elle était alors installée dans un bureau où elle faisait des petites réparations, mobilisant des techniques de travail qu'elle avait acquises au fil de son parcours professionnel, comme le soudage.

Une fois son congé de maternité terminé, elle a repris le poste initialement prévu. Son deuxième poste (P2) était celui de monteuse sur des répartiteurs. C'est elle qui a sollicité ce changement de poste afin de se rapprocher de son domicile et de raccourcir les temps de trajets afin de mieux assurer le soin de ses enfants. En 1992, elle a fait un infarctus et, une fois l'arrêt maladie terminé, elle a repris les mêmes activités. Ce n'est qu'en 1998, suite à un malaise sur une échelle, que le médecin du travail l'a affectée à un service administratif. Ainsi, à 45 ans, Mme Br a dû apprendre à travailler sur ordinateur, une contrainte qui n'a pas fait de cet aménagement de poste un véritable soulagement. Un dernier aménagement de poste lui a été proposé quelques temps après car sa cheffe avait remarqué que Mme Br arrivait essoufflée après avoir monté les trois étages jusqu'à son lieu de travail. Suite à cela, Mme Br a été transférée au rez-de-chaussée et a dû encore une fois réaliser d'autres tâches et apprendre d'autres procédures de travail. Même si ces aménagements de postes représentaient la fin de certaines contraintes physiques (liées à sa santé et à ses limitations physiques) et la réduction

du risque d'accidents (risque de chute lié au travail sur une échelle), elle les décrit comme difficiles, voire extrêmement anxiogènes :

C'est infernal parce que tous les jours c'est une lutte pour savoir ce qu'il faut qu'on fasse, c'est abominable. Pour moi ça a été abominable. (Extrait de l'entretien de Mme. Br)

Le parcours de cette femme nous permet d'illustrer le fait que les aménagements de postes ne peuvent qu'apporter des solutions partielles. De fait, ces aménagements visent à contrecarrer une contrainte spécifique, sans que les autres aspects du travail soient forcément pris en compte. En ce sens, le parcours de Mme Br révèle que les risques cancérogènes³¹⁶ (le plus souvent imperceptibles, tant au niveau visuel qu'au niveau de l'odorat) sont concurrencés par des contraintes physiques et des tâches à plus haut risque d'accidents (dont les conséquences sont immédiatement mesurables). Bien souvent, c'est aussi le cas des aménagements proposés durant une grossesse³¹⁷.

Un autre aspect du travail qui semble avoir été ignoré dans ce cas concerne la subjectivité de Mme Br. Même si l'on admet qu'indépendamment de l'âge on peut toujours acquérir de nouvelles connaissances, cela demande d'avoir de la bonne volonté et de bonnes conditions pour développer ces compétences. Or, Mme Br n'avait ni l'envie de réaliser un travail qui lui demandait des compétences en informatique ni les bonnes conditions pour acquérir ces dernières qui étaient très éloignées de son travail d'ouvrière qualifiée.

Ces deux cas nous montrent que, pour les femmes aussi, les passages entre catégories socioprofessionnelles constituant a priori une ascension sociale peuvent en réalité cacher un cumul de pénibilités, voire des expositions aux risques cancérogènes. Cela peut être d'autant plus important quand ces changements interviennent en fin de parcours, à un âge avancé ou lorsqu'un état de santé fragile peut se dégrader jusqu'à l'apparition d'un cancer. Ainsi, au-delà de l'analyse des CSP et d'une approche ergonomique par le travail réel et prescrit, c'est le sens donné par ces femmes aux différentes étapes de leur parcours qui nous fournit les éléments de compréhension de ce paradoxe.

³¹⁶ Pour le parcours de Mme Br, l'expertise toxicologique du GIS COP93 a pu mettre en évidence l'exposition au travail de nuit posté durant 2 ans, au plomb et à ses composés inorganiques, ainsi qu'à l'amiante dans les entreprises de mécanique et d'électronique (5 ans), puis aussi à l'amiante dans les activités de montage et de soudage aux PTT (15 ans). Voir chapitre 5 de cette thèse.

³¹⁷ Nous traiterons d'un exemple concret dans le chapitre 8.

6.4 - Les interruptions³¹⁸ dans leurs parcours professionnels : spécificité féminine ou pratiques sociales des femmes selon des contextes spécifiques ?

En plus de l'intérêt particulier accordé à la catégorie socioprofessionnelle, les études sur la santé au travail s'intéressent aussi de plus en plus à la durée de présence dans les métiers, afin de rendre visibles des contraintes et des nuisances professionnelles (Volkoff, 2006). Il est donc légitime de poser la question de la relation entre durée des parcours professionnels des femmes et expérience de l'usure au travail. Cette question est d'autant plus importante que, depuis plusieurs générations, les chercheur-e-s persistent à invoquer systématiquement la division sexuelle du travail pour expliquer la surmortalité masculine comme le résultat d'une usure plus importante que celle des femmes dans leur parcours professionnels. C'est là une thèse à laquelle les travaux de Danièle Kergoat (1982), d'Alain Cottureau (1983b), de Karen Messing (2000), de Laurent Vogel (2003), de Gollac et Volkoff (2006 et 2002), de Teiger (2006a-b) et d'Anne-Françoise Molinié (2012), pour n'en citer que quelques-uns, ont cherché à déconstruire et à remettre en question.

Concernant la reconnaissance des expositions professionnelles aux cancérogènes, précisons que 14 des 22 tableaux de MP consacrés à la maladie cancéreuse imposent comme restriction une durée minimale d'exposition à un cancérogène de 6 mois (moins nombreux), de 5 ans ou de 10 ans (le plus souvent).

Nous avons vu (Cf. chapitre 3) que, parmi les 14 tableaux (de reconnaissance des cancers en MP) imposant une liste limitative des travaux, un seul concerne un secteur d'activité à forte concentration féminine (tableau n° 45, relatif aux « Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E », dans le secteur hospitalier et de soins). Se pose dès lors la question suivante : en raison des éventuelles continuités et/ou discontinuités dans leur parcours, la durée d'exposition minimale ne constitue-t-elle pas pour les femmes un obstacle supplémentaire pour accéder à la reconnaissance des cancers professionnels³¹⁹ ?

Au sujet des variations du taux d'activité féminine au fil des âges, les analyses statistiques soutiennent généralement la thèse du caractère spécifique de ces périodes

³¹⁸ Par « interruption » nous nous référons à des périodes longues ou courtes, mais durant lesquelles il y a eu une rupture dans le parcours professionnel, soit une sortie du salariat pour une raison ou pour une autre. Les arrêts maladies qui n'impliquent pas la fin de la relation de travail ne constituent donc pas des périodes d'interruption.

³¹⁹ Nous reviendrons plus en détail sur cette question dans le point 6 de ce chapitre.

d'interruptions en milieu de vie comme étant liées à l'arrivée des enfants³²⁰ – thèse qui a été résumée de la façon suivante:

Les femmes se distinguent notamment par leurs interruptions : s'arrêter de travailler quelques années ou plus lorsque l'enfant paraît est une particularité de l'activité féminine qui la différencie du « modèle » masculin, la rend « spécifique » et par là même perméable aux discriminations. (Maruani & Menon, 2012 : 63)

Or, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, cette thèse si popularisée ne résiste pas à l'analyse de l'évolution des courbes et des taux d'activité par âge entre 1901 et 2011 – travaux réalisés par Maruani et Meron (2012). Par ailleurs, cette thèse n'est pas sans lien avec celle de la « pensée traditionnelle » mise en avant par Karen Messing (2002) et qui dénote une tradition scientifique reposant sur une essentialisation des rôles tenus pour féminins dans nos sociétés. Nous ne voulons pas non plus essentialiser la science, mais plutôt attirer l'attention sur un risque. Des analyses sans aucun doute très soucieuses de rendre compte de la construction des différences entre hommes et femmes face au travail et/ou dans l'activité peuvent se retrouver prises au piège de ce qu'elles essayent de dénoncer : la naturalisation. C'est d'ailleurs en ce sens que différents travaux ont contribué à montrer, dès les années 1980, que les questions de temps de travail (plein ou partiel)³²¹ et de discontinuités dans les parcours professionnels sont loin de se résumer à des partitions duales : par choix ou par contrainte³²².

Si elle peut être utile pour le macroéconomiste du travail, cette partition semble en revanche bien plus contestable du point de vue microsociologique.

Choisi/contraint : non seulement cette opposition cristallise des visions du monde social aussi contestables que caricaturales (l'acteur libre *versus* l'agent déterminé) mais elle ignore surtout le caractère négocié *lato sensu* des ordres et des mondes sociaux dans lesquels s'inscrivent les politiques d'incitation au temps partiel. Dit autrement, dès lors que l'on observe "par le bas" le recours au temps partiel, les types de pratiques se démultiplient. (Lallement, 2000 : 136)

Les analyses avancées par ces recherches convergent notamment avec celle entreprise par Dominique Méda (2003) à propos des raisons d'interruption de l'activité chez une population de mères d'enfant de moins de trois ans. La décision du passage à temps partiel ou de l'interruption de l'activité après une naissance est due à de multiples facteurs, dont la santé, d'où la nécessité de s'intéresser aussi bien au travail qu'à la famille et à la santé pour parvenir à comprendre le contexte de ces « décisions ».

320 Sur ce thème, Maruani et Meron (2012) soulignent l'apport des travaux pionniers de Marie Thérèse Letablier et Anne-Marie Vasseur (1977).

321 Kergoat (1984b) et Lallement (2000).

322 Kergoat (1984b), Lallement (2000), Samuel *et al.* (2012).

Ainsi, la question de la durée et celle des interruptions dans les parcours professionnels des femmes s'avèrent très importante car elle peut avoir des conséquences politiques fortes. Elle permet par exemple d'avancer que ce serait en raison de leur implication dans le travail reproductif que les femmes parviendraient à s'extraire le plus souvent du marché du travail. Par conséquent, pour certaines femmes, ces périodes d'interruption viendraient raccourcir le temps d'activité exposée à des risques professionnels pour leur santé. Autrement dit, les femmes auraient des durées d'exposition aux risques pour leur santé inférieures à celles des hommes, en ce qu'elles sont plus souvent amenées à quitter leur emploi pour s'occuper des enfants. En poursuivant ce raisonnement, on arrive à un argument pour le moins pernicieux : le travail reproductif protégerait les femmes des usures du travail productif.

Dans le cadre du projet ECART (cité plus haut), le traitement statistique de l'ensemble des parcours professionnels des hommes et des femmes de la cohorte du GISCOP93 a été réalisé. Ce travail a dès lors mis en avant l'existence de périodes d'interruption dans les parcours des deux sexes. Pour les hommes, les interruptions sont plus fréquentes en début de parcours. Chez les femmes, l'étude a constaté que les interruptions (dans 8 % des parcours féminins) étaient plutôt situées à mi-parcours. Les raisons de ces interruptions n'ont pas été systématiquement rapportées dans les entretiens. Quelques rares entretiens (mais aussi certain-e-s enquêteur-ice-s) ont expliqué que les retraits des hommes étaient *liés à l'âge du service militaire*, tandis que les femmes se retiraient *pour élever leurs enfants*. Ce sont donc les seules hypothèses qui ont pu être retenues dans le cadre du projet ECART.

Dans le cadre de notre enquête, grâce au travail d'analyse des parcours de vie, nous avons pu vérifier l'hypothèse concernant les femmes. Cela parce que nos entretiens semi-directifs de type parcours de vie incluaient des questions plus larges que celles abordées lors de la reconstitution des parcours professionnels de l'enquête du GISCOP93³²³, conformément au thème « II – Vie professionnelle et vie familiale » cité en introduction du présent chapitre. Nous nous sommes également appuyée sur l'ensemble des documents composant le corpus de l'enquête du GISCOP93, dont les parcours professionnels reconstitués.

Alors que les données nationales montrent qu'indépendamment du nombre et de l'âge de leurs enfants, les femmes sont, depuis 1975, de plus en plus présentes sur le marché du travail³²⁴, vérifier l'hypothèse avancée dans le cadre du projet ECART nous a semblé

³²³ Sur la méthodologie de la reconstitution des parcours professionnels de l'enquête du GISCOP93, voir Lanna (2013).

³²⁴ DARES Analyses, « Activité féminine et composition familiale depuis 1975 », n° 27, mai 2010.

fondamental, d'autant plus qu'avec notre protocole d'enquête nous en avons la possibilité. D'autre part, comme nous l'avons dit plus haut, il nous semble que cette hypothèse peut se révéler pernicieuse en ce qu'elle favorise la méconnaissance des risques cancérogènes dans les parcours des femmes, entraînant un désintérêt pour le sujet chez les scientifiques, mais aussi chez les femmes elles-mêmes.

Finalement, les entretiens – en nous permettant de nous intéresser au parcours de vie des femmes (Hélandot, 2006) – nous ont aidée à comprendre le contexte dans lequel ces femmes interrompent leur parcours professionnel. Il en ressort que les enfants ne sont pas toujours la cause et que, même quand ils le sont, d'autres conditions matérielles doivent être remplies pour permettre à la famille de se passer d'un salaire. Il est dès lors réducteur de dire que les femmes quittent leur travail pour s'occuper de leurs enfants. Dans la pratique, cela concerne plutôt les femmes en couple et dont le conjoint dispose d'une situation stable. Outre ces conditions matérielles, la décision de quitter leur emploi – même quand c'est pour s'occuper de leur enfant – peut aussi relever du rapport subjectif au travail ou plus simplement d'une usure au travail.

Par ailleurs, on peut constater que différents cas de figure interviennent tout au long du parcours professionnel de ces femmes (voir tableau ci-dessous). Loin de les épuiser, nous avons pu soulever certaines causes d'interruption : pour un membre de la famille (enfants ou autres), pour des raisons de santé, à cause du chômage, à cause du parcours d'immigration et enfin à cause des conditions de travail.

Tableau - Causes d'interruption dans les parcours professionnels des femmes
rencontrées atteintes d'un cancer

Nom	Statut civil au fil du parcours			N° d'enfants ou personnes à charge	1 ^{ère} Inter	2 nd inter	3 ^e inter	4 ^e inter
	début	mi-parcours	Fin					
Mme Pl	mariée	divorcée	divorcée	3				
Mme Cq	mariée	veuve	Veuve	1				
Mme Ot	mariée	mariée	Mariée	1	Sein ¹			
Mme Rn	mariée	veuve	Veuve	2				
Mme Bu	mariée	divorcée	divorcée	3				
Mme Ce	celibat	celibat	Mariée	0				
Mme Mb	mariée	mariée	Veuve	1				
Mme Br	mariée	divorcée	divorcée	3				
Mme Lg	mariée	mariée	Mariée	1				
Mme Cr	celibat	celibat	Couple	0				
Mme Ld	celibat	celibat	Couple	0				
Mme Kr	celibat	celibat	Celibat	frère hdcp				
Mme Ds	mariée	mariée	Mariée	3				
Mme Dn	mariée	mariée	Mariée	2				
Mme Nē	mariée	veuve	Veuve	nièce				
Mme Dr	mariée	mariée	Veuve	3				
Mme Fi	mariée	mariée	mariée	5				
Mlle To	celibat	celibat	celibat	0				
Mme Vd	mariée	veuve	Veuve	5				
Mme Du	mariée	mariée	mariée	2				
Mme Gd	mariée	mariée	mariée	1				
Mme Mk	mariée	mariée	mariée	1				
Mme Vn	mariée	mariée	Veuve	1				
Mme Gu	mariée	mariée	mariée	2		sein		
Mme Lr	mariée	mariée	divorcée	1				
Mme D0r	mariée	veuve	Veuve	1				

Légende : Interruption pour cause

cancer	chômage
enfant	migration
famille	santé

Sein¹= Tumeur bénigne

Tout en étant consciente de la nécessité de distinguer les causes d'interruption de façon pragmatique, il est néanmoins important de comprendre que ces différentes causes n'opèrent généralement pas de façon isolée. Ainsi, même si les causes d'interruption peuvent prendre la fonction de marqueur dans la chronologie de leur vie, différents événements (antérieurs ou postérieurs) participent à leur dynamique et contribuent à la construction du sens que les femmes donnent à ces interruptions.

Certains événements de la vie sont prévus, institués, d'autres sont plus inattendus et encore moins désirés. D'autres types d'événements viennent complètement transformer la vie des personnes et le récit qu'elles en font (Leclerc-Olive, 1997). Pourtant, ces ruptures, mises en scène dans les récits biographiques, vont au-delà des dynamiques personnelles. Si les événements marquent et structurent les parcours des personnes, ils sont aussi la résultante de processus sociaux et constituent des moments de recomposition, de redéfinition, tant de soi que des rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent. Ils interrogent ce qui allait de soi, ce qui était jusqu'à présent significatif pour les personnes, pour la société. (Bessin, 2009 : 17)

Encadré 15 - Elles sont plus souvent mariées ou en couple et plus souvent avec enfant(s) à charge.

Durant une grande partie de leur vie active, 21 des 26 femmes atteintes d'un cancer étaient mariées ou en couple. Parmi ces 21 femmes, une seule n'a pas pu avoir d'enfant. Cependant, elle et son mari ont élevé une nièce devenue orpheline à l'âge de 4 ans. Ainsi, toutes ces femmes ont eu au moins un enfant à charge (5 de ces femmes ont eu 2 enfants ; 4 d'entre elles en ont eu 3 et 2 en ont eu 5). Parmi les 5 femmes célibataires durant la majeure partie de leur vie active, 3 se sont ensuite mariées ou mises en couple. Néanmoins, aucune n'a eu d'enfant par la suite. L'une d'entre elles avait un frère handicapé à sa charge.

Suite à cette analyse, nous avons aussi constaté d'autres situations où les femmes ont renoué avec le travail. Il nous paraît important de rapporter ces rares exemples qui font exception à la règle, c'est pourquoi nous les traiterons dans le point 6.5.

6.4.1 - Un parcours sans interruption

Une seule des 26 femmes rencontrées atteintes d'un cancer n'a jamais interrompu son parcours professionnel. Il s'agit de Mme Ce, rencontrée en 2011, alors âgée de 73 ans et atteinte d'un mésothéliome pleural. Elle a vécu la plupart de sa vie avec ses parents, n'a jamais eu d'enfant et ne s'est mariée qu'à l'âge de 65 ans, en 2003, soit 5 ans après avoir pris sa retraite. Cependant, dans son cas, l'absence d'interruption n'a pas rendu plus visibles les expositions aux cancérogènes, comme nous le verrons dans le point 6.5.

6.4.2 - Les interruptions motivées par l'arrivée des enfants

Le recours à l'arrêt de l'activité professionnelle ou à un aménagement du temps de travail en raison des enfants à charge ne concerne que 7 des 21 femmes mariées de notre échantillon. Lors de l'entretien, elles ont évoqué la nécessité de s'absenter de la sphère professionnelle pour se consacrer intégralement ou en partie à la sphère privée, familiale et notamment à leurs enfants en bas âge au moment de l'interruption.

Néanmoins, un autre élément semble avoir été déterminant pour permettre à ces femmes de se consacrer au travail reproductif et non rémunéré. Il s'agit de la présence d'un mari en activité, pourvoyant de ce fait aux conditions matérielles de la famille. Si toutes ont cela en commun, elles se distinguent en revanche quant au contexte dans lequel cette décision a été prise – contexte qui a également été déterminant quant à la durée de cette interruption.

6.4.2.1 - Les femmes avec des années de travaux pénibles avant l'arrivée des enfants³²⁵

Trois femmes avaient déjà derrière elles l'expérience de plusieurs emplois ouvriers, soit des postes pénibles, usants et qu'elles ont souvent cherché à quitter dans l'espoir d'en trouver un meilleur. Puis les enfants sont arrivés et, en plus des dures conditions de travail, elles devaient assurer seules tout le travail domestique car, selon elles, dans leur classe sociale la coutume de l'époque était que leurs maris ne les aidaient en rien.

L'une d'elles est Mme Rn, 86 ans, ouvrière à la retraite, atteinte d'un cancer broncho-pulmonaire. Née en 1925, elle a commencé à travailler en 1940. Elle nous a raconté avoir fait toute une série de « boulots », sans préciser leur contenu. Selon elle, ces travaux étaient tellement pénibles qu'elle les abandonnait régulièrement³²⁶. Elle se souvient néanmoins du travail de polisseuse de jetons en ivoire pour les casinos qu'elle faisait en 1946. Elle a été marquée par les poussières provoquées et par le fait qu'à ce moment-là elle ne disposait d'aucune protection. C'est aussi au cours de ces années qu'elle a eu des ulcères à l'estomac, puis un souci à la vésicule biliaire. Vivant chez ses parents, ses problèmes de santé ne l'ont pas empêchée de travailler. Ce n'est qu'en 1950 qu'elle a commencé sa première activité déclarée. Elle était agente dans la cantine du restaurant d'entreprise d'un grand producteur français de semences. En 1952, suite à la naissance de sa première fille, elle a dû arrêter de

³²⁵ Catégorie qui renvoie à la relation entre les discontinuités et le rapport au travail et à l'emploi (Voir par exemple Kergoat (1984b) et Samuel *et al.* (2012)).

³²⁶ Des ouvrières, mais aussi des ouvriers, que nous avons rencontré-e-s nous ont fait part du *turnover* caractéristique de ces années d'expansion du parc industriel. Ces personnes quittaient des postes dont elles n'étaient pas satisfaites, du fait des faibles salaires ou des pénibles conditions de travail, pour aller travailler pour un autre employeur, toujours dans l'espoir que ça se passe mieux ailleurs.

travailler faute d'autres modes de garderie. Quelques années plus tard, elle a eu sa deuxième fille et est restée auprès de ses enfants jusqu'en 1960, quand sa belle-famille a emménagé à proximité de son domicile. Sa belle-mère a alors pu s'occuper des enfants et elle a pu reprendre le travail, cette fois-ci comme ouvrière dans un laminoir d'or. Durant 3 ans, elle a travaillé sous de hautes températures et a porté des gants et un tablier en amiante.

Un autre cas est celui de Mme Ds. Elle avait 60 ans quand nous l'avons rencontrée en 2012. Retraitée, elle souffrait d'un cancer du poumon. Elle a commencé à travailler sans aucune qualification en 1966, à l'âge de 15 ans. En 1968, elle avait déjà occupé 6 emplois différents : magasinnière dans une supérette ; ouvrière dans une imprimerie ; magasinnière en supermarché ; ouvrière dans une fabrique de chocolats ; à nouveau magasinnière dans une supérette ; puis repasseuse dans une blanchisserie industrielle. Une fois mariée et suite à l'arrivée de son premier enfant en 1969, elle a arrêté son activité professionnelle et s'est consacrée exclusivement à son foyer et à ses 3 enfants pendant 19 ans.

Enfin il y a Mme Pl, 69 ans, souffrante d'un cancer du poumon. Elle était retraitée de la Préfecture de Police de Paris où elle a été agente de contravention durant 17 ans. Elle a commencé à travailler en 1957, à l'âge de 17 ans, comme ouvrière horlogère suite à son CAP d'horlogère. En août 1963, elle en était à son troisième emploi. C'est aussi l'année de son mariage. Encore une fois, elle a été embauchée dans une entreprise d'horlogerie dans l'atelier de montage de compteurs d'avions et n'avait plus à effectuer le nettoyage des pièces (activité exposante au benzène). L'année suivante, en 1964, elle est retournée à Besançon où elle a travaillé pendant un an pour ses anciens patrons de l'horlogerie, mais à son domicile. Elle était sollicitée pour compléter l'excès de travail de l'entreprise. Cette même année, elle a eu sa première fille. À la naissance de son deuxième enfant en 1966, elle a dû arrêter de travailler. En 1974, elle et sa famille sont parties s'installer en Allemagne suite à la mutation de son mari qui était militaire. Une fois là-bas, elle a abandonné l'idée de travailler en usine. Selon elle, les femmes de militaires n'avaient droit d'exercer que certaines professions telles qu'institutrice ou infirmière.

6.4.2.2 - Deux exceptions

Mme Mb : courte interruption d'un travail intéressant

Mme. Mba commencé à travailler en 1940, après avoir obtenu son brevet de coiffure. Quand nous l'avons rencontrée, elle était âgée de 88 ans et souffrait d'un cancer du poumon. Elle a eu un seul enfant et a arrêté son activité de coiffeuse pendant sa première année, entre

1957 et 1958. Suite à cela, elle a continué dans la coiffure dans deux salons différents. Dans le dernier, elle était gérante. Puis, entre 1981 et 1983, elle a travaillé dans deux magasins, cette fois-ci comme vendeuse. Son cas nous montre que le fait d'avoir un travail intéressant, pour lequel on a été formé, peut encourager la reprise du travail après une courte interruption. Pour autant, en raison de la manipulation de colorants et autres produits chimiques, elle a eu des réactions allergiques.

Mme. Mk : interruption suite à une courte période dans un travail précaire

Mme Mk, 49 ans, constitue une seconde exception car l'arrêt de son emploi n'a pas été motivé par des années de travail usant derrière elle, mais elle avait la possibilité d'arrêter en raison des conditions matérielles offertes par son mari. Par ailleurs, son emploi ne l'intéressait pas suffisamment pour lui donner l'envie de reprendre l'activité quelque temps après la naissance de son enfant. Elle a quitté l'Algérie suite à son mariage et est arrivée en France en 2001, à l'âge de 38 ans. Sans aucune qualification, elle n'a commencé à travailler qu'en 2006 comme agente d'entretien dans un grand centre de la Poste à l'aéroport Charles de Gaulle, où elle était chargée de passer l'aspirateur sur la moquette des couloirs et de faire le ménage des 8 toilettes et 8 douches dans les cinq étages de l'immeuble. Les horaires atypiques étaient incompatibles avec une vie de famille – de 5h à 9h et de 15h à 20h. Une fois enceinte pour la première fois alors qu'elle avait 44 ans, elle a alors arrêté de travailler pour pouvoir s'occuper de son enfant.

6.4.2.3 - Les employées pour lesquelles la stabilité de l'emploi permet de prendre un congé parental³²⁷

Mme Fi était secrétaire dans la fonction publique. Elle a eu 5 enfants. Pour le quatrième (entre 1989 et 1990) et le cinquième (entre 1995 et 1996), elle a pris des congés parentaux.

Mme Du était agente de bureau dans la fonction publique et a pu avoir recours à un congé parental à l'arrivée de sa première fille en 1972. Ce congé a été prolongé jusqu'en 1975, soit une fois que sa deuxième fille a eu un an.

Mme Dn, 63 ans, retraitée, atteinte d'un cancer du poumon, a commencé à travailler en 1963, à l'âge de 15 ans. Durant 5 ans, elle a fait des travaux non déclarés en usine, dans le

³²⁷ Une particularité que nous avons pu observer est celle des personnes relevant d'un régime de Sécurité sociale différent du régime général et plus répandu parmi la population de la cohorte. Dans notre échantillon, nous comptons 7 femmes relevant d'un régime spécial de la fonction publique. C'est là une spécificité qui rajoute plus d'opacité au processus de mise en visibilité d'éventuelles expositions aux cancérogènes, puisque les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle ne sont pas traitées par les CPAM, mais par des instances en charge de ces fonctions dans l'organisme employeur.

ménage ou sur les marchés, tout en poursuivant ses études par correspondance. Puis, entre 1969 et 2002, elle a travaillé dans des bureaux, à l'accueil et sur les plateformes téléphoniques de la Sécurité sociale. Elle raconte avoir demandé « à passer à mi-temps », pour s'occuper de ses enfants. Elle utilise l'expression mi-temps mais en réalité ce que s'est passé est que le statut de Mme. Dn lui permettait d'avoir une réduction de son temps de travail³²⁸. Il se trouve que son deuxième enfant avait quelques problèmes et devait consulter régulièrement un orthophoniste. Elle pouvait ainsi se charger de l'accompagner aux rendez-vous médicaux et assurer son soutien scolaire.

[>M]: (note) Dix ans de temps partiel... euh...

[>Mme_Den]: C'était le soir ; au lieu de quitter à 17h30, je quittais à 16h30, je prenais une heure quoi. (pause) Et après j'allais chercher mes gosses et puis j'allais souvent voir les profs parce que le deuxième avait des problèmes et je travaillais en concert avec les professeurs... et on l'a sorti de son problème. (Extrait de l'entretien de Mme. Dn)

6.4.3 - Les femmes qui à un moment donné ont privilégié les carrières de leur mari

Deux femmes ont interrompu leur parcours pour des raisons familiales. Ces femmes mariées, vivant alors en couple avec enfant(s), ont arrêté leur activité professionnelle, privilégiant celle de leur mari.

Pour Mme Gu, cette interruption a été la moins importante. Entre 1959 et 1970, elle a travaillé comme couturière dans une grande entreprise de la confection du Nord-Pas-de-Calais. Durant ces années, elle a probablement été exposée au benzène ainsi qu'à l'amiante – situation qui a été interrompue en raison de son mariage et du déménagement pour suivre son mari qui habitait une autre ville. Deux mois plus tard, elle a repris le travail comme couturière en région parisienne, dans lequel elle n'était pas en contact avec des produits toxiques.

Mme Lr, née en 1947, a commencé à travailler dans des collèges à partir de 1968, d'abord comme surveillante pendant son DEUG de droit puis comme conseillère d'éducation. Elle a interrompu son activité de 1977 à 1983. Avant cela, elle a eu de nombreux différends avec son supérieur hiérarchique et son mari qui était cadre lui a alors conseillé d'arrêter son travail rémunéré et d'en accepter d'autres non rémunérés et contigus à la sphère familiale. Elle s'occupait de leur foyer, mais aussi d'activités sociales comme l'organisation de dîners

³²⁸ C'est bon exemple de la confusion dont Maruani et Meron (2012) font référence dans leur ouvrage et dont l'extrait nous avons cité au chapitre 2.

pour élargir le réseau professionnel de son mari (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985). Suite à leur divorce, elle a été contrainte de reprendre une activité.

6.4.4 - Le contexte des interruptions liées à des raisons de santé

Encore une fois, il nous semble nécessaire de situer dans leur contexte les événements de santé qui ont engendré des périodes d'interruption. Ceci nous permet, tant bien que mal, de rendre compte des rapports sociaux ayant contribué, par exemple, à la génération d'un état de mal-être. D'autres événements de santé, comme le cancer et plus particulièrement ceux de localisation pulmonaire, viennent interrompre de façon durable les parcours professionnels des personnes souffrantes. Dans les deux cas, précisons-le, notre intention n'est pas de soulever les causes, mais plutôt de contextualiser afin de donner de la visibilité à des éléments ayant pu contribuer à ces événements de santé tout comme à l'interruption du parcours professionnel qui en découle.

6.4.4.1 - Le mal-être au travail³²⁹

Dans certains cas, l'interruption du parcours intervient alors que ces femmes se sentent abattues, déprimées – état généralement lié à leur travail. En ce sens, pour Mme Ot le vécu du déclassement et pour Mme Ld celui du harcèlement ont conduit à une sortie définitive de l'emploi (Collet *et al.* 2013). Pour Mme To l'impossibilité de faire un travail bien fait l'a conduit à un parcours discontinu et marqué par différentes tentatives de réinsertion professionnelle.

En 1982, Mme Ot a arrêté son travail alors qu'elle avait 40 ans. Ce n'était pas pour s'occuper de son enfant âgée de 20 ans, mais parce qu'elle était devenue « trop fatiguée ». Au fil de l'entretien, elle fait allusion à une « petite déprime » et on apprend ensuite que le poste d'ouvrière à la fabrication de meules diamants n'était pas censé être son dernier. Un peu avant qu'elle n'arrête de travailler, son entreprise traversait une période de restructuration. Plusieurs postes ont été supprimés et on lui a proposé d'assumer un poste d'aide à la cantine de l'entreprise. Cette OS3 s'est alors vue revenir à des tâches qu'elle réalisait à ses débuts, en 1959, en tant que polyvalente sans qualification. À cela s'ajoutait un état de santé plus fragile et le fait que son mari pouvait assumer la différence de revenus représentée par la perte de son salaire. Il s'agit donc d'une situation dans laquelle l'usure du travail physique mais aussi l'usure mentale de l'organisation du travail qui décline poussent à une situation de rupture.

³²⁹ Cf. Régine Bercot (2014).

Encore que matériellement cette rupture n'a véritablement été possible que par la situation professionnelle de son mari.

Mme Ld, 55 ans, atteinte d'un cancer du poumon, a été considérée invalide en 1990. Depuis le début de son parcours en 1973, elle a toujours travaillé dans la même entreprise de fabrication d'encre et de produits pour l'imprimerie. Âgée de 35 ans à ce moment-là, elle souffrait d'une grave dépression accompagnée d'anorexie, suite au harcèlement sexuel d'un collègue de travail. C'est elle qui qualifie la situation en ces termes, en mettant en avant le caractère injuste du fait qu'elle ait été mise en invalidité alors que son collègue (harceleur) n'a eu aucune contrainte. Sa courte carrière contraste avec le nombre de produits toxiques auxquels elle a été exposée. Malgré le peu d'années d'activité, elle a eu un cancer reconnu en maladie professionnelle³³⁰.

Mme Dr, 75 ans, institutrice à la retraite, atteinte d'un cancer du poumon, a été en activité entre 1958 et 1987, année où son mari est décédé. Suite à cela, elle a eu une dépression et a décidé de prendre sa retraite³³¹.

Mme To³³², née au Cambodge en 1959, est arrivée en France en 1977. Après deux premières expériences de travail³³³, elle a été employée en 1982 comme aide laborantine dans un laboratoire de fabrication de prothèses dentaires. Là elle a appris ce métier et est devenue par la suite prothésiste dentaire. Les possibilités d'emploi étant rares dans la capitale, entre 1986 et 1990, elle a élargi son champ de recherche à différentes régions de France. Durant ces années, elle a multiplié les périodes d'essais sans réussir à trouver un emploi stable³³⁴. Elle a « assez aimé ce métier » mais, fatiguée, elle n'arrivait « plus à faire joli » comme elle le voulait. Afin de reproduire les fausses dents au plus proche des vraies, ou encore pour « faire un travail bien », elle devait être méticuleuse. Or, avec la vue fatiguée, cela était devenu impossible et la frustrait. En 1990, elle a vécu une dépression sévère et séjourné en hôpital

³³⁰ Les détails concernant la reconnaissance ont été traités dans le chapitre 6.

³³¹ En 1962, Mme Dr et sa famille ont été rapatriées en France depuis l'Algérie. Son mari, qui travaillait pour les renseignements généraux, avait reçu des menaces. Ils ont dû rester quelques mois à Marseille en attendant leur nomination à d'autres postes. Comme elle relevait de la fonction publique et qu'elle a pu reprendre un poste d'institutrice quelques mois plus tard, juste le temps de sa nomination, nous n'avons pas traité cette période comme une interruption. Dans tous les cas, Mme Dr, non fumeuse, n'a pas été considérée comme étant exposée à des produits toxiques. Elle n'a donc pas pu faire de déclaration et prétendre à la reconnaissance de son cancer en maladie professionnelle.

³³² Son parcours professionnel a été longuement détaillé dans le chapitre 6.

³³³ Une première comme ouvrière dans une usine de confiture, puis comme couturière dans un atelier, elle a ensuite suivi une formation de perfectionnement à la couture (8 mois) puis s'est retrouvée au chômage (6 mois).

³³⁴ Comme nous l'avons vu dans le chapitre 6, pendant son travail comme prothésiste elle a été exposée à différents produits dont certains lui ont ouvert l'accès à la déclaration en maladie professionnelle, ce qu'elle n'a pas eu le temps de réaliser avant son décès précoce.

psychiatrique. Elle n'a repris le travail qu'en 2000. C'était un mi-temps thérapeutique comme serveuse dans le restaurant d'un de ses frères, où elle n'a pas été à l'abri du tabagisme passif. Cette femme ne s'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants. Depuis son arrivée en France, elle a toujours vécu avec son père et ses trois frères. À Phnom Penh, ses parents tenaient un magasin où ils vendaient des outils de cuisine. En janvier 1976, ils ont dû quitter le pays pour fuir la guerre. Son père croyait avoir le temps de revenir chercher sa mère, sa grand-mère et ses deux sœurs. Cela n'a pas été le cas. À l'exception de sa petite sœur, retrouvée au Cambodge quelques années plus tard, Mme To les croient toutes mortes.

6.4.4.2 - Le cancer

Sept des 26 femmes atteintes d'un cancer étaient encore en activité ou à la recherche d'un emploi au moment du diagnostic. Dans leur cas, la découverte d'un cancer, en l'occurrence respiratoire, est venue interrompre leur parcours professionnel. Les traitements et les soins liés à ce type de maladie imposent en général l'arrêt de toute activité professionnelle. Par ailleurs, dans certains cas, les limitations physiques se font ressentir avant même le diagnostic, y compris chez les plus jeunes. Plusieurs personnes³³⁵ nous ont décrit un état de fatigue plus important, les handicapant dans leur travail – fatigue qu'elles distinguent de la fatigue « courante » qu'elles pouvaient ressentir de par leur activité professionnelle. Font également partie de ce cas de figure Mme Cq, diagnostiquée à 62 ans, Mme Br à 57 ans, Mme Lg à 56 ans, Mme Cr à 37 ans, Mme Kr à 58 ans, Mme To à 52 ans et Mme Vd à 69 ans.

Mme Gu a eu un cancer du sein qu'elle a soigné, ce qui lui a permis de reprendre le travail par la suite. Le diagnostic de son cancer du poumon n'est intervenu qu'une fois qu'elle était déjà à la retraite.

6.4.5 - Le chômage

Sept femmes sur 26 ont connu des périodes de chômage allant de quelques mois à plusieurs années. En ce sens, le parcours de Mme Ds est exemplaire. Après une première période d'interruption pour élever ses 3 enfants, elle a connu une période de chômage entre 2000 et 2003. Cette période de chômage n'était pas pour autant une période d'inactivité puisqu'elle réalisait divers travaux non déclarés. Une deuxième période de chômage est intervenue entre 2006 et 2007. Elle s'est conclue avec la fin de ses droits d'indemnité et elle est restée sans activité jusqu'à l'âge de sa retraite en 2012.

³³⁵ Nous avons constaté cela y compris chez les hommes (13 au total) dont nous avons reconstitué le parcours professionnel durant notre travail d'enquêtrice au GISCOP93.

Mme Bu, Mme To et Mme Vd ont également connu deux périodes de chômage. Mme Br, Mme Nè et Mme Gd ont, quant à elles, connu une période de chômage.

6.4.6 - L'immigration (guerre ou regroupement familial)

Quatre femmes ont eu des trajectoires migratoires les amenant en France, dont trois à l'âge adulte. Pour trois d'entre elles, il s'agissait d'un projet migratoire familial motivé par la guerre présente dans leur pays natal à ce moment-là. Mme Vd, Vietnamiennne, a fui le Viet Nam avec son mari français et leurs enfants en 1975. Mme To a fui le Cambodge avec son père et ses frères en 1973, alors qu'elle avait 17 ans. Mme Cq est arrivée en France à l'âge de 6 mois. Ses parents ont quitté l'Italie avec leurs deux filles en 1947. Pour sa part, Mme Mk connaît une trajectoire migratoire beaucoup plus récente, suite à son mariage en 2001 avec un compatriote algérien vivant déjà en France.

Mme Cq est celle qui est arrivée en France la plus jeune et donc la seule ayant suivi toute sa scolarité en France. Elle n'a pas rencontré de difficultés particulières pour trouver un travail et est au contraire l'une des rares à avoir construit une carrière ascendante.

Les trois autres femmes (Mme Vd., Mme To et Mme Mk) sont arrivées en France plus âgées et ont toutes rencontré des difficultés à s'insérer dans le marché de l'emploi. Mme To, par exemple, qui, sur les trois, est celle qui est arrivée en France la plus jeune (à 17 ans), a pourtant connu, comme nous l'avons déjà expliqué (Cf. point 6.4.4.1), beaucoup de difficultés à trouver une place stable.

Prenons aussi l'exemple de Mme Vd. qui a commencé à travailler en 1963 dans la station-essence de sa famille à Thoi Binh au Viêt Nam. Elle avait 21 ans et son travail consistait à aider sa mère dans l'administration et la comptabilité. Cette expérience a duré deux ans. Les deux années qui ont suivi (1965-1966), elle a préparé un BTS commerce. En 1967, elle a commencé à travailler dans la boulangerie de son mari. Elle était alors chargée de l'aide à la gérance. Elle devait organiser et contrôler la distribution des pains pour l'armée américaine et n'avait donc pas de contacts avec l'atelier de fabrication. Ce travail a duré 8 ans. En 1975, elle et sa famille sont venues s'installer en France et une longue période d'interruption a commencé. Son mari avait un bon poste et, estimant qu'elle ne maîtrisait pas suffisamment le français, il lui a conseillé de rester à la maison pour s'occuper de leurs trois enfants. En 1976, ils ont eu leur quatrième enfant puis le cinquième en 1979. Cette période a duré jusqu'en 1990.

6.5 - Le chemin vers un renouement avec le travail

Comme nous l'avons précisé à la fin du point 6.4, au cours de notre analyse du contexte des interruptions dans les parcours des femmes que nous avons rencontrées, nous nous sommes rendu compte de quelques situations se situant à l'opposé de ce que nous nous attachions à démontrer. Dans ces situations, contre toute attente, il n'était pas question d'interruption de l'activité mais au contraire de renouement. Nous avons rencontré un premier type de contexte où les femmes, « suite à un divorce », ont été contraintes de reprendre une activité rémunérée. Puis, dans un second contexte, la femme en activité aurait dû quitter son activité en raison de son état de santé, mais elle a préféré négocier afin de prolonger son activité. Comme elle l'explique, son objectif était de préserver son « moral ». Attardons-nous maintenant sur ces deux types de contextes dans lesquels les femmes renouent avec le travail.

6.5.1 - Après le divorce

Si être mariée et en couple a été déterminant pour leur permettre d'interrompre leur activité à un moment donné, l'inverse est tout aussi vrai : une fois divorcées, certaines de ces femmes ont dû faire leur retour sur le marché du travail. Pour certaines, le divorce marque une bifurcation dans leur histoire professionnelle. Les parcours commencés dans une certaine direction prennent alors une autre direction. C'est le cas de Mme Lr et de Mme Pl, qui ont toutes deux été contraintes de reprendre une activité professionnelle.

Mme Pl, alors âgée de 41 ans, a dû rentrer en France suite à son divorce. Avec trois enfants à charge, la pension alimentaire de son ex-mari n'était pas suffisante pour subvenir aux besoins de tous et payer le loyer en région parisienne. Elle a alors décidé de passer le concours de la Préfecture de Police de Paris pour devenir agente de sécurité sur la voie publique – « pervenche » comme elle s'auto-désigne.

Mme Lr, après avoir travaillé des années comme conseillère d'éducation, a été employée grâce à une amie en tant que technicienne d'accueil aux ASSEDIC.

Toutes deux ont conservé leur emploi jusqu'à leur retraite (Mme Pl en 1998 et Mme Lr en 2011). Un autre cas quelque peu différent est celui de Mme Vd, qui a connu une longue période d'interruption dans son parcours professionnel suite à son parcours migratoire. Quand elle et sa famille sont arrivées en France en 1975 du Viêt Nam, son mari français avait une bonne situation. Rappelons que, sur les conseils de ce dernier, elle est restée au foyer et s'est occupée de leurs cinq enfants. Tout a changé en 1990 lorsque son mari a perdu son emploi et a entamé une longue période de chômage. Les difficultés financières ont fait que Mme Vd a

dû chercher du travail. Comme elle avait le permis de conduire, la conseillère d'insertion professionnelle lui a proposé une formation pour devenir chauffeur de taxi.

Les maris peuvent donc être tout aussi déterminants pour l'interruption que pour la reprise de l'activité des femmes en couple. Dans les cas que nous venons de voir, il s'agit plus précisément de la possibilité de pouvoir compter sur les revenus du mari, soit pour mettre fin à un travail devenu trop difficile, trop pénible, soit pour remédier à une situation où l'insertion professionnelle est presque impossible.

6.5.2 - Le malheur et le bonheur au travail

Parmi les femmes que nous avons rencontrées, Mme Rn est celle qui semble le mieux illustrer le caractère ambigu du travail [Dejours, (1998), 2009]. De par son travail, son corps s'est usé, sa santé s'est dégradée ; elle a donc cherché à s'en défaire autant qu'elle a pu. Mais, à un âge avancé, se retrouvant veuve et sans ses filles qui avaient quitté le foyer parental pour fonder le leur, un emploi lui semblait la seule alternative possible pour rester en contact avec le monde, continuer à avoir une existence sociale.

Nous avons l'exemple de Mme Rn qui a pris sa retraite en 1986. Elle a toujours été ouvrière et, au début de son parcours, elle a réalisé des travaux si pénibles qu'elle les quittait au bout de quelque temps. Dans son récit, elle explique pourquoi, malgré un état de santé dégradé au point que le médecin voulait la mettre en invalidité totale, elle a négocié un statut d'invalidité partielle afin de pouvoir continuer à travailler au moins à mi-temps :

[...] j'y étais passée un contrôle à Bobigny et puis la dame [médecin du travail] m'a dit – Oulala ! Vous ne pouvez pas travailler comme ça, je vous mets en invalidité complète. Et moi, j'ai dit non. Je venais de perdre mon mari et je voulais quand même avoir un peu de...puis voyez... on peut quand même, on peut causer. Et puis on travaille, on pense pas à rien. Alors elle a dit – C'est comme vous voulez. Je vous mets alors à mi-temps. Alors ça fait que j'ai resté 8 ans à mi-temps. (Extrait de l'entretien de Mme Rn, 86 ans, atteinte d'un cancer du poumon)

6.6 - Les relations entre interruptions, durée des parcours/expositions et mise en (in)visibilité des risques cancérogènes

Revenons à présent à la question des périodes d'interruption dans les parcours professionnels des femmes et des incidences que celles-ci peuvent avoir sur la durée d'exposition aux cancérogènes, autrement dit sur la mise en (in)visibilité des liens entre cancer et expositions professionnelles. C'est là la question que nous avons développée dans le

point « 6.4 Les interruptions dans les parcours professionnels féminins. Spécificités des femmes ou pratiques sociales des femmes selon des contextes spécifiques ? ».

L'intérêt de nous pencher sur les interruptions et discontinuités était l'idée répandue selon laquelle les femmes auraient davantage de difficulté à faire reconnaître, ou encore seraient moins concernées par les cancers professionnels en raison de parcours professionnels plus courts et correspondant donc à des durées d'exposition moins longues que celles connues par les hommes.

C'est pour cette raison que nous avons posé la question à savoir quel était l'impact d'éventuelles continuités et/ou discontinuités dans les parcours des femmes atteintes d'un cancer sur la reconnaissance des expositions qu'elles ont éventuellement subies. Autrement dit, le fait d'avoir eu des parcours professionnels plus courts et/ou discontinus diminue-t-il les chances d'obtenir la reconnaissance des cancers dont elles souffrent en MP ?

Pour répondre à cette question, nous nous sommes appuyées sur les représentations graphiques des parcours de vie des femmes atteintes d'un cancer. Pour ce faire, nous avons utilisé à la fois les entretiens et l'ensemble des données constituées pour chaque femme dans le cadre de l'enquête du GISCOP93 (relatives aux expositions et aux possibilités en matière de déclaration, ainsi qu'aux issues une fois la procédure enclenchée).

Ainsi, pour certaines des femmes³³⁶, le parcours de vie a été recomposé en tenant compte, dans une première ligne chronologique, de leur vie depuis leur naissance jusqu'à leur décès. Dans la deuxième ligne, nous avons tenu compte des événements importants pour leur vie familiale, tels que le mariage, la naissance d'un enfant, le divorce ou encore le décès d'un proche. Dans la troisième ligne, nous avons considéré le parcours résidentiel, susceptible de révéler dans certains cas des changements de ville ou même de pays, mais aussi l'habitation à proximité d'un site pollué (déchèterie, usine en friche³³⁷, etc.). Dans la quatrième ligne, nous avons représenté la séquence chronologique des entrées et sorties dans l'emploi, ainsi que les éventuels changements de postes. Dans la cinquième ligne, nous avons intégré les connaissances (à l'issue de l'expertise toxicologique de l'enquête du GISCOP93) sur les expositions aux cancérogènes dans leur parcours. Dans la sixième et dernière ligne, nous

³³⁶ Nous n'avons pas représenté graphiquement le parcours de vie des 26 femmes.

³³⁷ L'histoire du Comptoir des minéraux et matières premières, à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), s'intéresse à l'impact de la pollution provoquée par cette usine spécialisée dans le broyage d'amiante auprès des riverains. Alors que l'activité de l'entreprise a existé entre 1938 et 1975, c'est depuis les années 1997 que des riverains (organisés depuis en une association) déplorent les victimes de l'exposition aux poussières d'amiante (Counil, Daniau et Isnard, 2007).

Illustrons ceci à partir de deux cas :

[illegible]

Elle est principalement chargée de l'impression des « buvards », dans le service de typographie : postée directement sur la machine, elle dépose les buvards sur la meule après avoir préalablement réalisé elle-même les éléments nécessaires à l'impression, composés, selon elle, d'encre et de plomb. Elle réalise aussi des reliures, de l'encartonnage, de l'offset ; à cet égard, elle précise qu'elle découpe les buvards aux dimensions requises pour cette dernière. En revanche, elle n'effectue pas d'héliographie, ni de flexographie ou de sérigraphie. Elle précise qu'elle ne profite alors d'aucune aération particulière. En plus de cette activité principale, elle effectue tout un ensemble de tâches annexes, comme la distribution de courrier, ou bien la réception et distribution de fourniture au sein des différents secteurs. Elle signale enfin faire régulièrement du nettoyage des machines (« je venais régulièrement le samedi ») à l'aide de décapants, suppose-t-elle. Elle se lavait ensuite à l'aide d'eau et de savon. À aucun moment, la direction lui proposera une quelconque protection. (Extrait de la reconstitution du parcours professionnel de Mme. Ot)

³³⁸ Pour un aperçu élargi de la représentation graphique des parcours professionnels, voir l'annexe « Représentation graphique du parcours professionnel de Mme. Ot ».

(...) elle est chargée de composer le mélange nécessaire à la fabrication des meules, avant son passage au four. Pour ce faire, elle utilise toute une série de poudres noires, inodores, qu'elle pèse sur une balance avant de les insérer dans des « petits cubes ». Elle les mélange ensuite avec de « l'alcool méthylique », qu'elle installe ensuite sur une machine rotative. Elle verse enfin le mélange dans un bol avant de les transmettre au service suivant (le four, me semble-t-il). Selon elle, ces poudres contiennent beaucoup de cobalt. En tout cas, elle signale que celles-ci provoquaient beaucoup de poussières. Elle ajoute que son atelier était particulièrement confiné, sans système d'aération, accentuant l'impression d'empoussièrement. Elle ne profite d'aucune protection particulière. (Extrait de reconstitution du parcours professionnel de Mme. Ot)

Durant cette période, elle signale que son travail aux meules lui provoquait de fortes quintes de toux et des expectorations. En 1971, elle a eu un enfant et n'a pas interrompu son travail au-delà du congé de maternité auquel elle avait droit. En 1975, elle a été diagnostiquée d'une tumeur bénigne au sein, qui a été bien soignée ; elle avait alors 33 ans. En 1981, alors qu'elle était encore loin de l'âge légal pour la retraite, elle a décidé d'arrêter de travailler.

Le contexte de son interruption correspond à une phase de restructuration de l'entreprise, donc de suppression de postes, durant laquelle on lui a proposé un poste à la cantine de l'entreprise. Le contexte était donc celui d'un mal-être au travail.

Parmi les événements de santé, elle a raconté avoir de fortes quintes de toux, puis une tumeur bénigne au sein quelque temps après son passage au poste de fabrication. En 2010, son cancer s'est déclaré alors qu'elle était à la retraite depuis plusieurs années.

Le collègue d'expert-e-s toxicologues du GISCOP93 a signalé que, durant les 22 ans de son parcours professionnel passés dans la même entreprise, Mme Ot a pu être exposée aux hydrocarbures polycycliques aromatiques, au formol, à la silice, au plomb, au benzène et à l'amiante. Ceci lui a donc ouvert l'accès à la déclaration en maladie professionnelle dans le cadre du tableau 30 du régime général relatif aux « affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ». En mars 2011, Mme Ot a fait la déclaration sur la base de son exposition à l'amiante et, trois mois plus tard, elle a obtenu la reconnaissance en maladie professionnelle.

6.6.2 - Un parcours professionnel long de 44 ans³³⁹

[illegible]

L'autre parcours quelque peu similaire, mais avec une issue fort différente, est celui de Mme Ce, née en 1938.

Sans enfant, elle vivait avec ses parents et ne s'est mariée qu'en 2003, soit après sa retraite. Elle avait un frère mais, une fois que les parents sont arrivés à un âge avancé et sont tombés malades, c'est elle seule qui a assumé la charge du travail domestique et de soin auprès d'eux. Aucun de ces facteurs n'a occasionné d'interruptions dans son parcours professionnel. Ainsi, Mme Ce a travaillé durant 44 ans – soit plus longtemps que Mme Ot – et sans interruptions.

Elle a tout d'abord travaillé comme aide manutentionnaire dans le commerce de matériaux de construction de son père, puis dans la couture et dans le conditionnement de produits pharmaceutiques, avant d'être embauchée dans une usine de la cosmétique et de la parfumerie. Dans ce quatrième et dernier emploi de son parcours elle a eu une carrière longue et ascendante. Elle a commencé comme ouvrière sans qualification spécifique en 1967 et est restée jusqu'en 1998 comme chef d'équipe.

Concernant son parcours de santé, elle relate avoir subi des chirurgies au niveau des artères, des intestins, de la vésicule et des orteils.

Pour ce qui est des expositions, a été signalée la présence d'amiante dans son premier travail. Pour sa période en cosmétique, elle aurait probablement été au contact de solvants (indifférenciés) et de formol.

En 2011, son cancer a été diagnostiqué.

Souffrant d'un mésothéliome, la demande devait être faite sur la base des expositions à l'amiante – tableau 30. Dans le cadre de ce tableau, il n'y a pas de durée minimale d'exposition à l'amiante pour la reconnaissance du mésothéliome, mais il existe en revanche une durée maximale pour la prise en charge – 40 ans. Or, le seul contact avec l'amiante qui a pu être mis en avant dans le parcours de Mme Ce concernait les années 1956-1960 et son cancer ne s'est déclaré qu'en 2011, soit 51 ans plus tard. Mme Ce n'a donc pas eu de CMI et

³³⁹ Pour un aperçu élargi de la représentation graphique voir l'annexe « Représentation graphique du parcours professionnel de Mme. Ce ».

l'accès à la déclaration a été impossible. L'autre possibilité était de faire une demande d'indemnisation auprès du Fonds d'Indéfiniété des Victimes de l'Amiante (FIVA) – pour faire valoir son exposition à ce cancérogène dans le cadre familial. Autrement dit, dans l'impossibilité de rendre visible le caractère professionnel de son exposition à l'amiante, elle pouvait toutefois tenter de mettre en visibilité son statut de victime de l'amiante dans le cadre de l'activité familiale.

Au final ces deux parcours de vie nous aident à comprendre que la durée dans l'activité ne fait pas tout. Le parcours professionnel de Mme Ot a duré 22 ans alors que celui de Mme Ce a duré le double de temps. Or, la première a été reconnue en MP alors que la seconde n'a même pas eu accès à la déclaration.

Chacune d'elles était atteinte d'un mésothéliome pleural directement lié aux expositions à l'amiante. Or, dans leur cas, le tableau de MP n° 30 n'impose aucune contrainte au niveau de la durée minimale d'exposition à l'amiante. Cependant, c'est à cause du délai de prise en charge que Mme Ce n'a pas pu se référer à ce tableau pour prétendre la reconnaissance de son mésothéliome en MP.

Par ailleurs, ces deux cas mis côte à côte illustrent aussi l'importance de la branche industrielle. Ces deux femmes ont travaillé de longues années dans des usines du secteur de la chimie. Mme Ot travaillait dans une industrie d'abrasifs – produits connus pour l'utilisation d'amiante dans leur composition –, soit une branche plutôt à forte concentration d'hommes. En ce sens, nous pouvons avancer notre hypothèse quant au fait que, dans les bastions du travail industriel masculin, les connaissances sur les expositions aux cancérogènes chez les travailleurs hommes peuvent être mises à profit pour l'identification des expositions des travailleuses femmes de la branche (*Cf.* chapitre 4), et ce d'autant plus que, dans le cadre des politiques pour l'égalité professionnelle, certains postes typiquement masculins (centraux dans l'activité productive de l'entreprise) deviennent mixtes. Cette mise à profit n'est possible qu'une fois qu'est démontrée la promiscuité dans l'espace des postes centraux de l'activité productive de l'entreprise (lesquels nous semblent plus à risques) avec les postes périphériques à l'activité principale de l'usine (à exemple des secrétaires, *Cf.* chapitre 4). Rappelons que Mme Ot a occupé des postes dans la production et plus précisément dans l'activité centrale de l'usine, soit la fabrication des meules aux côtés de ses collègues hommes. Dans ces ateliers, la production de meules impliquait la manipulation de l'amiante,

de sorte que plusieurs des collègues de Mme Ot sont tombé-e-s malades³⁴⁰, ce qui a alors occasionné des répercussions en termes de mobilisation sociale des salarié-e-s et des retraité-e-s au moment du rachat de l'entreprise par une multinationale. Cette visibilité sociale a aussi eu des échos dans le corps médical. Le médecin qui a diagnostiqué le cancer de Mme Ot a donc tout de suite avancé la thèse de l'étiologie professionnelle.

Or, dans le cas de Mme Ce, nous avons vu qu'en raison du temps de latence entre l'exposition à l'amiante identifiée dans son parcours et le diagnostic de son cancer, elle n'a pu avoir accès à la déclaration en MP. Par ailleurs, ayant travaillé longtemps dans une branche de la chimie où les produits chimiques sont abondants, aucune exposition n'a pu lui ouvrir l'accès à la procédure. Dans son cas, et à la différence de Mme Ot, le fait d'occuper un poste de conditionnement ou de cheffe d'équipe au conditionnement explique en partie les expositions qui ont pu être identifiées lors de la description qu'elle a fait de son travail. Nous pensons cependant qu'il ne faut pas exclure que d'autres expositions ont pu avoir lieu dans ces usines ni que leur méconnaissance ait pu être due au fait qu'au conditionnement les ouvrières sont en contact avec un produit presque fini et donc très proche de celui qui sera mis en vente dans les rayons de maquillages. Il devient donc intéressant de penser que l'inexistence d'exposition notable peut être liée à des postes à forte concentration féminine, dans des activités autres que la fabrication et, de plus, dans une branche où les substances chimiques constituent l'intégralité des matières premières.

6.7 - La perception des risques et des dangers à partir des lieux de travail

Dans cette partie de notre enquête nous cherchions à comprendre sur quelles images, sensations et connaissances se sont appuyées ces femmes pour penser aux éventuelles répercussions de leur travail (à court terme) sur leur corps et (à plus long terme) sur leur santé. Plus largement, ce questionnaire visait à comprendre dans quelle mesure ces femmes peuvent participer activement « à des démarches scientifiques alternatives qui mettent en synergie des savoirs complémentaires : ceux d'« experts-citoyens » et de « citoyens-experts » » (Thébaud-Mony, 2014 :13). Lors des entretiens nous avons pu interroger les femmes atteintes d'un cancer sur l'idée qu'elles se faisaient du danger en rapport avec leur

³⁴⁰ Cette information a été corroborée par une ancienne collègue de Mme Ot, Mme. Nj. Lors de cet entretien téléphonique Mme. Nj qui était alors à la retraite et vivait dans le sud de la France, se faisait soigner pour des épanchements pleuraux.

travail. En essayant de ne pas les orienter sur le seul registre du travail salarié, nous avons tenté de connaître leurs réactions. Qu'est-ce que le danger leur évoque ? Est-ce que certaines envisagent le travail domestique comme source de danger ?

Effectivement, il s'est avéré que ces femmes partageaient leur temps entre plusieurs espaces. D'où par ailleurs la sensation de frénésie lorsque la plupart d'entre elles nous ont décrit leur journée de travail. Sensation liée en grande partie à la période durant laquelle leurs enfants étaient dépendants, mais pas seulement. Dans d'autres circonstances, même les femmes n'ayant pas eu d'enfant ont dû assurer le « travail domestique de soin auprès d'autres membres de leur famille » (Cresson, 1995). C'est le cas par exemple de Mme Kr qui était la tutrice de son grand frère handicapé mental, ou encore de Mme Cq et de Mme Rn qui ont dû s'occuper de leur mari convalescent en plus de leur journée de travail. Ainsi, ces femmes devaient assurer les allers-retours entre le travail, l'école des enfants, les courses, la maison, le docteur, etc. Dans leurs récits, on se rend compte de l'impossible séparation entre le temps de travail productif et le temps de travail reproductif.

De manière générale, le travail s'imposait dans leur quotidien. À la maison, dès leur réveil, elles commençaient avec le soin des enfants, le départ pour l'école, auquel s'ensuivait le travail productif (au bureau, à l'atelier, sur la voie publique, ou autre). Puis, dès la sortie du travail, venaient les courses, récupérer les enfants à l'école, rentrer à la maison, s'occuper du bain, du dîner, du coucher. Ce n'est qu'après avoir nettoyé la cuisine, avoir fait la vaisselle et organisé le démarrage du lendemain, qu'elles pouvaient « souffler » un peu, avoir un bref moment pour elles et faire autre chose que travailler - comme lire un roman ou regarder la télé. Le rythme des weekends était tout aussi effréné, du fait des séances hebdomadaires de ménage et du soin des enfants.

Parce que j'ai toujours travaillé, puis vous savez hein. Quand on travaille on vit hein. Plus la maison, les enfants, ... on n'a jamais fini hein. (Extrait de l'entretien de Mme Rn, 86 ans, atteinte d'un cancer du poumon)³⁴¹

Par conséquent, quand nous essayons de considérer les risques liés au travail des femmes, nous ne pouvons pas faire abstraction de ce temps distendu et de ces deux sphères principales dans lesquelles s'étendent leurs activités de travail, rémunérées ou pas.

Comme les membres de notre comité de thèse nous l'avaient signalé, notre question de départ, qui cherchait à savoir si ces femmes ne s'étaient pas aperçues des risques cancérigènes dans leur travail, s'avérait effectivement naïve. Cela parce que les risques

³⁴¹ Evoquant l'idée de continuum dans le temps de travail des femmes (Kergoat, *Les ouvrières*, 1982 :111).

cancérogènes sont la plupart du temps imperceptibles physiquement et que les travailleur-se-s ne disposent pas toujours d'information sur leur présence. Cela ne les empêchait pas pour autant d'avoir une meilleure perception sur d'autres dangers liés à leur travail. Nous nous sommes par ailleurs rendu compte que la perception de différents dangers semblait être conditionnée par les lieux dans lesquels le travail était réalisé.

Une analyse avancée par Sylvie Schweitzer a pris à ce moment tout son sens et nous a renforcée dans l'intuition quant à l'importance de prendre en compte d'autres paramètres.

Il semble bien plus opératoire de classer les femmes au travail selon d'autres critères, ceux des contenus du travail et du niveau des rémunérations et, ainsi, étudier d'un côté les femmes qui ont affaire aux machines, les femmes des ateliers des usines, mais aussi celles des bureaux, comme les mécanographes de tous ordres, et encore des magasins, comme les caissières. Et de l'autre, celles qui sont payées à s'occuper de tous les papiers produits par notre système économique et social. Cette typologie paraît d'autant plus efficace que ces métiers ne sont pas mixtes : quand les hommes sont présents, c'est aux postes de commandement, de l'équipe ou du bureau. En ce sens nous inclinons à penser que les lieux de travail fournissent en effet une typologie plus appropriée à l'appréciation du travail féminin et de surcroît à leur appréciation sur les conditions de travail inhérentes à ces lieux-là. (Schweitzer, 2002 : 32)

Au final tenir compte de cette expérience du temps de travail distendu sur différents espaces semble essentiel pour comprendre au de-là des perceptions, les représentations avancées par les femmes quant au niveau de risque et de danger dans leur travail.

6.7.1 - À la maison

En règle générale, le travail reproductif demeure insoupçonnable quant à l'existence d'un quelconque danger. Nous pouvons penser que c'est le lieu (la maison) et la sphère de la vie (privée) dans lesquels le travail reproductif est circonscrit qui contribuent à une représentation de ce travail comme exempt de tout danger. Or, selon le ministère de la Santé, les accidents de la vie courante (AcVC) dont font partie les accidents domestiques³⁴², touchent 11 millions de personnes et causent près de 19 000 décès par an. L'habitat est le lieu où se produisent 50 % des accidents de la vie courante. Le ministère de la Santé précise également que les AcVC touchent tous les milieux et toutes les tranches d'âge, mais en particulier les moins de 15 ans et les plus de 65 ans ; il ne mentionne en revanche aucun chiffre sur le sexe des victimes. Parmi les causes de décès, en 2006, les intoxications étaient responsables de 1 022 décès et « plus de la moitié de ces intoxications ont été causées par des médicaments (prises accidentelles ou erreurs de prescription), les autres étant dues à d'autres

³⁴² Avec les accidents scolaires, les accidents de sport ou en vacances, les accidents de loisirs et les accidents intervenant à l'extérieur. Voir : <http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles.html>.

substances dont le gaz et le monoxyde de carbone ». Outre les risques d'accidents, l'observatoire de la qualité de l'air intérieur (l'OQAI)³⁴³ met en lumière les expositions quotidiennes à des polluants atmosphériques présents dans les lieux clos.

Un exemple de pollution de l'air intérieur est celle dégagée par les meubles en bois. Un autre exemple vient du Centre Antipoison du CHU de Lille et illustre des risques insoupçonnés et pourtant bien présents lors de certaines activités domestiques.³⁴⁴

³⁴³ Voir : <http://www.oqai.fr/ObsAirInt.aspx?idarchitecture=89>.

³⁴⁴ Voir : <http://cap.chru-lille.fr/~cap/GP/magazines/99187.html>.

Encadré 16 - Danger du mélange de l'eau de Javel avec un acide (type détartrant)

De nombreux appels téléphoniques arrivant dans les centres antipoison ont pour objet l'eau de javel et les mauvais usages qui en sont faits :

- pastilles dans un verre d'eau,
- berlingot qui est mis à la bouche par un enfant,
- bouteille d'eau minérale servant à diluer le berlingot,
- préparation d'un mélange « prêt à l'emploi » contenant de l'acide chlorhydrique et de l'eau de javel ; c'est ce dernier cas que nous souhaitons détailler aujourd'hui.

Bien lire l'emballage

L'eau de Javel est une solution aqueuse de chlorure de sodium et d'hypochlorite de sodium : on voit dans ces deux noms que l'eau de javel contient potentiellement du chlore.

Sur l'emballage des berlingots et bouteilles d'eau de javel, il est précisé de ne pas mélanger avec un produit acide type détartrant ou acide chlorhydrique.

En effet, le mélange Javel et acide va provoquer un dégagement de chlore gazeux.

!!!! Le mélange intempestif d'eau de javel et de produit acide produit un dégagement de chlore!!!

Les circonstances :

- exemple 1 MADAME D vient de faire son ménage et elle a nettoyé tous les sanitaires avec de l'eau de javel ; ça sent bon dans la maison. Une heure plus tard elle décide de mettre du détartrant dans la cuvette des WC avec le bidon au bec recourbé très pratique. Une vapeur se dégage de la cuvette avec une odeur très forte de chlore: on se croirait à la piscine ! Les toilettes sont une petite pièce et Mme D se met à tousser au point de devoir sortir prendre l'air.

Pour nettoyer les cuvettes des toilettes, point n'est besoin de mettre en même temps deux ou trois produits !

Un seul produit peut suffire pour nettoyer et désinfecter : notre conseil : utiliser du vinaigre blanc qui est un bon détartrant à bas prix sans mettre d'eau de Javel.

-exemple 2 : monsieur P emménage dans son nouvel appartement qu'il veut rénover car « c'est très sale ». Il prépare un mélange « tout prêt » dans une bouteille d'eau minérale contenant javel et acide chlorhydrique ramené du travail.

Les conséquences :

Elles sont essentiellement respiratoires ! le chlore est un irritant pour les voies respiratoires et peut entraîner la possibilité d'œdème lésionnel.

Il y a aussi la possibilité d'un syndrome d'hyperréactivité bronchique et d'asthme. Certaines personnes peuvent être allergiques au chlore.

Conseils d'utilisation:

Détartrer ou désinfecter il faut choisir ! Nous vous conseillons :

-de ne pas mélanger les produits pour faire les deux en même temps. Cela évitera des problèmes respiratoires chez les personnes asthmatiques notamment.

-de ne pas mettre une trop grande quantité de produit en pensant « plus j'en mets mieux c'est ». C'est du gaspillage car c'est totalement inutile et parfois moins efficace qu'avec une quantité moins importante.

-d'utiliser des produits simples et peu chers pour remplacer certains produits de ménage.

En cas d'accident :

-Aérer la pièce et sortir la personne de l'environnement pollué.

-Allonger la personne intoxiquée et demander un avis médical au médecin du centre antipoison

- En cas d'urgence : faites le 15

Comme si en cherchant à les excuser, plusieurs femmes nous ont expliqué que leur mari ne participait pas aux tâches domestiques ou aux soins des enfants parce que ce n'était pas dans les habitudes de ces messieurs des classes populaires à ce moment-là. Quelques rares

époux sont mentionnés pour leur participation à la préparation du repas du dimanche par exemple, mais en aucun cas pour le nettoyage des toilettes. Ces femmes de classes populaires n'avaient pas non plus la possibilité de sous-traiter ces tâches par d'autres femmes. Elles étaient ainsi les seules à assurer entre une et trois heures de travail domestique quotidien ainsi que des séances hebdomadaires (en général durant la journée du samedi) de nettoyage des salles de bain, des sols, des carreaux, de la vaisselle, etc. Autrement dit, des heures durant lesquelles les femmes s'avèrent au contact de tout un cocktail d'agents chimiques composant ces produits destinés à l'entretien domestique.

Toujours dans l'espace de la maison, elles ont aussi pu être exposées à l'amiante qui, jusqu'à son interdiction, était couramment employée dans la fabrication de différents produits ménagers, comme par exemple dans les planches à repasser et les couvertures thermiques, les grilles pain, les pots et mobiliers de jardin³⁴⁵. Plus largement, c'est le travail de nettoyage, qu'il soit réalisé dans le cadre du travail domestique et non rémunéré ou dans le cadre du travail salarié, qui reste associé à des corvées certes pénibles et peu valorisées, mais sans aucun danger apparent.

Certains abus figurant dans les règlements intérieurs des entreprises – comme l'interdiction de parler –, jusqu'à leur interdiction par la loi Auroux (1982), ont sans doute contribué à renforcer le caractère aliénant du travail ouvrier. On sait également qu'ils ont été employés avec plus de fermeté à l'encontre des ouvrières (Guilbert, 1967 ; Kergoat, 1982 ; Gollac et Volkoff, 2002 ; Gallot, 2013). Innombrables sont les travaux qui ont permis de distinguer les conditions de travail, la naturalisation des compétences, le frein à la qualification, les bas salaires et autres composantes d'un mode d'« exploitation »³⁴⁶ spécifique à l'égard de la main-d'œuvre féminine. Or, si l'exploitation de la force de travail féminine recouvre la part matérielle des rapports sociaux de sexe, les récits des femmes font également part de sa face idéale (Godelier, 1978). Ainsi, la « domination (symbolique) »³⁴⁷ – composante indissociable des pratiques sociales – semble assurer la reproduction des rapports de pouvoir et par la même occasion entretenir la division sexuelle du travail.

³⁴⁵ Voir images correspondantes en annexe « Produits ménagers en amiante ».

³⁴⁶ Nous adhérons à la définition d'exploitation donnée par Xavier Dunezat comme « toute forme d'extorsion du surtravail d'un groupe social par un autre, c'est-à-dire l'utilisation de la force de travail d'un groupe social par un autre quand la valeur de cette force de travail est non rémunérée et/ou non reconnue » (Dunezat, 2004 : 114).

³⁴⁷ Xavier Dunezat s'appuie sur l'analyse de Michèle Riot-Sarcey (1993) sur l'utilisation de la violence dans les rapports sociaux ; ainsi que sur les travaux de Pierre Bourdieu, notamment sur la « doxa » (1984), pour définir la domination : « La domination renverrait à toutes les formes de violence symbolique dont l'objet est de rendre légitime – en l'occultant ou en l'essentialisant – l'existence d'un rapport social et de la division du travail qui le fonde et en constitue l'enjeu » (Dunezat, 2004 : 114).

En s'intéressant aux enquêtes européennes sur les conditions de travail, Gollac et Volkoff (2006) ont mis en avant le fait que la probabilité d'estimer dans quelle mesure le travail met la santé en danger varie entre hommes et femmes. Par conséquent, force est de constater que la domination n'est pas circonscrite à l'espace de l'usine, bastion du travail ouvrier.

On peut synthétiser les différences en distinguant des conditions de travail « masculines », c'est-à-dire nettement plus répandues parmi les travailleurs de sexe masculin (travail de nuit, exposition au bruit, aux toxiques, aux radiations, aux vibrations, aux températures extrêmes, manipulation de charges lourdes), des conditions de travail « neutres », à peu près aussi répandues parmi les hommes et parmi les femmes (postures pénibles, travail répétitif) et des conditions de travail « féminines » (relations directes avec les clients, **exposition à la violence de la part de personnes intérieures ou extérieures à l'entreprise, exposition au harcèlement sexuel**). (Gollac et Volkoff, 2006 : 8, souligné par nous)

La partie soulignée de la citation nous révèle que des formes de domination et même d'oppression³⁴⁸, telles que la violence et le harcèlement sexuel, sont notoirement admises comme faisant partie de l'éventail des conditions de travail féminines. Par ailleurs, si hommes et femmes n'acceptent pas toujours leurs conditions de travail, tou-te-s sous-estiment les risques et les dangers liés aux contraintes propres à leur travail. Les femmes sont cependant très sensibles aux dangers que représentent pour leur santé « les postures pénibles, vibrations, port de charges lourdes » – soit le travail « dur » (Gollac et Volkoff, *ibid.*).

Il n'est donc pas étonnant de constater que les femmes atteintes d'un cancer ignoraient la plupart du temps tout sur les risques cancérogènes, dont certaines ont d'ailleurs fait les frais. Rejoignant les résultats présentés par les auteurs cités ci-dessus, nous avons constaté une plus grande sensibilité des femmes face aux pénibilités physiques, soit au travail « dur ». La plupart du temps, elles ne se sentaient en revanche pas concernées par les risques toxiques. Les représentations qu'elles se font de ces risques concernent généralement le travail masculin, ouvrier, manuel, au contact de produits chimiques propres aux usages du métier des hommes. Mais, comme nous l'avons vu précédemment pour le travail de nettoyage domestique, les femmes ne sont pas impressionnées par la manipulation de tous les produits chimiques. Encore une fois, la séparation entre les usages réservés à des bastions traditionnellement masculins et ceux du travail mixte ou plutôt féminin semblent contribuer à

³⁴⁸ « Toute forme de violence physique dont l'objet est de maintenir en dernier ressort et "coûte que coûte" l'existence de rapport social. Précisons que si toute violence physique est aussi une violence symbolique, toute violence symbolique suppose la possibilité et l'exercice d'une violence physique » (Dunezat, 2004 : 114). Sur cette thématique, Kergoat et Hirata affirmaient déjà en 1998 que « Mille preuves existent, pour qui veut bien les voir, que cette oppression des femmes par les hommes est omniprésente, car il faut bien parler "d'oppression", de "domination" et non pas "d'inégalité" ou "d'injustice" » (Kergoat et Hirata, 1998 : 5).

la hiérarchisation du degré de danger et de risques pour la santé que peuvent représenter les produits chimiques manipulés au travail. Par conséquent, plus les femmes s'éloignent elles-mêmes de cette représentation du travailleur exposé aux risques toxiques, moins elles se sentent concernées par ces dangers. Ceci est valable pour les produits qu'elles manipulent dans des activités où elles sont en surnombre, mais aussi pour les lieux de travail. En effet, plus elles s'éloignent des « bastions masculins » (Le Feuvre, 2008) – l'usine –, moins elles se sentent concernées par un éventuel processus de cancérisation en lien avec leur travail.

Moi je suis honnête hein, moi je préfère dire les choses comme je le ressens. Si j'avais fréquenté ou été dans des usines ou des... bon j'aurais dit : « oui, oui, là y'a pas de soucis ». Comme mon frère par exemple, bon il n'a pas de cancer, tant mieux pour lui, mais il a travaillé, lui, dans des sociétés de mécanique de précision, mais vous savez avec des produits là... comment on appelle ça... pour nettoyer les machines tout ça, y'a des produits... [des solvants]... Lui bon maintenant il a tout le temps un rhume parce que c'est dû à ça. Donc lui, il a inhalé pendant des années et des années ces produits pour faire ces pièces, pour nettoyer ces machines, là je dirai oui. Mais moi non. Moi j'estime que non. (Mme Cq, 62 ans, expert-comptable, atteinte d'un cancer du poumon sans jamais avoir fumé, explique pourquoi elle a refusé de faire une déclaration en maladie professionnelle en se référant au fait que durant tout son parcours elle a toujours été confrontée au tabagisme de ses collègues de bureau)

6.7.2 - À l'usine

Plusieurs femmes font référence à l'usine comme un lieu où, par le passé, « il se passait des choses », un lieu où les parents n'aimaient pas envoyer leurs filles. L'usine était représentée comme un endroit où les personnes ont des conduites immorales – représentation partagée par ces familles de classes populaires, comme les enquêtées le soulignent. Ainsi, certaines femmes ouvrières (et plus encore celles dont les parents n'étaient pas ouvriers) décrivent l'usine comme un lieu de comportements « vulgaires ». Elles parlent notamment de violences de la part des hommes à leur encontre. Elles se plaignent du langage employé aussi bien par leurs supérieurs hiérarchiques que par leurs collègues.

Vous savez l'imprimerie c'est une usine hein. [En] usine, les gens parlent plus ou moins bien hein... notre travail à l'imprimerie, les hommes et les femmes c'est un monde à part, c'est toujours des grossièretés... on a toujours des mots pas plaisants hein. On va vous dire : « dépêchez-vous » non là : « Magne-toi le cul, vas-y ! ». Voilà c'est que des mots comme ça. (Mme Bu, 61, ouvrière de l'imprimerie, atteinte d'un cancer du poumon).

Pour ces femmes, l'expérience du travail en usine est assimilée à un vécu dans un milieu hostile, dans lequel elles ont dû développer des stratégies afin de pouvoir trouver un certain équilibre et « tenir bon ». Mme Rn raconte par exemple que, dans l'usine du développement photo (Cf. chapitre 4) où elle travaillait avec des hommes, elle vouvoyait ses

collègues afin de préserver une certaine distance et se faire ainsi respecter, tandis que Mme Ce (qui a fait un parcours d'OS à chef d'équipe dans une usine de cosmétiques et de parfums) souligne le besoin pour les filles de chaîne de plaire³⁴⁹ aux collègues mécaniciens afin d'éviter que ceux-ci ne refusent de venir à leur secours au moment d'une panne par exemple. Plus rarement, certaines nous ont relaté des situations où la violence symbolique prend aussi la forme de la violence physique :

On avait un chef qui était con... Si supposons un jour, vous faisiez, vous mettiez un paquet de lactose au lieu d'un paquet de ducolax ben il voyait ça et il attrapait un truc en bois là et puis il vous l'aurait fichu en pleine figure, voyez. Ah oui, un jour à une dame il a fait ça, un jour il a attrapé un escabeau et puis il l'a jeté en plein nez, enfin voyez c'était un chef qu'était con ! Il était jeune et il était très con, excusez-moi de l'expression. Il n'y en a pas une autre. (Extrait de l'entretien de Mme Ce).

Cette tension latente dans l'ambiance de travail³⁵⁰ est évoquée par les femmes pour dire que tout n'était pas rose, même si elles gardent de bons souvenirs et de belles amitiés qui se sont nouées durant ces années-là. Ainsi, elles nous disent que le travail en usine pouvait être dur. Néanmoins, elles ont souvent eu recours à des comparaisons avec des travaux réalisés par les hommes afin de préciser que leur travail n'était quand même pas aussi « dur » que pouvait l'être celui des hommes. On se rend dès lors compte qu'elles ont conscience de ne pas réaliser les mêmes tâches qu'eux³⁵¹. Puis, sur une échelle de valeur, l'usure du travail ouvrier masculin, admise comme différente, est aussi représentée comme supérieure à la leur³⁵².

Un extrait de l'entretien de Mme Br illustre ce que nous asseyons de décrire ici. Elle a commencé à travailler en 1970 comme soudeuse sans qualification. Six ans plus tard, elle a suivi une formation professionnelle pour la soudure, le montage et le câblage en électronique. Dans cette formation, elles n'étaient que deux femmes sur vingt personnes. Puisque les hommes étaient plus nombreux à suivre la formation, nous lui avons demandé s'il s'agissait de métiers plutôt destinés aux hommes. C'est à ce moment-là qu'elle s'est appuyée sur la description des contraintes liées à ce travail pour justifier le fait qu'il s'agirait, selon elle, d'un métier plus approprié aux femmes. Elle nous a décrit la fatigue engendrée par l'acuité visuelle

³⁴⁹ Elle ne parle pas de séduction à proprement parler, mais du besoin d'avoir une bonne entente avec les hommes. Les mécaniciens savaient que les ouvrières étaient dépendantes de leur travail et jouaient de cette relation de dépendance.

³⁵⁰ Bien évidemment, nous n'affirmons pas que l'ambiance de travail fût constituée uniquement des moments de tension. Les femmes ayant travaillé en usine nous ont également relaté des beaux moments d'échange, de copinage, de partage. Tension et bonne entente coexistent dans l'espace de l'usine et si on se concentre ici sur les seuls moments tendus c'est parce qu'on parle de danger et de risque.

³⁵¹ On a également remarqué que cette conscience de la division sexuelle du travail n'engageait pas le sentiment d'injustice.

³⁵² Ceci est aussi valable pour les femmes employées.

requisse et par les longues heures dans une même posture – fatigue qu'elle distingue de celle propre à un travail plus physique et supposé être moins approprié aux femmes.

Ben moi je trouvais que c'était plus un métier de femmes qu'un métier d'hommes. Ben oui, c'est un travail tranquille où on est assise et tout ça... bon ben c'est vrai que c'est fatigant d'être toujours assise à ne pas bouger à longueur de journée mais c'était pas fatigant dans le sens où on avait mal aux jambes ou aux pieds parce qu'on était constamment en train de marcher... C'est pas du tout la même fatigue... en électronique c'était plus la fatigue des yeux parce que les composants ce sont des petits composants donc il faut avoir de bons yeux pour voir les couleurs et tout ça. C'est pareil, c'est fatigant de travailler sur ordinateur, c'est fatigant. (Mme Br, 57 ans, atteinte d'un cancer du poumon)

Ce qui semble échapper à Mme Br c'est le fait que, dans son métier, le travail non qualifié était surtout réservé aux femmes. Les techniciens étaient, comme elle l'a elle-même précisé dans un autre passage, des hommes. Or, ce n'est pas sur le niveau de qualification qu'elle fonde sa représentation du risque, mais sur l'analyse du poste de travail.

C'est en ce sens que nous avons remarqué des différences entre les représentations du risque et du danger. En écho au chapitre 4, il semblerait que plus les femmes ont occupé des postes « mixtes » ou non réservés spécifiquement aux femmes, plus elles ont été à même de reconnaître avoir encouru des dangers pour leur santé.

Nous pouvons donner l'exemple de Mme Ld, laborantine puis aide chimiste dans une industrie chimique de production d'encres et autres produits pour l'imprimerie. Nous l'avons rencontrée dans une clinique où elle recevait des soins palliatifs car son cancer avait déjà touché plusieurs de ses organes. Elle était convaincue que son travail lui avait pris sa santé, tout d'abord sa santé psychique puisqu'elle a été mise en invalidité suite au harcèlement de la part d'un collègue.

Là j'ai pas compris parce que je suis tombée en invalidité pour harcèlement. J'ai quelqu'un qui m'a harcelée dans mon travail. Donc moi j'ai dit, j'étais pas du genre à moucharder, mais ce que j'ai pas compris c'est qu'au lieu d'avoir des indemnités pour harcèlement, je me suis retrouvée en invalidité, avec rien comme dommage, mis à part l'argent qu'on me devait pour mon ancienneté à moi. (Extrait de l'entretien de Mme Ld, 56 ans, atteinte du cancer du poumon).

Puis, une fois que son cancer s'est déclaré, elle est devenue persuadée que les conditions dans lesquelles elle avait travaillé l'avaient exposée à des produits cancérigènes.

Alors on utilisait tout... parce que nous on se battait pour avoir des hottes, des choses comme ça, être dans les normes, mais euh, même si on les avait, fallait attendre un peu euh... En attendant, on avait absorbé pas mal et respiré pas mal de produits dangereux. On avait juste une blouse blanche, moi je mettais des plastiques là, du scotch, pour éviter que le produit me salisse partout. Là je n'ai pas grand-chose à dire, mis à part que c'était des produits toxiques, très dangereux, très toxiques et puis qu'on passait une simple analyse chez le médecin du travail. C'est-à-dire c'était les yeux, le poids... (Extrait de l'entretien de Mme Ld, 56 ans, malade du cancer du poumon).

6.7.3 - Dans la rue

La rue est aussi un lieu de travail où les femmes sont présentes. Dans notre étude, nous avons rencontré l'exemple de Mme Pl, agente de la circulation, et celui de Mme Vd, chauffeur-taxi. Dans ce milieu, elles savaient ne pas être à l'abri des violences symboliques et physiques liés à leur travail – les contrevenants³⁵³ pour l'une et les passagers pour l'autre étaient des agresseurs potentiels. Elle répond ainsi à la question « C'était quoi pour vous le danger ? » :

Eh ben, les contrevenants, d'une agression, qu'ils vous écrasent, qu'ils vous rentrent dedans, qu'ils vous bloquent contre un mur. Moi, je leur disais toujours quand ils s'approchaient trop près, je leur disais : « Faites attention parce que j'ai quatre enfants ils ne vous laisseront jamais hein ! ». Il faut les mettre en garde tout de suite, parce qu'il y en a qui ne se rendent pas compte. La colère est mauvaise conseillère alors... On se sentait, on est quand même un métier dangereux. (Mme Pl, 69 ans, malade du cancer du poumon).

Pour faire face à ce danger, elle a développé ce qu'elle appelait le « sens du métier », c'est-à-dire une bonne répartie envers les contrevenants turbulents et qui l'agressaient verbalement. À posteriori, elle pensait que son « sens du métier » lui avait valu la reconnaissance de ses collègues.

Mais, outre la tension engendrée par les rapports de pouvoir, Mme Pl qui, contrairement à Mme Vd travaillait à pied, était attentive aux contraintes liées au travail, qui représentent également des atteintes à la santé. Elle nous parle des intempéries – le froid, la pluie – mais également de l'exposition au soleil qui représente un facteur de risque pour les cancers de la peau.

Face à ces contraintes, elle nous décrit la nécessité d'apprendre à travailler « intelligemment ». Elle prenait par exemple toujours le trottoir qui était à l'ombre, car elle ne

³⁵³ Sa journée de travail implique le déplacement constant dans un certain périmètre, ce qui implique un éloignement géographique des supérieurs hiérarchiques. Elle fait alors davantage référence aux coéquipières avec lesquelles elle avait l'habitude de travailler, plutôt qu'à un chef ou aux autres collègues de la corporation.

supportait pas le soleil. C'était là un compromis avec ses collègues plus jeunes (et peut-être également inconscientes des risques pour leur santé) qui ne voyaient pas d'inconvénient à bronzer. Quant à Mme Vd, la lourdeur des charges qu'elle avait à honorer tous les mois en conséquence de son passage au statut d'artisane (donc du coût de la licence pour le taxi) la contraignaient à une auto-exploitation. Afin de rendre son temps de travail plus rentable, elle se privait des pauses repas et retardait celles destinées à ses besoins physiologiques. Cela compensait le fait que, n'étant plus à la fleur de l'âge, elle n'avait plus la force de rouler les 11h par jour nécessaires pour faire son chiffre d'affaire.

Ces deux femmes n'ignorent pas non plus le facteur pollution. Mais, faire la différence entre éprouver une gêne et savoir que ce facteur est notoirement cancérigène n'est possible que depuis 2012³⁵⁴. Il faut donc tenir compte du décalage entre le moment de production de la connaissance scientifique, celui de sa prise en compte par les instances légales et administratives et enfin celui de son appropriation par les populations en général.

6.7.4 - Le bureau et le contact avec le public

Le bureau est un autre lieu de travail qui a souvent été occupé par les femmes de notre échantillon au cours de leur parcours professionnel. Dans certains cas, leurs tâches incluaient le contact direct avec le public – les guichets de la Sécurité sociale³⁵⁵ ou des ASSEDIC³⁵⁶ par exemple – et parfois le contact indirect avec ce public – comme les plateformes téléphoniques de la Sécurité sociale. Dans d'autres cas, le contact du public – direct ou indirect – se faisait de façon moins fréquente ; c'est le cas des secrétaires du secteur privé. Ces différents aspects ont en commun le fait d'être réservés à des espaces de type bureaux, avec tout ce que cela implique en termes d'opposition à un travail en usine. Elles ne se sont pas référées à ces lieux de travail comme étant des lieux vulgaires, à l'inverse des ouvrières qui parlent de l'usine. Or, dans ces environnements supposés plus « selectifs » et protégés des nuisances, les femmes relatent une même tension latente et tacite. Dans des administrations telles que la Sécurité sociale ou les ASSEDIC, les assuré-e-s sont ceux et celles qui peuvent soit reconnaître que l'agent-e fait du bon travail soit être des agresseur-se-s potentiel-e-s, quand ils et elles sont mécontent-e-s des réponses apportées, quand ils et elles voient dans la figure de l'agent-e l'incarnation de la bureaucratie qui les prive injustement de leurs droits (Martin, 2011).

³⁵⁴ Le CIRC a classé certaines particules des moteurs diesel comme cancérigènes pour l'homme. En 2013, cette classification a été étendue à l'ensemble des particules fines ainsi qu'à la pollution de l'air extérieur.

³⁵⁵ Mme Dn.

³⁵⁶ Mme Lr.

Bien évidemment, le public n'est pas la seule source de tensions dans le travail administratif et bureaucratique. Les contextes de restructuration, comme celui qu'a vécu Mme Dn à la Sécurité sociale ces dernières années, sont particulièrement propices à la pression psychologique, au stress, soit aux indicateurs de ce qu'on nomme « risques psychosociaux ». Selon cette femme, dans ce contexte, le travail prescrit n'était réalisable qu'à condition de se détacher de la fonction sociale du travail. Elle illustre le cas des plateformes téléphoniques où les employé-e-s, pour satisfaire aux consignes organisationnelles de rentabilité, devaient répondre au plus grand nombre d'appels possibles d'assuré-e-s tout en passant le moins de temps possible à répondre aux questions de chacun-e, quitte à leur « raccrocher au nez ». Ainsi, la définition du « travail bien fait » selon l'organisation du travail rentrait en conflit avec celle de Mme Dn. Autrement dit, en réalisant son travail de façon satisfaisante aussi bien pour elle que pour les assuré-e-s elle devenait une employée moins appréciée.

C'était ni fait ni à faire, c'était n'importe quoi. Je vous dis, on félicitait les gens qui décrochaient sans s'occuper de savoir s'ils faisaient bien leur boulot. À tel point qu'il y en avait une qui décrochait, on lui a donné une promotion, et puis on s'est aperçu qu'elle décrochait mais qu'elle faisait des appels téléphoniques personnels... et elle raccrochait, alors dans la journée, elle faisait plus de cent appels ; oh c'était formidable! (Mme Dn, 63 ans, atteinte d'un cancer du poumon).

Le récit de Mme Lg, agente administrative et responsable qualité dans le privé, rend compte de conditions de travail tellement stressantes qu'elle leur attribue un grave accident de trajet (fracture du sternum et plusieurs mois d'arrêt) qu'elle a eu un soir en rentrant du travail³⁵⁷. Dans ce poste, elle nous dit avoir été harcelée moralement par son supérieur hiérarchique.

Une autre constante concernant le récit de ces lieux de travail a été les années où le tabagisme n'était pas interdit dans les endroits fermés³⁵⁸. À ce propos, à peine 8 des 26 femmes étaient fumeuses, contre 11 des 13 hommes dont nous avons reconstitué le parcours durant notre travail d'enquêtrice au GISCOP93.

Le contexte national et historique dans lequel s'est déroulé la plupart de leurs parcours professionnels fait que l'amiante représente un risque potentiel dont ces femmes ayant travaillé dans des administrations (et aussi celles ayant travaillé dans des écoles)³⁵⁹ ne tiennent que très rarement compte. Même quand elles connaissent l'histoire des

³⁵⁷ Cet événement n'a pas enclenché une rupture mais un arrêt maladie. Nous ne l'avons donc pas mentionné plus haut.

³⁵⁸ L'interdiction de fumer dans des lieux destinés à l'utilisation collective ne se fera qu'avec la loi Evin du 10 janvier 1991.

³⁵⁹ Pour rappel, nous avons développé ces arguments dans le chapitre 3.

contaminations des chercheur-e-s à Jussieu, elles se voient très difficilement concernées par ce cas de figure, imaginant qu'un contact plus direct est nécessaire pour justifier une contamination.

Conclusion du chapitre 6

Nous venons de voir que les parcours professionnels des femmes sont constamment interdépendants des différentes sphères de leur vie, car le travail des femmes implique inlassablement la production et la reproduction – soit le travail non rémunéré, dont la visibilité fait encore défaut (*Cf.* chapitre 1), et le travail rémunéré, pour lequel la visibilité est toujours à réaffirmer. Pour chaque femme, c'est au croisement de ces différentes lignes, des rapports inter et intra familiaux, professionnels, institutionnels, médicaux et politiques, que l'histoire de leur cancer se dessine.

Parmi les 26 femmes de notre échantillon, 14 avaient moins de 65 ans lorsque leur cancer a été diagnostiqué et trois d'entre elles sont décédées peu de temps après la réalisation de leur entretien. Autrement dit, elles font partie des décès prématurés dus à des causes évitables. Cela nous alerte quant à une éventuelle augmentation du nombre de cancers du poumon chez des femmes de plus en plus jeunes au niveau du département ou pour le moins au niveau des services hospitaliers couverts par l'enquête du GISCOP93.

Concernant plus précisément l'expérience du travail, à l'image des femmes de la cohorte du GISCOP93, la plupart des femmes de notre échantillon sont entrées dans le salariat durant la période connue comme les Trente Glorieuses. La plupart du temps, ces filles de classes populaires ont aussi fait leur entrée, assez jeunes dans le monde du travail (entre 15 et 17 ans), avec peu ou sans qualification. Le plus souvent, elles ont fait leurs débuts en tant qu'employées (14 sur 26) et parfois en tant qu'ouvrières (11 sur 26). Celles qui ont démarré comme employées, ont vécu, à de rares exceptions près, le plus long de leur parcours professionnel sans véritable promotion sociale. Parmi celles ayant fait leurs débuts en tant qu'ouvrières, plus de la moitié sont ensuite devenues employées, sans pour autant que cela ait impliqué une véritable ascension sociale ni même de grands changements au niveau des conditions de travail. À ce sujet, nous avons vu que, pour les parcours professionnels des femmes, la simple qualification sur la base du sens établi par la succession des CSP au fil des ans a certaines limites. Nous avons alors proposé d'intégrer le sens donné par les femmes à ces trajectoires plutôt que de les qualifier en termes de trajectoires ascendantes ou descendantes en fonction des CSP. De fait, comme nous l'avons vu, l'évolution d'un poste

d'ouvrière vers un poste d'employée donne lieu à la représentation d'une amélioration des conditions et d'un allègement des pénibilités ; or cela n'est pas toujours exact.

Une autre idée largement répandue est que les parcours professionnels des femmes sont plus courts que ceux des hommes en raison d'arrêts aux âges reproductifs. Nous avons voulu vérifier cette hypothèse auprès des femmes de notre échantillon, car il nous semblait que cette idée pouvait renforcer la sous-estimation du rôle du travail dans le processus de cancérisation des femmes. En mettant en lumière les différentes raisons ayant occasionné des interruptions tout au long de leur parcours professionnel, nous avons montré que 7 femmes sur 26 ont, à un moment donné, arrêté de travailler en raison de leurs enfants. Toutefois, tout aussi nombreuses sont celles à avoir dû arrêter en raison du chômage (7 sur 26) ou d'un cancer (8 sur 26). Les problèmes de santé ont également occasionné des arrêts d'activité pour 5 des 26 femmes de l'échantillon.

Si elles ont dû rompre avec leur activité à un moment donné de leur parcours, d'autres ont dû renouer suite à un divorce ou encore pour ne pas se couper de ce lieu de socialisation alors que le mari était décédé et les enfants partis.

Nous avons aussi vu que la durée des parcours professionnels n'est pas toujours déterminante pour les chances d'aboutir à la reconnaissance du cancer en MP. Alors que Mme Ot a eu un parcours moitié plus long que celui de Mme Ce, c'est celui de la première, dans une branche de la chimie à forte concentration féminine, qui a pu lui donner accès à la reconnaissance en MP. Comme nous l'avions déjà avancé (*Cf.* chapitre 2), la reconnaissance est surtout favorisée par le biais des tableaux de MP dans lesquels la prise en compte des secteurs d'activité à forte concentration de femmes reste exceptionnelle. Nous avons vu en ce sens que Mme Ce n'a pas pu prétendre à faire reconnaître son mésothéliome comme MP en raison d'un temps de latence supérieur au délai estimé par le tableau n° 30. D'un autre côté, durant ses longues années de travail dans la cosmétique – branche de la chimie –, aucune exposition notable n'a pu être identifiée, ce qui laisse supposer une méconnaissance des expositions aux cancérogènes ayant pu avoir lieu dans ce genre d'industrie. Ainsi, si des atteintes cancérogènes à la santé sont bel et bien présentes dans l'ensemble des lieux dans lesquels les femmes déploient leur force de travail, les rendre socialement visibles n'est pas une tâche aisée.

Dans cette tâche, les représentations quant à un travail exposant semblent avoir été neutralisées, là où le terrain des mobilisations sociales a laissé place à la lutte pour le maintien dans l'activité. Les conséquences apparaissent au travers des quelques tableaux de maladies

professionnelles qui rendent compte du cancer et dans lesquels rares sont les femmes qui peuvent s’y retrouver. Il en va de même de l’absence de tableaux rendant compte de situations « spécifiques » aux femmes et prenant par exemple en considération le cancer du sein³⁶⁰ ou les expositions au tabagisme passif (Cf. chapitre 3).

En ce sens, l’éloignement des femmes de toute activité syndicale signale une faiblesse quant à ce qui est à conquérir dans le champ politique, mais pas seulement. Cette distanciation apporte aussi un éclairage sur leur résistance à aller s’aventurer dans un autre terrain dominé par les hommes. Il ne faut pas perdre de vue que se battre contre les différentes formes d’expression des rapports sociaux de sexe est, pour les femmes rencontrées, une affaire de tous les jours, comme en témoignent les récits de violences symboliques et physiques qui accompagnent les différentes thématiques que nous avons pu aborder avec elles.

Nous avons aussi remarqué que l’attribution d’un cancer à une cause – qu’elle soit comportementale ou d’origine professionnelle – implique l’acceptation d’une posture pragmatique et la gestion d’un problème autant sanitaire que politique. Cette posture réductionniste s’oppose aux connaissances qui désignent le cancer comme une maladie multifactorielle et révèle donc les contradictions inhérentes au modèle de gestion de ce problème actuellement en vigueur dans plusieurs sociétés. Pour les personnes rencontrées, le problème se pose différemment. Elles se retrouvent aux prises avec ces contradictions dont dépend directement la construction du sentiment de légitimité vis-à-vis des atteintes vécues dans leur travail. Par conséquent, elles ont plus ou moins de difficultés à adopter une « posture d’expert-e » et à attribuer une cause précise à leur problème de santé. Il va de soi qu’elles ont des ressources et des motivations différentes de celles des vrai-e-s expert-e-s.

Ainsi, d’un point de vue subjectif, au-delà du lien avec le système de reconnaissance, les représentations semblent bercées par l’image d’un risque cancérigène au travail propre

³⁶⁰ « Au Danemark, suite à la classification par l’OMS du travail de nuit posté comme “agent probablement cancérigène pour l’homme” (groupe 2A), l’organisme d’assurance contre les maladies professionnelles a décidé en novembre 2007 de reconnaître comme maladie professionnelle (au titre du système complémentaire) et d’indemniser les femmes présentant un cancer du sein lié à l’exercice d’un travail de nuit posté. Cette reconnaissance est possible sous certaines conditions et les dossiers sont étudiés au cas par cas : le travail de nuit doit avoir été de longue durée (au moins 1 nuit par semaine pendant 20 à 30 ans) et tout cas présentant un risque héréditaire de cancer du sein est rejeté. Mi 2009, une quarantaine de femmes avaient reçu une indemnisation (de 13 000 à 134 000 euros) ; la plupart avaient travaillé dans le secteur hospitalier. » (Rapport EUROGIP, 2010). En 2014 le Danemark est revenu sur cette décision en estimant que d’après les études scientifiques, le lien entre le cancer du sein et le travail de nuit n’était pas confirmé pour les femmes n’ayant été exposée qu’une fois par semaine au travail de nuit sur 25 ans. Néanmoins, les dossiers des femmes souffrant d’un cancer du sein ayant été exposées plusieurs fois par semaine durant moins de 25 ans au travail de nuit continueraient à être examinés en vue d’une reconnaissance de l’origine professionnelle de leur cancer. (Propos avancés par EUROGIP-infos sur la base d’un communiqué de presse danois, <http://www.eurogip.fr/fr/eurogip-infos-actu?id=3683>, site visité le 13/08/2016).

aux travailleurs (primordialement des hommes) de la classe ouvrière. Parfois, même si des agents cancérrogènes sont potentiellement présents sur certains lieux de travail, prouver leur présence est un lourd travail qui a très peu de chances d'aboutir à quelque chose. Dans le cadre de la maladie et des soins, cela peut alors s'avérer être une épreuve supplémentaire que toutes les femmes ne peuvent pas gérer. Dans d'autres circonstances, les représentations ont aussi un impact sur la capacité à envisager que le travail puisse contribuer à la survenue du cancer. N'oublions pas que l'absence d'informations reçues y contribue aussi grandement.

Nous avons observé cela autant dans le cas de l'usine que dans le cas des travailleuses qui exercent leur métier sur la voie publique. Dans les deux cas, elles mettent en avant le caractère exposant à la violence symbolique, voire physique, morale et sexuelle de leur travail. Elles ignorent néanmoins le plus souvent tout ou partie du caractère cancérrogène de certaines de leurs activités professionnelles, tandis que certaines de ces femmes mettent en avant la dangerosité du travail réalisé par certains hommes ouvriers. De la même manière, l'ensemble de ces femmes excluent l'idée de l'existence de risques dans leurs activités de travail domestique.

Le bureau, à l'image de ses employé-e-s, se doit d'être soigné, assaini et faire preuve d'un sens esthétique. Ce genre de travail semble ainsi déconnecté de l'image du travail exposant à des risques cancérrogènes incarnés par certaines catégories ouvrières. Entre ces deux entités, il y a l'espace de la rue comme lieu de travail de certaines professions. La rue, notamment dans les grandes villes, est reconnue comme un lieu où l'on n'est pas à l'abri des intempéries et plus exposé aux violences. Depuis que les particules fines de diesel ont été classées comme cancérrogène certain pour l'Homme, la rue devient également un lieu où l'on n'est pas à l'abri des risques cancérrogènes. Il semble que le fait même de travailler à l'extérieur et à la merci d'un grand nombre de dangers potentiels peut contribuer à cette acceptation du risque cancérrogène, mais, encore une fois, à condition d'en être informé-e-s. Les deux femmes que nous avons rencontrées se savaient exposées à la pollution, mais ignoraient la possibilité de mettre celle-ci en rapport avec la survenue de leur cancer. Ce cas de figure illustre aussi le décalage entre la production des connaissances scientifiques, leur mise en visibilité et leur assimilation par la société. Encore que l'exemple de Mme Cq nous laisse supposer qu'il est difficile de se sentir concerné par les risques cancérrogènes quand on se les représente comme étant liés à des tâches différentes de celles qu'on a pu réaliser. Par ailleurs, cela pourrait même devenir de l'ordre de l'impensable car, même si l'on a conscience de l'ambivalence du travail [Dejours, (1998), 2009], il est parfois trop difficile de renoncer à

l'image du travail dans lequel on s'est construite et réalisée, pour accepter finalement que cela s'est fait au prix de notre santé. Comme nous l'avons déjà dit, Catherine Omnès (2009) développe la notion de risque acceptable et, dans le cas de Mme Cq, nous pouvons supposer que le risque cancérogène est parfois tout simplement « inenvisageable ».

Dans la troisième partie de notre étude, nous allons nous intéresser à la situation d'un secteur à forte concentration féminine, dans lequel les substances chimiques constituent le plus gros des matières premières quotidiennement employées. Nous aurons ainsi l'occasion de revenir sur certaines des questions que nous avons pu soulever jusqu'à présent, notamment celles liées aux connaissances dont on dispose pour apprécier les risques liés au travail des femmes de cette branche, ainsi que leurs représentations. Nous verrons en ce sens le cas des usines de la cosmétique et de la parfumerie.

- Partie III -
Le rôle de l'organisation du travail
dans le processus d'*invisibilisation*
des problèmes de santé des travailleuses.
Une entrée par le travail

Dans cette troisième et dernière partie nous nous sommes intéressée plus particulièrement aux situations de travail des femmes dans l'industrie de la cosmétique et de la parfumerie. Il s'agit d'une industrie caractérisée aussi bien par la forte concentration de main-d'œuvre féminine que par l'abondante utilisation de matières premières chimiques dont certaines cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). A partir des 22 entretiens réalisés auprès de militants syndicaux occupant des fonctions dans la Fédération Nationale des Industries Chimiques (FNIC-CGT), des ouvrier-e-s, d'un médecin et d'une infirmière du travail³⁶¹, de la visite d'un site industriel et de l'accès à deux rapports d'expertises portant sur ce-même site (dont un sur les expositions aux risques toxiques) nous montrons différentes situations dans lesquelles les ouvrières de la cosmétique et de la parfumerie ont été et peuvent encore être confrontées à des risques CMR. A partir des restructurations dans les procédés et dans l'organisation du travail, nous rendons compte des difficultés auxquelles les travailleuses sont confrontées et de comment ces situations impactent la perception et l'attention qu'elles portent à la question des risques toxiques. En nous intéressant à la construction de l'image de la marque et ce sur quoi elle repose, nous montrons qu'en réalité elle ne sert pas qu'à conquérir un marché consommateur. Investie d'une forte injonction à la féminité mais aussi à l'appartenance aux couches aisées, dans le quotidien de travail l'image de la marque sert également à sublimer l'image du travail ouvrier féminin. La position de classe de l'ouvrière est happée et avec elle l'antagonisme du rapport de classe. Autrement dit, dans le contexte de l'usine, l'image de la marque des produits de beauté participe à la survisibilisation de la femme (idéale) et à l'invisibilisation des ouvrières.

³⁶¹ Voir annexe : « Echantillon terrain cosmétique et parfumerie ».

L'accès à ce terrain a été difficile en raison de la menace de piratage industriel. Tel a été en tout cas la raison qui nous a été rapportée par deux représentants syndicaux qui avaient tenté de négocier notre venue aux usines avec leur hiérarchie.

L'approche du terrain c'est faite tout d'abord par le contact d'un représentant syndical d'une usine de la Picardie. Par son intermède nous avons rencontré un autre représentant syndical du même groupe, mais travaillant cette fois à l'usine de la région parisienne. C'est par leur intermède que notre demande de visite à l'usine a été portée auprès de la direction des usines. Lors de ces deux tentatives nous avons présenté notre démarche comme étant celle d'une recherche sur la santé au travail, intéressée particulièrement par cette industrie où les femmes ont historiquement été nombreuses. Ces deux tentatives ne nous ont pas permis de dépasser le local du CE.

En parallèle à ces rencontres nous avons pris contact avec la Fédération Nationale des Industries Chimiques (FNIC CGT) dans l'intention de rencontrer la personne à l'origine du dossier "Parfumerie et cosmétique: une longue histoire de luttes!" sur La voix des industries chimiques, n° 489 d'avril 2011. C'est le secrétaire fédéral de la FNIC CGT, réalisateur du dossier en question qui a répondu à notre mail en nous donnant son accord pour une rencontre. Cette personne a été à l'origine de toutes nos autres rencontres avec des travailleuses syndicalistes de la chimie en générale et de la cosmétique et parfumerie en particulier. Grâce à lui nous avons pu participer à deux journées d'études organisées par la FNIC : une sur les CHSCT (le 27/06/2012) ainsi qu'à une réunion sur les risques professionnels.

C'est grâce à cette personne que nous avons été mis en contact avec une travailleuse de l'Usine 5 du Groupe Siréelle, élue au CHSCT. Avec elle nous avons tenté une autre stratégie pour la demande de visite à l'usine qui s'est révélée payante. Nous avons formulé une présentation de notre démarche faisant l'économie de certains détails dont notamment l'aspect santé au travail et avons mis en avant notre intérêt pour le travail des femmes dans cette industrie. Le directeur de l'usine a donné son accord pour la réalisation d'une visite guidée de l'usine. Au cours d'une journée entière, nous avons été accompagnée par la travailleuse en question. Nous avons découvert avec elle tous les ateliers et rencontré des travailleuses sur leur poste qui nous ont expliqué en quoi leur travail consistait. A cette occasion nous avons pris les coordonnées d'une dizaine de personnes, susceptibles de nous rencontrer pour un entretien en-dehors de leurs heures de travail.

- Chapitre 7 - Quelques éléments sur l'évolution du travail dans des industries de la beauté

Avant de nous intéresser au travail dans la cosmétique et la parfumerie à proprement parler, nous allons faire un petit détour par l'usine. Ce lieu, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, a souvent l'image d'un environnement sale, avec des employé-e-s travaillant dans la crasse et la poussière. Pour les femmes, et surtout pour les jeunes filles de « bonne famille » (Cf. témoignages des femmes atteintes d'un cancer, chapitre 6), l'usine avait surtout l'image d'un lieu défendu, en raison de la « vulgarité ambiante ».

Ainsi, si on peut voir le lieu de travail comme un simple contenant, le fait est que l'usine est plus qu'un simple bâtiment construit à un endroit donné, plus qu'une simple adresse animée par des occupant-e-s. C'est en ce sens que, dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à l'usine de cosmétique et de parfumerie. Nous verrons plus précisément son histoire du travail, son organisation, la division sexuelle du travail, ainsi que les normes pour la prévention de la santé et de la sécurité au travail. Notre objectif est de comprendre, en accompagnant les évolutions dans l'organisation du travail et de la production, comment la question des risques toxiques s'est posée et comment elle a évolué.

Nous allons pour cela mobiliser à la fois des sources bibliographiques, des articles parus dans la presse et des documents d'archives syndicales (notamment de la CFDT et de la CGT), mais aussi des éléments provenant des entretiens que nous avons réalisés dans le cadre de nos deux terrains d'enquête (GISCOP93 et dans la cosmétique et la parfumerie).

7.1 - Quelques éléments historiques sur la branche cosmétique et parfumerie

L'histoire des industries de la cosmétique et de la parfumerie est indissociable de celle de la mise au travail industriel des femmes. La genèse de cette dernière se situe à la fin du XVIII^e siècle, loin des sites industriels. C'est d'abord à la maison, dans l'unité de production familiale et de type patriarcal, que femmes et enfants vont être engagés dans la fabrication de produits manufacturés.

Dans le contexte français, l'originalité du processus d'industrialisation tient à sa non-linéarité. Ainsi, tandis qu'en Angleterre l'agriculture ralentissait et que l'industrialisation avançait à un rythme soutenu depuis 1850, en France, différents modes de production cohabitaient et s'alimentaient mutuellement (Battagliola, 2004)³⁶² :

L'industrialisation se fait lentement à partir d'unités de petite taille. Elle s'alimente à trois sources : la dissémination de la fabrication des produits dans les campagnes recourant au travail à domicile des familles paysannes (la « proto-industrialisation ») ; la petite production artisanale urbaine ; enfin la fabrique. Alors que l'industrie rurale et artisanale s'appuie sur la famille comme unité de production et de reproduction, la fabrique scelle la coupure entre ces deux sphères (Battagliola, 2004 : 7).

Pour Kergoat (1982), c'est cette séparation physique entre le lieu de vie et le lieu de travail qui a impliqué une séparation des statuts : aux femmes est essentiellement attribué celui d'épouse et de mère. Le travail dans les fabriques est alors destiné aux femmes très jeunes³⁶³, n'ayant pas encore ce statut qui les assigne prioritairement au travail domestique et à la reproduction. C'est donc à partir de l'implantation des industries dans les centres urbains et du début du flux migratoire des campagnes vers les villes, à la fin du XIX^e siècle, que se sont mis en place de « nouvelles modalités de mise au travail des femmes » (Kergoat, 1982).

C'est également à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle que nombre d'industries de la cosmétique et de la parfumerie ont été créés. Guerlain, Bourjois, Chanel, L'Oréal sont autant de marques qui voient le jour entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle.

C'est d'abord dans de petites unités de production artisanale que certains de ces géants du secteur de la beauté ont fait leur premiers pas. La marque Bourjois, par exemple, a commencé son activité à partir de la création d'une « pâte pour blanchir la peau » – soit le premier fond de teint – par un comédien de théâtre. Cette invention, initialement destinée aux comédiens du théâtre, a ensuite été adoptée par un public plus large. Breveté en 1862, ce produit a donné naissance à une ligne de production artisanale³⁶⁴. Cette affaire a continué à s'agrandir et, entre rachats et nouveaux associés, l'entreprise artisanale est devenue, en 1889,

³⁶² Encore une fois, si le salariat s'impose à partir du dernier quart du XIX^e siècle, il n'exclut pas pour autant d'autres formes de travail, telles que le travail à domicile. C'est ce qu'affirme Battagliola (2004) à partir des travaux de Noiriel (1986) et de Dewerpe (1989), mettant aussi en lumière la notion de fluctuation et d'irrégularité de l'activité salariale tout au long du XIX^e siècle, ou encore l'anachronisme de la « notion de régularité d'emploi, impliquant un seul lieu de travail pendant plusieurs années, un temps de travail et un salaire réguliers » pour la classe ouvrière anglaise. Battagliola (2004) fait ici référence à E. P. Thompson (1963).

³⁶³ Selon Kergoat, en 1850, on comptait déjà 450 mille ouvrières dans les secteurs les plus puissants de l'époque, soit l'industrie de la soie, du coton, de la laine et du lin (Kergoat, « Les ouvrières », 1982).

³⁶⁴ Bruno Abescat, Yves Stavridès. « Derrière l'empire Chanel...La fabuleuse histoire des Wertheimer. » l'Express 2005, disponible sur http://www.arretsurimages.net/media/pdf/histoire_chanel.pdf.

un grand lieu de production industrielle³⁶⁵. En plus de fabriquer des parfums et des cosmétiques de sa propre marque, Bourjois a commencé à en confectionner pour la marque Chanel.

C'est du début du XX^e siècle que date également la création de l'entreprise qui va devenir le leader français de la cosmétique et l'une des plus grandes multinationales : L'Oréal. Son histoire commence avec le chimiste Eugène Schuller qui, en 1907, a développé les « premières formules de teintures pour cheveux, baptisées « Oréal », à base de composés chimiques inoffensifs » (Archives L'Oréal)³⁶⁶. Et c'est en 1909 qu'Eugène Schuller, le père de Liliane Bettencourt (première actionnaire du groupe L'Oréal), a créé la « Société Française des Teintures Inoffensives³⁶⁷ pour Cheveux ».

Le Syndicat National de la Parfumerie Française, quant à lui, a été créé à la fin du XIX^e siècle. C'est plus précisément en 1890, à l'occasion de l'Exposition universelle à Paris, que les industriels du secteur ont décidé de s'organiser afin de mieux défendre leurs intérêts, autour du fondateur de la parfumerie Guerlain, Aimé Guerlain, qui en assumait alors la présidence³⁶⁸.

Ces industries florissantes ont participé à l'arrivée de la main-d'œuvre des campagnes dans les centres urbains, bien que, en réalité, ces industries se situaient plutôt à la périphérie des villes. Ces implantations ont souvent été d'ordre stratégique, à l'exemple de Bourjois, implantée à Pantin, à proximité des abattoirs de Paris, qui constituaient une source de graisses et de suifs utilisés dans la production des savons et des produits de beauté³⁶⁹.

Les travaux réalisés en histoire nous apprennent que les flux migratoires générés par ces industries ne semblent pas être circonscrits à l'Hexagone (Benalloul, 2014). Les industries de la parfumerie grasse de la fin du XIX^e siècle ont, par exemple, attiré la main-d'œuvre étrangère. La deuxième vague d'immigration italienne vers la ville de Grasse date de 1880 et

³⁶⁵ *Ibid.* Ces auteurs signalent que, en 1909, les patrons de l'Usine ont prêté une importante somme d'argent aux propriétaires des Galeries Lafayette pour construire leur imposant magasin. En 1924, l'entreprise Bourjois est rachetée par les frères Wertheimer. Kathy Peiss (1990) cite le recensement des entreprises américaines de 1889, selon lequel on comptait aux États-Unis 157 sociétés fabricantes de parfums et de cosmétiques.

³⁶⁶ Disponible sur <http://www.loreal.fr/groupe/histoire/1909-1956.aspx>.

³⁶⁷ Cette expression défensive s'expliquait probablement par ce que l'historienne de l'industrie cosmétique américaine Kathy Peiss (1990) décrit comme l'un des défis que les industriels ont dû surmonter à la fin du XIX^e siècle et début du XX^e pour assurer leur marché face à la résistance des consommatrices américaines à l'égard de leurs produits. Cette résistance s'expliquait par des raisons morales (association du maquillage à des conduites frivoles et éloignées des valeurs de la famille), mais également par des raisons de santé et sécurité, car les produits prétendument brevetés étant associés à des pratiques douteuses de négociants mais aussi à l'utilisation de produits toxiques comme l'arsenic (Peiss, 1990 : 11).

³⁶⁸ Voir <http://www.febea.fr/la-federation/historique/> (consulté le 10/04/2012)

³⁶⁹ Bruno Abescat, Yves Stavridès. « Derrière l'empire Chanel...La fabuleuse histoire des Wertheimer. » L'Express 2005, disponible sur http://www.arretsurimages.net/media/pdf/histoire_chanel.pdf, *op.cit.*

était majoritairement constituée de jeunes femmes non mariées : 80 % des registres de travail émis en 1885 ont été remis à des femmes, dont 83 % étaient italiennes³⁷⁰. Cette main-d'œuvre était surtout absorbée par les trois principales industries de la parfumerie grasse : A. Chiris, Roure-Bertrand et Lautier fils (Benalloul, 2014). À partir du dépouillement du registre 1886-1898, Benalloul (2014) a élaboré un tableau avec le nombre d'ouvriers et d'ouvrières étrangères dans ces trois sociétés de parfumerie et l'on peut voir que les femmes représentent plus de 90 % de la main-d'œuvre. Jusqu'à la fin du XIX^e, ces migrantes étaient surtout embauchées comme journalières, ce que l'auteur explique par la saisonnalité qui a caractérisé la production d'essences odorantes jusqu'à la Première Guerre mondiale³⁷¹ :

³⁷⁰ Isabelle Laval, *Les ouvriers de la parfumerie grasse de 1860 à 1914*, mémoire de maîtrise d'Histoire, sous la direction de Ralph Schor et Alain Ruggiero, université de Nice, 1995, cité par Benalloul (2014).

³⁷¹ D'après Benalloul (2014), l'activité était concentrée dans les 2^e et 3^e trimestres de l'année et les 1^{ers} et 4^e trimestres étaient des périodes creuses d'inactivité et de chômage technique.

Le passage d'un recrutement masculin de la main-d'œuvre italienne à un recrutement féminin puis à un rééquilibrage à la veille de la Première Guerre mondiale, largement confirmé par la documentation historique, trouve une explication dans l'évolution technique que connaît l'industrie de la parfumerie durant la deuxième partie du XIX^e siècle³⁶. En effet, entre 1870 et 1900, la mécanisation des techniques de production traditionnelles³⁷, via l'utilisation de machines et chaudières à vapeur, a pour conséquence la systématisation des lavages à l'alcool pour des pommades et huiles parfumées obtenues par enfleurage. Cette évolution s'accompagne de l'essor très important du procédé d'enfleurage à froid sur graisse qui donne des résultats olfactifs très satisfaisants par rapport aux autres modes d'enfleurage. Or, sans entrer dans le détail précis de la mise en œuvre de cette technique, il doit être rappelé que toute la première étape de cette méthode d'extraction était devenue progressivement, au cours de la première partie du XIX^e siècle, une tâche traditionnellement attribuée aux femmes. Cette spécificité est révélatrice d'un mouvement plus général, encouragé par l'industrialisation, de répartition « *genrée* » de l'ensemble des activités de la parfumerie, que ce soit dans les usines ou même dans les travaux des champs avec l'émergence de la figure emblématique de la cueilleuse de plante à parfums³⁸. La féminisation de l'enfleurage et notamment de l'enfleurage à froid sur graisse s'était fondée sur des prédispositions naturelles attribuées aux femmes, pouvant convenir à cette tâche manuelle de manipulation par petites poignées de délicates fleurs fraîchement cueillies : adresse, dextérité, doigté, rapidité, agilité, patience... Vers 1900, de nouvelles techniques sont développées industriellement à Grasse. Il s'agit essentiellement de l'extraction avec des solvants dérivés du pétrole et du fractionnement³⁹. Ces procédés présentent de nombreux avantages techniques et économiques. Dès leur entrée en vigueur, ces méthodes, notamment l'extraction par solvants concurrencent l'enfleurage pour de nombreuses variétés de plantes. Progressivement donc, durant la première partie du XX^e siècle, ce renouvellement technique conduit à un lent déclassement de l'enfleurage, et plus particulièrement de l'enfleurage à froid sur graisse, devenu moins compétitif. Comme la distillation (autre grande technique d'extraction traditionnelle avec l'enfleurage), le fractionnement et l'extraction par solvants font partie de ces tâches que l'on réserve aux hommes. Cela peut s'expliquer par la force physique que nécessite l'extraction par solvants mais aussi parce que la manipulation des « machines » est une activité que l'on préfère mettre entre les mains des hommes⁴⁰ ; dans ce cas, il s'agit d'imposantes batteries d'extraction et de hautes colonnes de distillation. L'avènement de ces techniques, confiées à des hommes, et la stagnation, voire le recul, d'un procédé relevant de la compétence des femmes est l'une des explications probables du rééquilibrage entre hommes et femmes observé statistiquement à partir de 1900 et qui, en toute logique, se répercute sur le recrutement des Italiens (Benalloul, 2014 : 5-6).

Durant la Première Guerre mondiale, d'autres changements se produisent dans la sollicitation de la main-d'œuvre féminine par l'ensemble des industries. Malgré la suspension des réglementations restrictives au travail des femmes dès le début du conflit, ces dernières ont connu un taux de chômage élevé. Ce n'est qu'à partir de 1916 qu'elles vont être massivement embauchées dans des industries bastion du travail masculin, non plus pour leur dextérité mais selon des critères de robustesse et de force physique (Battagliola, 2004), à l'instar des « munitionnettes », néanmoins remerciées à la fin du conflit. Nous n'avons

cependant pas de données précises sur le travail dans les usines de la cosmétique et de la parfumerie durant ces années de guerre³⁷².

Pour l'industrie en général, « la période de l'entre-deux-guerres ne voit guère de grands changement en ce qui concerne le travail des femmes » (Kergoat, 1982 :13). Pour l'industrie cosmétique en particulier, les archives de la CGT ne nous ont permis d'obtenir que très peu d'éléments sur le travail au cours de la période en question. Une coupure de presse de 1937 nous donne des informations sur les conditions de travail dans les entreprises de parfums « Patou » (à Saint-Ouen), « Parfums d'Orsay », « Takalon », « Les parfumeurs parisiens », « Lacombe » et « Cadum ». Voici quelques exemples de dénonciations par les militant-e-s de la section syndicale : le durcissement du traitement d'une contremaîtresse afin de faire augmenter la cadence chez Patou et Orsay ; la mise en place de billets de tombola pour l'amélioration de « l'hygiène et du bien-être des ouvrières » chez Takalon ; le traitement haineux et inapproprié de la part du patron chez « Les parfumeurs de Paris », se voyant obligés de négocier avec « une femme » secrétaire syndicale de la branche industrielle des parfums ; le refus du patron de « Lacombe » de payer le réajustement salarial de 8,5 %, ; ou encore l'information à propos des actions syndicales suite au licenciement de deux peintres employés à l'entretien chez Cadum³⁷³.

Un autre moment fort de la reconfiguration du marché de travail et de l'activité des femmes aura lieu dans les années 1960. Les femmes sont massivement sollicitées dans le secteur tertiaire (commerces et banques) au détriment des services domestiques. Dans le secteur secondaire, alors que les industries où les femmes étaient déjà bien représentées (confection, textile, cuirs et peaux) sont en déclin, ce sont les industries nouvelles, en expansion, mais aussi celles traditionnellement masculines (comme la chimie et le caoutchouc) qui emploient de nombreuses femmes en ce début des années 1970 (Kergoat, 1982 : 11-12).

Dans une coupure de *la Voix des Industries Chimiques* de 1973, on apprend que, dans l'usine Bourjois (Pantin), 450 des 603 employé-e-s étaient des femmes³⁷⁴. Cette information

³⁷² Sur le site de L'Oréal, la partie consacrée à l'histoire du Groupe passe directement de 1910 à 1920, sans faire d'allusion à la Grande Guerre. Cela peut s'expliquer par le fait que l'histoire du groupe soit entachée par l'implication de son fondateur, Eugène Schueller, dès les années 1930, dans l'organisation fasciste surnommée « La Cagoule ». En revanche, dans le document qui retrace l'histoire de l'empire Chanel depuis la création de Bourjois, l'itinéraire des patrons, les frères Wertheimer, engagés du côté des troupes françaises est connu, mais aucun élément n'est donné sur ce qui se passe dans l'usine durant la période.

³⁷³ « Dossier Parfumerie et cosmétique : une longue histoire de luttes ! », *La Voix des Industries Chimiques* n° 489 d'avril 2011.

³⁷⁴ La coupure figure dans le Dossier Parfumerie et cosmétique (*Ibidem.*).

est corroborée par Mme Do et Mme Ce, qui ont fait leur entrée respectivement en 1964 et 1967 dans des usines parisiennes de la cosmétique (toutes deux rencontrées dans le cadre du premier terrain d'enquête, à GISCOP93, cf. chapitres 5 et 6) dans des usines de cosmétique et de parfumerie. Selon leurs témoignages, ces usines employaient massivement des femmes dans le conditionnement des produits à la chaîne.

L'autre moment important pour l'histoire du travail industriel des femmes, y compris dans la branche cosmétique, date de la décennie suivante, soit 1980. Dans ces industries, des chaînes de production entières ont été transférées dans d'autres régions de France. Lors de leur entretien, Mme Ce et sa collègue Mme Gi nous ont parlé de cette période. Elles ne décrivent pas le départ de certaines chaînes de l'usine parisienne dans une ville de la Picardie comme une période de conflit³⁷⁵. Selon elles, l'entreprise cherchait ainsi à rendre la prise de postes attractive dans les nouvelles usines. Les volontaires pour le départ pouvaient compter sur l'entreprise pour le déménagement et l'installation, ainsi que pour l'octroi de primes. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que, en tant que chefs d'équipe, elles n'ont pas eu à quitter Paris ni leur poste de travail. À ce moment-là, leur usine employait encore des centaines de femmes sur les chaînes de conditionnement, soit l'activité la plus consommatrice de main-d'œuvre dans la production de maquillage et de parfums, et donc la plus concernée par ces transferts. L'un de nos interviewé-e-s nomme cette période « la crise des OS » (M. Ju, retraité Usine 3)³⁷⁶.

À partir des années 1980, ce processus de restructuration de la production va s'intensifier et se complexifier. Au cours des dernières années, ce processus s'est traduit par la mise en place de nouvelles stratégies par les grands leaders du secteur, afin de conquérir des parts du marché toujours en expansion³⁷⁷. Pour y parvenir, les grands groupes industriels ont

³⁷⁵ Nous ne citerons pas les noms des usines ni ceux des marques afin de préserver l'anonymat des travailleurs et travailleuses qui nous ont livré leur témoignage malgré les craintes de certain-e-s pour leurs enfants qui y travaillent encore.

³⁷⁶ Précisons qu'il s'agit là d'une nouvelle étape du processus car, dès les années 1960, les industries chimiques étaient déjà engagées dans la suppression des postes non qualifiés, du fait de l'automatisation. Le Dossier « Femmes Travailleuses » (des industries chimiques de Provence-Alpes-Côte d'Azur), par exemple, rend compte des effets de cette pratique, notamment sur les salariées. En 1969, les femmes détenaient 20,6 % des emplois du secteur, alors que, moins de dix ans plus tard, en 1976, elles ne représentaient plus que 16,9 %. Durant cette période, la légère progression du nombre d'ouvrières qualifiées par rapport aux non qualifiées serait donc due à la suppression des postes non qualifiés. Ces chiffres concernent d'autres branches de la chimie que la cosmétique, mais indiquent déjà le sens de l'évolution adoptée par le secteur industriel (Source : archives de la CFDT Paris).

³⁷⁷ Depuis 2005, le marché consommateur de produits cosmétiques et de parfums afficherait un taux de croissance régulier d'au moins 3 % (Rapport L'Oréal, 2014). Selon le PDG de L'Oréal, Jean-Paul Argon, la consommation de cosmétiques dans les pays émergents croît en moyenne de presque 10 % chaque année contre 0,7 % en Europe en 2011. L'objectif, toujours selon le PDG, est que les nouveaux marchés deviennent

mis en œuvre une politique de spécialisation des sites³⁷⁸. Ainsi, les sièges sociaux et les laboratoires de recherche et de développement demeurent, pour la plupart, concentrés en Île-de-France, car « Paris confère aux marques un label de qualité et d'élégance partout dans le monde »³⁷⁹. En revanche, les usines entièrement vouées à la production de shampoings, crèmes, parfums ou cosmétiques sont de plus en plus éparpillées dans l'Hexagone mais aussi en Asie, en Afrique, en Amérique Latine et en Russie. En ce sens, le groupe L'Oréal³⁸⁰ est exemplaire de ce processus tentaculaire :

Longtemps spécialisés par marque, les sites de production du groupe *L'Oréal* sont désormais spécialisés par types de produits. La fabrication du mascara s'en est allée vers notre usine de Turin, tandis que nous avons réintégré ici la fabrication des maquillages couleur de la marque *L'Oréal Paris* (Erwan Le Tallec, directeur du personnel de l'usine Gemey d'Ormès, entretien avec les Reflets du Loiret n° 121, mai-juin 2012)³⁸¹.

Le choix de leur implantation dans un de ces pays plutôt qu'en France ou aux États-Unis n'est pas le fruit du hasard. D'une part, l'emplacement géographique semble correspondre à des choix stratégiques bien étudiés au vu de la distribution de la production auprès des marchés consommateurs ; il est donc question de logistique. C'est ce que mettent en avant des cadres du groupe L'Oréal pour justifier le projet d'ouverture d'une grande usine au Mexique, remplaçant l'usine du New Jersey qui a été fermée³⁸² :

responsables de 50 % du chiffre d'affaire du groupe (« La formule L'Oréal », Adrien Cahuzac - Publié le 28 juin 2012, L'Usine Nouvelle, n°3292, disponible sur <http://www.usinenouvelle.com/article/la-formule-l-oreal.N177570>).

³⁷⁸ Un extrait illustre cela : « Dans les pays occidentaux, comme dans les nouveaux marchés désormais, nous travaillons à la spécialisation des usines par type de produit et par zone », souligne Jean-Philippe Blanpain. Si la future usine du Caire (Égypte) sera dédiée aux produits capillaires pour tout le Moyen-Orient, le site de San Luis Potosí sera le pôle coloration de l'Amérique centrale et du Nord. Il va récupérer à la fois les lignes de coloration de Clark, mais aussi celles de Xochimilco, près de Mexico City. L'usine historique du Mexique ne fera plus que des shampoings et des crèmes à la fin 2013. » (« La formule L'Oréal », *ibid.*)

³⁷⁹ Selon un document édité sous la tutelle du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, la région Île-de-France concentrerait près de la moitié des effectifs du secteur. Ce chiffre nous semble tout à fait possible étant donné que les multiples usines installées ailleurs deviennent de plus en plus économes en termes d'embauche.

³⁸⁰ Le groupe L'Oréal compte 43 usines dans le monde, en charge de la fabrication des différents produits des marques suivantes : 1) Grand Public : L'Oréal Paris, Garnier Maybelline New York, Softsheen Carson, Magic, Essie et NYX ; 2) Luxe : Lancôme, Giorgio Armani, Kiehl's, Yves Saint Laurent, Biotherm, Ralph Lauren, Urban Decay, Clarisonic, Shu Uemura, Viktor&Rolf, Diesel, Cacharel, Helena Rubinstein, Yue Sai, Guy Laroche, Paloma Picasso et Maison Martin Margiela ; 3) Produits Professionnels : L'Oréal Professionnel, Kérastase, Redken, Matrix, Pureology, Decléor, Shu Uemura Art or Hair, Essie, Carita et Mizani ; 4) Cosmétique ACTIVE : Vichy, La Roche-Posay, Skinceuticals, Roger&Gallet et Sanoflore ; 5) The Body Shop ; 6) Travel Retail (*Le commerce réalisé dans les zones dédiées aux voyageurs ou les espaces duty free*) (Source : L'Oréal Rapport d'Activité 2014, disponible en ligne). Selon L'Oréal, ses usines produisent 87 % des unités cosmétiques commercialisées dans le monde (Voir : <http://www.loreal.fr/groupe/nos-activites/organisation.aspx>).

³⁸¹ L'entretien est disponible sur <http://fr.calameo.com/read/00075473804a795aba68a>.

³⁸² Nous n'avons pas pu vérifier cette information, mais il se peut également que la stratégie de spécialisation vise aussi à contourner des restrictions légales, que ce soit sur le plan du code du travail ou sur les normes

Au Mexique, il a été mûri de longs mois. « *San Luis Potosí se situe dans un véritable corridor entre les États-Unis et l'Amérique centrale* », souligne Jorge Martinez, le directeur industriel de L'Oréal au Mexique, fraîchement arrivé d'une usine concurrente d'Unilever. « *Il se trouve à équidistance des ports ouest et est du pays, à proximité d'un important axe autoroutier et d'une ligne de fret ferroviaire vers les États-Unis* », ajoute Alberto Navarro, le directeur de l'usine. Des critères nécessaires pour une usine qui doit fabriquer à plus de 70% pour les États-Unis, et le reste pour l'Amérique centrale.

D'autre part, il s'agit bel et bien de la poursuite de l'objectif de réduire les coûts de production tout en augmentant la capacité productive des usines³⁸³. Au fil des dernières décennies, les grandes entreprises de la branche cosmétique et parfumerie ont intégré des logiques de réorganisation de la production qui se traduisent actuellement par la spécialisation des sites industriels et par la régionalisation de la production dans de vastes zones géographiques³⁸⁴. Un autre objectif pour les industriels dans la mise en place de ces mesures de « restructuration et de recentrage a été de dégager des ressources à réinvestir dans les dépenses marketing »³⁸⁵.

En ce sens, les nouvelles formes de mise au travail dans les industries de la parfumerie et des cosmétiques s'inscrivent dans la poursuite des objectifs implicites qui ont motivé la décentralisation amorcée dans les années 1980. D'où l'intérêt, pour les industriels, d'aller s'installer dans des poches de main-d'œuvre abondante et où, à la différence des ouvrier-e-s urbain-e-s, les salarié-e-s étaient prêt-e-s à accepter certaines conditions de travail et de salaires (Kergoat, 1982). Malgré ces motivations implicites, c'est l'augmentation continue du prix de l'immobilier qui est invoquée comme alibi des délocalisations et de ses conséquences en termes de licenciements suite à la fermeture d'usines. Cette version est encore soutenue aussi bien par des représentants du patronat que par des syndicats. Dans le cas du recours à la sous-traitance, ce serait alors la saisonnalité de la demande de certains produits qui en serait la cause :

environnementales ou sanitaires, de façon à déplacer vers certains pays l'utilisation de matières et de procédés interdits en Europe (Cf. Thébaud-Mony, 1990).

³⁸³ En 2013, l'usine de San Luis Potosí, au centre du Mexique, destinée à la fabrication de produits de coloration capillaire devait produire 210 millions d'unités par an sur à peine 29 lignes (« La formule L'Oréal », *op.cit.*). En revanche, l'usine Gemey-Maibelline d'Ormés, qui produit du maquillage, affichait, en 2012, une production de près de 200 millions d'unités par an sur une quarantaine de lignes (« L'Oréal-Gemey, dévoile ses secrets de beauté », Reflets du Loiret n° 121, mai-juin 2012, disponible sur <http://fr.calameo.com/read/00075473804a795aba68a>).

³⁸⁴ C'est ce qui ressort d'un rapport d'expertise du cabinet APEX présenté lors de l'AG FNIC CGT, en octobre 2006.

³⁸⁵ L'argument est avancé dans un rapport du cabinet d'expertise SECAFI ALPHA de 2005.

Le maquillage est une activité en très forte croissance en Europe et dans le monde entier et connaît des pics d'activité lors des lancements de produits et en fonction des saisons (le fond de teint en hiver, le vernis à ongle à la belle saison), qui nous incite à faire appel, parfois, à des sous-traitants » (Stéphane Malaisé, directeur de l'usine Gemey d'Ormès, appartenant au groupe L'Oréal, interviewé par les Reflets du Loiret n° 121, mai-juin 2012)³⁸⁶.

Les délocalisations des années 1980 ne se sont pourtant pas faites sans la résistance des travailleurs et travailleuses des usines menacées par les licenciements (à l'exemple de l'usine Bourjois du groupe Chanel)³⁸⁷ ou par leur fermeture (à l'exemple de l'usine du New Jersey du groupe L'Oréal)³⁸⁸.

Durant plus d'un siècle, l'organisation du travail dans les usines de la parfumerie et de la cosmétique a beaucoup changé. On est passé des petites entreprises familiales à des multinationales géantes et cotées en bourse.

Actuellement, parmi les plus de 300 adhérents à la Fédération des Entreprises de la Beauté (FEBEA), on compte 81 % de TPE-PME et à peine 19 % de grandes entreprises³⁸⁹. Cette multiplicité des petites structures contrôlées par de grands groupes est une des caractéristiques de la branche depuis les années 1970 :

³⁸⁶ Disponible sur <http://fr.calameo.com/read/00075473804a795aba68a>.

³⁸⁷ La mobilisation des salarié-e-s du groupe Chanel fait suite à l'annonce, en 2007, de mesures de réorganisation de la production dans un Comité central d'entreprise. Sont en cause, d'une part, l'intention de délocaliser la production de rouges à lèvres de l'usine Bourjois (à Pantin) avec 103 postes de travail vers des usines du groupe dans l'Oise, ce qui entraînerait la suppression de 33 postes, et, d'autre part, la sous-traitance de la production des rouges à lèvres de la marque Bourjois à une autre entreprise, afin qu'à terme le site historique de Pantin devienne un centre de recherche pour les produits de beauté et une vitrine pour le groupe (Correspondant LO ; Source : Lutte Ouvrière n°2016 du 23 mars 2007, sur <http://www.lutte-ouvriere-journal.org/?act=artil&num=2016&id=39>, site visité le 28/07/2015).

³⁸⁸ Le groupe a pris la décision de fermer l'unité américaine de Clark (New Jersey) à la fin de l'année : « Cette usine était la plus ancienne sur le continent. Son extension était difficile dans un environnement devenu résidentiel, justifie Jean-Philippe Blanpain. Les salariés américains y ont vu une "délocalisation". Pour le groupe, en revanche, "le regroupement au Mexique des colorations destinées à l'Amérique du Nord et à l'Amérique centrale, était le scénario le plus efficace d'un point de vue opérationnel et financier". Car le Mexique est aussi un marché d'avenir pour L'Oréal » (« La formule L'Oréal », *op. cit.*)

³⁸⁹ Voir <http://www.febea.fr/>.

Vous avez été la première à avoir soutenu une thèse d'État sur l'économie du luxe, à la fin des années 1980. Elle portait plus particulièrement sur le marché cosmétique et parfum, qu'est-ce qui a changé en vingt ans ?

Quelques chiffres : entre les années 1970 et 1990, on est passé de 500 à 200 entreprises de parfum et cosmétique. Depuis les années 1980, ce mouvement concerne tout le secteur du luxe, les entreprises se concentrent, les grands groupes tiennent de plus en plus le marché. Pour qu'il puisse s'agrandir ou même survivre, un jeune créateur a besoin de capitaux. Franck Sorbier [couturier] peut continuer ses collections grâce au soutien de Cartier. Christian Lacroix avant d'être revendu à des Américains [le groupe Falic] avait fondé sa maison grâce à LVMH en 1987 (« Il faut revaloriser les métiers du luxe » ; interview de Danielle Allères, réalisé par Sylvie Chayette, Le Monde, 20 février 2008)³⁹⁰.

Ainsi, à côté des leaders du marché, il existe un grand nombre de petites entreprises, mais également des façonnier-e-s, des fournisseur-se-s de produits accessoires (flacons, emballages, etc.) et de services, des intermédiaires, des commerçant-e-s chargé-e-s de la distribution, etc. De ce fait, des écarts importants structurent les formes de mise au travail des femmes dans cette branche.

Les différences semblent être évidentes si on pense aux travailleuses salariées d'un grand leader du marché et à celles d'un petit façonnier, mais elles sont tout aussi importantes entre les employées d'une même grande industrie de la branche, en raison d'une différence en termes de statut. Par exemple, la situation des travailleuses permanentes et celle des intérimaires n'est bien évidemment pas la même.

Cela peut également concerner l'accès des travailleuses à un cadre juridique plus ou moins protectionniste vis-à-vis du travail, ou encore les normes sanitaires et de sécurité. Ce cadre s'avère en effet très différent selon qu'on est travailleuse de telle entreprise en Europe, en Asie ou en Amérique Latine, sachant que, pour un seul et même pays, les écarts sont déjà considérables.

C'est ce que nous révèlent, par exemple, les résultats de l'enquête SUMER. En France, entre 2003 et 2010, le pourcentage des salarié-e-s exposé-e-s aux substances cancérigènes est passé de 13 à 10 %. Néanmoins, cette réduction est surtout due aux grandes structures qui ont atteint les taux les plus importants de réduction des expositions. Ainsi, le taux de travailleur-s exposé-e-s dans les grandes entreprises a diminué de 6 % contre à peine 1 % dans les

³⁹⁰ Disponible sur http://www.lemonde.fr/economie/article/2008/02/20/danielle-alleres-il-faut-revaloriser-les-metiers-du-luxe_1013469_3234.html#GRwjiRVPI06qi7Wh.99.

entreprises de moins de 10 salarié-e-s³⁹¹. En ce qui concerne les femmes, l'enquête mentionnée les considère moins exposées que les hommes.

7.2 - Des pratiques paternalistes au *lean management*

Les travailleuses et travailleurs nous décrivent l'ambiance de travail dans ces usines de manière très différente en fonction de la période. Dans leurs récits, les plus ancien-ne-s parlent d'un cadre familial et convivial. Ces hommes et femmes ont connu l'usine de l'entre-deux, soit celle de la transition du modèle d'organisation du travail fordiste vers le modèle toyotiste³⁹². Les récits de ceux et celles qui sont toujours en activité tendent plutôt à faire référence à leur désarroi face aux changements que les nouvelles lignes de production ont imposé dans la façon de travailler.

Dans le « Dossier Parfumerie et cosmétique : une longue histoire de luttes », paru dans le magazine de la CGT, *La voix des industries chimiques* (n°489, avril 2011), la condition des salarié-e-s de l'usine de l'époque précédente est remise en question :

Certains disent "c'était mieux avant", "dans le temps, nous étions une famille", mais était-ce vraiment la réalité ? N'est-ce pas plus simplement lié au fait, qu'avant, il était plus facile de mettre un nom sur les patrons, qu'aujourd'hui sur les actionnaires qui dirigent nos groupes et entreprises ?

Il est vrai que l'évolution de l'organisation du travail est, entre autres, marquée par la disparition de la figure du patron comme image incarnée aussi bien du dominant dans la relation salariale (pour les plus critiques) que du bienfaiteur des ouvriers et ouvrières (pour ceux et celles conquis-e-s par la politique paternaliste de l'entreprise). Néanmoins, il nous semble important de prendre en compte ce dont les travailleurs et travailleuses parlent lorsqu'ils et elles s'expriment ainsi.

Les entretiens montrent que les plus ancien-ne-s (rentré-e-s en 1960-1970) ne sont pas les seul-e-s à porter un regard nostalgique sur l'usine du passé :

³⁹¹ « France : 10% des travailleurs exposés à des produits chimiques cancérigènes ». HesaMag #08, 2^e semestre 2013 (Magazine de l'Institut syndical européen/ European Trade Union Institute, ETUI/ en santé et sécurité au travail).

³⁹² Ce processus historique donne généralement lieu à une coexistence de différents modèles organisationnels (Hirata, 1996).

...nous, on faisait les spectacles, les voyages, les rentrées scolaires, les fêtes des mères ...les Catherinettes aussi puisque comme c'était à la mode..., donc on faisait des Catherinettes et le patron nous payait une journée à rien faire, mais être présentes hein ! Pour manger comme il faut, pour faire le bal, pour discuter des catherinettes et tout. Voilà ce que c'est de faire des avantages pour des ouvriers. Le Noël des enfants, il y avait des sorties pour enfants... (Mme Gi, 63 ans, ouvrière à la retraite, entreprise 1).

Cette nostalgie est aussi présente dans le récit de ceux et celles ayant été embauché-e-s dans le courant des années 1990. Autrement dit, dans une période où la politique d'entreprise ne proposait plus tous les avantages des pratiques paternalistes tels qu'ils sont énumérés par les ancien-ne-s³⁹³ :

Alors l'avantage du patron aussi, on a un colis, même en retraite, une fois par an, de produits, qui peut monter jusqu'à 1000 €. Et on avait des avantages de 14 mois, plus intéressement, plus participation... et est-ce qu'à notre époque il y en a beaucoup qui ont ça ? (Mme Gi, 63 ans, ouvrière à la retraite, entreprise 1)

Tous les ans on va manger..., ils nous payent un repas..., et en même temps on a un colis, alors dans le colis il y a des flacons, il y a du sent-bon... à vie ! (Mme Ce, retraitée entreprise 1, décédée en 2012 d'un mésothéliome de la plèvre).

Les ouvrières ont connu les fêtes, les repas, les voyages et, en plus de ça, dans certaines usines, celles qui n'ont pas été touchées par la décentralisation, soit les citadines, bénéficient, même après leur retraite et « à vie », d'une attention toute particulière de la part de l'entreprise. Nous ne sommes pas en mesure de dire à quoi cette attention est due, mais une chose est sûre, elle contribue à entretenir la loyauté de ces anciennes à l'égard de l'entreprise, et ce même des années après leur départ en retraite. Toutefois, cette loyauté n'est pas sans liens avec une certaine crainte – fondée ou pas, on ne saurait le dire. Mme Gi, par exemple, a failli mettre fin à l'entretien par peur de tenir des propos qui pourraient compromettre l'avenir de son fils et de sa belle-fille, tous deux salarié-e-s de la même entreprise que celle dans laquelle elle travaillait.

Si la gestion paternaliste connue par ces femmes a pu leur inculquer, au fil des années, le principe de « loyauté » envers l'entreprise, il semblerait qu'elle leur ait aussi inculqué une certaine conduite visant à ne pas provoquer le mécontentement du patron afin de ne pas s'attirer d'ennuis. Nous avons retrouvé cette « loyauté » quelque peu « peureuse » chez la présidente d'une association de retraité-e-s d'une autre usine de la région Centre. Cette ancienne secrétaire d'usine a catégoriquement refusé de poursuivre tout contact avec nous – nous empêchant aussi d'échanger avec les adhérent-e-s – dès lors que nous avons mentionné les questions que nous nous posions dans le cadre de notre recherche.

393 À propos des pratiques paternalistes, voir le chapitre 6 de Gallot (2015).

Pour revenir à la question posée par la première citation de la *Voix des Industries Chimiques* à propos du fait, selon les salarié-e-s, « c'était mieux avant », il nous semble important de ne pas mettre catégoriquement cette idée sur le dos de la contrainte due au paternalisme industriel. À notre sens, elle peut aussi être interprétée comme l'expression d'une plainte tue³⁹⁴. Ces salarié-e-s expriment peut-être ainsi leur difficulté grandissante à s'épanouir et à trouver du sens dans leur travail, ce qui n'était pas le cas dans le passé, car l'existence du collectif leur apportait des ressources (Gollac et Volkoff, 2000 : 82) qu'ils et elles n'ont plus. C'est bien ce qui ressort des récits des jeunes générations. Déshérité-e-s des avantages de la gestion paternaliste, ils et elles ont tout de même connu des moments festifs auxquels tou-te-s les salarié-e-s participaient, en vue de la préparation d'un événement – moments comptés comme temps de travail, mais durant lesquels les salarié-e-s pouvaient faire autre chose que travailler. C'est lorsqu'ils et elles se remémorent ces moments qu'on se rend compte qu'il existait un collectif, qui étaient consolidé par les fêtes et leurs préparatifs :

Et ça, ça soude les équipes, ça donne une bonne ambiance, une cohésion de groupe et tout ça on ne le fait plus aujourd'hui (Entretien de M. In, technicien, Groupe 2/Usine 5).

Pourtant, « avant » tout n'était pas rose en termes de conditions de travail dans ces usines. Comme nous le verrons plus en détail dans ce chapitre, selon les récits, depuis au moins les années 1940, les conditions dans lesquelles les hommes, et notamment les femmes, travaillaient n'étaient pas simples. C'est donc malgré ces conditions de travail que les travailleur-se-s parvenaient à se sentir mieux au travail ou à mieux « tenir le coup »³⁹⁵. Ce cadre s'est petit à petit déconstruit à mesure que l'implantation de la gestion du travail inspirée du « modèle » japonais de production – « svelte » ou « frugal » (« *lean production* ») progressait (Hirata, 1997). Ce nouveau mode de gestion du travail est venu se greffer progressivement, de sorte que les travailleur-se-s n'arrivent pas à déterminer le moment précis où tout a commencé :

C'est venu tellement progressivement, parce que c'est..., je te dis, je n'arrive même plus à me rappeler quand est-ce qu'on a commencé, en fin de compte, c'est petit bout par petit bout que c'est venu se greffer, et nous on a acquis ça facilement parce qu'on l'a fait, mais on s'en rend bien compte, par contre, quand on intègre des intérim et qu'il faut leur montrer (Entretien de S. Gr, opératrice sur ligne, Groupe 2/Usine 5).

³⁹⁴ Dans son travail sur le registre de la plainte, Olivia Foli développe l'idée selon laquelle « (...) la communication d'un sentiment de souffrance sur la forme de plainte est construite socialement et régulée par le milieu où elle s'exprime » (Foli, 2009).

³⁹⁵ Une fois de plus, cela fait référence au rôle du collectif, y compris dans les formes de résistance comme cela a été développé par la psychodynamique du travail (Voir Dejours, 1993 ; Flottes, 2013)

Le modèle japonais, dont est inspiré le *lean management* (Bruère, 2012) mis en place dans ces usines de cosmétiques, vise à alléger les coûts de production par l'investissement massif dans l'automatisation, permettant de réduire les effectifs. Il s'agit d'un mode de gestion flexible, dans lequel la réduction des stocks doit être accompagnée par une grande capacité de production à flux tendus, d'où l'expression *just in time*.

Le *lean* (comme les syndicats le surnomment) échoue dans son but de dépasser les contraintes engendrées par le taylorisme, telles que « l'absentéisme, les tensions sociales, la survenue de nouvelles formes de pénibilités et d'épuisement et des difficultés à atteindre leurs objectifs de rentabilité » (Bourgeois, 2015 : 213).

Or, ce qui est moins dit à propos de ce mode de gestion, mais non moins caractéristique de sa flexibilité, c'est le recours systématique à la sous-traitance. Cette dernière, préexistante au *lean*, peut concerner des domaines tout entiers du travail, comme dans l'exemple du recours à des sociétés en charge des stations d'épurations, de la logistique, de la sécurité ou de la médecine du travail. C'est néanmoins dans le contexte de la mise en application des pratiques managériales du *lean* (densification des tâches, injonction à la poly-compétence, recrudescence de la chasse aux gestes inutiles et aux temps morts)³⁹⁶ que la mise au travail, y compris d'un nombre grandissant d'intérimaires, notamment dans la production, engendre une reconfiguration considérable des marges d'acceptabilité des risques liés au travail³⁹⁷.

Ce qui se jouait autrefois entre citadines et provinciales se joue dorénavant entre statutaires et intérimaires. Auparavant, les provinciales moins expérimentées dans le terrain de la lutte des classes devenaient des ouvrières potentiellement plus serviables et prêtes à accepter des conditions de travail qui auraient été inacceptables pour les premières. Il existe toutefois une importante différence entre cette situation et celle d'aujourd'hui. Dans le cas de la décentralisation des sites de production des zones urbaines vers les zones rurales, l'origine géographique était parfois source de stigmatisation pour les salariées, montrant ainsi la rivalité entre les unes et les autres. Par exemple, les ouvrières du centre de la France étaient surnommées les « betteravières » par les ouvrières parisiennes. Cependant, face à l'emploi, tou-te-s partageaient un même statut. Or, à l'heure actuelle, l'écart entre le statut des opérateur-ice-s et celui des intérimaires devient abyssal, car pèse sur les premier-e-s la menace tacite de basculer de l'autre côté, c'est-à-dire vers l'intérim, suite à une nouvelle

³⁹⁶ Fabrice Bourgeois (2015). « La chasse aux temps morts : le lean dans les entreprises françaises. » in : Thébaud-Mony et al. Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner. Paris : La Découverte.

³⁹⁷ Thébaud-Mony (1997). « Le rapport santé-travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale. » in : Appay, B. et Thébaud-Mony, A. Précarisation sociale, travail et santé. Paris : IRESCO. p. 555-575.

vague de licenciements et/ou un plan de restructuration, du fait des fluctuations de l'économie. En revanche, les intérimaires ont toujours l'espoir de voir une mission se transformer en CDI, ce qui a été le cas de certain-e-s travailleur-se-s de la cosmétique et de la parfumerie que nous avons interviewé-e-s et qui ont été embauché-e-s notamment dans les années 1990. Ainsi, les pratiques³⁹⁸ – mais aussi les fantasmes – autour de la sous-traitance participent, avec l'éclatement du collectif de travail, à la déconstruction des résistances et à la réduction des marges de manœuvre face aux formes d'usure du travail en recomposition.

Concrètement, le *lean management* a engendré beaucoup de changements dans la mise au travail des femmes dans ces usines. Si ces dernières comptaient auparavant entre deux et trois équipes le jour et autant en soirée, elles ne comptent actuellement que quatre équipes (l'équipe du matin, l'équipe de l'après-midi, l'équipe de nuit et l'équipe du week-end), de sorte que certaines usines ne s'arrêtent jamais. Les femmes sont donc toujours aussi affectées par le travail posté de nuit ou dans l'équipe du week-end³⁹⁹, avec tous les risques pour la santé que cette pratique implique⁴⁰⁰.

Avant l'automatisation massive, les femmes travaillaient par groupe de 10, 20 ou 30 dans les chaînes de conditionnement :

(...) dans les années 1985, on avait par ligne entre 18 et 22 filles, pour faire un produit. Aujourd'hui, ben voilà, sur un produit alcool il va en rester 2, 3, et sur une ligne rouge à lèvres, là on est arrivé au bout du bout, il en reste une. Je ne sais pas comment ils font, mais maintenant il en reste une (Entretien de M. Mb, technicien au Groupe 3, secrétaire à FNIC).

Elles étaient secondées par des mécaniciens, régleurs et attachés à la réparation des machines qui étaient souvent en panne. Avec le *lean management*, la chaîne a été remplacée par des lignes de production informatisées occupant une surface de 20 à 40 m².

Dans l'Usine 5 du Groupe 2 que nous avons pu visiter, la plupart du temps, une seule « opératrice » s'occupe seule des différentes tâches nécessaires au fonctionnement d'une ligne de production. Elle est donc constamment obligée de se déplacer autour de ces quelques dizaines de m², afin d'alimenter, de suivre la production, de surveiller la qualité, de charger les palettes, etc. C'est moins souvent que l'opératrice « pilote de ligne » travaille avec l'aide d'un ou d'une intérimaire.

³⁹⁸ Nous reviendrons sur ce point dans la section 9.2 de ce chapitre.

³⁹⁹ Cela représente deux journées de travail consécutives de 12h. Par ailleurs, dans le contexte actuel de discussion sur la régularisation du travail le dimanche, il faut noter que les travailleuses de la cosmétique en font l'expérience depuis déjà quelques années.

⁴⁰⁰ Nous le rappelons, en 2008, le travail de nuit a été classé par le CIRC comme « probablement cancérogène » (catégorie 2A).

De façon générale, les lignes sont assez éloignées les unes des autres. Le bruit généré par l'ensemble des machines en marche est assourdissant. Et les opératrices sont, la plupart du temps, isolées sur leur ligne durant les heures de travail.

Ainsi, si dans le temps, par souci de rendement, les ouvrières sur des chaînes n'avaient pas le droit de parler⁴⁰¹, cette règle n'est plus en vigueur, mais l'organisation du travail rend impossible toute discussion avec les collègues. L'isolement des opératrices n'est interrompu que par de rares interventions de technicien-ne-s, car elles doivent être à même de gérer un certain nombre de problèmes techniques. Par ailleurs, le ravitaillement en « pâtes » ou « jus » (des préparations qu'il faut conditionner), mais aussi en étuis ou emballages, de même que la récupération des palettes, sont des tâches assurées par des robots.

Certes, dès son origine, le système capitaliste industriel s'est forgé autour du paradigme productiviste et, par-là, sur des principes de rentabilité, de réduction des coûts de production et de substitution de la force de travail humaine par des machines. Mais, depuis les premières décennies du XX^e siècle, les récits témoignent tant de l'injonction à la productivité dans les usines de parfumerie que des formes de résistance à ces injonctions de la part des travailleuses :

Chez Patou, à Saint-Ouen » : Les ouvrières ont été surprises de la venue d'une nouvelle contremaîtresse qui, n'ayant jamais travaillé dans la parfumerie se permet de dépenser un zèle de dictateur. La direction veut sans doute compenser les augmentations de salaires par une augmentation de la production. Or le personnel estime travailler normalement et ne tient pas à être mené à la baguette. Jusqu'à présent une contremaîtresse suffisait à l'établissement, contrôlait et ordonnait le travail. Tout allait pour le mieux. Depuis l'embauchage de cette personne la production a plutôt ralenti et il s'est produit parmi tout le personnel une vive effervescence et une légitime colère. Mardi 15, la contremaîtresse nouveau style a été l'objet d'une « conduite de Grenoble » de tout premier choix. Le syndicat, par la personne de notre camarade Fernande, a discuté avec la direction. Nous voulons croire que, pour rétablir le calme dans son établissement, M. Barbasse reviendra à une plus juste compréhension des choses. (Coupure du n° 7 de La voix des industries chimique de 1937, cité dans La voix des industries chimique n° 489, avril 2011).

Au fil des différents modes de gestion qui se sont succédés dans le temps, les formes d'injonctions et de résistance ont beaucoup changé. Paradoxalement, il semble que les ouvrières du début du siècle disposaient de plus de ressources pour faire immédiatement face aux injonctions à la productivité. La réaction des ouvrières était *just in time*, alors que, avec le *lean management* (soit la production *just in time*) l'atomisation des « opérateur-ice-s » (et par conséquent l'éclatement du collectif de travail) ainsi que leur précarisation (statuts et marges de manœuvre inégales), les moyens pour contrer l'avancée de la productivité sont à construire

⁴⁰¹ Voir Gallot (2015).

ailleurs et après l'espace-temps du travail. Pire encore, comme le dit un technicien, l'ambiance au travail semble tellement se dégrader que, même quand des moments de rencontre sont créés, les salarié-e-s n'ont plus grand chose à se dire :

Là, on a une fête de printemps vendredi. On va bouffer là, ils vont nous mettre zéro animation comme l'année dernière et on va se faire chier, pareil comme en usine (Entretien de M. In, technicien, Groupe 2/Usine 5).

Il semblerait donc que, dans un contexte de transformation des moyens de production, marqué par une sensible dégradation des conditions de travail, le *lean management* renforce le mouvement de démobilisation des travailleur-se-s autour de ces questions. C'est là un atout majeur pour les industriels qui rencontrent de moins en moins de formes de résistance organisée de la part des travailleur-se-s.

7.3 - Une branche à forte concentration féminine dans un secteur à forte division sexuelle du travail

Les industries chimiques sont des industries manufacturières et se caractérisent par l'activité de « transformation de matières premières organiques et inorganiques par un procédé chimique et la formation de produits »⁴⁰², puis elles se distinguent les unes des autres selon le type de production. On trouve tout d'abord la chimie de base⁴⁰³, puis la chimie des produits intermédiaires et finis, qui travaille à la transformation des produits de la chimie de base. La « Fabrication de parfums et de produits pour la toilette »⁴⁰⁴ se situe parmi les activités de la « chimie des produits intermédiaires et finis ». Elle comprend la fabrication de différents biens de consommation, dont font partie :

les parfums et eaux de toilette, les produits de beauté ou de maquillage, les préparations de protection solaire et pour le bronzage, les préparations pour manucures et pédicures, les shampoings, les laques pour cheveux, les préparations pour l'ondulation ou le défrisage des cheveux, les dentifrices et produits pour l'hygiène buccale (y compris les préparations destinées à faciliter l'adhérence des dentiers), préparations pour le rasage (y compris les préparations pour le prérasage et l'après-rasage), désodorisants et sels pour le bain, les dépilatoires, la fabrication de savons cosmétiques (D'après la NAF, 2008).

⁴⁰² La chimie (Code 20 de la Nomenclature d'Activités Française – NAF, 2008) fait partie des industries de la manufacture (Classe C NAF, 2008). Disponible sur : http://recherche-naf.insee.fr/SIRENET_ClassesNaf/20.htm.

⁴⁰³ Fabrication de gaz industriels (NAF 20.11), Fabrication de colorants et de pigments (NAF 20.12) ; 20.13 Fabrication d'autres produits chimiques inorganiques de base ; 20.14 Fabrication d'autres produits chimiques organiques de base ; 20.15 Fabrication de produits azotés et d'engrais ; 20.16 Fabrication de matières plastiques de base ; 20.17 Fabrication de caoutchouc synthétique.

⁴⁰⁴ Code 20.42Z de la NAF, 2008.

La reconstitution des données statistiques relatives aux activités et à l'emploi dans la chimie de base comme dans la chimie des produits intermédiaires et finis s'est révélée une entreprise particulièrement fastidieuse. Comme dans d'autres situations, compter et conter (Maruani et Meron, 2012) ce qui s'est passé dans ces industries devient difficile dès lors qu'on se rend compte que la définition du champ de la chimie varie énormément d'une source à une autre. Cela vaut tout autant pour la chimie productrice de matières premières que pour celle des produits dérivés. Malgré cette contrainte, nous avons pu avancer certains chiffres, tout en tenant compte de la variabilité des définitions que nous avons rencontrées.

Concernant la participation féminine au secteur, on sait que, en 1974, les femmes représentaient 23 % des 230 327 salarié-e-s, soit 54 806 salariées de la chimie (toutes branches réunies). Elles n'occupaient que 9,6 % des postes les plus élevés dans la hiérarchie (ingénieur-e-s et cadres). Elles correspondaient plus exactement à 20,6 % des agent-e-s de maîtrise, à 24,9 % des chimistes et à 11 % des dessinateurs ou autres, soit des coefficients supérieurs à 215. Dans les postes inférieurs à ce même coefficient, mis à part les postes de dessinateurs et autres (18,9 %), leur participation était bien plus significative. Les femmes constituaient 63 % des employé-e-s, 47 % des aides laboratoire et 32 % des aides chimistes. Tout en bas de l'échelle, elles représentaient 37,5 % de la catégorie ouvrière non qualifiée et seulement 7,1 % des ouvrier-e-s qualifié-e-s⁴⁰⁵.

En 1990, l'emploi avait progressé dans les industries de la chimie et les femmes occupaient près de 30 % des emplois du secteur, avec néanmoins des écarts importants selon les branches. Ainsi, dans la chimie de base, la part des femmes n'était que de 19,8 %, tandis que dans la « parachimie » elle était de 40,5 % et de 66,2 % dans la parfumerie⁴⁰⁶. En 1994, sur environ 300 000 salarié-e-s pour l'ensemble des industries chimiques, on comptait 15 % de cadres, 30 % de technicien-ne-s ou agent-e-s de maîtrise, 15 % d'employé-e-s, un peu plus de 30 % d'ouvrier-e-s qualifié-e-s et un peu moins de 10 % d'ouvrier-e-s non qualifié-e-s⁴⁰⁷.

Pour la période plus récente, la progression des effectifs est revue à la baisse, en raison des politiques d'autonomisation. L'ensemble des industries chimiques comptait 262 001 salarié-e-s en 2006, soit une perte de 21 000 emplois depuis 1997. Cette tendance à la

⁴⁰⁵ Statistiques de la Commission Nationale Parité dans l'Emploi – Industrie Chimique en annexe du Dossier Journée Régionales FUC Travailleuses (1978-1979). Boîte 12F63, archives CFDT Paris. Voir l'annexe du même nom.

⁴⁰⁶ D'après des données de l'UNEDIC citées dans le rapport « Égalité Professionnelle Mixité des Structures, FUC-CFDT », du 14-15 mars 1995. Les données statistiques présentées dans ce document distinguent la chimie de base de la parachimie. On en déduit qu'il s'agit de la chimie des produits intermédiaires et finis (DSCN3793).

⁴⁰⁷ Rapport d'Activité du 8^e Congrès FUC CFDT, Mulhouse, du 15 au 18 novembre 1994.

réduction des effectifs dans l'activité industrielle de la chimie n'a cependant pas été confirmée par la branche cosmétique et parfumerie, qui a enregistré 1 543 emplois supplémentaires au cours de la même période. En 2006, les femmes représentaient 33 % des salarié-e-s de la chimie et 58 % des salarié-e-s de la cosmétique et parfumerie. Cette augmentation de 4 % s'expliquerait par la fin des contraintes physiques (due à l'automatisation qui réduit la pénibilité de certains postes) et réglementaires (comme l'interdiction du travail de nuit)⁴⁰⁸. Selon la FEBEA, en 2014, la branche parfumerie et cosmétique a généré 42 000 emplois directs sur toute la France, auxquels les femmes participaient à hauteur de 57 % des effectifs⁴⁰⁹.

Ainsi, même si les femmes n'ont jamais été très nombreuses parmi les salarié-e-s des industries chimiques, elles ont toujours été présentes, et ce quelle que soit la branche. Toutefois, le secteur parfumerie et cosmétique se démarque car, en plus d'y avoir été présentes dès son origine, les femmes ont toujours été les plus nombreuses.

Historiquement présentes, les femmes continuent également à être surreprésentées dans les catégories les moins qualifiées et dans les salaires les plus bas. Cette tendance tend à évoluer – sans pour autant cesser –, avec le début, en 1997, de la réduction des effectifs attachés à la production et de la progression du nombre d'emplois qualifiés pour l'ensemble du secteur. On compte en effet 25 % d'ingénieur-e-s et cadres, 34 % de technicien-ne-s et agent-e-s de maîtrise et 41 % d'employé-e-s et ouvrier-e-s. Pour la cosmétique et parfumerie, le taux d'emplois qualifiés était un peu moins important : 22 % d'ingénieur-e-s et cadres, 31 % de technicien-ne-s et agent-e-s de maîtrise et 48 % d'employé-e-s et ouvrier-e-s⁴¹⁰.

Néanmoins, il faut considérer le fait que cette demande de qualification se répercute également sur les postes les plus bas de la hiérarchie, sans forcément entraîner une évolution au niveau des carrières ou des salaires. Dans la production, par exemple, conséquence incontestable de l'automatisation des lignes de production, on demande désormais aux

⁴⁰⁸ « Un secteur-clé de l'industrie française ». Synthèse n° 49, Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle, divulgué par le ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi (2009). Ce document distingue la parachimie (produits de performance parmi lesquels se trouvent par exemple les produits agrochimiques) de la chimie des biens de consommation, dont font partie les industries de la parfumerie et des cosmétiques.

⁴⁰⁹ La Fédération des Entreprises de la Beauté est le Syndicat professionnel des entreprises du secteur cosmétique (parfumerie, produits de beauté, produits d'hygiène et de toilette, produits capillaires). Le chiffre mentionné est issu de l'enquête emploi de l'Union des Industries Chimiques.

⁴¹⁰ En 2007, le salaire annuel brut moyen (incluant les primes mensuelles et annuelles) était de 66 648€ pour les ingénieur-e-s et cadres ; de 36 183€ pour les technicien-ne-s et agent-e-s de maîtrise et de 29 419€ pour les employé-e-s et ouvrier-e-s. Ces données sont citées dans le document « Un secteur-clé de l'industrie française ». Synthèse n° 49 (*op. cit.*) et issues de l'Enquête rémunération 2007, réalisée par l'Union des Industries Chimiques.

opérateur-ice-s (OS ou OP), non seulement d'être polyvalent-e-s, mais aussi d'avoir des « compétences en sécurité, qualité et contrôle »⁴¹¹.

Il semblerait aussi qu'elles ne soient pas très nombreuses parmi les travailleur-se-s syndicalisé-e-s de la chimie. Depuis les années 1970, leur faible présence dans les syndicats fait l'objet de débats et de projets afin de trouver une solution à cette situation⁴¹².

Pour autant, nombreuses sont les femmes qui ont participé – et participent toujours – à faire de la branche cosmétique et parfumerie française l'une des grandes puissances de l'économie mondiale. En 2004, ce marché mondial était estimé à plus de 200 milliards de dollars⁴¹³ et, depuis, il ne cesse de s'accroître à un taux supérieur à 3 %⁴¹⁴, atteignant 425 milliards d'euros en 2009⁴¹⁵. En 2011, l'Europe constituait le principal marché mondial avec 72 milliards d'euros⁴¹⁶, suivi par les États-Unis avec 37,8 milliards d'euros et par le Japon avec 29,3 milliards d'euros⁴¹⁷.

Or, aussi nombreuses soient-elles, les travailleuses de la branche semblent être celles qui profitent le moins de la richesse qu'elles contribuent à produire, et ce malgré les dispositifs mis en place avec la loi Roudy 1983 et la loi Génisson 2001 visant à promouvoir l'égalité professionnelle et la réduction des discriminations salariales. C'est ce qu'a constaté Michel Ferrary (2006) en s'intéressant au cas de L'Oréal, où les écarts substantiels se creusent entre les salaires des hommes cadres et ceux des femmes cadres de l'entreprise. À partir des bilans sociaux pour la période 1983-2004, l'auteur fait la critique des résultats de la politique d'égalité professionnelle promue par l'entreprise :

⁴¹¹ « Un secteur-clé de l'industrie française ». Synthèse n° 49 (*ibid.*). Selon ce document sur les tendances du secteur, le BAC PRO MEI (Maintenance d'Équipements Industriels) est la qualification conseillée aux futur-e-s opérateur-ice-s de production des industries chimiques.

⁴¹² L'article « Les femmes dans nos structures syndicales » (Chimie Militante, n° 24, mars 1974) indique qu'il était impossible de connaître le nombre exact d'adhérentes et de militantes de la fédération. À Paris, elles étaient absentes de la commission exécutive et participaient à raison de 3 sur 30 au conseil. Au bureau de Lyon, on comptait 1 femme pour 8 membres et 6 femmes sur les 30 personnes du conseil. Au comité national, elles étaient 4 sur 76 et au bureau national 2 sur 31. Dans les structures par branche : 0 femme sur 10 au pétrole ; 0 sur 16 au verre ; 2 sur 10 au caoutchouc ; 3 sur 8 aux T.P.M ; 3 sur 13 à la pharmacie ; 0 sur 35 à la chimie ; et 1 sur 7 au secrétariat fédéral (Voir l'annexe « Femmes dans la chimie et structures syndicales, 1972 »).

⁴¹³ Chiffres issus du rapport d'expertise du cabinet APEX (2006, *op. cit.*).

⁴¹⁴ Ibidem.

⁴¹⁵ Estimation d'Euromonitor International, 2009, cité par la Cosmétique Valley, <http://www.cosmetic-valley.com/page/presentation/chiffres-cles/>.

⁴¹⁶ En 2014, le seul chiffre d'affaire (consolidé) du groupe L'Oréal s'élevait à 22,53 milliards d'euros (Source : Rapport d'activité 2014 de L'Oréal).

⁴¹⁷ Chiffre estimé par Euromonitor International, en 2011, cité par la Cosmétique Valley, <http://www.cosmetic-valley.com/page/presentation/chiffres-cles/>.

En 2004, au niveau de la catégorie professionnelle des cadres, la rémunération masculine était de 58,86 % supérieure à celle des femmes (7 228 euros mensuels, contre 4608 euros)...en 1983 les hommes cadres percevaient une rémunération mensuelle moyenne supérieure de 47 % à celle des femmes cadres (3794 euros contre 2581 euros) (Ferrary, 2006 : 61).

D'après les données de l'INSEE, l'auteur ajoute que, même si les cadres de L'Oréal sont mieux payé-e-s que d'autres cadres du secteur privé et semi-public, les écarts entre hommes et femmes sont deux fois plus importants dans cette entreprise qu'ailleurs. Parmi les éléments explicatifs de ces écarts, l'auteur mentionne le facteur âge, soit le fait que les cadres masculins de l'entreprise sont plus âgés que leurs homologues féminins, de sorte que le facteur ancienneté se répercute positivement sur les salaires des hommes. À l'inverse, le salaire moyen des cadres féminins est tiré vers le bas en raison d'une concentration trois fois supérieure à celle des hommes de la tranche d'âge des moins de 25 ans. Le temps partiel serait également un autre facteur, mais cela n'a pu être vérifié car il n'est pas distingué selon le sexe dans les bilans de la société. Parmi d'autres facteurs d'ordre plutôt économique, l'auteur indique l'absentéisme plus important des cadres femmes et ajoute un élément important : les congés maternité sont comptés dans l'absentéisme. Malgré cet écart dans les salaires, l'auteur constate que les hommes démissionnent plus souvent que les femmes, ce qui, toujours pour l'auteur, serait un indicateur de la fidélité des femmes vis-à-vis de leur entreprise. La balance absentéisme est ainsi rééquilibrée par la fidélité de la salariée. Au vu des enjeux liés à la concurrence, ceci devrait être un atout en faveur des femmes, or il n'en est rien. Dans le même sens, l'auteur évoque la théorie du capital humain, pour corroborer l'idée selon laquelle les femmes devraient être mieux payées car, depuis 20 ans, elles sont mieux formées et donc plus productives. Autant de facteurs qui font que la politique de promotion du travail féminin se révèle très rentable pour L'Oréal, sans promouvoir une réelle diminution des inégalités entre salarié-e-s hommes et femmes :

Les données du bilan social ne concernent que la France car ce document est une obligation uniquement française. En 2004, si l'on considère l'ensemble des 5 704 salariés de L'Oréal en France (et non pas uniquement les cadres), deux éléments apparaissent. D'une part, 60,62 % des salariés de L'Oréal sont des femmes et 39,38 % des hommes. D'autre part, le salaire annuel moyen des femmes est de 38 742,72 euros et celui des hommes de 61820,24 euros. Pour une structure de qualification proche selon le sexe, le salaire moyen des hommes est supérieur à celui des femmes de 59,57 %. Si l'on extrapole les données relatives aux salariés français à l'ensemble des 52 081 salariés de L'Oréal dans le monde alors, toutes choses égales par ailleurs, une inégalité de rémunération de 59,57 % entre les 31 573 salariées et les 20 507 salariés représente un gain de masse salariale de 728 millions d'euros, soit une économie de 29,25 % par rapport à une situation où les salaires des femmes seraient alignés sur celui des hommes. Cette économie représente 43,92 % du résultat net opérationnel de L'Oréal en 2004. Schématiquement, près de la moitié des profits de L'Oréal résulte des inégalités de rémunération entre les hommes et les femmes (Ferrary, 2006 : 63).

Comme le titre de l'article de Ferrary (2006) l'indique, « Chez L'Oréal, les femmes ne valent pas autant que les hommes. »

Lors de notre enquête de terrain, la question des disparités entre les salaires des femmes et ceux des hommes d'une même catégorie est apparue au cours d'un entretien. Il s'agit de celui de Mme KG, embauchée dans l'Usine 5 du Groupe 2, en 1979. Notons que, pour répondre à une augmentation de la demande, Mme KG a été embauchée à mi-temps dans la première équipe du soir (17h-21h). Ouvrière au conditionnement (catégorie actuellement remplacée par celle des opérateur-ice-s sur ligne de conditionnement), elle travaillait sur les différents ateliers afin de conditionner ce qui était le plus urgent. En 1981, suite à une vague de licenciements, l'équipe du soir a été arrêtée et Mme KG a conservé un poste à raison de trois jours par semaine en journée, en tant que conditionneuse sur l'atelier de maquillages en poudre et sur celui des rouges à lèvres. C'est en 1992 que sa hiérarchie lui a proposé d'intégrer la fabrication des poudres, soit un poste de « fabricant-e » (actuellement opérateur-ice/technicien-ne de fabrication). Jusqu'à ce moment-là, l'usine n'avait pas connu de femmes sur ce poste, ce qui n'était pas propre à cette usine, les fabricant-e-s étant généralement des hommes. Nous reviendrons plus en détail sur les conditions de travail qu'a connues Mme KG dans le chapitre suivant. Son témoignage est ici évoqué afin d'illustrer le fait que le phénomène du plafond de verre ne semble pas être le seul apanage des femmes cadres de la branche parfumerie et cosmétique, mais touche au contraire l'ensemble des travailleuses de la branche, quelle que soit leur qualification. Mme KG, qui est donc passée à la fabrication en 1992, gagne toujours, en 2012, moins que ses collègues masculins et ce à coefficient égal. Selon elle, cela s'explique par les primes annuelles accordées lors des entretiens individuels

de fin d'année, car, au fil des années, ses collègues masculins auraient cumulé des avantages que, en dépit de tous ses efforts, elle ne peut rattraper :

En fait, au départ, on a le même coefficient, parce que moi je suis au maximum pour le moment mais le salaire en bas n'a pas la même valeur. [...] On n'a pas le même salaire, ça c'est sûr. [...] Hein, et oui. J'essaie de rattraper mais... Parce qu'en fait c'est des augmentations personnelles qu'ils ont et ça dépend du responsable en fait. Si le responsable met des augmentations personnelles de 2 à 4 plus que les autres, alors... C'est le responsable qui donne les augmentations en fait. Donc après je ne sais pas si..., puis comme ils ont une enveloppe globale. Donc ça dépend s'ils ont 10 personnes et puis qu'ils ont... hein je raconte n'importe quoi, on va dire mille euro, ils essayent de dispatcher après tout le monde. Il y en a qui donnent plus à l'un ou plus à l'autre. En fait, ils ont des enveloppes, donc ils ne peuvent pas non plus... (Entretien de Mme KG, 49 ans, fabricante à l'Usine 5 du Groupe 2 depuis 1979)

L'entreprise L'Oréal, tout comme nombre d'autres entreprises de la branche cosmétiques et parfums, cherche à se donner une image institutionnelle irréprochable. Le pourcentage du chiffre d'affaire affiché dans la publicité⁴¹⁸ parle de lui-même, ainsi que les sujets mobilisés, comme « l'égalité professionnelle » et « la réduction des discriminations à l'égard des femmes et des minorités ethniques » qui figurent parmi les titres phares de la communication institutionnelle de ces entreprises :

Le genre est l'un des piliers de la politique de diversité internationale de L'Oréal, qui comprend également le handicap et l'origine (sociale et ethnique). La gestion de la diversité est un levier stratégique pour le Groupe, qui s'enrichit par ses différences, car c'est la diversité de ses équipes qui génère créativité et innovation. C'est là une des clefs de voûte des performances du Groupe⁴¹⁹ (Communication Institutionnelle L'Oréal autour d'un prix reçu pour les certifications d'égalité professionnelles hommes/femmes en Europe).

En ce sens, un décryptage comme celui réalisé par Ferrary (2006) aide à remettre en question l'image, parfois « relookée », du « maquillage ». Son article rend compte de l'écart entre ce qu'une entreprise telle que L'Oréal affiche comme étant ses combats et conquêtes pour l'égalité professionnelle et la réalité, à partir des bilans comptables de l'entreprise, des conditions salariales pour les employé-e-s hommes et femmes.

Ainsi, nous venons de voir que la branche cosmétique et parfumerie occupe une place à part dans le secteur de la chimie. Les femmes y sont surreprésentées, sans pour autant que les hommes en soient totalement absents. Par ailleurs, nous avons vu qu'ils et elles n'occupent que très rarement les mêmes postes et que, même à situation égale, de grandes disparités

⁴¹⁸ Les entreprises de la branche investissent entre 11 et 12 % du chiffre d'affaire dans la publicité, 16 % en frais de salaires et entre 0 et 3 % en recherche et développement (Rapport rapport d'expertise du cabinet APEX présenté lors de l'AG FNIC CGT en octobre 2006).

⁴¹⁹ Disponible sur : <http://www.loreal.fr/news/loreal-recoit-un-prix-pour-le-deploiement-exceptionnel-de-certifications-de-legalite-professionnelle-homme/femme-en-europe.aspx>.

subsistent au niveau salarial. Tout en étant destinée à la production de biens de consommation, tels que les produits de soin, d'hygiène et de beauté, cette branche n'a cessé d'accroître ses profits, avec des performances supérieures aux taux de l'économie. L'Europe se révèle en ce sens un grand leader du marché mondial – marché caractérisé par quelques grands groupes multinationaux et une grande majorité de petites et très petites entreprises.

Il nous reste encore à aborder l'évolution de la prise en compte des questions de santé et de travail dans cette branche, tout particulièrement en ce qui concerne les risques toxiques.

7.4 - Entre les normes et la normalité : la prise en compte des questions de santé au travail dans l'usine de la cosmétique et de la parfumerie française

Certains articles de la presse syndicale nous ont permis d'esquisser la manière dont la thématique des risques chimiques a été traitée au sein de certaines fédérations des industries chimiques. Voici, par exemple, une définition de « la norme » proposée par un document de la « Chimie Militante » (n°30) datant de 1975 :

Les normes sont les valeurs limites de concentration des substances dans l'air. Elles ont été établies dans un souci de prévention contre les agressions de toutes natures qui peuvent se manifester lors de la manipulation ou de l'approche d'un certain nombre de produits chimiques.

Ces valeurs ont été déterminées dans quelques pays et en particulier aux États-Unis et en URSS, mais non pas en France. La multiplication des produits et la méfiance que l'on peut avoir vis-à-vis d'eux (beaucoup se sont révélés dangereux alors qu'on les croyait inoffensifs) ont conduit les hygiénistes à proposer des valeurs limites de concentration afin que le risque encouru devienne « acceptable », c'est pourquoi on appelle aussi ces valeurs, limites tolérables ou limites admissibles.

Le texte se poursuit en précisant que ce n'est qu'à partir de 1972 que ces normes ont été adoptées aux États-Unis et en 1969 en URSS, tout en comportant des limites. En effet, il existe des écarts importants entre les valeurs limites établies par chacun de ces deux pays. Le texte signale à ce moment-là l'existence d'à peine 500 valeurs limites établies alors que le nombre de substances chimiques était déjà bien supérieur. D'autre part, pour certaines substances, des valeurs « plafond » à ne pas dépasser ont été déterminées par l'INRS, mais la relation entre ces valeurs et les mesures établies à partir des études sur des animaux et extrapolées pour les humains n'est pas satisfaisante, car ces études ne tiennent pas compte des dimensions humaines telles que les degrés de sensibilité variables, les effets cumulatifs ou les

interactions avec d'autres facteurs extérieurs. Compte tenu de ces éléments, le texte indique « ce qu'il faut faire » :

Il ne faut donc pas prendre les normes au pied de la lettre et considérer que tant qu'on est en dessous du chiffre fatidique on ne risque rien. Elles doivent être considérées comme des valeurs guides et non pas comme des valeurs barrières. Beaucoup des valeurs sont sujettes à caution et en particulier celles qui diffèrent de façon trop évidente ; quoi qu'il en soit elles ne sont pas intangibles et sont soumises à des révisions périodiques, ce qui montre bien leurs limites (Chimie Militante, n° 30/1975).

Le rapport du Conseil Supérieur de prévention des risques professionnels (*Conditions de Travail*, Bilan 2007)⁴²⁰ propose un autre point de vue sur la question. Dès l'intitulé du chapitre consacré à ce sujet⁴²¹, on constate la fonction sociale accordée à ces seuils : « Les valeurs limites d'exposition professionnelle : un outil concret pour la prévention des risques chimiques ». Ce document fournit également un historique de la fixation des VLEP en France, ainsi que des éléments de fond qui nous permettent de comprendre le sens des critiques avancées par les militants.

D'après ce document, la France, par rapport à d'autres pays occidentaux tels l'Allemagne et les États-Unis, n'a adopté les VLEP que bien plus tard :

La première valeur limite concernant la pollution de l'air dans les lieux de travail n'a été introduite en France que lors de la transposition de la convention OIT 136 relative au benzène (décret du 9 novembre 1973). Ce texte ne comprenait cependant aucune obligation de contrôle et de fréquence. Le décret n° 77-949 du 17 août 1977 relatif à l'amiante a apporté un progrès puisqu'il a introduit les premières valeurs limites assorties de contrôles périodiques précis (Extrait du chapitre 7 du Bilan Conditions de travail, 2007, du Conseil Supérieur de prévention des risques professionnels).

Ainsi, ce n'est qu'à partir des années 1980 que différentes directives européennes ont commencé à introduire des consignes pour réglementer les expositions, comme pour le chlorure de vinyle (directive 78/610/CEE) et le plomb (82/605/CEE). D'autres directives se sont consacrées à établir le cadre de protection des travailleur-se-s contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques, établissant pour ce faire les premières listes de VLEP. Dans le bilan, on apprend également que la France a préféré la voie des circulaires – qui n'ont pas de pouvoir contraignant – pour développer les VLEP. C'est donc à partir des modifications apportées à deux circulaires (celle du 19 juillet 1982 relative à certaines substances dangereuses et celle du 14 mai 1985 relative à la prévention des cancers

⁴²⁰ Pour une présentation générale de l'ensemble du contenu de ce rapport édité en 2008 par le ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, consulter le sommaire, disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/A-Sommaire.pdf>.

⁴²¹ Disponible sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Chap_07.pdf.

d'origine professionnelle) que, en 1996, 540 VLEP⁴²² n'ayant aucune valeur réglementaire sont recensées (Bilan, *Ibidem.*).

La notion de VLEP indicative a changé à partir de la directive 98/24/CEE, introduite par « le décret n° 2003-1254 du 23 décembre 2003, relatif à la prévention du risque chimique transposant la directive 98/24/CE. Ce décret a permis de compléter l'article R. 232-5-5, en indiquant que les valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle constituent des objectifs de protection et qu'elles sont fixées par arrêté des ministres chargés du travail et de l'agriculture » (Bilan, *Ibidem.*).

Cet alignement sur la politique de santé au travail adoptée aux États-Unis, puis sur d'autres pays européens, semble être critiquable, non pas tant pour son retard mais surtout pour les contradictions inhérentes au principe même des VLEP, qui apparaissent dès la définition donnée à ces VLEP. Sur ce point, on peut tout d'abord constater des ambitions démesurées :

La valeur limite d'un composé chimique représente la concentration dans l'air que peut respirer une personne pendant un temps déterminé sans risque en théorie d'altération pour sa santé. La définition réglementaire de la VLEP donnée par le code du travail reprend la définition fixée au niveau européen. Il s'agit de la limite de la moyenne, pondérée en fonction du temps, de la concentration d'un agent chimique dangereux dans l'air de la zone de respiration d'un travailleur au cours d'une période de référence déterminée. Au niveau réglementaire, la période de référence est soit de 8 heures (VLEP 8 heures), soit de 15 minutes (VLEP court terme). L'objectif de la VLEP est donc la protection des travailleurs contre les effets néfastes pour leur santé dus à une exposition à des agents chimiques. On considère que l'établissement des VLEP vise à fixer des limites pour l'exposition par inhalation telle que cette exposition, même répétée régulièrement tout le long de la vie professionnelle, n'entraîne à aucun moment des effets néfastes pour la santé des travailleurs (Bilan, *Ibidem.*).

Or, tels qu'ils sont avancés, ces objectifs comportent de réelles limites :

Cependant, le respect des valeurs limites n'implique pas l'absence de risque. En effet : • l'état des connaissances scientifiques est en perpétuelle évolution ; • les difficultés liées à la fixation des VLEP ne sont pas parfaitement résolues, par exemple la transposition à l'homme des effets observés sur l'animal ; • les valeurs ne sont valables que pour un produit unique ; • seule la pénétration dans l'organisme par la voie respiratoire est prise en compte, alors qu'en situation de travail les voies cutanée et digestive peuvent également avoir un rôle ; • pour certaines substances, comme la plupart des cancérogènes, il n'existe pas de seuil en deçà duquel l'exposition ne présente plus aucun risque ; • le contrôle des concentrations sur les lieux de travail peut donner lieu à des marges d'erreur importantes.

⁴²² Autrement dit, des seuils d'exposition professionnelle retenus dans la plupart des pays industrialisés, et notamment des valeurs retenues par *l'American conference of governmental industrial hygienists* (ACGIH).

Pour le chimiste et toxicologue André Cicoella, depuis les années 1970, l'Agence nationale de sécurité sanitaire raisonne à partir de la vision classique selon laquelle « la dose [...] fait le poison »⁴²³. Il s'agit donc du paradigme épistémologique critiqué par d'autres chercheur-e-s qui le qualifient de « démarche d'expérimentation humaine » (Epstein, 1978, cité par Thébaud-Mony, 2014) et dénoncent son incapacité à rendre compte des effets de synergie entre les différents agents chimiques (Thébaud-Mony, 2014). Autrement dit, la maladie professionnelle est encore une fois pensée à partir d'une logique « mono-causale ».

Le renouveau semble voir le jour avec le projet de « Règlement sur l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation et la restriction des substances chimiques » (en anglais : *Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of Chemicals* - REACH). Ce système unique, basé sur le principe de précaution, a remplacé, depuis sa mise en application en 2007 (il était en négociation depuis 2003), près de 40 directives européennes⁴²⁴ :

La pierre angulaire du système est le renversement de la charge de la preuve : avant REACH, les autorités publiques devaient évaluer les risques d'une substance avant de pouvoir en interdire le commerce ; désormais, ce sont les industriels qui doivent fournir des données avant de pouvoir mettre sur le marché leurs produits. Plus concrètement, s'ils veulent obtenir un numéro d'enregistrement, sésame pour la mise sur le marché, les fabricants et les importateurs de substances chimiques doivent fournir des données à l'ECHA, l'agence européenne chargée d'accompagner la mise en œuvre de REACH, afin de démontrer qu'elles peuvent être utilisées en toute sûreté tout au long de leur cycle de vie. Ces données sont remises via un dossier d'enregistrement, condition *sine qua non* pour l'accès au marché (principe « no data, no market »). Les objectifs principaux de cette réforme sont d'assurer un haut niveau de protection pour la santé humaine et l'environnement, mais aussi de garantir le bon fonctionnement du marché intérieur et de favoriser l'innovation et la compétitivité de l'industrie chimique européenne (Musu, 2013 : 15).

Vis-à-vis de ces deux moments historiques, la posture de la « Chimie Militante » ne semble pas très éloignée de celle adoptée aujourd'hui par l'Institut Syndical Européen (ETUI). Selon cette posture, il faut prendre les normes comme le produit d'un consensus obtenu à l'issue de débats sociaux, longs et généralement marqués par des bras de fer entre représentants des syndicats des travailleurs et puissants lobbys, comme c'est le cas de l'industrie chimique⁴²⁵. Si ces normes visent à fournir un cadre homogène pour les pays de la

⁴²³ Interview d'André Cicoella, « Ce n'est pas la dose qui fait le poison », réalisé par Gwendoline Dos Santos, paru dans Le point du 30 juin 2011. Disponible sur http://www.lepoint.fr/societe/andre-cicoella-ce-n-est-pas-la-dose-qui-fait-le-poison-30-06-2011-1350177_23.php.

⁴²⁴ Voir le dossier spécial 3/37, intitulé « Risques chimiques : inventaire après six ans de règne REACH » coordonné par Tony Musu, paru dans HesaMag #08, 2^e semestre 2013 (Magazine de l'Institut syndical européen/ European Trade Union Institute, ETUI/ en santé et sécurité au travail).

⁴²⁵ L'article d'Henry Pèzerat donne une idée du pouvoir exercé par ce lobby quand, fin 2003, Chirac, Blair et Schroeder sont intervenus afin de modifier certaines clauses du projet de réglementation des substances

communauté européenne, elles restent néanmoins critiquables pour les limites qu'elles comportent en termes de protection de la santé des travailleur-se-s.

Le dossier spécial coordonné par Tony Musu de l'ETUI (2013b) montre que, malgré une évaluation très positive de la part de la Commission européenne, des dysfonctionnements importants sont constatés après cinq ans de mise en route du dispositif REACH.

Au niveau de l'évaluation, en conséquence d'un problème de sous-effectif, l'*European Chemicals Agency* (ECHA) a restreint son travail de vérification de la conformité des contenus des dossiers fournis par les entreprises⁴²⁶ à à peine 5 %⁴²⁷. Pour ce qui est des autorisations, le volet ayant pour principal objectif d'inciter la substitution des substances dangereuses par l'innovation s'avère également défaillant. Les syndicats estiment à environ 1 500 le nombre de substances extrêmement préoccupantes⁴²⁸ rencontrées sur le marché européen, alors que, depuis REACH, seules 22 ont été soumises à autorisation et 144 autres ont été identifiées comme candidates à l'autorisation (Musu, 2013a).

REACH implique aussi le maintien des restrictions préexistantes à sa création, mais leur application devient moins efficace. C'est notamment le cas de celles visant à interdire la commercialisation des substances très préoccupantes dont les risques seraient « inacceptables pour la santé humaine et l'environnement », comme l'amiante. Ainsi, ces interdictions présentes dans l'ancienne législation européenne ont été réduites de moitié depuis la mise en marche de REACH⁴²⁹.

D'autre part, la « dissémination des données », prévue par le règlement, n'a été rendue publique par ECHA qu'après une plainte déposée par l'ONG *Client Earth*. Ces données

chimiques REACH. D'autre part, Tony Musu (2013a) souligne le poids économique de l'industrie chimique, dont le marché de produits était estimé, en 2012, à près de 540 milliards d'euros par an, soit la dette publique de la Grèce et du Portugal réunies.

⁴²⁶ L'hétérogénéité des entreprises du secteur pose également problème, c'est pourquoi la Commission européenne s'est manifestée dans le sens de la diminution de l'impact du règlement sur le PME.

⁴²⁷ À ce sujet, l'auteur indique que la Confédération européenne des syndicats (CES) réclame le retrait du nombre d'enregistrements en cas de dossier vide ou de mauvaise qualité, ainsi que l'augmentation du nombre de dossiers vérifiés par l'ECHA.

⁴²⁸ Parmi les substances considérées comme extrêmement préoccupantes (SVHC) on compte : les substances chimiques persistantes, bioaccumulables et toxiques et les substances très persistantes et très bioaccumulables (PBT et vPvB) ; les substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) ; les perturbateurs endocriniens ; les substances neurotoxiques ; et les sensibilisants. Les nanoparticules n'en font donc pas partie.

⁴²⁹ L'article indique que la commercialisation illégale de substances CMR n'est pas à exclure. Celles dont la production excède 1 tonne par an devraient être enregistrées jusqu'en 2010. Or, seules 406 l'ont été sur 1100 CMR classées au niveau européen. Face à ce constat, ECHA, dans un rapport de 2012, conclut au succès de la substitution des nombreux CMR non enregistrés, tandis que Musu (2013a) souligne que cette hypothèse « optimiste » n'exclut pas le fait que ces substances continuent à être commercialisées, notamment parce que certaines entreprises, connaissant la faiblesse du contrôle imposé par ECHA, ne voient pas de contraintes au contournement de la réglementation.

concernent par exemple l'identité du fabricant et les quantités produites, sauf demande de confidentialité justifiée.

En conclusion, Tony Musu (2013a) reste sceptique quant aux bénéfices de REACH pour les travailleur-se-s. D'après lui, il faut attendre la fin de la mise en œuvre du règlement, en 2018, pour voir s'il contribue effectivement à la diminution du nombre de décès – 100 000 par an – causés par les produits chimiques au travail⁴³⁰. Toujours selon l'auteur, malgré toutes les défaillances révélées par les syndicats européens, l'existence de REACH semble une bonne chose, bien que beaucoup d'efforts restent à faire, notamment en ce qui concerne la diffusion de l'information sur les risques chimiques au travail mais aussi sur l'existence-même de cette réglementation, encore inconnue par certaines entreprises.

L'ensemble de ces problèmes semblent avoir un impact direct sur le (non-)succès du principe de précaution recherché par REACH. Face à tant de défaillances, la prévention réelle des travailleurs et travailleuses vis-à-vis des substances – encore mal connues – semble compromise.

Si, à l'heure actuelle, l'efficacité des politiques de prévention reste encore à revoir pour l'ensemble des salarié-e-s de la chimie, il n'est pas inutile de revenir en arrière afin de comprendre les autres principes qui se sont présentés aux seules salariées de sexe féminin. Ce sujet est traité dans le *Bulletin sur les négociations collectives* du printemps 1984 de la Fédération Internationale des Syndicats de Travailleurs de la Chimie, de l'Énergie et des Industries Diverses (ICEF), dans un article sur la France, paru dans la rubrique « Législation du travail » :

Des nouveaux principes pour les femmes qui travaillent dans le droit du travail
Le droit du travail français vient d'être soumis à une révision fondamentale concernant l'égalité des droits et des conditions des hommes et des femmes sur les lieux de travail.
Avant la réforme, les lois reposaient sur le principe d'exclusion des femmes de certains travaux pour lesquels elles étaient considérées « inaptes » en raison de leur « fragilité ». Ces principes de l'exclusion viennent d'être remplacés par le principe de la protection des femmes sur les lieux de travail et la nécessité d'améliorer les conditions de travail.

Or, sur les principes d'exclusion, l'article de Thébaud et Lert (1982) rend compte de deux types de préoccupations relevées dans la législation : la « protection de la fonction de reproduction » et la « faiblesse et fragilité de la femme comme force de travail »⁴³¹. Concernant le premier point – celui de la reproduction –, les auteures soulignent la faiblesse

⁴³⁰ Aucune précision n'est donnée sur ce chiffre, de sorte qu'on ne sait pas s'il s'agit d'accidents ou de maladies, etc.

⁴³¹ Annie Thébaud et France Lert (1982) « Emploi, travail et santé des femmes : la législation et les recherches face aux mouvements sociaux en France. Droit social, n° 12, décembre, p. 781-792.

de la législation quant à l'accès aux congés maternité (durée et modalités). Par ailleurs, la loi négligeait les risques d'expositions physiques et chimiques en amont des grossesses, tout comme le fait que ces risques étaient tout aussi néfastes pour les femmes que pour les hommes. Les auteures ont également souligné le caractère ambigu des mesures visant la protection de la fragile condition des femmes, comme l'interdiction du travail de nuit aux femmes. D'une part, cette loi discriminait les femmes face à l'emploi, de l'autre, elle prenait en compte la protection de leur santé. À l'inverse, du côté des hommes, la loi leur donnait un accès privilégié à l'emploi dans les postes de nuit, mais, en contrepartie, les effets tout aussi nocifs de ce type de travail sur leur santé étaient passés sous silence.

L'application de ce principe de protection de la santé au travail en fonction des sexes s'accompagne ainsi de logiques opposées et contradictoires. C'est également le cas de la posture des syndicats de la chimie⁴³², comme le révèle un document de la Fédération Internationale des Syndicats des Travailleurs de la Chimie et des Industries Diverses (ICF)⁴³³ qui a consacré plusieurs pages aux « Risques sur le lieu de travail ». Ce document s'intéresse à différentes substances et décrit les principales données les concernant. Il est plus exactement question de « Gaz ammoniac, composés de chrome, fréon, pierres inorganiques, ciment d'amiante, hydrogène sulfure, alcool isopropylène, kepone, plomb, PVC, propane sultone, benzène, anhydride sulfureux et enfin de la main-d'œuvre féminine ».

Maladresse incontestable, la condition féminine est avancée comme un risque sur le lieu de travail, au même titre que les substances toxiques. Mais cette maladie semble aussi symptomatique de l'obstination avec laquelle la « nature féminine » est évoquée pour marquer la différence des femmes à la fois par rapport à un référentiel masculin général et comme le sexe qui pose problème (Mathieu, 1973 ; 1991). Ainsi, dans le paragraphe consacré aux risques [pour] « la main-d'œuvre féminine », il est surtout question des risques encourus par les femmes durant la grossesse. Le paragraphe rend ainsi compte « des problèmes spécifiques que doivent affronter les femmes ouvrières dans les branches de l'industrie de l'ICF ». Cette thématique a d'ailleurs animé le débat de la 7^{ème} Conférence Internationale de la Main-d'œuvre féminine de la même fédération. Cet androcentrisme de la recherche, mais aussi du militantisme syndical, a pour effet de négliger d'une part les risques pour la santé sexuelle et reproductive des hommes et d'autre part les risques encourus par les femmes au-

⁴³² Nous nous devons de nuancer notre propos, car nous n'avons pas la prétention d'avoir réalisé un travail d'archive exhaustif à la manière des historien-ne-s.

⁴³³ « Bulletin de la santé et de la sécurité au travail », ICF, n°2/1976. Archives CFDT.

delà du seul domaine de la santé sexuelle et reproductive (Saurel-Cubizolles, Messing et Lert, 1996).

Un bon exemple de ces effets pervers est la substance désignée par le document cité ci-dessus : il s'agit du Fréon⁴³⁴ qui, par ailleurs, a souvent été cité par les ouvrières de la parfumerie rencontrées lors de notre premier terrain (GISCOP93). Ces dernières ont travaillé dans des usines avant la spécialisation des sites de production et ont donc connu la fabrication et le conditionnement des parfums. Elles étaient ainsi habituées à l'utilisation du fréon lors du conditionnement. Sur le fréon, la fiche toxicologique n° 142 de l'INRS, rend compte de la famille de gaz Chlorodifluorométhane pour laquelle la France avait déterminé des VLEP. Sur la toxicité sur l'homme, la fiche toxicologique avance que :

L'exposition à de fortes concentrations peut provoquer des effets sur le système nerveux central et le cœur. Il n'existe pas d'étude fiable sur la toxicité répétée de la substance. On ne dispose pas de donnée sur d'éventuels effets cancérogènes ou sur la fonction de reproduction (Fiche toxicologique n° 142 de l'INRS).

Concernant l'acétate d'éthyle, substance également concernée par des VLEP, la fiche toxicologique n° 18 de l'INRS⁴³⁵ nous dit que :

À faibles concentrations, la toxicité de l'acétate d'éthyle semble peu importante comparativement à celle de beaucoup de solvants industriels. Les effets irritants pour les muqueuses sont les plus communs. À fortes doses et particulièrement à température ambiante élevée, apparaissent des effets déprimeurs du système nerveux central. Peu de données sont disponibles sur la toxicité humaine de l'acétate d'éthyle utilisé isolément, son usage étant le plus souvent associé à celui d'autres produits chimiques (Fiche toxicologique n° 18 de l'INRS).

Ainsi, au cours de notre travail de terrain, les travailleuses des usines de la cosmétique et de la parfumerie ont évoqué leur incertitude quant aux effets de ces substances sur leur santé. La présence du fréon a notamment été mentionnée lors de la reconstitution des parcours professionnels des femmes atteintes d'un cancer, afin que cet élément soit vérifié dans le cadre de l'enquête sur les expositions aux cancérogènes dans leur parcours professionnel. Pour sa part, l'acétate d'éthyle a été évoqué par les travailleuses rencontrées dans l'usine de la

⁴³⁴ D'après le Dictionnaire Environnement « Fréon (nom commercial) est le nom d'une famille de gaz hydrochlorofluorocarbonés (HCFC) ou chlorofluorocarbonés (CFC) fabriqués par la société DuPont de Nemours. » Disponible sur http://www.actu-environnement.com/ae/dictionnaire_environnement/definition/freon.php4.

⁴³⁵ Sur la fiche toxicologique n° 18 de l'INRS, les propriétés physiques de l'acétate d'éthyle sont ainsi décrites : « L'acétate d'éthyle est un liquide incolore, volatil, d'odeur fruitée perceptible à des concentrations de l'ordre de 3,9 ppm. Il est soluble dans l'eau (83 g/L à 20 °C) ; son hydrosolubilité diminue lorsque la température augmente (64 g/L à 25 °C). Il forme avec l'eau un mélange azéotropique qui bout à 70,4 °C et renferme 6,1 % p/p d'eau. Le mélange azéotropique acétate d'éthyle – eau (7,8 % en poids) – éthanol (9,0 % p) bout à 70,3 °C. L'acétate d'éthyle est miscible à de nombreux solvants organiques (éthanol, acétone, oxyde de diéthyle, chloroforme...). »

cosmétique que nous avons visitée. De fait, on ne peut passer à côté de la présence de cette substance, car ce solvant a une odeur très prononcée, provoquant même une sensation d'ébriété. Les travailleuses nous ont rapporté que, avant de se familiariser avec cette odeur (présente dans toute l'usine), elles avaient des maux de tête, des nausées et somnolaient.

C'est très certainement en raison de son odeur et de ses effets immédiats que les travailleuses s'interrogent tout particulièrement sur le potentiel toxique de l'acétate d'éthyle. Les connaissances scientifiques existant à son sujet illustrent également l'état de visibilité des risques toxiques dans ces industries. Nous avons interrogé l'INRS sur les effets de l'acétate d'éthyle, en prenant l'exemple de ce que nous avons observé et de ce qui nous a été dit sur l'usine que nous avons visitée. Il nous alors été dit que ce solvant est facilement éliminé par l'organisme et qu'à une certaine concentration ses effets sont comparables à l'ingestion de quelques verres d'alcool. Sur l'exposition chronique à ce solvant, le courrier du Département « Études et Assistance Médicale » précise que :

Enfin, comme tous les autres solvants, à long terme, l'acétate d'éthyle participe probablement à la survenue d'un psychosyndrome organique à l'origine d'irritabilité, de troubles de la concentration, du sommeil, de la mémoire, d'une baisse de l'efficacité intellectuelle. Ces effets sont visés par le tableau n° 84 des maladies professionnelles du régime général (Courrier réponse de l'INRS, du 11 juin 2012).

Dans le cas du Fréon comme de l'acétate d'éthyle, peu d'études se sont intéressées aux effets toxiques pour les hommes et pour les femmes des expositions systématiques à de faibles doses. Or, les femmes sont exposées à différentes sortes de solvants, tant dans le cadre de leur travail dans ces usines que dans le cadre de leurs activités de nettoyage à la maison, les solvants étant présents dans une infinité de produits d'entretien ménager.

Ainsi, alors que cette substance est largement employée, les faibles connaissances disponibles à son sujet sont utilisées pour écarter les craintes que son utilisation suscite chez les travailleuses. En parallèle, ces mêmes travailleuses manipulent quotidiennement tout un cocktail de substances chimiques non odorantes, mais parfois plus redoutables pour leur santé, comme c'est le cas des différents produits CMR. Or, les risques de ces expositions croisées et systématiques sont tout aussi méconnus des scientifiques.

Les salarié-e-s disposent de toute une réglementation relative aux mesures et aux moyens de prévention, même si cette responsabilité incombe à l'employeur (Code du travail, Article R4412-11 à 53). Ce dernier se doit en effet de vérifier les installations de protections collectives et individuelles et de faire régulièrement contrôler, par un organisme agréé (Code du travail, Article R4724-8 à 12), l'exposition des travailleur-e-s, afin de s'assurer que les

VLEP ne soient pas dépassés. Il est également de la responsabilité de l'employeur d'informer les travailleur-se-s de la présence d'agents CMR, y compris par l'application d'une signalétique particulière pour ces substances (Code du travail, Article R4412-86 à 93). Depuis la loi du 9 novembre 2010 relative à la réforme des retraites, l'employeur se doit également de fournir aux travailleur-se-s exposé-e-s à certains risques ou facteurs de pénibilité une fiche individuelle de pénibilité.

Encadré 17 - Pénibilité au travail : facteurs de risque définis par le Code du travail⁴³⁶

Contraintes physiques marquées Manutentions manuelles de charges, c'est-à-dire toute opération de transport ou de soutien d'une charge dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations Vibrations mécaniques transmises aux mains et aux bras et celles transmises à l'ensemble du corps Environnement physique agressif Agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées Activités exercées en milieu hyperbare Températures extrêmes Bruit Rythmes de travail Travail de nuit sous certaines conditions Travail en équipes successives alternantes, communément appelé travail posté (comme par exemple les 3 x 8 ou 2 x 12) Travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini

Dans les faits, les travailleur-se-s syndiqué-e-s sont les plus à même de connaître toutes les subtilités de cette législation, ainsi que les marges de manœuvre nécessaires pour exiger le respect de cette dernière par l'employeur.

Ainsi, force est de constater que les expositions systématiques à de faibles doses sont devenues monnaie courante et les travailleur-se-s ne peuvent que veiller à ce que la réglementation relative aux CMR soit bien respectée par l'employeur. La participation à des instances telles que les comités d'hygiène et de sécurité au travail (CHSCT) est une des stratégies pour pouvoir assurer cette veille.

⁴³⁶ Source INRS, disponible sur : <http://www.inrs.fr/demarche/penibilite/ce-qu-il-faut-retenir.html>.

Conclusion du chapitre 7

Comme nous l'avons déjà mentionné au début de ce chapitre, la présence féminine dans la chimie, et notamment dans la branche parfumerie et cosmétique, est aussi ancienne que le secteur en question. Comme nous le révèlent les coupures de presse, rapports et comptes-rendus de réunions accessibles dans certaines archives syndicales⁴³⁷, leur mobilisation autour des questions relatives aux conditions de travail, d'hygiène, de santé et de sécurité est tout aussi ancienne. Peu nombreuses dans « la chimie » en général, les femmes constituent cependant, depuis toujours, la colonne vertébrale des industries de la branche cosmétique et parfumerie. Nous avons également vu que, dans leurs stratégies marketing, les industriels se prévalent des thématiques de l'égalité professionnelle pour promouvoir une image positive de leur marque. Malgré cette façade, il existe toujours un plafond de verre, notamment chez les cadres, ce qui est officiellement justifié par l'ancienneté. C'est bien ce que nous confirme notre terrain dans l'usine de cosmétiques.

Par ailleurs, le bilan de la gestion paternaliste au sein de ces industries est mitigé. D'une part, elle a donné des avantages individuels, dont des ancien-ne-s profitent encore aujourd'hui, ainsi qu'un collectif de travail ; d'autre part son caractère aliénant est également mis en avant. Face à la substitution graduelle de l'organisation paternaliste du travail par une organisation de type toyotiste, centrée ces derniers temps sur le *lean management*, force est de constater que l'autonomie confiée et même exigée des travailleur-se-s est tout aussi aliénante. Par ailleurs, l'atomisation des « opérateur-ice-s » sur le lieu de travail et l'intensification des activités qu'ils et elles ont à leur charge réduisent considérablement l'espace-temps de construction, ainsi que les possibilités de création d'un collectif de travail. Ainsi, le faible engagement des femmes dans les syndicats semble se renforcer, du fait de cette fragilité des collectifs de travail.

Dans ce contexte, les questions relatives aux risques toxiques semblent gagner en visibilité au niveau des instances de réglementation internationales et notamment européennes, mais aussi sur le terrain⁴³⁸. Pour autant, au vu des moyens réels mis en place, l'alignement de la France sur les VLEP semble relever davantage d'une action politique vis-à-

⁴³⁷ Nous avons pu avoir accès à certains de ces documents collectés par la CFDT et la CGT. Cependant, une démarche plus approfondie, menée selon les règles de l'art de l'histoire apporterait certainement davantage d'éléments. Aussi intéressant que ce travail puisse être, nous n'avons pu l'entreprendre, car il échappait aussi bien à nos compétences qu'aux objectifs que nous nous sommes fixés dans le cadre de cette thèse.

⁴³⁸ La parution récente du livre *Les risques du travail : Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* témoigne de la mobilisation des chercheur-e-s et des acteur-ice-s du terrain, mais également des syndicalistes pour amener les questions de santé au travail dans les agendas médiatiques et politiques.

vis des autres pays que d'une réelle volonté de protéger la santé des travailleur-se-s. Cet écart entre les ambitions des réglementations sur l'utilisation des substances chimiques et la protection réelle de la santé des travailleur-se-s est également présent dans REACH. Son organisation complexe, bureaucratique et dotée de très peu de moyens humains est symptomatique de cette situation.

Pour résumer, les textes font état de grandes ambitions, tandis que très peu de moyens économiques et humains sont mis à disposition pour assurer l'application de ces textes. Il faut également noter que ces ambitions ont changé dans le temps. Nous avons vu que, jusqu'aux années 1980, le principe de protection était notamment fondé sur la différenciation des rôles socialement attribués aux hommes et aux femmes et non sur des bases biomédicales. Suite aux lois égalitaristes, cette prérogative a changé. L'accès des femmes au travail est devenu une priorité, mais au détriment des risques spécifiques auxquels elles sont confrontées. En ce sens, nous avons vu, dans le chapitre 2, que Karen Messing (propos tenus lors d'un congrès à Bruxelles) a une position critique vis-à-vis des féministes qui s'opposent à toute prise en compte des différences biologiques entre hommes et femmes. Les travaux de Carme Valls-Llobet (2015) corroborent cette idée, en avançant par exemple le caractère bioaccumulateur de l'adiposité qui est plus prononcée chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, l'« *invisibilisation* » des relations entre santé des femmes et expositions aux toxiques dans leur travail tient aussi des prérogatives égalitaires dans les politiques d'accès au travail et à l'emploi. La méconnaissance des effets des expositions systématiques à long terme, ainsi que des effets de synergie (cf. chapitre 2) spécifiques aux femmes, ne favorise pas la critique de ces prérogatives égalitaristes pour (re)penser la santé des femmes au travail.

Dans le prochain chapitre, nous aborderons ces questions à partir des éléments recueillis lors de notre travail de terrain sur la cosmétique et la parfumerie. Nous verrons ainsi comment les réglementations sur la prévention des risques toxiques se traduisent au quotidien dans le travail propre à cette branche.

- Chapitre 8 -

Des ouvrières au service de la beauté : entre incarnation de la beauté et désincarnation des risques toxiques

Différentes études se sont intéressées à la question de la perception des risques par les travailleur-se-s. Tandis que certaines avancent que la perception des risques n'est ni spontanée ni immédiate (Gollac et Volkoff, 2006), d'autres disent au contraire que la nature de l'activité (comme les BTP ou les gros œuvre) peut engendrer des risques immédiats et graves, renforçant dès lors leur perception (Jounin, 2006) ou encore le développement de stratégies défensives de métier par les collectifs (Dejours, 1987 et 2009). Concernant plus précisément les risques industriels, des études ont mis en avant le fait que leur perception par les travailleur-s-es est en général biaisée par leur non information quant aux risques inhérents à leurs activités de travail (Thébaud-Mony, 1991), que leur perception est variable en fonction de la place qu'ils et elles occupent dans la production, mais aussi en fonction de leur rapport au produit (Harff, 1980), et enfin que la perception du risque est socialement construite et qu'un même individu peut avoir différentes perceptions qui se juxtaposent et se contredisent vis-à-vis d'un même risque (Duclos, 1987). Bien évidemment, comme l'indique Catherine Omnès (2009), il n'existe pas de consensus là-dessus et il est plus courant de parler des risques professionnels et des rapports sociaux qui participent à construire leur (in)visibilité :

[...] loin de se définir dans le seul cadre du travail, les risques professionnels se construisent au carrefour de l'activité productrice, du développement des sciences et de leur statut dans la société, des traditions juridiques, des structures administratives... et des dynamiques des acteurs. (Omnès, 2009 : 63)

Ces différents résultats enrichissent et complexifient la réflexion sur la construction de la perception des risques au travail. En ce sens, d'autres chercheurs participent à cette réflexion en posant notamment la question de la définition du risque (Carricaburu et Legrand, 2013 : 11-12). Définir ce qu'on entend par « risque » tout comme ce qu'on entend par « danger » s'avère ainsi un enjeu fondamental pour l'analyse, et ce d'autant plus que, sur le terrain, ces termes font l'objet d'une certaine polysémie.

Il s'avère que ces deux mots, souvent définis et employés comme des synonymes, prennent une toute autre définition dès lors qu'il s'agit du champ de la santé et de la sécurité

au travail. Pour le Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail, tandis que le « danger » présente un caractère factuel et incontestable – à exemple du travail au contact de substances chimiques, d'agents cancérogènes ou d'agents biologiques –, le « risque » a plutôt un caractère « potentiel », comme les accidents par projection de substances chimiques ou le développement d'un cancer ou d'une tuberculeuse suite à des expositions.

Encadré 18 - Différencier le danger et le risque

Un danger est toute source potentielle de dommage, de préjudice ou d'effet nocif à l'égard d'une chose ou d'une personne dans certaines conditions dans le milieu de travail. Fondamentalement, un danger peut entraîner un préjudice ou des effets nocifs (aux personnes sous forme d'effets sur la santé, ou à l'organisation sous forme de pertes de biens ou d'équipement). On confond parfois le danger avec le préjudice réel ou l'effet sur la santé qu'il a causé. Par exemple, la tuberculose peut être appelée un danger par certaines personnes, mais en général, la bactérie qui cause la tuberculose est considérée comme le « danger » ou « l'agent biologique dangereux ».

Un risque est la probabilité qu'une personne subisse un préjudice ou des effets nocifs pour sa santé en cas d'exposition à un danger. Cette notion peut également s'appliquer à des situations où il y a perte de biens ou d'équipement. Par exemple, le risque d'être atteint d'un cancer en raison du tabagisme pourrait être exprimé de la manière suivante : « le risque de mourir du cancer du poumon est 12 fois (par exemple) plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs », ou encore « un nombre Y de fumeurs sur 100 000 fumeurs seront vraisemblablement atteints du cancer du poumon » (selon leur âge et le nombre d'années de tabagisme). Ces risques sont exprimés sous forme d'éventualité ou de probabilité d'une maladie ou d'une blessure, alors que les dangers évoquent les conséquences possibles (p. ex. cancer du poumon, emphysème et cardiopathie associés au tabagisme).

Source : Centre Canadien d'Hygiène et Sécurité au Travail⁴³⁹

Une autre nuance à ne pas perdre de vue dans notre cas concerne le fait que les conséquences des dangers sur lesquels nous nous concentrons entraînent des risques qui sont le plus souvent différés dans le temps. Ce n'est que dans certains cas que le contact avec certaines substances toxiques peut provoquer des réactions immédiates, dites bénignes, comme c'est par exemple le cas des allergies (Thébaud-Mony, 2008). En ce sens, le tableau de maladies n° 20 faisant référence à des expositions à l'arsenic permet par exemple de reconnaître à la fois les dermites de contact, pour lesquelles le délai de prise en charge est de 7 jours, et les cancers, dont le délai est en revanche de 40 ans. Ainsi, si la relation entre une réaction dermique immédiate et une source de danger s'établit assez aisément, il en va tout autrement pour celle entre cette même source et une maladie qui ne se déclarera que des décennies plus tard.

Ainsi, comme Danièle Carricaburu et Emilie Legrand (2013)⁴⁴⁰ le précisent, notamment pour le cas des risques CMR, « Autant le danger se perçoit en situation, autant le risque est

⁴³⁹ Disponible sur : http://www.cchst.com/oshanswers/hsprograms/hazard_risk.html.

masqué et nécessite “à la fois un espace de calcul préétabli et l’existence de précédents répertoriés par la mémoire collective” (Chatauraynaud et Torny, 1999 : 27) » (Carricaburu et Legrand, 2013 : 12). Ces auteures donnent l’exemple des expositions aux poussières de bois et le risque de cancer de l’ethmoïde pour illustrer la « relation entre réalité et factualité ». Dans la mesure où, dans les métiers du bois, on n’entend pas parler de cas de cette maladie, on va jusqu’à douter de l’existence réelle du risque. Cela nous renvoie également à ce que disait Josette Roudaire (ancienne ouvrière d’Amisol) sur le fait de ne pas avoir réellement réalisé l’ampleur du risque représenté par son travail en contact direct avec l’amiante avant que la maladie et la mort ne soient « incarnées » par d’anciennes collègues de travail (Cf. Chapitre 3).

Ainsi, dans les industries de la branche cosmétique et parfumerie, appartenant au secteur de la chimie, même si les dangers représentés par la présence de CMR sont connus, la perception des risques qu’ils peuvent engendrer semble également dépendre d’une certaine « possibilité de les incarner », soit de la possibilité de voir l’incarnation du risque dans la figure d’un-e travailleur-se atteint-e ou dans la transmission de ces vécus d’une génération de travailleur-se-s à une autre.

Or, à la différence d’autres exemples que nous avons pu traiter dans le secteur de la chimie⁴⁴¹, les travailleur-se-s de la cosmétique et parfumerie que nous avons rencontré-e-s sur nos deux terrains, se retrouvaient le plus souvent dans l’impossibilité de se représenter ces risques. Cela ne veut pas dire que les femmes de la cosmétique sont toutes en bonne santé, mais que de façon générale leurs problèmes de santé sont majoritairement considérés comme relevant de la sphère privée.

En ce sens, nous avons vu dans le chapitre 6 que, même dans le cas de femmes atteint-e-s d’un cancer qui ont appris qu’elles avaient probablement été exposées à des cancérogènes dans le cadre de leur travail, la maladie n’incarne pas automatiquement le risque⁴⁴². Pour Mme Rn, la parole du médecin a été décisive pour la convaincre de l’étiologie professionnelle de son cancer, alors que pour Mme Cq l’opinion du collège d’experts toxicologues n’a pas suffi à la convaincre de l’étiologie professionnelle et de s’engager dans la procédure de reconnaissance en MP. Dans ce cas, que dire des travailleuses de la cosmétique et de la

⁴⁴⁰ Ces deux chercheuses ont rédigé chapitre un (« Comment penser la prévention de risques complexes et différés ? », p. 34) de l’ouvrage collectif *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérogènes* (Mias, Legrand, Carricaburu, Féliu et Jamet, 2013).

⁴⁴¹ Comme par exemple « les anciennes d’Amisol » que nous avons traitées dans le chapitre 2 ou encore le cas des travailleur-se-s de l’industrie d’abrasif que nous avons traité-e-s dans le chapitre 4.

⁴⁴² Et ce pour des raisons différentes de celles auxquelles nous nous intéressons ici (Cf. chapitre 7).

parfumerie que nous avons vues sur notre terrain du GISCO⁹³, pour lesquelles les rares expositions aux cancérogènes indiquées par le collège d'experts toxicologues ne disposaient pas de la présomption d'imputabilité des tableaux de MP et étaient insuffisantes pour la préconisation d'une déclaration sur la base du système hors-tableaux (exemple Mme Dor, cf. chapitres 5 et 6) ? En ce sens, nous avons également traité de la relation entre les connaissances – ou plutôt la méconnaissance – des activités de travail dans lesquelles les femmes sont particulièrement représentées (Cf. travaux de Karen Messing, chapitre 2) et la traduction de cette méconnaissance en possibilités concrètes de reconnaissance de l'étiologie professionnelle (Cf. travaux de Katherine Lippel) des cancers dont souffrent certaines d'entre elles (Cf. chapitre 3, 4, 5 et 6 de cette thèse). D'autre part, nous avons également vu (Cf. chapitre 7) que la réglementation, notamment dans le cas des VLEP, participe à la normalisation et à l'acceptation des expositions systématiques à de faibles doses.

Dans ce chapitre, nous allons nous concentrer sur l'expérience du travail de femmes et d'hommes engagé-e-s, par le passé ou encore aujourd'hui, dans la production industrielle de cosmétiques et de parfums. En nous intéressant aux récits qu'ils et elles nous ont livrés de leurs activités de travail, nous avons essayé de saisir les éléments participant à la construction de connaissances et de perceptions qu'ils et elles ont des risques toxiques dans leur travail.

Notre objectif est ici de montrer ce qu'on parvient à voir dès lors que l'on s'est débarrassé des stéréotypes de genre participant à la méconnaissance des risques toxiques dans ce bastion du travail industriel féminin qu'est la cosmétique et parfumerie. Nous allons alors tenter de comprendre comment, dans ces industries réputées pour leur recours à une main-d'œuvre féminine, mais aussi à des matières premières chimiques, les risques toxiques deviennent perceptibles – ou pas – par les travailleurs et travailleuses. Qu'est-ce qui fait que cette industrie participant au secteur de la chimie soit moins soupçonnée que d'autres branches du secteur ? Où sa particularité réside-t-elle ? Nous avons souhaité savoir dans quelle mesure ces travailleuses participent à l'« (in)visibilisation » des liens entre leur travail dans la cosmétique et parfumerie et les risques cancérogènes.

Dans la première partie du chapitre, nous allons traiter de l'implication de l'industrie à forte concentration féminine et consacrée à la production de produits principalement destinées aux femmes dans la perception des risques. Selon nous, cette relation est déterminante pour la construction à la fois individuelle et collective de l'attitude des travailleur-se-s face aux risques présents dans l'usine de la cosmétique (Cf. Duclos, 1987).

Ce n'est donc que dans un second temps que nous allons traiter d'exemples concrets provenant de nos deux terrains et relatifs aux relations établies par les travailler-se-s entre travail et santé, soit la perception que les travailleur-se-s que nous avons pu rencontrer ont des risques. Sur ce point, précisons qu'en raison du nombre restreint d'entretiens que nous avons pu recueillir, les éléments que nous allons avancer n'ont en aucun cas vocation à être généralisés à l'ensemble des industries de la branche.

Encore une fois, notre objectif est ici de les mobiliser afin d'avancer sur notre hypothèse générale, à savoir l'existence d'un processus d'« *invisibilisation* » des liens entre cancérisation et travail, propres aux activités des femmes. Il s'agira donc de savoir dans quelle mesure les travailleur-se-s ne participeraient-t-ils/elles pas à ce processus, par exemple en minimisant la présence des risques toxiques dans leur travail et en contribuant ainsi au désintérêt général face à la relation entre leur travail et les risques de cancérisation.

8.1 - De l'injonction d'une norme de féminité et de beauté à la désincarnation des risques toxiques, au croisement des rapports sociaux de classe et de sexe

Nous testons ici l'idée selon laquelle l'industrie de la cosmétique a un rôle important à jouer dans l'« *invisibilisation* » des risques toxiques pour la santé de ses travailleuses. Dans la première section, nous allons restituer certains éléments de l'histoire de l'industrie de la cosmétique permettant de comprendre pourquoi celle-ci a joué le rôle de promotion et de diffusion des canons de beauté et de féminité. Dans un second temps, nous allons tenter d'expliquer comment ces injonctions à une norme de féminité et de beauté peuvent également servir de stratégie patronale. En essayant de correspondre à l'idéal de beauté et de féminité, les travailleuses surinvestissent leur identité de sexe, tout en s'éloignant de leur identité de classe, en l'occurrence celle du groupe ouvrier. Tel que nous l'avons développé dans le chapitre 2, il s'agit ici de réfléchir au corps en tenant compte de son ambiguïté. Nous avons en ce sens développé notre analyse en réfléchissant aux implications de la coexistence d'un corps idéal, prescrit (rappelons-le par des normes, des injonctions, des conventions sociales) et d'un corps réel, possible, contraint par sa propre nature (anatomique, biologique), mais aussi, et dans ce cas précis, contraint par sa sollicitation au travail.

8.1.1 - Le rôle de l'industrie de la beauté dans la promotion des normes corporelles et comportementales

L'historienne américaine Kathy Peiss (1990) s'est interrogée sur l'implication de l'industrie de biens de consommation de masse et notamment de celle des cosmétiques et des parfums dans la production culturelle aux États-Unis. Selon cette auteure, dès la fin du XIX^e siècle ces industries se sont appuyées sur le marketing pour impulser leurs ventes. Le contenu des messages transmis diffère en fonction des mentalités de chaque époque et du public cible. Peiss fait référence à trois publics visés par le marketing de l'industrie des produits de beauté : le marché de « classe », le marché de « masse » et le marché « ethnique ».

En retraçant l'histoire de ces produits, l'auteure met en avant l'usage du maquillage dans les années 1850 comme étant plutôt réservé aux « élégantes appartenant à la moyenne et à la grande bourgeoisie ». Les femmes des classes moyennes se refusaient au contraire à adhérer à ces pratiques (Peiss, 1990 : 11). Par ailleurs, la résistance vis-à-vis des produits de beauté était variable en fonction des segments du marché, selon qu'il s'agissait de consommatrices « blanches » ou « ethnicisées », appartenant aux classes aisées, moyennes ou populaires. Le marketing devait dès lors s'attacher à briser les différents niveaux de résistance de la société américaine à l'égard de ces produits. Ces résistances étaient basées sur des valeurs morales⁴⁴³ mais aussi sur des principes de santé et de sécurité :

On redoutait entre autres les dangers que pouvaient représenter pour la santé des cosmétiques prétendument « brevetés », terme qui les associant aux prétentions démesurées souvent suivies des produits frelatés, ainsi que les contrefaçons auxquelles se livraient des négociants peu scrupuleux. Dans le cas de produits de beauté, de telles peurs se trouvaient renforcées par la tradition séculaire qui voulait que l'arsenic, la cérusite et d'autres produits toxiques soient employés dans la fabrication des poudres et des vernis. (Peiss, *ibid.* :11)

C'est alors dès le XIX^e siècle qu'on remarquera le rôle joué par la science dans la popularisation des produits de beauté. L'argument de la recherche et du développement des nouveaux produits a en effet été mobilisé pour attester du fait que ces industries mettaient la science au service du bien-être des femmes. Par ailleurs, en s'intéressant à la « collection des livres des secrets de la BNF XVI^e et XVII^e siècles », Elena Lazarinni (2014) précise que dès l'introduction du livre de Giovani Marinello (1574) :

⁴⁴³ Les femmes « peintes » étaient associées à des femmes « frivoles », « égocentriques » et disposées à négliger leurs « devoirs familiaux ».

(...) on lit le concept, fondamental au XVI^e, selon lequel la beauté physique des femmes ne découle pas nécessairement et seulement de la nature, mais « peut être acquise avec l'art »⁴⁴⁴ (Lazarinni, 2014)

Autrement dit, il semble que ça fasse au moins cinq siècles que le corps des femmes est systématiquement réduit au statut d'objet. Et c'est en tant qu'objet manipulable et transformable qu'il doit parfois s'éloigner de son état naturel afin de répondre aux injonctions normatives d'un idéal de beauté.

Revenons maintenant sur le chemin emprunté par l'industrie de la beauté afin de briser la résistance de certaines classes de consommatrices à leurs produits. D'après Kathy Peiss (1990), durant les premières décennies du XX^e siècle, ce sont les « vedettes » du cinéma qui participaient à la popularisation de l'usage des artifices offerts par les produits de beauté. Elles donnaient l'exemple de l'infinité des possibilités que ces produits fournissaient en matière de « look ». Par ailleurs, Peiss (*Ibidem.*) avance également l'idée qu'à ce moment-là l'usage du maquillage n'était pas restreint à une simple fonction ludique :

Prenez dix jeunes filles ordinaires dans une usine : grâce à l'utilisation judicieuse de préparations telles que Kija, ainsi que des articles de toilette appropriés [...] vous parviendrez en peu de temps à les rendre aussi jolies et attrayantes que n'importe laquelle ou presque de dix autres jeunes filles choisies parmi les couches les plus riches de la société. [...] S'agissant de jeunes filles issues de classes sociales différentes, la question n'est pas tant la beauté que la façon dont elles sont arrangées. (Extrait d'une brochure publicitaire, cité par Kathy Peiss, 1990 : 26)

Cet extrait illustre le message marketing dirigé, dans les années 1920, au « marché de masse » de produits cosmétiques. Le but étant de diffuser « l'idée que la métamorphose (*makeover*) était un moyen de promotion sociale et prétendait que la réussite personnelle d'une femme était fonction de son apparence » (Peiss, *Ibidem.*), alors que le message destiné au marché de « classe » consistait plutôt à « souligner le degré de respectabilité et de raffinement » en associant souvent les produits au « chic ». Pour ce faire, était par exemple utilisée l'appellation « fabriqué à Paris » (même si ce n'était pas forcément le cas) ou des « dénominations commerciales aux consonances étrangères et aristocratiques » (Peiss, 1990 : 25). Et c'est malgré cette segmentation que l'auteure ajoute que :

⁴⁴⁴ Extrait de l'introduction du livre de Giovanni Marinello, *Gli ornamenti delle donne, tratti dalle scritture d'una reina greca per M. Giovanni Marinello, e divisi in quattro libr*, In Venetia, appresso G. Valgriso, 1574. Cité par Lazarinni, 2014 : 82.

« classe » et « masse » n'était cependant pas des catégories reflétant des divisions sociales rigides ou des marchés dépourvus d'interpénétrations, des ouvrières s'offraient occasionnellement des poudres ou des crèmes « de luxe », et il est certain que les produits de beauté en vente dans les drugstores étaient achetés par des femmes appartenant aux milieux sociaux les plus variés. (Peiss, 1990 : 30).

Ainsi, tandis que l'un des auteurs des livres secrets de recettes miracles pour les femmes du XVII^e siècle proposait des astuces aussi bien pour les femmes mariées que pour les courtisanes et les jeunes femmes dévirginées⁴⁴⁵, au XX^e siècle, l'industrie de la beauté se veut moins démocratique et va même jusqu'à imposer de brouiller l'appartenance sociale des femmes grâce à leur adhésion à un idéal de beauté.

Eliane Lazarinni (2014) conclut son article avec le paragraphe suivant :

En parcourant la tradition de ces livres, il est possible de mettre en lumière tout un univers où l'art et la nature se confondent pour créer l'image d'un corps idéal qui devient un modèle tant dans la réalité que dans la littérature et les arts visuels. Un modèle né en Italie, mais qui s'est répandu dans toute l'Europe et particulièrement en France à partir du XVI^e siècle. (Lazarinni, 2014 : 84)

Au moins pour les arts visuels, ces moyens de dissémination des canons de beauté semblent toujours d'actualité. De nos jours, l'industrie de la beauté française investit presque autant de son chiffre d'affaire en publicité (entre 11 et 12 %) qu'en charge salariale (16 %), alors que la recherche et le développement ne représentent qu'une infime partie (entre 0 et 3 %). En ce sens, les campagnes publicitaires diffusées dans des magazines spécialisés ou dans les films publicitaires continuent à mettre en scène le maquillage, mais aussi le parfum, comme étant investis du même rôle de « *makeover* » que celui du début du XX^e siècle.

Consommer ces produits ne permet pas simplement de corriger des imperfections physiques de façon à permettre à des femmes ordinaires de se rapprocher des canons de beauté ; ces produits constituent avant tout un langage signifiant (Cf. sémiotique) prioritairement destiné aux femmes⁴⁴⁶. Les femmes aisées sont des femmes qui peuvent

⁴⁴⁵ Dans son article, Eliane Lazarinni (2014) mentionne que « Quant aux remèdes destinés à “rétrécir le vagin” – question centrale à l'époque –, Della Porta (Gian Battista della Porta, *La Magie naturelle qui est les secrets et miracles de Nature*, mis en quatre livres, par Jean Baptiste Porta : traduite de latin en françois, Rouen, Jean Berthelin, 1631. BNF, Arsenal, 8- S- 1557) fait référence à toutes les méthodes connues jusqu'alors, offrant ainsi à la lectrice la possibilité de choisir celle qui répondrait le mieux aux objectifs fixés et serait la plus adaptée à sa condition sociale. Aux mères de famille désireuses de protéger leur mariage et leurs futures grossesses, il recommande des onguents et des frictions astringentes ; aux courtisanes souhaitant conserver leur pouvoir de séduction, il conseille l'application de mastic qui simule la virginité ; et, afin qu'une « jeune femme paraisse vierge », il suggère de fabriquer des pilules à insérer à l'intérieur de l'utérus de manière à provoquer de petites ampoules qui, en cicatrisant, puissent feindre une virginité retrouvée ».

⁴⁴⁶ Avec le développement, au cours de ces dernières années, de produits tels les crèmes de soin destinées aux consommateurs de sexe masculin, cette situation commence à se complexifier et le mot « metrosexuel » apparu dans les années 1990 est une expression de ce phénomène.

consacrer du temps et de l'argent à s'embellir et à soigner leur apparence. Or, même si toutes les femmes ne sont pas des princesses, telle que la « fée marraine » dans « Cendrillon », le maquillage peut aider « les domestiques exploitées » à se rapprocher de l'image de la femme idéale, désirable et potentiellement épousable par un prince charmant.

Ainsi, par ces produits de soin, ces crèmes, ces parfums et ces maquillages, l'industrie de la beauté vend le rêve de la jeunesse, de la beauté et de la minceur, comme étant accessible à toutes les femmes. L'acquisition de ces produits apporte également le signe d'appartenance à des couches sociales privilégiées. Ils procurent ainsi aux commun-e-s des mortel-le-s l'appropriation (ne serait-ce que symbolique) de ces signes de réussite. Dans des sociétés où les inégalités sociales se creusent, c'est certainement l'argument technologique et scientifique qui vient apporter à ces produits l'aspect matériel sans lequel l'artefact symbolique n'aurait pas pu se constituer dans la durée.

Dans l'industrie du luxe, le prestige du maître ou de la maîtresse de la maison de couture (ex : Chanel, Yves Saint-Laurent, Christian Dior, etc.) est incarné par une égérie « ambassadrice » de la marque. Mode et beauté sont ainsi très souvent indissociables. Cette assimilation des marques à des égéries, comme les « vedettes » de cinéma en 1920 et les mannequins de passerelle dans l'actualité, n'est pas anodine. Par ailleurs, le rôle joué par l'industrie de la beauté dans la promotion des normes comportementales et corporelles est tellement important qu'une loi a été votée en avril 2015 afin d'interdire le recours à des mannequins « trop maigres et dénutris »⁴⁴⁷, afin de lutter contre l'anorexie. Force est de constater que, de nos jours, la volupté de la vedette de cinéma des années 1950, Marilyn Monroe (par ailleurs égérie de Chanel), risquerait d'être sanctionnée sur les passerelles, alors que les vedettes actuelles⁴⁴⁸ semblent au contraire de plus en plus sorties des passerelles vers le grand écran.

Bien évidemment, les femmes ne sont pas de simples consommatrices assujetties à ces normes comportementales et corporelles. Depuis au moins la fin des années 1960, plusieurs collectifs de femmes ce sont consacrés à la discussion, découverte et réappropriation d'une connaissance des corps féminins par les femmes elles-mêmes, à l'instar du Collectif de Boston et de son célèbre ouvrage traduit en français *Notre corps, nous-mêmes*, ou encore plus

⁴⁴⁷ *L'express* publié le 03/04/2015, http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/les-deputes-souhaitent-interdire-l-emploi-de-mannequins-trop-maigres_1667969.html.

⁴⁴⁸ L'actrice et ancienne mannequin Charlize Theron qui incarne l'égérie de Chanel pour le parfum J'adore en est un bon exemple.

récemment le collectif « Mon corps est un champ de bataille »⁴⁴⁹ apparu en France. Ce dernier, qui met en avant l'existence d'une représentation unique du corps des femmes, s'intéresse aux relations conflictuelles que peuvent avoir certaines femmes dans le rapport à leur corps.

Ce phénomène de résistance aux normes corporelles et comportementales vis-à-vis des femmes pourrait même être encore plus ancien. C'est ce que suggère l'historienne Fanny Gallot (2013) en rappelant que, dans des axes différents, des féministes et des hygiénistes s'étaient déjà emparées des déconforts et des déconvenues de la dictature de l'habillement des corps féminins, notamment à propos de l'utilisation des corsets.

Quoi qu'il en soit, depuis plus d'un siècle, le succès de l'industrie de la cosmétique et parfumerie est attesté par la métamorphose de plusieurs petites entreprises familiales en grandes multinationales (Cf. chapitre 7). Cela semble en grand partie lié à leur capacité à vendre du rêve à partir de la création et de la promotion de l'image de leur marque. Comme l'affirmait Roland Barthès dans *L'histoire et sociologie du vêtement* :

(...) une forme ne signifie rien en soi (sauf à recourir à une symbolique universelle de type freudien), pour la bonne raison que les formes sont en nombre fini et les sens en nombre infini : dans tout ordre formel premier, seules les fonctions, non les substances, peuvent être significatives (Roland Barthès, cité par Burgelin 1996 : 87).

8.1.2 - Le rôle de l'idéalisation du travail dans la désincarnation des risques : une hypothèse à envisager

La recherche de Harff (1980) avait pour objectif de comprendre les liens entre le rapport au produit qu'entretiennent les travailleur-se-s de la production de produits cosmétiques et de produits laitiers et leur attitude vis-à-vis des questions qui se posent à l'extérieur – des questions posées notamment par les consommateur-rice-s sur la qualité et l'innocuité des produits fabriqués dans ces entreprises. Nous reviendrons, dans la section 2 de ce chapitre, sur les différents aspects de l'étude de Harff (1980). Pour l'instant, attardons-nous d'abord sur un point spécifique de son étude, à savoir le fait que les ouvrières du conditionnement⁴⁵⁰ mettent en avant « l'importance de la recherche et des tests » comme preuves d'innocuité. D'après Harff, cela indique que les ouvrières accordent une confiance, basée soit sur la science soit sur l'entreprise.

⁴⁴⁹ Dont le 1^{er} tome est paru en 2004 et le 2^{ème} en 2009.

⁴⁵⁰ L'atelier de conditionnement reçoit les produits finis sous la forme de jus, pâtes, crèmes, poudres, etc. afin de les conditionner dans leur emballage de commercialisation. Une fois emballés les produits sont regroupés par palettes et dirigés vers le service logistique pour leur distribution sur les points de vente.

Sur notre terrain, nous avons rencontré des éléments similaires, donnant à voir une certaine « confiance » accordée parfois aux outils de protection individuelle, parfois à l'existence d'une obligation de respect des normes de prévention des risques toxiques et parfois au fait que, si le produit est sûr pour la consommatrice, il l'est donc nécessairement aussi sûr au niveau du conditionnement. Enfin, nous avons également rencontré des femmes faisant « confiance » ou plutôt croyant en la gestion des risques (en conformité avec la science) et niant ainsi le risque.

C'est pourquoi, à notre sens, cette « confiance » dont parle Harff (1980) réside plutôt dans l'implication (lointaine) de l'industrie dans la désincarnation du risque toxique, y compris au travers de la mobilisation d'arguments scientifiques. Nous avons vu dans le chapitre 7 qu'à son origine, en 1909, L'Oréal avait été baptisé par son créateur, le chimiste Eugène Schueller, « Société Française des Teintures Inoffensives pour Cheveux ».

Comme nous avons tenté de le montrer au début de ce chapitre, l'industrie de la beauté joue le rôle de promotion et de diffusion des canons de beauté. À la manière des auteurs des livres de secrets du XVI^e siècle (Lazzarini, 2014), l'industrie de la beauté travaille à la fois à promouvoir des modèles de féminité et à fournir les produits permettant d'accéder à ces idéaux. Nous avons également vu que le discours sur l'innocuité a été à la base-même de l'acceptation et de la formation du marché consommateur des produits de beauté. La construction de l'image de la marque s'appuie sur la promotion de l'innocuité et de l'efficacité du produit. Mais l'image de la marque est aussi étroitement liée à la promotion des normes comportementales et corporelles, associées à la fois à des classes sociales aisées et à un idéal de féminité.

Nous nous sommes alors interrogées sur l'impact de ces normes comportementales et corporelles sur les ouvrières travaillant dans l'usine de fabrication des produits cosmétiques. Comme cette question n'est apparue que longtemps après notre visite, nous n'avons pas pu interroger les ouvrières à ce sujet. Néanmoins, à partir des entretiens réalisés et de l'observation de la manière dont le travail sollicite leur corps, nous pouvons avancer certains éléments.

En réalité, l'image des femmes travaillant dans cette usine de la cosmétique⁴⁵¹ est fort éloignée de celle des femmes présentées dans les films publicitaires des cosmétiques et des

⁴⁵¹ Une limite importante de nos considérations sur le « travail réel en récits et en images » réside dans le fait que nous allons nous restreindre au seul cas de l'usine de la cosmétique. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, du fait de la spécialisation des sites de production les parfums ne sont plus fabriqués ni conditionnés dans la seule usine que nous avons pu visiter et où nous avons pu observer les femmes au travail.

parfums. Même pour une usine fabricant pour un « segment de masse », le langage publicitaire est presque le même que celui employé pour les produits de luxe. En France, nombre des publicités des produits destinées à la consommation de masse (shampoings, rouges à lèvres, parfums) sont aussi incarnées par des stars de la télévision ou du cinéma, nationales ou étrangères.

L'image des travailleuses des usines de la cosmétique et de la parfumerie n'est présente, quant à elle, que dans des dossiers journalistiques ou dans des dossiers d'entreprises⁴⁵². Sur ces rares photos les travailleuses sont dépourvues du glamour des égéries qui jouent dans les films publicitaires des marques pour lesquelles elles travaillent. Nous n'avons trouvé qu'une seule image faisant exception, sur le site internet du Groupe L'Oréal, dans la rubrique « Organisation »⁴⁵³. Alors qu'est présenté l'attachement du groupe à la recherche et son ouverture sur le monde⁴⁵⁴, on trouve aussi plusieurs photos de supposé-e-s employé-e-s, comme celle d'un travailleur de type indien ou pakistanais portant une blouse blanche sur une chemise et des lunettes de sécurité. Ce jeune homme tient dans l'une de ses mains une fiole qu'il observe attentivement, signalant ainsi qu'il est probablement chimiste. On voit ensuite deux photos de femmes. L'une d'elles est de type européen et l'autre de type asiatique, et toutes deux se trouvent dans des laboratoires. Une troisième est vendeuse dans un magasin et tient un miroir pendant qu'une cliente essaye du maquillage. Enfin, une quatrième femme, visiblement opératrice sur une ligne de shampoings, porte un flacon comme si elle contrôlait la qualité du produit. C'est bien la seule femme qui sort du lot, car, à la différence des autres, il s'agit là clairement d'un mannequin professionnel, soigneusement maquillé et qui prend la pose.

Dans cette usine, se trouvent les ateliers de conditionnement de vernis à ongles, l'atelier de conditionnement des fond de teint, l'atelier de conditionnement des rouges à lèvres et des gloss, la fabrication des fonds de teint et la fabrication des rouges à lèvres et des gloss. La fabrication des vernis à ongles est assurée par une autre usine. Des camions livrent les fûts contenant le jus des vernis à ongles à être conditionnés à l'usine.

452 Voir l'annexe « Photos de travailleuses d'usines de cosmétiques et de parfums ».

453 Accessible sur : <http://www.loreal.fr/groupe/nos-activit%C3%A9s/organisation>, consulté le 26/06/2015.

454 Rappelons que le Groupe communique sur son implication pour l'égalité professionnelle et la diversité ethnique, ce qui lui a d'ailleurs valu des labels et des prix.



Image représentant une opératrice dans le site du Groupe L'Oréal. Source : <http://www.loreal.fr/groupe/nos-activites/organisation.aspx>

Voici là une image clairement idéalisée de l'ouvrière du conditionnement. Dans la vie réelle d'une industrie appartenant au secteur de la chimie, les ouvrières doivent obligatoirement porter toute une série d'habits de protection et d'outils de sécurité qui donnent à l'opératrice la même allure que celle de n'importe quel-le autre ouvrier-e de la chimie. Contrairement à la femme représentée sur cette photo, une véritable ouvrière de la cosmétique porterait une blouse blanche, une charlotte, mais également des lunettes, des chaussures de sécurité et éventuellement un masque. Derrière tous ces éléments composant leur tenue professionnelle, les codes distinctifs de la féminité sont très peu perceptibles. Autant dire que, ironiquement, dans leur mise au travail, les signes distinctifs de leur identité de sexe (cheveux, formes anatomiques, éventuellement maquillage, etc.) sont rendus imperceptibles en raison de la nature-même de l'activité industrielle.

Force est de constater que cela n'est pas une règle et que, dans d'autres métiers, les travailleur-se-s ont des représentations diverses et variées, parfois valorisantes – évoquant des caractéristiques et des qualités attendues – parfois dépréciatives. C'est par exemple le cas des travailleuses du *care* dont l'image est associée à l'exercice de leur travail. Ces images étant le plus souvent idéelles, les travailleuses du *care* aux personnes âgées sont ainsi mises en scène comme des soignantes dévouées et parfois même érotisées. En revanche, les activités domestiques, d'entretien et de nettoyage, sont quant à elles moins souvent idéalisées (sauf encore une fois la représentation érotisée de la domestique sexy, naïve et soumise) et ont plutôt tendance à ne montrer que le travail et à rendre invisible le personnage de la travailleuse qui le réalise.

Encadré 19 – Résumé du travail comparatif entre les représentations des travailleuses du care et celles des ouvrières de la cosmétique

Avec Paloma Moré (Moré et Paiva, 2014) nous avons rendu compte d'une réflexion élaborée à partir de la confrontation de nos terrains de recherche respectifs. Ce travail a été présenté sous forme d'une communication lors de la 14^{ème} Journée Internationale de Sociologie du Travail (17-19 juin à Lille), sous le titre « Du corps des femmes et de l'(in)visibilité des contraintes liées à leur travail. Les aides aux personnes âgées et les ouvrières de l'industrie des cosmétiques ».

À partir de son terrain, Paloma Moré défend l'idée que le travail du care est intrinsèquement lié au travail domestique, qu'il s'agisse des employées domestiques en charge des personnes âgées ou des auxiliaires de vie sociale. Autrement dit, elles occupent une position hybride entre la femme de ménage et l'aide-soignante, qui, en maison de retraite, s'occupent à la fois des personnes et des locaux. Malgré cette hybridité, les deux métiers sont représentés de façon bien différente. Par le biais d'un recueil d'images des travailleuses du care sur internet, elle a constaté que ces travailleuses sont représentées de façon à mettre en avant les qualités des prestations attendues. Dans un registre idéal, les auxiliaires de vie ou les aides-soignantes sont très souvent illustrées en interaction avec des personnes âgées et ayant toujours un air souriant, doux et attentif, quand, dans un registre plutôt réel, la représentation des femmes dans l'exercice des tâches domestiques et de ménage se fait de façon à les rendre invisibles, de sorte que, le plus souvent, on ne montre que des bras et des mains impliquées dans l'action. Or, d'après Pascale Molinier (2013), pour ces activités, c'est exactement dans cette invisibilité que réside la valeur du travail bien fait. Enfin, ces travailleuses suscitent une deuxième forme de représentation idéale, cette fois-ci moins liée aux compétences professionnelles qu'aux fantasmes qu'elles éveillent depuis les temps de servitude chez les employeurs. Il s'agit là des photos ou illustrations représentant des employées domestiques ou des soignantes de façon érotisée, comme de véritables « objets sexuels ».

Cela n'est pas réservé au travail des femmes. Pascale Molinier (2000) fournit également d'autres exemples de métaphores liées à certains métiers de la SNCF :

(...) on appelle les conducteurs, non seulement les barons du rail mais les pieds fins, les contrôleurs, chasseurs de primes, sont aussi araignées de fourgons, les agents de la voie sont les sangliers de la voie ou plus péjoratif, les escargots du ballast. Les agents des caténaires sont les funambules ou les écureuils, un fonctionnaire est un cul-de-plomb, tandis qu'un lapin de corridor est un agent chargé de la distribution du courrier dans les bureaux. Ce bestiaire n'est pas bestial. La métaphore animale est ici la forme sous laquelle s'exprime l'intelligence rusée. Les outils, prolongement du corps, sont métamorphosés. Leur matière n'est pas inerte, elle est vivante. Le routier fait boire sa bête, le serrurier fait pleurer le métal, l'ordinateur est contaminé par un virus... (Molinier, 2000 : 36-37)

De leur côté, les ouvrières de la beauté ne semblent pas disposer d'une image idéale. L'industrie de la cosmétique paraît pouvoir profiter de ce vide pour promouvoir une fois de plus une image sublimée de l'opératrice, davantage en accord avec les canons de beauté qu'elle se charge de disséminer. Autant dire que, dans la réalité de l'usine, les ouvrières sont presque des « ouvriers » comme les autres, puisque les signes de distinction sexuelle qu'elles s'attachent à produire ne sont vraiment perceptibles qu'en dehors du cadre du travail et une fois débarrassées des vêtements professionnels. Ainsi, lorsqu'on met côte à côte l'opératrice

idéalisée de la publicité et celle réellement impliquée dans la fabrication du produit, le contraste est incontestable.

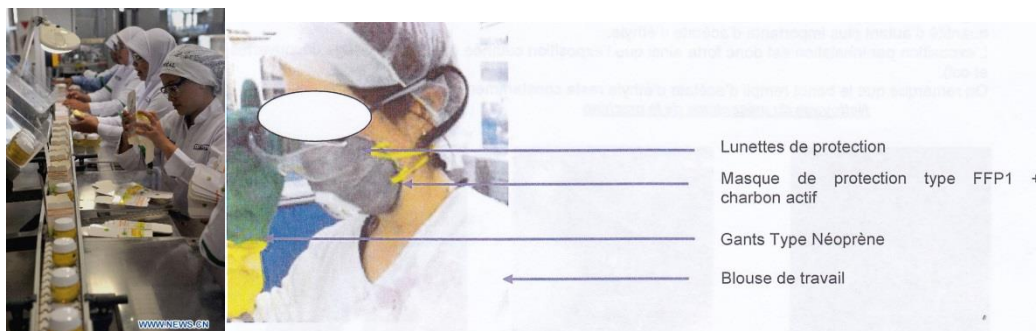


Photo d'opératrices sur chaîne de conditionnement d'une usine aux Philippines (source : internet). Photo d'une opératrice à la fabrication en France (source : Rapport CHSCT d'entreprise)

Il en résulte que l'idéal de beauté et de féminité promu par l'industrie ne peut que rentrer en conflit avec la féminité possible dans l'exercice du travail industriel. C'est ce dont l'extrait de l'entretien de Mme Dor rend compte :

(...) je suis une fille d'ouvrier, mon père il a été chef de chantier toute sa vie et il avait une dizaine d'ouvriers, [...] c'est lui qui commandait tous les ouvriers... Des fois je rentrais, j'étais jeune, je rentrais [de l'usine 1 du Groupe 2/Siré] alors j'avais 22, 23 ans, je rentrais en pleurant : « Ah j'en ai marre papa, moi je pourrai pas continuer, moi c'est pas le métier de coiffer... ». Vous vous rendez compte, moi j'étais coiffeuse, j'étais toujours bien mise, habillée tous les jours, le changement de toilette, bien coiffée, toujours agréable et tout ça avec la clientèle et puis me retrouver en chaîne hein... Ils m'ont dit [à l'usine 1 du Groupe 2/Siré], au bout de 3 mois, ils m'ont dit : « Madame Dor, on voit bien que vous n'êtes pas une fille de chaîne. On voit bien que vous êtes autre chose ». (Mme Dor, 72 ans, ouvrière à la retraite, atteinte d'un cancer broncho-pulmonaire, rencontrée lors de notre terrain GISCOP93. Elle a travaillé dans les usines 1, 2 et 3 du Groupe 2/Siré)

Pour Mme Dor, cette frustration n'était cependant pas plus forte que le besoin de garder sa place, car elle s'est retrouvée veuve lors de sa première année de mariage, avec un enfant de 4 mois à sa charge. Après un an et demi de dépression, dont une partie passée en maison de repos, elle devait s'accrocher à ce travail pour s'en sortir économiquement et psychologiquement. La violence du conflit entre l'idéal de féminité auquel Mme Dor voulait correspondre et celui auquel elle avait accès du fait de sa position sociale d'ouvrière a alors dû être refoulée. Ironie du sort, ce travail représentait à ce moment de sa trajectoire l'opportunité de se reconstruire.

C'est en sens que nous pensons que l'industrie de la cosmétique se prévaut de l'image de la marque pour sublimer également l'image du travail ouvrier féminin. Si dans cette première expérience Mme. Dor a été bouleversée par son changement de statut et par la réalité du travail d'ouvrière, c'est en travaillant dans une autre usine du groupe qu'elle a connu le

potentiel sublimatoire de l'image travaillée de la marque. Il faut préciser que nous n'employons pas ici le concept de sublimation tel qu'il a été développé par la psychanalyse (Freud) ou encore par la psychodynamique du travail (Dejours, 2014). Il s'agit là d'un usage plus empirique, qui tente de rendre compte d'une fonction « sublimatoire » de l'image de la marque par rapport à l'image classique d'un travail ouvrier industriel, qui est dès lors sapée par la première. Ainsi, par son rapport privilégiée au produit (ce qui n'est possible que parce qu'elle se sent partie intégrante du Groupe), l'ouvrière a la possibilité de s'associer à toute la symbolique créée autour de la marque – la femme sublime à la position sociale privilégiée. En cela, les ouvrières peuvent donner un autre sens à l'expérience du travail ouvrier industriel. C'est ce que nous avons conclu à partir des entretiens, dont nous pouvons citer certains extraits.

En 1972, soit huit ans après avoir intégré le Groupe *Siréelle*⁴⁵⁵, Mme Dor a commencé à travailler dans une deuxième usine. En décrivant cette l'usine, elle explique que, si les autres usines comptaient environ 300 employé-e-s, ils étaient ici sûrement plus nombreux car il y avait également les laboratoires et des coiffeurs. A partir de ce point, la description de l'usine est happée par la description émerveillée de Mme Dor quant à la possibilité de se faire coiffer et quant au fait que cette usine ait accueilli les égéries de la marque :

[>Mme_Dor]: Mais à l'*Usine 2* y'avait mais tout ! Y'avait les coiffeurs. Les ouvrières, elles avaient le droit de se faire coiffer toutes les semaines. Y'avait tout à l'*Usine 2*.
 [>M]: Vous vous faisiez coiffer?
 [>Mme_Dor]: Ah oui, ah oui, ah oui, ah oui, ah oui !
 [>M]: Et on testait les produits avec vous ou...?
 [>Mme_Dor]: Ben je sais pas, parce que moi après quand j'ai quitté la coiffure... ils savaient que j'avais été coiffeuse mais j'ai pas demandé. Mais les coiffeurs, ils étaient là, on avait droit à être coiffées à l'*Usine 2* hein. À l'*Usine 3*, non. Mais à l'*Usine 2*, oui. Mais à l'*Usine 2* y'avait tout, y'avait le hall d'entrée, les hôtesse, tout ça et tous les artistes ils venaient hein. Claudia Schiffer et tout ça hein, il fallait voir ce que c'était.
 (Extrait de l'entretien de Mme Dor, terrain du GISCOP93)

Dans un autre entretien, Caroline (48 ans, fabricante dans l'Usine 5 du Groupe 2/*Siréelle*) nous parle de son rapport au travail. Nous profitons de la discussion pour dériver sur son rapport au produit et nous nous rendons alors compte que le rapport au produit et la symbolique associée à l'image de la marque sont indissociables :

⁴⁵⁵ Pseudonyme qui nous avons créé afin d'anonymiser l'identité du Groupe.

C : Voilà et en plus j'aime mon travail.

M : Et aux produits, t'as aussi cet attachement aux produits que tu fabriques ?

C : Ouais, c'est vrai que quand je vais dans les magasins je regarde les produits, je regarde les concurrents comme ils sont. Ça je pense c'est une manie comme ceux qui font d'autres produits en fait hein, comme ceux qui fabriquent, je ne sais pas, même des yaourts, je pense qu'ils regardent même les emballages. Après je pense que c'est une déformation, après on regarde les produits des autres.

M : On s'identifie avec ce qu'on fait, avec les produits qu'on connaît ?

C : Voilà. Je pense que tout le monde a dû regarder un peu.

M : Avec les collègues aussi elles sont comme ça.

C : Ouais, elles regardent les produits, elles regardent quand est-ce que ça a été fait. En plus, je pense qu'on est fière de faire ces produits-là quand même.

M : Et si c'était une autre marque, tu penses que ce serait le même rapport ?

C : Ah oui, je pense hein.

M : Même si c'était une marque qui n'était pas hyper connue ?

C : Ah bas oui, après je pense que c'est une déformation, on regarde comment les concurrents ils travaillent.

M : Mais là ça reste *Siréelle*, c'est une grande marque et il y en a partout dans le monde.

C : Ah ben ouais hein. Et ouais c'est pour ça qu'on a été en voyage aux États-Unis, j'ai été regarder les produits qu'ils vendaient aux États-Unis, d'où ils venaient, s'ils avaient été faits chez nous et tout hein (rires). C'est fou hein (rires) ?

M : Tu es contente de dire – Je travaille là ?

C : Ouais, et puis on voyait des panneaux *Siréelle* partout, même à Los Angeles où il y a toutes les vedettes avec des étoiles et tout il y avait l'étoile du centenaire de *Siréelle*. C'est fou, on s'est tous pris en photo, on s'est dit – Ah c'est l'étoile du centenaire de *Siréelle*. (Extrait de l'entretien de Caroline, 48 ans, fabricante à l'usine 5 du Groupe 2/*Siréelle*)

C'est en ce sens que nous pensons que l'image de la marque participe à la « sublimation » de l'image du travail. La position de classe de l'ouvrière est donc happée, tout comme l'antagonisme du rapport de classe.

Une grande différence semble exister entre ce que nous venons de développer et ce qui peut se passer dans des situations de collectifs masculins. Prenons l'exemple d'un autre travailleur de la chimie que nous avons interrogé dans le cadre de notre étude. Il ne travaillait pas dans la cosmétique mais dans la pétrochimie. Nous l'avons rencontré par le biais de contacts que nous avons établis dans la FNIC CGT.

François est arrivé chef d'équipe posté d'une usine de pétrochimie du sud-ouest. Il était également spécialiste fédéral des nanoparticules, secrétaire du CHS et avait la responsabilité de différents mandats syndicaux pour la fédération. Au cours de l'entretien, François évoque tout ce que le syndicat lui a procuré, comme des relations privilégiées avec des personnes ne faisant pas partie du cercle ouvrier, soit l'accès au dialogue avec d'autres sphères sociales :

La CGT elle m'a apporté plus que jamais je lui apporterai. C'est une ouverture sur le monde, c'est une capacité de rencontrer des gens... Moi je serais resté opérateur, enfin je serais resté à mon poste, je serais pas là à vous parler déjà, je discuterais pas avec la chambre patronale, avec le PDG de mon groupe, avec... enfin c'est une ouverture sur le monde qui est sans égal. (Extrait de l'entretien de François, 42 ans)

Dans l'exemple que nous venons de donner, même si les opportunités sont associées à une relation de dons et de dettes envers le syndicat, la possibilité de sortir de l'enfermement de la position de classe est réelle. La position dans le rapport social de classe n'est par ailleurs pas sapée, mais la possibilité de dialoguer avec les dominants est ce qui permet à François de revaloriser sa position sociale. En revanche, dans la situation incarnée par les ouvrières de la cosmétique, la revalorisation de la position dans le rapport de classe et de sexe n'est qu'idéal, car l'antagonisme du rapport de classe et de sexe n'est pas remis en question.

Nous pensons qu'en construisant l'image de la marque et de son innocuité, tout en promouvant des normes corporelles et comportementales pour les femmes, l'industrie de la cosmétique joue un rôle important dans la désincarnation du risque auprès de ses ouvrières. En ce sens, il nous faut également prendre en considération les transformations dans le processus productif, notamment parce qu'avec le *lean management* l'ouvrière de la cosmétique a laissé place à l'opératrice, ce qui est également valable pour les ouvriers. Néanmoins, avec l'image de la marque et l'injonction à la féminité à l'égard des ouvrières, l'industrie semble mettre en place un « barrage spécifique à la constitution du collectif dans le cas des groupes féminins »⁴⁵⁶ (Kergoat, 2014 : 244). La valorisation de la travailleuse de cette industrie semble en effet passer par la valorisation de son identité de sexe, tout en l'éloignant en même temps de sa position dans le rapport de classe, ce qui n'est pas sans conséquence sur le passage du groupe au collectif :

Le passage d'un groupe éclaté – en général par strates socioprofessionnelles –, ayant une capacité d'action nulle ou faible, à un groupe ayant une conscience de groupe – conscience d'être collectivement acteur dans l'entreprise, le secteur, la société –, c'est là le collectif. (Kergoat, 2014 : 244).

C'est en ce sens qu'il nous semble essentiel de développer l'idée selon laquelle, en participant à l'idéalisation du travail ouvrier des femmes, l'industrie de la cosmétique participe à la désincarnation des risques toxiques auprès de cette catégorie. C'est ce que nous

⁴⁵⁶ En référence au titre d'une sous-partie de l'ouvrage de Danièle Kergoat : « Les barrages spécifiques à la constitution du collectif dans le cas des groupes féminins. "le syllogisme du sujet sexué féminin" » (Kergoat, 2014 : 244-248).

allons tenter d'illustrer dans la deuxième section de ce chapitre, à partir d'autres exemples provenant de notre étude de terrain.

8.2 - Des « bruits qui courent »⁴⁵⁷ à l'alerte : la relation entre les reconfigurations de la division sexuelle du travail et la perception des risques dans l'usine de la cosmétique

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, la différence entre le danger et le risque est assez subtile. Monter en haut d'un échafaudage représente un danger dont la chute constitue le risque. La factualité est donc un élément déterminant de la perception que l'on peut avoir du danger et du risque qui lui sont associés. Cette factualité est ce qui fait défaut aux risques cancérogènes mais également aux risques mutagènes et reprotoxiques. L'agent cancérogène représente un danger alors que le développement d'un cancer des années après des expositions au danger représente un risque lointain, incertain et difficile à objectiver (Carricaburu et Legrand, 2013). Cet élément rentre directement en ligne de compte dans la démarche de prévention adoptée au sein des entreprises, y compris au niveau du CHSCT. Différentes monographies ont révélé la réticence des CHSCT à aborder les risques à effet différé, préférant se focaliser sur les « risques immédiatement objectivables » (Mias, 2013 : 66).

En ce sens, nous avons interrogé les travailleur-se-s de l'usine de la cosmétique dans l'intention de comprendre quelles étaient leurs connaissances et leurs perceptions des risques cancérogènes liés à leur travail. Nous nous sommes donc d'emblée focalisée sur un risque précis du travail dans la chimie. Or, comme Isabelle Probst (2012) a pu le remarquer dans sa thèse, nous arrivons sur le terrain avec des questions ciblées sur des risques précis, puis nous sommes rapidement confrontée à des situations où les femmes interrogées écartent d'un revers de mains notre *a priori* pour nous parler de ce qui constitue pour elles les véritables contraintes au travail :

⁴⁵⁷ En référence à ce qui a été dit par Josette Roudaire à propos du fait qu'avant l'alerte sur les conséquences de l'amiante, dans l'usine Amisol les ouvrières plus anciennes racontaient des histoires en soulevant des suspicions à propos des effets de ce minerai sur leur santé. (Voir chapitre 3, sous-partie « *Les anciennes d'Amisol...* »).

Cet échange intervient alors que j'interroge Evelyne sur les conséquences du syndrome du canal carpien dans la vie quotidienne. En me concentrant sur une pathologie spécifique, je mets en œuvre une catégorisation médicale (utilisée également par l'assurance-accidents pour la reconnaissance des maladies professionnelles), qui traite séparément les TMS selon leurs localisations anatomiques et les processus physiologiques en cause. En revanche, Evelyne met en avant une catégorisation basée sur l'origine supposée de ses troubles, le « travail répétitif » (tour 451), qui lui permet d'englober dans la même catégorie « les carpiens », « les cervicales », « l'épicondylite », le dos » et « les épaules » (tour 455)¹²⁴. Elle refuse de morceler les troubles affectant les différentes parties du corps, soulignant au contraire que « c'est tout qui est coordonné ». On peut comprendre cette définition du problème comme étant élaborée à partir de son expérience concrète des effets du travail sur le corps et des handicaps vécus au quotidien, mais elle est également étayée par un argument anatomique – « c'est tout le trapèze » – dans lequel on pourrait entendre les échos des voix des professionnels de la santé (médecins ? physiothérapeutes ?) rencontrés au cours de sa trajectoire. Forte de ces arguments, Evelyne s'oppose aux discours de la Suva, mais aussi de la chercheuse et/ou du syndicat (« chez vous aussi vous évoquez que les carpiens »), qui se limitent à traiter du syndrome du canal carpien en oubliant les autres troubles qui sont tout aussi importants. (Probst, 2012 : 122)

Dans l'expérience d'Isabelle Probst, le sens de ce décalage entre l'objet d'étude de la chercheuse et la conceptualisation élaborée par la travailleuse malade est très marqué dès lors que la travailleuse interviewée émet la critique du réductionnisme de l'approche biomédicale proposée par le système de réparation des maladies professionnelles.

Nous n'avons pas connu une telle expérience sur notre terrain. Le décalage entre notre objet et ce sur quoi la travailleuse nous a conduit correspond plutôt à ce que Sabine Fortino évoque comme « (...) un ensemble de difficultés, de duretés que les salariés interviewés trouvent insurmontables dès lors qu'ils ne parviennent plus à réaliser leur travail selon le sens et l'éthique qu'ils ont collectivement construit dans le cadre de leur métier » (Fortino, 2014). Autrement dit, cette parole rend compte de ce qui remet en question le sens du travail et principalement ce qui les empêche de bien faire leur travail (Clot, 2010). Comment dès lors ne pas prendre en compte cette parole ?

Ainsi, ce qui est le plus souvent ressorti de nos entretiens est la frénésie engendrée par le *lean management* avec à la clef la question de la surcharge mentale par ailleurs reliée à celle des douleurs articulaires⁴⁵⁸. De manière générale, ces récits rendent compte des contraintes qui viennent diminuer le plaisir au travail et que les travailleur-se-s relient à

⁴⁵⁸ L'exception est représentée par un travailleur, homme, qui a tout particulièrement centré son entretien sur la question des conflits avec la hiérarchie. D'après lui, sa façon de bien faire son travail entraine en conflit avec ce qui était prévu par sa hiérarchie. Dès lors, sa résistance a été prise comme de l'insubordination et, par le biais de la gestion individuelle des carrières, il a été progressivement privé des primes et forcé à accepter un poste en-dessous de sa qualification. Nous avons rencontré cet ancien chef d'équipe de maintenance à la tête d'une ligne de production, soit le poste hérité des chaînes de conditionnements auxquelles essentiellement des femmes étaient affectées.

l'organisation du travail. Néanmoins, cette perception de l'implication de l'organisation du travail dans le durcissement des conditions est la plupart du temps avancée au travers d'une attitude assez fataliste. Les travailleuses rattachent à cela un autre discours portant sur les astuces pour parvenir à travailler malgré cela.

Nous avons dès lors tenté d'intégrer dans notre analyse ce que la parole de ces travailleur-se-s dit de l'organisation du travail et des problèmes générés, tout nous efforçant de mettre en lumière les conséquences en termes d'« *invisibilisation* » des risques différés dans le temps (CMR). C'est en ce sens que nous ouvrons ici une parenthèse à propos de l'étude de Harff (1980) en ce qu'elle pose la nécessité de prendre en compte la place occupée par le ou la travailleur-se dans la production afin de comprendre quelle critique leur est dès lors possible. Ajoutons que cette place dans la production est déterminée et varie selon la division sociale et sexuelle du travail et ses reconfigurations.

C'est en tout cas ce que les résultats de la recherche réalisée par Harff nous amènent à croire. La recherche de Harff (1980) avait pour objectif de comprendre les liens entre le rapport que les travailleur-se-s de la production de produits cosmétiques et de produits laitiers ont avec le produit et leur attitude vis-à-vis des questions qui se posent à l'extérieur, notamment chez les consommateur-ice-s sur la qualité et l'innocuité des produits fabriqués dans ces entreprises. Elle conclut que

La place occupée dans la production caractérise un certain rapport au produit : par la perception et la connaissance des produits qu'elle donne, par l'existence ou non d'un lien entre la qualité du travail et la qualité du produit. Elle différencie aussi les travailleurs par la qualification qui leur correspond, par le statut social qui est lié à celle-ci, et par les relations des individus qui s'opèrent, par l'organisation du travail.

C'est donc un faisceau de variables inséparables qui est pris en compte, par la comparaison des attitudes des groupes de travailleurs interviewés, à la fabrication, au conditionnement, au contrôle et à l'entretien dans l'établissement de cosmétiques. (Harff, 1980 : 96-97)

Harff a mis en avant le fait que la familiarité avec le produit était partagée par l'ensemble des salarié-e-s, mais qu'elle était plus ou moins grande selon qu'il s'agisse d'ouvrier-e-s de la fabrication, du conditionnement ou de l'entretien des machines. Elle a ainsi remarqué que, dans cette usine dédiée aux produits capillaires de masse, tou-te-s ces différent-e-s travailleur-se-s étaient également consommateur-ice-s de ces produits. Par ailleurs, elle a constaté que l'entreprise menait une politique de valorisation des produits auprès des travailleur-se-s. Par le biais des journaux d'entreprise ou des films destinés à la formation permanente, l'entreprise met en avant son investissement dans la recherche en tant

que garant de l'innocuité des produits mais aussi de leur « vocation à répondre aux besoins des femmes » et de « mettre la science au service de la beauté » (Harff, 1980 : 98).

Enfin, Harff (1980) a montré que les attitudes critiques des travailleur-se-s vis-à-vis du produit diffèrent selon la place qu'ils et elles occupent dans la production. Ainsi, la question de l'innocuité du produit pour les consommateur-riche-s est posée par les fabricant-e-s et ce à partir de leur propre situation de travail, alors qu'elle n'est posée que dans une moindre mesure au contrôle et quasiment jamais au conditionnement. Les conditionneuses portent leur critique sur « le problème des "tricheries" pour fausses différenciations accompagnées d'écarts de prix qui ne se justifient pas » (Harff, *Ibidem.* : 99). Les travailleurs de la fabrication et de l'entretien posent ouvertement « la question de l'utilité des produits fabriqués et de la "création des besoins", de la manipulation des comportements de consommation » (*Ibidem.*). D'après Harff, ces différences s'expliquent, dans le cas des fabricant-e-s, par leur « perception et connaissances des produits ». Leur place dans la production étant privilégiée « pour comparer la stabilité des fabrications à la diversité des produits finis », mais aussi pour se poser la question de l'innocuité dès lors qu'ils constatent qu'ils ont manipulé des « produits qui sont considérés comme inoffensifs puis un jour signalés comme dangereux » ou encore après avoir utilisé des « ingrédients dans des fabrications destinées à un pays étranger alors qu'ils sont interdits pour la destination intérieure (ou vice-versa) ».

Ainsi, Harff (*Ibidem.*) invoque la différence de statut professionnel et social pour expliquer les attitudes différentes des ouvriers de l'entretien et de la fabrication par rapport à celles des ouvrières du conditionnement. En résumé, l'auteure souligne qu'à partir de la place occupée dans la production les ouvriers de l'entretien n'ont pas de raison de poser la question de l'innocuité, bien qu'ils aient quelques doutes. Les ouvrières du conditionnement démontrent une confiance dont l'auteure ne parvient pas à distinguer si elle repose sur la science ou sur l'entreprise. Les ouvrières mettent en avant « l'importance de la recherche et des tests » comme preuve de l'innocuité des produits. L'autre aspect de la critique des conditionneuses, soit l'aspect « tricherie », a été interprété par Harff (*Ibidem.*) comme étant fondée sur leur position de consommatrices, car elles constituent le public consommateur prioritairement visé par la communication de l'entreprise, tout en connaissant les produits mieux que celles qui ne travaillent pas dans leur production. D'un autre côté, les critiques des ouvriers de la fabrication et de l'entretien sont plutôt fondées sur une position de producteurs, portant sur l'aspect « gaspillage » et sur « l'utilité du produit ».

Ainsi, le travail de Harff est très important en ce qu'il montre que la posture critique des travailleur-se-s de la cosmétique dépend de la position qu'ils et elles occupent dans la production. Par ailleurs, son étude donne à voir – même si elle ne l'analyse pas – qu'hommes et femmes n'occupent pas les mêmes places dans ces industries. Ces places correspondent au contraire à une division sexuelle du travail : les hommes sont aux postes de fabrication et de maintenance tandis que les femmes sont aux postes de conditionnement.

Il convient d'insister donc sur le fait que la posture des femmes, à l'image des consommatrices privilégiées, n'est ni naturelle ni spontanée. Elle est au contraire socialement construite par ce que les ouvrières, travaillant en l'occurrence au conditionnement, sont susceptibles de comprendre de la production à partir des positions qu'elles occupent dans la division sexuelle du travail. « Ce qu'elles sont en mesure de voir » est en effet le résultat d'« un rapport de production matérielle et idéale »⁴⁵⁹ (Kergoat 2012 ; Cf. Maurice Godelier et Collette Guillaumin) des connaissances sur la santé au travail produites à un niveau macrosocial et qui devraient être mises à leur disposition, mais également de la traduction de ces connaissances dans l'expérience concrète du travail, du produit, de l'entreprise et de leur corps (dans ses dimensions matérielles et idéelles) construisant ainsi les perceptions individuelles et collectives des dangers et des risques.

Soulignons alors le rôle prépondérant de la division sexuelle du travail dans cette industrie à forte concentration féminine – division qui ne correspond pas à une équation figée (Cf. chapitres 1 et 2). C'est là tout le paradoxe des rapports sociaux de sexe : « il y a tout à la fois amélioration de la situation des femmes, en particulier sur le marché du travail, et en même temps persistance, parfois même durcissement de la division sexuelle du travail. Bref, tout change et rien ne change » (Kergoat, 2012 : 126).

Enfin, nous avons vu dans le chapitre précédent que, d'après le code du travail, l'employeur a l'obligation légale d'informer ses salarié-e-s de la présence de CMR dans leurs activités de travail (Code du travail, Article R4412-86 à 93), tout comme de veiller à la mise en place d'installations adéquates et au respect des VLEP (Code du travail, Article R4724-8 à 12). Néanmoins c'est avant tout l'approche savante (Carricaburu et Légrand, 2013), scientifique et experte autour de la classification du risque CMR (Cf. chapitre 3 et 7) et son invisibilité physique et sociale (Thébaud-Mony, 2008) qui participent à la construction chez les travailleur-se-s lambda d'un rapport distancié à ces risques.

⁴⁵⁹ Citation de Danièle Kergoat lors d'une définition du « rapport social » en faisant référence aux travaux de Maurice Godelier (*L'idéal et le matériel*) et à ceux de Collette Guillaumin.

C'est pour toutes ces raisons que notre hypothèse quant à l'impossibilité de se constituer en tant que collectif semble être un défi majeur à relever dans le cas de ces usines à forte concentration féminine et dans lesquelles les agents CMR font partie des matières premières quotidiennement employées. Nous allons alors privilégier cet aspect de la non-information, de la méconnaissance et de la non-transmission des savoirs sur les questions de santé au travail au sein du groupe et structurées par la division sociale et sexuelle du travail, en ce qu'elles alimentent au quotidien l'« *invisibilisation* » des risques.

Dans une discussion avec Karen Messing suite à un colloque qui a eu lieu à Paris en 2013⁴⁶⁰, la chercheuse nous parlait d'une de ses interventions dans un hôpital où il était question de problèmes posturaux relevés par les femmes de ménage. L'une des sources des problèmes soulevées par Karen Messing a été le poids des sacs-poubelle que ces femmes avaient la charge d'enlever et de remplacer à chaque service. La solution proposée et adoptée a été de remplacer ces sacs-poubelle par des sacs plus petits, suite à quoi les femmes de ménage avaient moins de douleurs. Quelques années plus tard, de retour sur ce même terrain, Karen Messing a constaté que les grands sacs-poubelle étaient de retour et les femmes de ménage avaient à nouveau des problèmes posturaux. L'expérience de son intervention n'avait donc pas été pérennisée au fil des ans et avait fini par s'effacer de la mémoire des travailleur-se-s.

Cela signifie donc que, même une fois qu'un risque a été détecté et qu'une solution efficace a été apportée, la pérennité n'est pas acquise une fois pour toutes. Elle doit au contraire être assurée au fil du temps par la consolidation de cette expérience au sein du collectif de travail, qui doit également assurer sa transmission aux nouvelles et nouveaux arrivant-e-s.

Nous pensons que cette transmission des savoirs constitués au travail sur l'expérience corporelle du travail et sur les effets du travail sur le corps représente une ressource concrète sur laquelle les travailleuses peuvent s'appuyer afin de contrer tout ou partie de la désincarnation du risque CMR et de l'« *invisibilisation* » de ce dernier.

460 Colloque international « Le genre du mal-être au travail », Paris, site Pouchet, CRESPPA-GTM, 13 décembre 2013, Régine Bercot (Coord).

8.2.1 - Le cas des fabricantes : un exemple emblématique du rôle de la promotion de l'égalité professionnelle dans l'« invisibilisation » des risques toxiques

Dans l'usine de la cosmétique, la fabrication est un poste de travail qui a longtemps été réservé aux hommes⁴⁶¹. Dans l'usine que nous avons visitée, Caroline a été la première femme de tout le Groupe 2/*Siréelle* à intégrer ce poste. C'est d'ailleurs avec fierté qu'elle restitue cela : « Je suis fière parce qu'en fait maintenant il y en a plein, donc en fait il faut ouvrir la voie aux femmes pour... » (Extrait de l'entretien de Caroline, 49 ans, fabricante à l'Usine 5 du Groupe 2/*Siréelle*).

Encadré 20 – Les poste de fabrication et de pesée

La fabrication est un des postes où la présence des CMR est incontestable. Les fabricants doivent se procurer les matières premières pesées au préalable, afin de les incorporer dans les fûts pour la préparation des « pâtes » et « jus » des fonds de teints, des rouges à lèvres, des shampooings, des mascaras, etc. qui seront par la suite conditionnés (emballés) sur les lignes de production. Ces postes étaient en général occupés par des hommes et l'accès aux femmes s'est fait en même temps que certains aménagements au niveau ergonomique. Par exemple, les sacs de matières premières sont passés de 50 à 25 kg, des systèmes d'alimentation des cuves par aspiration ont été développés où jusqu'à récemment les fabricant-e-s devaient monter les sacs et seaux de matières premières au niveau de la plate-forme et les vider dans le trou d'homme. Cependant, les matières granulées continuent à être chargées par trou d'homme.

La pesée des matières premières est un poste annexe à la fabrication et une activité particulièrement exposante. L'opérateur doit se procurer les matières premières dans leur contenant d'origine et les peser afin de respecter les quantités exactes pour chaque préparation. Un système d'aspiration doit être installé au niveau de la balance afin qu'au moment du versement de la matière première les particules en suspension dans l'air soient aspirées. Certaines matières sont liquides d'autres sont des poudres très volatiles ou encore en morceaux solides qui doivent être cassés. Le plus souvent, l'opérateur à la pesée travaille en binôme avec le fabricant, mais, à certaines occasions, le fabricant effectue lui-même la pesée. Lors de cette pesée, l'opérateur doit aussi se servir de masques (il a à sa disposition le masque à filtration de particules type FFP3). Cependant, dans le cas où le système d'aspiration n'est pas très performant, il se peut qu'en enlevant son masque après avoir fermé les contenants l'opérateur soit exposé à des particules suspendues dans les airs. Ce dysfonctionnement a été constaté dans le rapport rendu par un cabinet d'expertise à propos de l'Usine 5 du Groupe2/*Siréelle*. Ce même rapport indique que comme la balance ne possède pas un système d'aspiration à la source (l'aspiration installée au mur est à environ 50 cm de la base de la balance), lors de la pesée de petites quantités l'opérateur ne peut pas se placer dans une zone d'aspiration. Par ailleurs, le rapport indique que même avec des masques à sa disposition l'opérateur ne les utilise que lorsqu'il les estime nécessaires.

⁴⁶¹ D'après le rapport d'expertise CHSCT (document confidentiel) consacré à l'analyse des conséquences du projet de spécialisation de la production sur les conditions de travail, avant la mise en place du projet en 2009, la fabrication était composée de 27 salarié-e-s (hors responsables). Selon le même rapport, aucun de ces postes ne devrait être supprimé une fois le projet mis en place.

À partir du récit de Caroline, il est possible de situer l'implication de *Siréelle* dans les politiques d'égalité professionnelle, tout comme les limites de ses pratiques pour une réelle promotion de l'égalité entre hommes et femmes. Le coefficient des fabricants est supérieur à celui des conditionneuses/opératrices sur ligne. Ainsi, Caroline gagne plus que ses collègues conditionneuses mais pas autant que ses collègues fabricants hommes. Elle explique cela par le système individuel de valorisation des carrières. Au fil des ans, les collègues masculins avec plus d'ancienneté auraient cumulé des primes qu'elle n'arrive pas à rattraper, même en faisant bien son travail et en ayant également des primes. C'est donc dans le cadre de cette expérience que la perception de Caroline sur les conditions de travail semble s'être forgée. L'expérience réelle du travail dans la fabrication représentait comme défi immédiat, celui de l'épreuve de la force physique due au port de charges.

Caroline avait 49 ans lorsque nous l'avons interviewée en 2012. Elle travaillait, depuis 1998, à la fabrication⁴⁶² de maquillages et fonds de teint, dans l'Usine 5 du Groupe 2/*Siréelle*. Son histoire dans l'usine 5 commence en 1992, d'abord comme intérimaire, puis par plusieurs missions successives, jusqu'à ce qu'on lui propose un CDI à l'usine 3 ans plus tard. C'est en 1998 que Caroline a eu la possibilité d'intégrer un poste de travail longtemps réservé aux hommes : la fabrication. À ce moment-là, les sacs de matières-premières pesaient 50 kg et il n'y avait pas de tables élévatrices, comme c'est aujourd'hui le cas. Les fabricant-e-s devaient porter les sacs de 50 kg et parfois en montant sur des escabots afin de les verser dans de grandes cuves. Lors de l'entretien, Caroline raconte son histoire en illustrant son rôle déterminant pour faire bouger les choses dans la fabrication. Elle pense que c'est grâce à elle que sa hiérarchie a adopté des sacs de matières premières moitié moins lourds, car elle a osé dire que le travail en fabrication était trop dur et que les sacs étaient trop lourds, alors que ses collègues hommes n'avaient pas osé le faire :

Mais en fait les hommes ils n'osaient pas dire – C'est lourd, c'est pénible. Parce qu'en fait tous mes collègues ils avaient le dos complètement fichu. Et puis en fait avec ma responsable, on a tout fait bouger après. [...] comme je dis... ça ne sert à rien de s'abîmer le dos, il suffit de le dire – On fait plus petit, au lieu de mettre un on en met deux et puis c'est pareil hein. (Extrait de l'entretien de Caroline, 49 ans, fabricante à l'Usine 5 du Groupe 2/*Siréelle*).

⁴⁶² L'activité de la fabrication concerne le procédé d'incorporation des matières premières pour la préparation des produits cosmétiques en forme de jus, pâtes, crème, gloss. Voir aussi l'annexe « Fiche Métier d'Opérateur-trice de fabrication et Fiche Métier Conducteur-trice d'équipement de fabrication ».

Dans une séquence logique, entraînée par l'évolution des connaissances apportées par un demi-siècle de plaintes non reconnues des travailleur-se-s (Hatzfeld, 2009)⁴⁶³ et par le progrès de l'ergonomie, l'action de la hiérarchie se fait en adéquation avec le code du travail, dont nous citons un extrait de l'annexe dans lequel il est question des poids limites selon le sexe et l'âge :

Il est enfin rappelé qu'en application des dispositions de l'article R.234-6 du code du Travail des limitations au port de charges sont édictées pour les jeunes de moins de dix-huit ans (10 kilogrammes pour les filles, 20 kilogrammes pour les garçons) ou pour les femmes (25 kilogrammes), limitations qui ne connaissent aucune dérogation. Ces dispositions réglementaires ne dispensent pas le médecin du travail d'apprécier l'aptitude des intéressés à des travaux comportant une part significative de manutention manuelle, même si les charges soulevées sont inférieures aux seuils réglementaires. (Extrait de l'Arrêté du 15 juin 1993 pris en application de l'article R.231-69 du code du Travail déterminant les recommandations que les médecins du travail doivent observer en matière d'évaluation des risques et d'organisation des postes de travail comportant le recours à la manutention manuelle de charges)

Caroline rend quand même compte de la réappropriation qu'elle en fait et de la capacité d'agir que cela lui a conférée, elle a dû dépasser la résistance des fabricants hommes à son intégration dans ce groupe réservé et non mixte. De surcroît, en apportant un regard différent de celui partagé par cette sous-culture propre au métier de fabricant, Caroline arrive à dénoncer plus librement les conditions de travail contraignantes. En cela, elle semble effectivement devenir actrice de la mise en visibilité des effets du travail sur la santé.

Il convient de ne pas conclure que la reconfiguration de la division sexuelle du travail engendrée par la promotion de l'égalité professionnelle contribue à une dynamique de mise en visibilité des maux liés au travail. Si ceci est en partie vrai, d'autres éléments nous conduisent à la désigner comme paradoxale.

En effet, pour bien s'intégrer les femmes doivent faire preuve d'ingéniosité et, dans cet élan, elles contribuent à faire bouger certaines lignes et même à améliorer les conditions de travail. D'un autre côté, il arrive que, à mesure que leur intégration au groupe « mixte » devient effective, elles s'imprègnent à leur tour de la sous-culture du groupe d'avant la mixité, y compris en adhérant aux stratégies collectives de défense [Dejours, (1998), 2009].

⁴⁶³ Nicolas Hatzfeld indique l'extension du tableau 57 en 1991, soit un troisième temps dans la prise en compte des maladies périarticulaires : « le développement du tableau 57 définit une maladie professionnelle générique des « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ». Ces gestes et pathologies sont dissociés de cadres professionnels stricts et sont définis selon des principes biomécaniques qu'une revue médicale traduit par « la triade classique : posture (postures extrêmes), force (poids excessifs manipulés à vitesse lente), fréquence (répétition excessive d'un geste à faible charge mais à cadence rapide) », triade qu'elle résume dans la définition de la « pathologie d'hyper-sollicitation » (Hatzfeld, 2009 : 181).

En ce sens, voyons l'exemple d'une autre fabricante, pour laquelle les sacs de 25 kg représentaient déjà un poids trop important à soulever. Or, au lieu de faire en sorte que l'entreprise réduise davantage les sacs des matières premières, pour se préserver, Jeanne a plutôt fait appel à son ingéniosité afin de trouver d'autres moyens de contourner le problème du port de charges :

Si ton sac il fait 25 kilos, ben non, je ne vais pas porter les 25 kilos, je vais d'abord aspirer directement dans le sac, [...] et une fois que j'en ai aspiré un bon bout, là après je peux porter. Bon maintenant hein, 20 kilos personnellement c'est... j'arrive à le porter. Je me conditionne si tu veux, comme je dis, moi ma salle de muscu c'est (rires)... mais en ayant toujours conscience de faire le bon geste. (Jeanne, fabricante aux fonds de teint, dans l'Usine).

C'est face à ce constat que nous nous sommes posé la question du déni viril. Gollac et Volkoff (2002) se sont également posé cette question du déni selon le sexe du travailleur. Ces auteurs avancent leur analyse sur la base de la division sexuelle du travail et constatent qu'hommes et femmes n'ont pas affaire aux mêmes types de pénibilité et que les contraintes féminines sont souvent tenues comme moins importantes que celles des hommes. Ainsi, pour ces auteurs, les femmes naturalisent les contraintes liées à leur travail :

La pénibilité du travail masculin est plus souvent apparente, mais peut susciter, au lieu d'un rejet, la fierté d'affronter « virilement » l'effort et le danger. La naturalisation des conditions de travail des ouvrières, sous la figure d'un travail « féminin », conduit, tout aussi sûrement, à laisser en l'état les formes de pénibilité qu'elles comportent. (Gollac et Volkoff, 2002 : 51)

Autrement dit, même s'ils s'accordent sur le fait que les femmes minimisent les contraintes qu'elles rencontrent dans leur travail, ils attribuent cela à une intériorisation de la part des femmes d'une représentation de leur travail comme moins pénible que celui des hommes. Or, dans le cas qui nous intéresse ici, la promotion de l'égalité a tenté de briser la séparation classique du travail entre hommes et femmes en promouvant une réelle mixité sur le poste de fabricant. De ce fait, dans l'extrait du récit de Jeanne, cette dernière fait, à la manière de certains ouvriers hommes constitués dans des collectifs virils, l'éloge du port de charges et de sa bonne maîtrise du travail et des gestes. La question que nous relevons ne concerne donc pas une forme différenciée de déni propre aux hommes d'un côté et aux femmes de l'autre. Il est plutôt question de l'existence d'une adhésion par les femmes à une forme de déni qui consiste, dans certains groupes masculins, en un culte de la virilité (Dejours, ([1998], 2009).

Sur ce point, dans sa thèse de sociologie, Efthymia Makridou (2014) a également avancé l'hypothèse du déni viril pour qualifier la posture d'une travailleuse du *care* aux personnes âgées⁴⁶⁴ vis-à-vis de la pénibilité physique dans son travail :

« À propos des ouvriers du bâtiment, Dejours désigne comme comportement défensif l'exhibition des antonymes de la peur, « le courage, l'endurance à la douleur, la force physique, l'invulnérabilité, irréductiblement articulés à un système de valeurs centré sur la virilité » (Dejours, 1998, p. 150). On dirait que l'endurance à la douleur mise en avant par Zehouania est une version féminine des pratiques défensives. Sauf que nous ne pouvons pas, dans ce cas, parler d'une défense collective des aides à domicile. Selon Dussuet, la pénibilité physique est le plus souvent déniée par les salariées. Elles mettent en avant la dimension relationnelle de leur travail, en faisant « disparaître » de leurs représentations les tâches matérielles de nettoyage. Elles considèrent que s'exprimer sur la pénibilité physique des tâches ménagères « reviendrait pour les salariées à ravalier leur activité au rang de ce "sale boulot" dont il est important de se démarquer, car il les stigmatiserait en les rangeant au bas de l'échelle sociale » (Dussuet, 2011, p. 113). Elle remarque aussi, de la part des salariées, la négation du travail du corps. (Makridou, 2014 : 336)

Ainsi, le déni viril dont Makridou (2014) parle est celui construit par les travailleuses du *care* qui mettent en avant l'endurance comme une qualité personnelle, une vertu individuelle, refoulant par là l'idée d'une pénibilité propre à leur appartenance sociale et qui consiste donc à/en un refoulement de la pénibilité qui les ramène à leur condition de classe subalterne.

C'est donc l'éclairage apporté par Pascale Molinier qui semble être le plus en rapport avec la situation que nous traitons ici :

Les femmes qui veulent faire une carrière valorisée doivent également adhérer au système de défense viril, en méprisant du même coup leur propre sexe. Elles sont souvent obligées d'en rajouter dans la surenchère virile, d'être plus mâle que les mâles. Car, concrètement, fabriquer la preuve qu'une femme ne serait pas capable de posséder les qualités viriles n'est pas si compliqué. Il suffit de rendre quasi impossible l'intégration des femmes dans les collectifs virils, soit en leur imposant des bizutages à caractère sexuel (Dejours, 1998) soit, au contraire, en les excluant des épreuves initiatiques et des tests qui construisent la confiance virile (Dessors, 1997). (Pascale Molinier, 2000 : 31)

Ceci étant dit, dès lors que les attitudes en rapport avec ce que l'on considère comme des conduites viriles de fabricantes ne s'arrêtent pas aux seuls risques représentés par le port de charges, nous pouvons aborder la question des risques toxiques.

C'est Caroline qui nous apprend que, dès qu'elles sont réceptionnées, les matières premières reçoivent une étiquette avec un code numérique. De ce fait, il est impossible pour les ouvrières de savoir quelles substances elles sont en train de manipuler. Ce sont les

464 Avant elle, Pascale Molinier (1995) avait déjà traité la question de stratégies défensives et plus précisément à partir des soignantes. Différent du déni viril, dans ces groupes féminins l'humour et l'auto dérision constituent la base de la dynamique adoptée par le groupe pour évacuer les tensions, les frustrations et ainsi mieux tenir au travail. Voir aussi R. Bercot (2014).

étiquettes et plus précisément les logos désignant les équipements de sécurité à être portés pour chaque matière première qui les alertent sur le niveau de nocivité de chacune d'elles. C'est ce qui permet à Caroline d'identifier les CMR.

L'organisation du travail joue ainsi un rôle très important dans le déni des risques toxiques. Sous l'égide du « secret industriel », cette organisation permet de maintenir secrets les dangers que les ouvrières et les ouvriers encourent au travail. Si la législation le permet, ce secret n'en est pas moins une composante patronale de la « politique de l'ignorance » (Jouzel, 2012 ; Thébaud-Mony, 2015).

La manipulation de substances toxiques pour la reproduction (ou substances reprotoxiques) fait partie du travail des femmes travaillant à la fabrication⁴⁶⁵. À ce titre, certaines préparations sont interdites aux femmes et la consigne est d'appeler un collègue masculin pour ces manipulations. Néanmoins, nous savons qu'il existe un écart entre ce qui est prescrit au travail et ce qui se fait dans la réalité :

Oui mais normalement, ça c'est si par exemple comme ça arrive qu'on est à deux en fabrication l'après-midi. On est à deux filles, s'il faut vraiment le mettre tu peux pas appeler un collègue homme (rire), donc mais c'est à toi de te protéger. Il faut toujours être lucide sur ça. En fait, c'est ce qu'on demande. Alors il y a des gens qui s'en fichent royalement alors-là... Mais bon (rire) j'ai déjà des toxiques comme ça (rit en montrant sa cigarette).

MP : Et quand tu vas utiliser ces produits-là pour les déverser dans tes machines tu mets un autre masque ?

Caroline : Ah oui, mais ça c'est de mon propre chef, parce que normalement on doit appeler un collègue homme, on a pas le droit de le faire.

MP : Et si tu refuses de le faire parce qu'il n'y a pas un collègue homme ? Ça t'est déjà arrivé ou c'est déjà arrivé à quelqu'un, d'autres collègues ?

Caroline : Ben... hum... je ne refuse pas de le faire parce que j'ai mesuré l'acte que je fais... je... je pense avoir suffisamment... hum... une prise de conscience sur... c'est certain que je vais pas être à l'air libre et respirer le machin (rire) je suis pas stupide (rire). Mais maintenant c'est des vapeurs, tu vois ? C'est ce qui se dégage du produit mais si tu te protèges et tu vas pas travailler à être dessous. (Extrait de l'entretien de Caroline, 49 ans, fabricante à l'Usine 5 du Groupe Siréelle).

Plusieurs éléments se dégagent de cet extrait du récit de Caroline. On remarque tout d'abord le double jeu joué par l'organisation du travail. Au titre du « respect » des normes de prévention, l'organisation du travail interdit « en théorie » aux femmes de manipuler des produits toxiques pour la reproduction. En théorie, parce que dans la pratique, quand la fabricante se trouve seule en fabrication et que son programme comprend une préparation de ce genre, elle se voit obligée de passer outre la consigne de sécurité, car la respecter

⁴⁶⁵ Il convient de préciser que cela implique qu'au-delà des fabricantes d'autres femmes attitrées ou intérimaires au poste de pesage (fonction en binôme avec celui de fabricant-e) de matières-premières, mais aussi les aides chimistes ou chimistes du laboratoire de contrôle de matières-premières, soient concernées.

impliquerait pour les ouvrières de rester les bras croisés et de refuser de travailler – droit de retrait qu’elles pourraient par ailleurs exercer. D’autre part, le fait même que la hiérarchie confie ce genre de procédé à une équipe de femmes relève soit de la négligence soit de la mise en danger délibérée d’autrui.

On peut également constater que la stratégie de défense virile se manifeste là encore par la valorisation de la maîtrise du geste – maîtrise qui permet à l’ouvrière de justifier rationnellement sa prise de risques. Cela vient pallier le fait que l’organisation du travail fasse que les ouvrières doivent assumer à elles seules la prise de risques. L’adhésion à la culture virile devient la clef du système permettant aux ouvrières de « tenir le coup ». La relation entre l’image de la marque, du produit, dans le sens d’un effacement du rapport de classe⁴⁶⁶, semble aussi participer à la désincarnation du risque. Caroline elle-même dit ne pas travailler dans une « usine ». Or, si ce n’est peut-être pas la même qu’une usine de pétrochimie, Caroline travaille néanmoins dans une usine de production industrielle de cosmétiques. C’est peut-être en raison du type de branche et des produits fabriqués, que la représentation que Caroline se fait de son lieu de travail semble incompatible avec celle de l’« usine ». Or, avec cette incompatibilité c’est également l’idée-même du danger qui est évacuée :

M : [...] ton travail, est-ce que tu le considères comme un travail dangereux ?

C : Non.

M : Qu’est-ce que c’est un travail dangereux alors ? Parce que tu disais que c’est de la chimie.

C : Ben tous ceux qui font des produits je ne sais pas : acide, détergent... tout ce qui est détergent tout ça, je pense, enfin, dans ma tête enfin que c’est des produits super dangereux, mais après voilà. Alors que nous non. Moi je n’ai jamais vu... enfin c’est du maquillage quand même **ce n’est pas une usine...** Je sais qu’il y a des produits qui sont un peu plus dangereux que les autres mais non, je pense que c’est du maquillage, ça reste du maquillage. C’est des produits qu’on se met sur les lèvres... Donc ça va. Pour moi, je pars quand même sereine au travail. (Extrait de l’entretien de Caroline, 48 ans, fabricante)

8.2.2 - L’intérêt de savoir que le corps est également un véhicule de risques toxiques

Dans l’article « Travailler en présence de substances toxiques : un corps à corps au quotidien », Brahim Mohammed-Brahim (2009) fournit un riche éventail de situations de travail et d’expositions aux risques toxiques. Il rend compte par exemple de ce que le corps exposé aux toxiques peut ne pas être celui qui en subira les conséquences, car le corps est

⁴⁶⁶ C’est aussi le cas pour le rapport social de race, notamment par la survisibilisation de femmes au teint plus clair et l’invisibilisation de celles au teint plus foncé.

également un véhicule pour ces substances qui s'y déposent et voyagent avec lui. On apprend que « l'analyse des prélèvements réalisés par essuyage du front chez des préparateurs de bouillies phytosanitaires non pulvérulentes [...] montre une présence significative de substances dans cette partie anatomique » (Mohammed-Brahim, 2009 : 57). Un tel argument semble être extrêmement parlant pour n'importe quel-le travailleur-se informé-e du fait que les risques qu'ils et elles prennent sont éventuellement partagés par leur entourage, leur époux-se et leurs enfants.

Ce cas est d'ailleurs incarné par un ancien travailleur de l'amiante qui n'est pas tombé malade mais dont la femme aurait présenté une affection pleurale : « Je rentre plein de fibres, j'en avais sur tout le corps, de la tête aux pieds. Je ne savais pas que c'était dangereux. Ce qui me tараude aujourd'hui, c'est pourquoi elle et pas moi ? » (Cité par Mohammed-Brahim, 2009 : 57). Ce voyage des fibres d'amiante du corps des travailleurs jusqu'à leur foyer va alors contaminer les femmes lorsqu'elles lavent les bleus de travail de leur mari. Ce phénomène avait déjà été traité dans une autre recherche portant sur l'invisibilité des maladies professionnelles liées à l'amiante (Sacavone, Giannasi et Thébaud-Mony, 1997).

Sur notre terrain, différentes situations peuvent venir illustrer cette méconnaissance de la capacité du corps à transporter le risque. Une situation reste toutefois assez emblématique, y compris quant à l'importance que prend parfois l'injonction à la féminité, au mépris des règles d'hygiène et de sécurité au travail. Ce ne sont pas les ouvrières qui négligent ces règles qui nous rapportent ces faits, mais une collègue en désaccord avec leur comportement :

Ben de toute façon si on doit prendre une douche en sortant des fabrications, c'est pas pour rien. C'est pas parce qu'on est en transport, tu te rends compte, moi j'ai des collègues qui rentrent chez elle... c'est la sortie à 13h30... Et moi j'ai des collègues qui sortent du boulot plutôt que de prendre leur douche. Tu sais, on a un quart d'heure, on arrête le travail un quart d'heure plus tôt pour le quart d'heure de douche. Ben j'ai des collègues elles ne prennent pas leur douche. Elles se remaquillent, leurs trucs, nana, elles se barrent comme ça. (Extrait de l'entretien de Mélanie, Cariste, 44 ans, Groupe 2/Sirélie, Usine 5 – soit l'usine visitée).

Comme nous l'avons vu plus haut, cette situation vécue par des femmes travaillant à la fabrication n'est pas anodine. Le contact avec des matières premières, dont certaines classées CMR, et les conditions de travail particulières font que ce poste est l'un des plus exposés aux risques toxiques. Or, ces femmes ne semblent pas connaître toute l'ampleur de leur choix.

Ce que Mélanie a oublié de nous préciser lors de l'entretien individuel est que la qualité de l'eau dans les vestiaires est un problème soulevé depuis longtemps par les représentants du personnel et toujours négligé par la direction de l'usine. Lors de l'entretien collectif, Giselle et Mélanie évoquent ce sujet :

[>Giselle]: Là du coup, comme j'ai envoyé un mail et tout, y'a des traces du coup, enfin voilà...

[>Mélanie]: Voilà, ils l'ont pris autrement, voilà.

[>Giselle]: Du coup, ils ont fait venir quelqu'un, et ils vont changer toute la tuyauterie. Parce que, ben oui, ça a 40 ans et voilà...

[>Mélanie]: C'est inadmissible des trucs pareil...

[>Giselle]: Donc oui, c'est une usine de maquillage quand même, ça serait bien qu'on puisse se laver les mains. (rires)

[>Mélanie]: Tu te rends compte toi... l'hygiène, au secours... non mais c'est vrai. Non mais c'est grave. Là pour le coup l'image... tu mets ça sur le net, c'est mort. C'est vrai... je sais pas, moi ça me... (rires) j'aime pas ça. C'est comme être obligé de faire grève pour avoir 3 francs 6 sous, je suis désolée c'est *Siréelle* ou c'est pas *Siréelle*. C'est ce que j'avais dit l'autre fois à M. XX (Dir. de L'usine 5), c'est parce que ça vous arrange. C'est vrai... C'est ça qui est dommage, ils calculent, ils trichent sur tout... mais bon. Voilà... (Giselle et Mélanie, lors de l'entretien collectif au CE)

Il se peut donc que cette négligence soit également liée au fait que les travailleuses ne disposent pas de conditions correctes afin de se nettoyer après une journée de travail.

8.2.3 - Le secret industriel ou le droit de l'employeur de maintenir les salarié-e-s dans l'ignorance quant aux molécules chimiques utilisées dans la production

8.2.3.1 - Le système de codage

Comme nous l'avons précisé auparavant, dans ces industries l'employeur a l'obligation légale d'informer ses salarié-e-s quant à la présence des CMR et d'appliquer une signalétique pour toutes ces substances. Or, un autre artifice légal concernant cette fois le secret en matière commerciale et industrielle, et plus précisément le secret des procédés, libère l'employeur du devoir d'afficher le nom exact des molécules employées dans la fabrication.

Ainsi, dès la réception de chaque matière à l'usine, cette dernière l'inclut dans son répertoire et remplace l'étiquette du fournisseur par une étiquette interne sur laquelle figure un code chiffré (remplaçant le nom commercial ou celui de la molécule et les consignes de sécurité) et des pictogrammes indiquant les types de dangers⁴⁶⁷, les matériels de protection qui doivent être portés et les VLEP à être respectés.

À notre sens, cette pratique est déterminante pour la désincarnation du risque, en ce qu'elle transforme les matières premières cancérigènes en chiffres que les travailleur-se-s n'arrivent presque jamais à retenir. Et, même quand ils et elles les retiennent, ces chiffres n'ont qu'une signification interne à l'usine. Les travailleur-se-s n'ont accès au nom des produits CMR qu'une fois qu'ils et elles détiennent entre leurs mains la fiche individuelle

⁴⁶⁷ Voir l'annexe « Apprenez à décrypter les nouveaux pictogrammes de danger (INRS) ».

d'exposition. Or, même dans ces situations, l'information est assez confuse car les noms représentés font référence au nom commercial de la matière première. Ce n'est que dans des lignes marginales que figure la molécule CMR contenue dans la ou les matières premières énumérées. Nous avons eu accès à l'une de ces fiches concernant Sylvain, un fabricant de l'Usine 4 du Groupe *Siréelle* (Cf. le cas de Sylvain à la fin de ce chapitre).

8.2.3.2 - La réception et le contrôle des matières premières

Comme nous venons de le voir, une fois les matières premières répertoriées, les travailleur-se-s ne peuvent que se fier aux pictogrammes pour reconnaître les dangers qu'elles représentent et s'en prévenir. Cette pratique engendre un certain flou et rend difficile l'appréhension objective des risques par les travailleur-se-s. C'est en tout cas la situation qui nous a été décrite par deux caristes⁴⁶⁸, Giselle (35 ans, syndiquée CGT et élue CHSCT) et Mélanie (44 ans, syndiquée CGT, trésorière au CE).

Leur inquiétude est liée à leur connaissance sur le recours de plus en plus fréquent à des nanoparticules dans la production des maquillages, fonds de teint et crèmes de soin. Même si elles ne travaillent pas à la fabrication, lors de leur travail à la réception de matières premières, elles se retrouvent parfois obligées de manipuler des cartons éventrés. Elles se savent donc au contact des poudres contenues dans ces cartons, tout en ignorant les conséquences de ces expositions pour leur santé.

Précisons qu'après leur réception et leur enregistrement dans le répertoire de l'usine, des échantillons des matières premières sont contrôlés par les laboratoires quarantaine⁴⁶⁹. Ce n'est qu'après cela que les matières premières sont transmises à la fabrication. Dans les laboratoires de contrôle, les femmes (encore une fois plus nombreuses que les hommes à ces postes) sont au contact de matières premières et donc exposées à des risques CMR. C'est ce qu'un des témoignages que nous avons entendu lors de l'entretien collectif au CE nous a permis de comprendre.

Il s'agit de Valérie, la quarantaine, détentrice d'un BTS en chimie. Elle a travaillé pendant quelques années dans le laboratoire de contrôle de matières premières. C'est par les réactions de son corps, et plus précisément de sa thyroïde, qu'elle s'est rendue compte d'une

⁴⁶⁸ D'après le rapport d'expertise (cité en note de bas de page 21), l'usine comptait 8 caristes en 2009 et l'un de ces postes devait être supprimé dans le cadre du projet de spécialisation de la production.

⁴⁶⁹ Laboratoire chargé de veiller à ce que les matières premières ainsi que les produits fabriqués dans l'usine soient libre d'impuretés et toute contamination.

relation possible avec son environnement de travail. Ce n'est qu'*a posteriori*, alors qu'elle avait quitté ce laboratoire, que cette relation de cause à effet a pu être établie :

C'est qu'après que je me suis dit : « ah tiens, c'est bizarre, ma thyroïde elle bouge beaucoup moins qu'elle bougeait avant » et en fait c'est à ce moment-là que j'ai fait la relation, et aussi parce qu'une fois, je suis allée porter des échantillons à mes collègues, au dosage, et je suis rentrée dans la pièce et « pof" », tout de suite j'ai ressenti y'a une boule qui se faisait.... ah, donc c'est, voilà... c'est à ce moment-là que j'ai fait la relation de cause à effet que effectivement ça faisait 2 ans que ça m'avait pas trop embêté, et là je rentrais, il y avait une manip bien précise qui se faisait, et tout de suite ma thyroïde a réagi. (Valérie, chimiste au laboratoire de contrôle, déléguée syndicale)

Cette relation de causalité établie après avoir été éprouvée physiquement par Valérie est néanmoins restée invisible. Comme elle ne travaillait plus dans ce laboratoire et n'avait donc plus de symptômes, sa découverte a pris le statut d'une simple curiosité, sans qu'elle en alerte les autres travailleuses de ce laboratoire.

Autrement dit, en plus des fabricant-e-s, le contact et donc les éventuelles expositions aux matières premières sont susceptibles d'avoir lieu durant l'activité de travail des caristes et également lors du travail de l'opératrice en charge de les réceptionner et de les enregistrer, ainsi que lors du travail dans les laboratoires de matières premières/échantillothèque qui font partie du Service Qualité⁴⁷⁰.

8.2.4 - L'amiante : un danger présent, ignoré et oublié

Lorsque nous avons présenté notre terrain du GISCOP93 et notre enquête auprès des femmes atteintes d'un cancer, nous avons relaté (chapitres 4, 5 et 6) le cas de Mme Ce qui a travaillé de longues années dans une usine de la cosmétique dans la banlieue de Paris. Mme Ce souffrait d'un mésothéliome pleural (l'une des rares maladies disposant d'une étiologie qui ne laisse aucun doute quant au lien avec des expositions à l'amiante). Or, nous avons également vu qu'aucune exposition à l'amiante n'avait été signalé pour Mme Ce ni pour aucune autre femme ayant travaillé au conditionnement dans l'industrie cosmétique.

À partir des entretiens que nous avons réalisés lors de notre deuxième terrain, nous avons obtenu des informations précises sur la présence d'amiante dans l'usine de la cosmétique, tout au moins pour l'usine que nous avons visitée. Le récit est celui d'Ulysse, un ancien délégué du personnel et technicien de l'usine à la retraite, travaillant depuis 1973, d'abord en tant que mécanicien.

⁴⁷⁰ D'après le rapport CHSCT de 2010, ce laboratoire était composé de 7 personnes statutaires : 1 responsable ; 4 techniciens laboratoire MP (1 en charge des conservateurs + 2 en charge des MP + 1 en charge des urgences et des problèmes de réception et compatibilité) ; et 2 techniciens laboratoire quarantaine échantillothèque.

Dans l'extrait qui suit, Ulysse nous explique dans le détail le processus de fabrication d'un parfum de luxe pour lequel l'utilisation d'un puissant filtre était déterminante afin d'éviter la présence de toute impureté dans le produit fini. Or, ce filtre avait comme particularité d'être en fibres d'amiante et une fois qu'il était écarté après plusieurs utilisations, les ouvrièr-e-s se partageaient des morceaux découpés qu'ils et elles utilisaient pour parfumer leur maison. Cette situation concernait les travailleur-se-s intervenant dans la manutention ou au conditionnement, ainsi que l'infirmière de l'usine.

Voilà, donc le parfum, cuve de fabrication. Donc là-dedans on mélange de l'alcool, on mélange des HEC et un fixateur. Donc on les met progressivement. D'abord on met l'alcool et puis on va geler l'alcool. L'alcool on va le faire descendre à moins 5 degrés dans cette cuve-là. Une fois que l'alcool est à moins 5 degrés, on met l'HEC, on mélange et on porte l'ensemble à zéro degré. Quand il est à zéro degré, on l'augmente, on le met à 10 degrés, et on met le fixateur. Parce que si tu le mets à... il faut que l'alcool soit mélangé avec l'HEC dans une température inférieure à zéro, une fois que le mélange est opéré, on le remonte en température, et on met le fixateur à 10 degrés. Une fois que le fixateur est bien délié et qu'on sait qu'il est complètement intégré au parfum, le fixateur c'est ce qui va permettre la longévité de ce qu'on appelle les parfums de tête, de corps et de fin, dans un parfum. Tu connais cette... ? Bon, une fois que cet ensemble est réalisé, on le fait descendre à moins 10 degrés et ensuite on le filtre. On le passe à travers ce qu'on appelle une... chaîne... non c'est pas une chaîne, c'est une... je sais plus, je vais dire des bêtises. Et cet ensemble-là c'était des filtres d'amiante. Ces plaques-là c'était des filtres d'amiante. [...] Parce que l'amiante a la propriété d'être une toute petite particule, et c'était pour éviter les poissons, ce qu'on appelle les poissons, tu sais, dans un flacon. Dans un flacon de parfum, quand on le conditionnait, alors avec son bouchon là, on le conditionnait, souvent t'avais des petites particules qui traînaient, c'est ce qu'on appelle les poissons. Et c'était des jus impropres. Quand tu fabriques des parfums de luxe, dans un flacon transparent, ben avoir un poisson c'est... horrible. [...] Des petits dépôts qui venaient de la fabrication, des HEC, de la propreté de la cuve, de la propreté des filtres, etc., bon... et donc pour éviter qu'il y ait des poissons, on gèle l'alcool, on le fait passer à travers ces filtres, en fait il ne gèle pas, il ne gèle plus là. Il va l'opacifier légèrement parce que l'HEC va provoquer un trouble, mais en même temps, il va empêcher... le filtre va empêcher justement qu'il y ait une apparition de ces petits machins-là. Et donc là on va le passer à travers ces filtres, on va le remettre dans une cuve, on va re-filtrer une deuxième fois, et une troisième fois, et au bout de la troisième fois, on va mirer des éprouvettes d'alcool dans la fameuse boîte blanche, pour regarder si effectivement notre truc est bien à la couleur désirée d'abord, parce qu'il y a des colorants aussi. [...] J'ai oublié les colorants. Y'a toujours des colorants dans les... etc., ça te fait croire que c'est... bon (rires) je vais pas trop rentrer dans ces détails... (rires)... Voilà, et donc une fois que l'alcool est validé, paf, il part dans le chai, et là, il est conditionné dans les grandes cuves, avec cet inertage d'azote qui va lui permettre d'avoir une conservation très longue, hein, puisque plusieurs années... certains alcools étaient fabriqués pour plusieurs années. Moi je me souviens de... d'un parfum rare qu'on faisait, quand on le fabriquait, on fabriquait 1 500 litres, et des fois on mettait 2 ans avant d'en re-fabriquer, c'était un parfum « », très épais, et c'était de l'extrait de parfum, il était à 90 degrés je crois. Non 96, pas 90, je dis des bêtises, 96 degrés. Donc tout le mélange se faisait sous inertage, pour éviter que l'alcool s'évapore.... Et donc ces filtres, une fois qu'ils avaient été utilisés un certain nombre de fois, une centaine, 150 fois, ben ils étaient balancés, et souvent on en prenait des morceaux et on les mettait dans les voitures pour les utiliser comme déodorants... Tu vois la connerie ?... Et j'en ai encore à la maison... et ils continuent de sentir. Ils continuent de sentir. Et ça sentait bon... (Extrait de l'entretien d'Ulysse, technicien à la retraite, ancien délégué du personnel)

Ulysse n'est pas le seul à nous avoir rapporté cette histoire. Hanna, infirmière à l'Usine 5 pendant plus de 20 ans, en a également parlé : « Et donc il y avait des filtres, je sais, pour en avoir utilisé dans l'infirmerie, que ces trucs-là en fait servaient à filtrer comme dans une passoire si tu mets du coton » (Extrait de l'entretien d'Hanna, infirmière de l'usine).

Ulysse explique que ces filtres en amiante ont dû être utilisés jusqu'en 1985. D'après lui, suite à l'affaire Amisol, ces filtres ont été remplacés par des filtres en carton et en coton.

Selon Ulysse, en raison de ses propriétés d'isolation, l'amiante était également souvent utilisée dans les centres de recherche :

[...] y'avait beaucoup plus de contact, parce que souvent sur les paillasses, les mecs ils prenaient de l'amiante et ils la manipulaient directement pour que leurs petites cornues soient bien isolées par rapport à la température, et eux ils étaient plus en contact direct avec l'amiante. (Extrait de l'entretien d'Ulysse)

Ulysse explique également que, lors de la construction de la seconde partie de l'usine, les soudeurs plaçaient « des plaques d'amiante entre le mur et le poteau, [et] ils [les] soudaient ». Enfin, l'amiante était aussi utilisée pour mieux isoler et conserver la température constante à l'intérieur de la cuve de la fabrication :

Donc là t'as la cuve, t'as la cuve avec son malaxeur à l'intérieur, si tu veux le malaxeur à l'intérieur c'est une espèce de vis sans fin, et une raclette qui fait à chaque fois remonter le produit, qui le presse et le fait remonter en même temps. Donc là on mettait des cordons au fond, on entourait l'ensemble du boisseau, ça s'appelle le boisseau, l'ensemble d'injection si tu veux. Là t'as le plateau avec les alvéoles dans lesquelles il y a les étuis, tu sais, qu'on remplit. Ça c'est le schéma d'une remplisseuse. C'est un schéma un peu grossier quoi, mais pour te faire voir... on a entouré tout ça avec un cordon et on avait 2 ou 3 sondes, ce qu'on appelle des thermistances à l'intérieur, avec un boîtier de régulation de température ici. Et on réglait, on réglait cette température entre 70 et 76 degrés, température nominale de fonctionnement. Une fois qu'on avait fait ça, on entourait tout ça avec des bandes d'amiante et, par-dessus ces bandes d'amiante, on remettait une couche d'isolant, laine de verre machin, etc., et on finissait en bouclant avec du scotch, des trucs comme ça, pour entourer la machine. Ce qui permettait d'avoir une température constante à l'intérieur de la cuve et donc d'isoler la cuve. (Extrait d'entretien d'Ulysse, 27/06/2015)

8.2.5 - Les conditionneuses, un poste de travail à l'abri des expositions aux risques chimiques ?

Dans l'Usine 5 du Groupe *Siréelle*, il n'est plus question de conditionneuses, mais d'opérateur-ice-s de conditionnement. Elles ne travaillent donc plus comme autrefois, à plusieurs autour des chaînes de conditionnement. La plupart du temps, elles (car les femmes sont ici aussi plus nombreuses que les hommes) assurent seules la conduite des lignes de production/conditionnement des vernis à ongles, rouges à lèvres, gloss et fonds de teint.

Lors de l'expertise CHSCT réalisée en 2010, 126 opérateur-ice-s de conditionnement ont été comptabilisé-e-s. À ce moment-là, en raison de la poursuite du projet de spécialisation de l'usine, les consultant-e-s en charge du rapport avaient prévu la suppression de 33 de ces postes. La réduction des postes dans cette catégorie représentait à elle seule plus de 70 % du total des postes qui allaient être supprimés du fait du projet de spécialisation de l'usine.

Autrement dit, ce service est celui dans lequel les conséquences du projet de spécialisation ont été les plus importantes.

Certaines lignes de production ont été transférées vers une autre usine européenne appartenant au Groupe *Siréelle* et, en contrepartie, d'autres lignes provenant de cette usine ont été accueillies à l'Usine 5. Pour cette raison, en plus des postes réduits par le biais du plan de cessation d'activité anticipée (CAA), d'autres postes ont été concernés par des mutations internes entre les ateliers de production et d'autres services.

L'atelier de rouges à lèvres et gloss comptait 18 lignes pilotées chacune par une seule opératrice. Ces lignes tournaient à une vitesse d'environ 40 coups/minutes, ce qui représente une cadence relativement faible en comparaison à d'autres lignes faisant jusqu'à 120 coups/minutes. Cette cadence est néanmoins justifiée par les contraintes inhérentes à ces produits, comme c'est le cas des durées de chauffe (pour faire fondre la pâte en début de ligne) et de refroidissement (en fin de ligne).

Toujours d'après le rapport d'expertise CHSCT de 2010, l'atelier de fonds de teint disposait de 12 lignes différentes tournant chacune à des vitesses comprises entre 32 et 140 coups/minutes. Cela signifie que les plus lentes disposaient d'une technologie ancienne nécessitant beaucoup d'interférences humaines pour l'alimentation en matières premières⁴⁷¹ et pour la mise en cartons en bout de ligne.

L'atelier des vernis à ongles était composé de 5 lignes (de 60 à 120 coups/minutes) et accueillait 4 autres lignes (3 de fonds de teint et 1 de rouges à lèvres).

Toutes ces opératrices du conditionnement étaient encadrées par 9 animatrices d'équipe qui étaient également en charge du contrôle du travail des caristes des ateliers de conditionnement. Dans ces ateliers de conditionnement travaillaient également des techniciens régleurs en charge de la manutention des lignes et répondant directement à un animateur technicien.

Enfin, les consultant-e-s en charge du rapport ont précisé que les ateliers de conditionnement de fonds de teint et de vernis à ongles étaient les plus privilégiés par les opératrices lors des mutations internes, en raison de « la qualité des collectifs de travail et des rapports hiérarchiques ». À l'opposé, un autre atelier était évité par les opératrices du fait de la réputation des animatrices d'équipe, jugées plus « dures », mais aussi parce que certaines des lignes exigeaient un important investissement dans le port de charges (cartons et seaux) et dans des activités de nettoyage (lavage des cuves). Certaines opératrices n'avaient pas envie

⁴⁷¹ La cuve est remplie par l'opératrice qui doit y verser des seaux pesant entre 8 et 10,5 kg chacun.

d'être mutées à l'atelier des vernis à ongles, en raison des charges lourdes (les emballages en verre), mais aussi du bruit et de l'odeur de l'acétate d'éthyle (solvant utilisé pour le nettoyage des lignes).

Lors de leur enquête, les consultant-e-s ont constaté « que les opératrices de conditionnement, tout âge et toute ancienneté confondue, ont essentiellement souhaité discuter des maux et des douleurs qu'elles ressentent au niveau de leurs membres supérieurs et de leur dos ». Ce constat rejoint notre propre expérience de terrain auprès des opératrices du conditionnement, mais aussi des fabricantes et caristes (Cf. supra « 8.2 Des « bruits qui courent » à l'alerte »).

Ainsi, les questions relatives aux risques TMS et, en second lieu, celles relatives aux risques psychosociaux constituent le noyau dur des discussions sur les relations entre travail et dégradation de la santé. Le rapport indique qu'entre 1993 et 2005 l'entreprise a comptabilisé 17 maladies professionnelles reconnues dans le cadre du tableau n° 57. Ce chiffre est passé à 34 pour la période 2006-2009 (33 MP reconnues dans le cadre du tableau n° 57 et 1 dans le cadre du tableau n° 98). En très peu de temps, le nombre de TMS a donc explosé et par conséquent les risques ont connu une « *sur-visibilisation* » en raison de leur reconnaissance en tant que MP. D'après les consultant-e-s, cette visibilité s'expliquerait par le changement de méthode au niveau de la CRAM qui comptabilisait dès lors toutes les MP reconnues pour une même personne au lieu de ne comptabiliser que le nombre de personnes reconnues, comme elle le faisait auparavant. Une autre des raisons évoquées est l'intensification du travail qui fait que même les opératrices plus jeunes et avec peu d'ancienneté, ainsi que les intérimaires, se plaignaient de douleurs persistantes.

Par ailleurs, les consultant-e-s expliquent que le nombre de TMS est certainement supérieur à celui des cas reconnus, car de nombreuses opératrices préfèrent ne pas recourir à la déclaration. Les consultant-e-s citent en ce sens un extrait d'entretien dans lequel une opératrice explique ces raisons :

Je n'ose pas déclarer ma maladie, mais je me fais soigner. J'ai peur de me faire licencier si ma maladie est reconnue en tant que MP. Ça s'est déjà produit sur le site, après un arrêt maladie de plus d'un an parce que la collègue ne pouvait plus du tout travailler, elle avait beaucoup trop de douleurs. (Opératrice interviewée par les consultants en charge du rapport d'expertise CHSCT, 2010)

D'après les consultant-e-s, la population exposée aux risques TMS entre 2009 et 2010 pourrait s'élever à 365 travailleur-se-s, parmi lequel-le-s ils comptent les opérateur-ice-s de fabrication et du conditionnement, les caristes, ou encore les intérimaires intervenant sur

différents postes. Cette situation était d'autant plus inquiétante que l'usine ne disposait pas vraiment de postes aménagés pour reclasser les personnes blessées. Ainsi, au retour de leur arrêt maladie, les salarié-e-s avec des MP et des limitations reconnues étaient souvent placé-e-s à des postes les exposant aux mêmes risques, obligeant le CHSCT à intervenir auprès de la direction.

Par ailleurs, ces consultant-e-s déplorent l'approche des risques TMS exclusivement biomécaniques par l'entreprise, ainsi que sa recherche de productivité, alors même qu'ils ont soulevé des facteurs tels que : l'intensification continue du travail ; le manque d'aménagements techniques sur les lignes ; la qualité de certains packagings ; la manipulation de seaux ; l'utilisation de transpalettes manuelles ; le recours massif à du personnel précaire ; les facteurs de risques psychosociaux (RPS) ; les horaires atypiques et/ou allongés ; et les facteurs d'ambiance physique. Qui plus est, cette approche réductionniste contribue à ignorer les liens de causalité entre les facteurs TMS et les facteurs de risques psychosociaux (RPS), ce qui, d'après les consultant-e-s, conduisait à des actions limitées en matière de prévention, voire contribuant à aggraver les situations pathogènes.

Concernant l'intensification du travail, ils et elles expliquent que les opératrices sont passées de deux à une par ligne et que leur activité de travail est également passée d'un travail qui consistait à surveiller les lignes à un travail dans lequel elles doivent « relever les dysfonctionnements et les aléas, d'abord sur papier et maintenant sur informatique ; réaliser certaines tâches de qualité sous outil informatique ; gérer les lancements et fin de production de lots dans SAP ; réaliser certaines tâches de réglages quand c'est possible ; former les intérimaires et les TOV ». Le travail s'est donc intensifié, avec une importante complexification des tâches, par exemple avec l'exigence de formation et de maîtrise des outils informatiques qui font depuis partie de leur activité quotidienne.

À propos des RPS, les consultant-e-s ont indiqué plusieurs points sensibles. C'est par exemple le cas du stress lié aux mutations internes dues à la poursuite du projet de spécialisation du site. Les consultant-e-s rapportent aussi des tensions plus importantes entre les opératrices et les animatrices de certains ateliers. Pour l'ensemble des ateliers, ils et elles ont constaté le mécontentement des opératrices quant au système d'entretien individuel de fin d'année, dans lequel les opératrices sont convoquées pour l'appréciation de leur production de l'année afin de définir les primes qui leur seront accordées. Ce système est avant tout vécu comme très inégalitaire et comme une véritable mise en scène. Ils et elles signalent que les animatrices sont elles aussi soumises à la pression de devoir répondre aux objectifs de

rendement. Dans certains cas, cette tension frôle la limite du harcèlement moral à l'égard des opératrices. Ces dernières subissent également le mécontentement de la hiérarchie lors des dysfonctionnements répétés sur les lignes, alors qu'elles n'ont pas d'emprise sur ces situations. Notons aussi les conséquences du projet de spécialisation sur la déstabilisation du collectif. Les consultant-e-s donnent l'exemple d'un atelier dans lequel les opératrices sont très unies et sont donc plus écoutées par la hiérarchie, à l'inverse de celles d'un autre atelier où au contraire elles ont été tellement « brimées » par l'ancienne animatrice qu'elles ne font plus qu'obéir. Le renouvellement du personnel dans ces ateliers déstabiliserait donc ces collectifs solidaires qui seraient dès lors obligés de se reconstruire, alors que les espaces consacrés à cette fin n'existent plus vraiment. Enfin, les consultant-e-s signalent le manque de cohérence de la part de la hiérarchie dans la gestion du planning de production. Par exemple, une ligne est chargée de produire un vernis à ongles bleu, puis un rouge et à nouveau un bleu, obligeant ainsi les opératrices à multiplier les gros nettoyages à chaque changement de couleur.

Nous avons eu plus d'informations sur ce dernier point dans un autre rapport (produit par le service interentreprises de médecine du travail en 2012) portant cette fois-ci sur l'évaluation des expositions des salariées à l'acétate d'éthyle. Ce deuxième document (tout aussi confidentiel que le premier) nous a permis de comprendre plus concrètement les tâches de nettoyage des lignes, également à la charge des opératrices du conditionnement. On regrette néanmoins qu'au niveau du conditionnement cette évaluation n'ait porté que sur un seul polluant (l'acétate d'éthyle), sur un seul atelier (celui des vernis à ongles)⁴⁷² et sur les seules activités de nettoyage quotidien et mensuel. Cette évaluation a néanmoins montré que les opératrices subissent des niveaux trop importants d'exposition à ce polluant.

Encadré 21 – Extrait du Rapport d'expertise sur l'activité de maintenance mensuelle et maintenance en fin de poste

Le résultat obtenu est le reflet d'une exposition beaucoup trop importante à l'acétate d'éthyle. Il est impossible de déterminer des pics d'exposition étant donné que chaque opération effectuée par la salariée lors de la maintenance est exposante. Cette dernière travaille dans un espace confiné dans lequel les vapeurs de polluants sont concentrées. Le système de ventilation en place indique que la vitesse d'aspiration dans la zone d'exposition de la salariée est nulle (valeur confirmée par les tests fumigènes réalisés en complément). La position de la salariée est telle que ses voies respiratoires sont très proches de la source d'exposition. Concernant les équipements de protections individuelles, nous constatons que :

⁴⁷² Cette évaluation a également signalé les expositions aux poussières dans l'activité de pesée dans la fabrication (Cf. supra « Le cas des fabricantes »).

Celle-ci dispose d'une protection respiratoire totalement inutile (un masque type FFP1 avec imprégnation au charbon actif, protégeant uniquement contre les poussières et les aérosols).

Les lunettes qu'elle porte ne tiennent pas suffisamment et cette dernière les remonte très régulièrement sans retirer ses gants⁴⁷³.

Pour finir, l'opératrice se nettoie les mains à l'acétate d'éthyle induisant ainsi une exposition cutanée et la possibilité d'une exposition par ingestion.

La VLEP est dépassée 2,56 fois, il est donc urgent d'intervenir rapidement sur ce cas. En effet, il est inadmissible que les opérateurs soient exposés à de telles doses alors qu'il a été prouvé que les premiers effets (aigus) pouvaient apparaître à une concentration de 1400 mg/m³.

Il convient de réfléchir à une solution de déplacement de cette activité. Si les bacs de rétentions étaient rendus amovibles et qu'ils étaient nettoyés dans un espace adapté, cela pallierait à de nombreux problèmes autant du point de vue toxicologique qu'ergonomique.

Concernant les EPI, des masques à cartouches filtrantes A2 doivent impérativement être mis à disposition des opérateurs. Les lunettes de protections doivent également être remplacées en prenant en compte le tour de tête des opératrices afin qu'elles puissent tenir convenablement.

Maintenance fin de poste⁴⁷⁴

Le prélèvement d'acétate d'éthyle réalisé lors de la maintenance fin de poste montre la présence de ce polluant à un taux supérieur à 10 % de la VLEP Court Terme Allemande fixée à 3 000 mg/m³. Cette valeur reflète l'exposition de travailleur à ce polluant. Au cours des prélèvements, l'observation de la salarié a pu mettre en évidence certaines phases exposantes ; à savoir :

Le chargement du benot⁴⁷⁵ en acétate d'éthyle

L'imprégnation du chiffon

Le rinçage du chiffon

Il n'existe pas, pour ces activités, de ventilation à la source susceptible de capter les polluants émis.

De plus, la vitesse d'air mesurée à l'intérieur de la machine en zone d'exposition est nulle.

Notons que le benot (seau) était refermé systématiquement à chaque ouverture.

Des fontaines à solvant devraient être mises en place afin de diminuer les quantités d'acétate d'éthyle manipulées. Les opérateurs doivent être équipés de masques à cartouches filtrantes type A2.

Dans le rapport d'expertise CHSCT de 2010, les consultant-e-s ont précisé que, sur les lignes de l'atelier de conditionnement des vernis à ongles, un nettoyage du fût en fin de production était fait toutes les 2h 30 et que, sur une ligne spécifique, il était fait chaque heure ou 1h 30, ce qui représente plusieurs situations d'expositions aiguës. À cela, ajoutons l'exposition faible mais constante dans cet atelier où le benot d'acétate d'éthyle est toujours à proximité afin qu'en cas d'accident l'opératrice puisse venir nettoyer rapidement la zone à l'aide d'un chiffon imbibé. Nous avons en effet été témoins de cette situation lors de notre visite de l'usine.

⁴⁷³ Soit le même type de contact cutané qui avait été décrit par Brahim Mohammed-Brahim (2009) cité plus haut.

⁴⁷⁴ D'après le rapport d'évaluation des expositions à l'acétate, lors de ce nettoyage quotidien l'opératrice doit : charger le benot en acétate d'éthyle, démonter les parties amovibles du mécanisme, nettoyer manuellement (au chiffon imbibé) l'intérieur de la machine, nettoyer manuellement (au chiffon imbibé) des parties amovibles de la machine sur le plan de travail, remonter les parties amovibles et vider le benot avec de l'acétate usé.

⁴⁷⁵ Du jargon professionnel, désigne une espèce de seau métallique.

Le travail des conditionneuses a considérablement changé au fil des ans. D'après les récits des opératrices au conditionnement, il semblerait que les conditions de travail n'aient pas cessé de se dégrader. Et, même si les risques plus factuels tels que les TMS et les RPS sont ceux qui retiennent le plus souvent l'attention des ouvrières, force est de constater que, dans l'atelier des vernis à ongles, elles sont également souvent exposées à des risques toxiques représentés par l'acétate d'éthyle qu'elles utilisent quotidiennement pour le nettoyage des lignes. Nous ne pouvons pas affirmer que les anciennes générations de conditionneuses de vernis à ongles étaient elles aussi concernées par cette exposition. Une chose est sûre, si tel était le cas, elles ont probablement connu des situations d'exposition encore moins contrôlées et avec des outils de protection encore moins au point qu'aujourd'hui. Dans le point précédent, nous avons vu qu'avant l'interdiction de l'amiante les conditionneuses avaient pour habitude de réutiliser les filtres de parfums usagés en amiante, ce qui constitue une autre source d'exposition possible à un cancérogène.

Ce sont là autant d'éléments qui montrent l'intérêt de dépasser les stéréotypes selon lesquels le travail des conditionneuses serait débarrassé des risques toxiques. Une étude toute aussi approfondie sur le travail de conditionnement d'autres produits révélerait très certainement d'autres sources d'exposition aux produits chimiques ne serait-ce que lors du nettoyage et de l'entretien des lignes.

En ce sens, les conditionneuses sur les lignes de rouges à lèvres et de gloss nous ont également appris qu'elles aussi doivent réaliser ces activités. Pour le nettoyage après le conditionnement des rouges à lèvres elles utilisent une mousse et une huile après le conditionnement des gloss. Ce dernier procédé est décrit comme « dégueulasse » : à l'aide d'un chiffon trempé dans de l'huile, l'opératrice nettoie la machine puis la racle afin d'enlever tous les résidus, portant pour cela des gants et des lunettes. Elles utilisent aussi du produit vitre pour nettoyer les carters et autres parties de la ligne. Dans le conditionnement des mascaras (qui n'est plus réalisé au sein de l'usine 5), le nettoyage impliquait également une importante utilisation de solvants. Les conditionneuses ayant le plus d'ancienneté ont travaillé sur ces différentes lignes. Quant aux plus jeunes et aux intérimaires, la demande de polyvalence les oblige aussi à circuler entre les différents ateliers afin d'assurer la production en cas d'absences.

8.2.6 - La relation entre la « double institutionnalisation de l'instabilité » et l'invisibilisation des risques différés dans le temps

Dans « Précarisation sociale et restructurations productives »⁴⁷⁶, Béatrice Appay (1997 : 509-553) a posé le concept de la précarisation sociale à partir de la mise en perspective d'un double processus d'institutionnalisation de l'instabilité :

(...) l'un, de précarisation économique qui résulte de la précarisation salariale et de celle des structures productives ; l'autre, d'institutionnalisation de l'instabilité à travers en particulier les transformations des systèmes législatifs afférents au travail et à la protection sociale. (Appay, 1997 : 520)

D'après Appay, c'est sur ces deux dynamiques que la santé au travail peut aussi jouer le rôle de « révélateur des processus de précarisation sociale » (*Ibidem* : 519). Dans la suite du chapitre d'Appay dans le même ouvrage publié par l'IRESO en 1997, Annie Thébaud-Mony poursuit la réflexion sur « La santé au travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale » (1997 : 555-575). Dans de ce chapitre, elle présente l'exemple des travailleur-se-s des entreprises sous-traitantes comme des catégories de travailleur-se-s fragilisé-e-s par la précarisation sociale et qui se retrouvent pris-e-s au piège par le mode de gestion du risque dans des entreprises telles qu'EDF (Electricité de France). Ces travailleur-se-s particulièrement exposé-e-s aux rayonnements ionisants mettent en jeu leur santé afin de conserver un travail et donc une source de revenus. Ils et elles sont ainsi soumis-e-s à « un choix terrible » que Thébaud-Mony décrit ainsi :

(...) accepter le chômage quand ils ont atteint la dose limite réglementaire d'exposition aux rayonnements ionisants ou bien être eux-mêmes acteurs de l'invisibilité de cette exposition et de ses conséquences à moyen ou long terme, en laissant de côté l'appareil de mesure censé enregistrer leur exposition. (Annie Thébaud-Mony, 1997 : 570)

Tributaire de ces deux dynamiques sociales soulignées par Appay, la santé des travailleur-se-s est de plus en plus menacée par la fragilisation du lien social et par la remise en cause du droit du travail et des systèmes de protection sociale, tout en étant en même temps, comme l'a précisé Thébaud-Mony, de plus en plus instrumentalisée par les travailleur-se-s eux-mêmes afin de négocier au mieux et le plus durablement possible leur place dans le salariat. D'où l'intérêt, dans le cas de l'attitude de certaines catégories face aux risques toxiques, de ne pas conclure trop rapidement au déni et de négliger tout un pan des rapports sociaux qui construisent en réalité une dynamique zélée de marchandisation de la bonne santé.

⁴⁷⁶ C'est le titre de l'avant dernier chapitre du livre *Précarisation sociale, travail et santé*, publié par l'IRESO en 1997 et codirigé par Appay et Thébaud-Mony.

8.2.6.1 - Le productivisme et l'altération du rythme circadien par la régularisation du travail de nuit

Comme nous l'avons vu auparavant (*Cf.* chapitres 3 et 7), différents arguments ont animé la critique autour du protectionnisme recherché par l'interdiction du travail de nuit aux femmes. La première loi leur interdisant le travail de nuit date du XIX^e siècle, plus précisément de 1892. D'après Marie-Hélène Zylberberg-Hocquard (2001) :

(...) ce texte n'est pas uniquement une loi sur le travail industriel féminin, encore moins une loi sur le travail de nuit ; la moitié seulement des articles concerne les femmes. L'un d'eux limite à onze heures leur journée de travail, ce qui a eu rapidement pour conséquence, dans les ateliers où hommes et femmes travaillaient côte à côte, de diminuer la journée de travail pour tous. (Zylberberg-Hocquard, 2001 : 139-140)

Par ailleurs, Jennifer Bue et Dominique Roux-Rossi (2001) rappellent dans ce même article intitulé « Le travail de nuit des femmes » que :

(...) l'interdiction posée à l'encontre des femmes dans le code du travail français (article L.213.1) depuis 1892, ne concernait essentiellement que le secteur industriel et n'était pas applicable aux établissements commerciaux, aux établissements d'hygiène et de bien-être, gros bastions de l'emploi féminin de nuit. Par ailleurs, jusqu'à aujourd'hui, aucune réglementation du travail de nuit ne figure dans le code du travail, les seules dispositions pouvant régir cette forme d'emploi relevant exclusivement de certaines conventions collectives. Concrètement cela se traduit par des conditions de travail de nuit très diversifiées d'une entreprise à l'autre : majorations plus ou moins importantes des rémunérations, réductions d'horaires ou non, etc. (Bue et Roux-Rossi, 2001 : 150)

Ainsi, lors de nos entretiens auprès des ouvrières de l'Usine 5, nous avons pu constater différents aspects en rapport avec le travail de nuit des femmes. Caroline, par exemple (citée plus haut dans « Le cas des fabricantes »), a commencé à travailler à l'usine en 1979 dans les premières équipes du soir. Elle travaillait de 17h à 21h. Mélanie (citée dans le point 8.2.2) fait quant à elle partie des nouvelles intégrantes (sur la base du volontariat) des équipes du week-end. Elle nous a expliqué que des équipes comme la sienne sont créées en fonction de l'augmentation du volume à produire. Donc, depuis quelques mois, deux équipes du week-end se relayaient. Un week-end, une équipe travaillait de 5h à 17h et une autre de 17h à 5h du matin, puis inversement le week-end suivant.

Lors de son entretien individuel, Mélanie (cariste remplaçante, 44 ans), mère de trois enfants et divorcée, nous explique les différentes raisons qui l'ont poussée à passer en équipe de nuit. Pour elle, ce changement momentané lui permettait de pallier à la monotonie de son poste. Elle avait intégré l'usine en 1995 au conditionnement des parfums. Au cours de ces années, Mélanie est passée par tous les ateliers. Elle a même passé un permis cariste mais n'a pas été titularisée à ce poste. De ce fait, elle a pu se porter volontaire pour être cariste

remplaçante en équipe de nuit le week-end. D'après Mélanie, le travail de nuit le week-end présentait aussi l'avantage de lui laisser du temps pour s'occuper de ses enfants durant la semaine (les amener et les récupérer à l'école, les garder le mercredi). En revanche, la petite prime de remplacement de poste similaire à laquelle elle avait droit n'avait pas été déterminante pour son choix.

Mais, même si Mélanie était plutôt positive sur le travail en équipe de nuit, lors de l'entretien collectif avec des membres du CE, d'autres opinions ont émergé quant aux contraintes physiques imposées par ce rythme inhabituel, où en tant que seule cariste elle doit assurer le ravitaillement des 20 lignes, ce qu'a alors acquiescé Mélanie. C'est Giselle (cariste, 35 ans, élue CHSCT) qui relate sa rencontre avec une cariste travaillant en équipe de nuit : amaigrie, les larmes aux yeux, stressée par l'intense charge de travail et avec des horaires « pas normaux ».

Ah oui les horaires de nuit, on a plus de mal, oui. Moi je vois, pour pouvoir le comparer maintenant, c'est vrai que c'est... tu as un coup de barre à 1 heure du matin, tu te dis oula, on est toutes comme ça, quoi... c'est normal je pense, c'est pas le bon rythme pour l'organisme. [...] Tu vois, le préparatif que j'ai fait moi, c'est quand je suis le week-end du matin, ma semaine j'enclenche... tu sais moi je me lève pour mes enfants le lundi matin... j'enclenche nickel, facile, tout va bien. Par contre le lundi, quand j'ai fait les horaires de nuit, je suis kaput, kaput... Bon déjà, je peux pas me coucher tout de suite... mais les filles elles me disaient, elles, elles se couchent de suite ou le plus tôt possible, et elles dorment la journée. Moi je me réveille, il est 16 heures, et encore parce que je mets l'alarme pour les enfants quoi. Mais oui, après le week-end de nuit, on est KO, on a plus de mal à récupérer. [...] Donc maintenant, c'est comme les femmes qui travaillent de nuit, il est reconnu qu'elles ont plus de risques que les autres, mais ça c'est général, c'est pas spécifique à notre type d'entreprise. C'est du travail de nuit. (Mélanie, dans l'extrait d'entretien collectif avec les membres du CE)

Mélanie ne précise pas pourquoi mais elle sait que le travail de nuit est reconnu pour porter des atteintes spécifiques à la santé des femmes. Cette connaissance scientifique fait référence à la corrélation établie entre le travail de nuit et la probabilité de développer un cancer du sein chez les femmes. En 2007, le CIRC a classé le travail de nuit comme probablement cancérigène pour l'homme et, en 2013, l'étude française CECILE a précisé que ce risque était plus important pour les femmes ayant réalisé du travail de nuit pendant plus de 4 ans et ce avant d'avoir eu des enfants.

Malgré ces évidences, Magalie (55 ans conditionneuse, présente à l'entretien collectif au CE) minimise les commentaires de ses collègues. D'après elle, cela se fait sur la base du volontariat et certaines personnes sont plutôt contentes de faire ces horaires-là. Il se peut cependant que ce volontariat soit de moins en moins choisi et de plus en plus contraint, car, d'après les consultant-e-s ayant contribué au rapport d'expertise CHSCT de 2010, avec la

poursuite du projet de spécialisation de la production le recours au travail des équipes dans des horaires atypiques risquait de se généraliser. Dans le même sens, une fiche synthèse de la DARES de 2005⁴⁷⁷ montrait que, depuis dix ans, la progression du travail de nuit se faisait plus rapidement chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, les ouvrières qualifiées (2,6 % en 1993 contre 8,7 % en 2002) et non qualifiées (2,3 % en 1993 contre 9,7 % en 2002) de l'industrie comptaient parmi les professions pour lesquelles le travail de nuit était le plus fréquent.

8.2.6.2 - La gestion flexible et l'« invisibilisation » des risques encourus par les intérimaires

Nous voulons ici insister sur l'« invisibilisation » des risques toxiques qui pèsent sur les catégories de travailler-se-s les plus précaires : les intérimaires. Il convient d'insister également sur le fait que le projet de spécialisation adopté par le Groupe *Siréelle*, qui est transposé à l'ensemble de ses usines, vise à atteindre des objectifs d'augmentation de la production avec une réduction des effectifs. De ce fait, le recours à des travailleur-se-s intérimaires vient palier les départs à la retraite non remplacés et l'absentéisme lié aux problèmes engendrés par les mauvaises conditions de travail, dont font partie les TMS.

Les intérimaires se retrouvent affecté-e-s à différents postes de l'unité de production : des technicien-ne-s aux opérateur-ice-s de conditionnement. Par conséquent, ces travailleur-se-s sans statut sont soumis-se-s aux mêmes contraintes organisationnelles que les autres et sont de ce fait exposé-e-s, voire surexposé-e-s aux mêmes risques.

Ainsi, nous avons pu trouver des intérimaires travaillant dans la fabrication, soit l'un des services où le contact avec des matières premières est plus abondant et plus direct ; les risques CMR sont donc possiblement plus importants. Dans ces ateliers, les intérimaires occupent les postes de pesée et sont ainsi obligé-e-s de manipuler les matières premières, de les déplacer de leur emballage d'origine afin de les peser. Nous avons vu par ailleurs (point 8.2.1) que des dysfonctionnements importants au niveau du système d'aspiration faisaient que ces travailleur-se-s étaient exposé-e-s lors de ces activités.

Nous avons aussi traité des niveaux trop élevés d'exposition à l'acétate d'éthyle dans l'atelier de conditionnement des vernis à ongles. Lors de notre visite de l'usine, nous avons pu dialoguer avec une intérimaire travaillant sur l'une des lignes de conditionnement de cet atelier. Cette jeune intérimaire âgée d'une vingtaine d'années était également enceinte de 3 mois. Elle avait été chargée d'aider l'opératrice titulaire dans l'approvisionnement de la ligne

⁴⁷⁷ DARES, Premières Informations Synthèses. Octobre de 2005, n° 40.2.

en étuis. Intriguées par la forte odeur qui se répandait dans toute l'usine et plus encore dans cet atelier, nous lui avons demandé si elle n'était pas gênée par l'odeur ou inquiète pour son bébé. Elle nous a alors expliqué qu'au bout de quelques jours elle s'était habituée à l'odeur au point de ne plus la sentir. Néanmoins, au tout début, elle était effectivement inquiète. C'est alors que l'animatrice lui a expliqué qu'il n'y avait pas de danger et que son poste était aménagé. Elle pouvait se maintenir à la fin de la ligne où un tabouret avait été placé spécialement pour qu'elle puisse s'asseoir si besoin. De cette façon, elle était à l'opposé de la tête de la ligne où le seau d'acétate est normalement posé. Nous n'avons pas pensé à ce moment-là à lui demander si elle n'assurait pas aussi les activités de nettoyage.

Toujours est-il que cette situation montre bien que, même quand les substances manipulées ont des propriétés leur conférant une forte visibilité, dans ce cas au niveau de l'odorat, les intérimaires ne disposent pour informations sur les risques que de celles que la hiérarchie veut bien leur donner. Afin d'assurer leur mission contre un revenu, ils et elles n'ont d'autre choix que de faire confiance aux consignes qui leur sont données. Il reste que dans ce flux tendu de production peu de temps est consacré à la formation.

8.2.7 - De la perception des risques à l'action : les exemples de luttes pour la mise en « visibilité » des conséquences des expositions professionnelles aux substances toxiques pour la santé

8.2.7.1 - Des expositions qu'on peut porter jusqu'à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur

Nous avons rencontré Sylvain en 2012 ; il avait alors 55 ans et était fabricant depuis 35 ans dans l'Usine 4 du Groupe *Siréelle*, spécialisée dans les produits de soins corporels (shampoings, gels douche et colorants). En avril 2010, suite à un contrôle médical, Sylvain a reçu de son médecin du travail un certificat dans lequel il était dit :

Vous avez pendant votre exercice été amené à manipuler des produits chimiques (colorants) qui contenaient des amines aromatiques (de 1977 à 2000 d'après votre dossier médical) c'est pourquoi vous aviez un suivi médical particulier avec examens complémentaires (recherche de sangs dans les urines et cytologie urinaire). Ces examens se sont poursuivis tous les deux ans conformément à la législation, après cessation de l'exposition.

La dernière cytologie a permis de dépister la polypose vésicale pour laquelle vous êtes actuellement soigné par le DR. XX. Les lésions vésicales liées à l'exposition aux amines aromatiques sont inscrites au tableau 15 ter des maladies professionnelles, il est donc possible de demander à votre urologue de faire une demande de reconnaissance de maladie professionnelle et d'y joindre une copie de la présente lettre.

Ce diagnostic a été déterminant pour la suite de l'histoire professionnelle mais aussi personnelle et subjective de Sylvain.

Tout au long de ses années d'activité au sein de l'Usine 4, Sylvain a cumulé, en plus de son poste de fabricant, des responsabilités en tant que délégué syndical, puis comme membre élu du CHSCT. Ce vécu professionnel particulièrement politisé et ouvert aux questions de santé et de sécurité au travail nous semble avoir été déterminant pour le sens que Sylvain a pu donner à son diagnostic.

Bien sûr, il ne faut pas oublier qu'à la différence du médecin de Mélanie celui de Sylvain lui a tout de suite établi un CMI avec lequel ce dernier a fait une déclaration en MP auprès de la CPAM. Comme dans tous les cas, une enquête contradictoire a été mise en place et la Société a dû répondre à l'hypothèse de la présomption d'imputabilité soulevée par le médecin de Sylvain.

Ci-dessous nous citons un extrait de la lettre adressée par le responsable de l'usine à la CPAM, dans le cadre de la contre-enquête administrative suite à la déclaration en MP faite par Sylvain :

Nous avons identifié qu'une matière première, le « nom commercial » (code de produit à 2 chiffres et une lettre) pouvait contenir des substances indiquées dans le tableau 15TER. En effet, comme vous pouvez le voir dans le tableau ci-dessous, cette matière première contient de l'o-toluidine.

La teneur en o-toluidine de cette matière première est cependant inférieur à 100 ppm (partie par million), ce qui relève plutôt de l'impureté de la matière première⁴⁷⁸.

D'autre part, cette substance /impureté n'apparaît pas dans notre entreprise à l'état libre. En effet, le « nom commercial » est une matière première liquide, en solution aqueuse à 50%. Il n'est donc pas possible dans notre entreprise d'inhaler de l'o-toluidine puisque cette substance n'est jamais présente sous forme de poudre.

Enfin, cette matière première entrait dans la composition de certains produits de coloration pour cheveux. Ces produits étaient fabriqués dans une unité de production à laquelle M. Sylvain n'était pas affecté de manière régulière.

La production de produits coloration a été arrêtée dans notre usine en 1996.

En conclusion, nous estimons que l'ensemble des éléments ci-dessus ne nous permettent pas de faire de lien direct entre la pathologie dont a souffert M. Sylvain (polypose vésical) et son activité professionnelle dans notre usine. (Extrait de la lettre adressée par le responsable de l'usine à la CPAM, 2010)

Sylvain a été orienté par l'avocat du syndicat pour écrire à son tour une lettre à la CPAM afin de contester les arguments de son employeur. C'est de cette façon qu'il est parvenu à faire reconnaître le caractère professionnel de sa maladie. De ce fait, tous les frais médicaux en rapport avec cette affection ont été remboursés à 100 %⁴⁷⁹.

Revenons sur l'argumentaire mis en place par l'employeur. Dans le contenu de la lettre adressée par celui-ci, nous pouvons tout d'abord constater que l'entreprise semble ne pas avoir pris connaissance de la substance dangereuse présente dans l'une de ses matières premières qu'après l'enquête. D'autre part, l'employeur élabore tout un argumentaire afin de décrédibiliser l'hypothèse étiologique proposée par le médecin. Il avance alors la faible concentration de la molécule en question dans la matière première. Il suggère que la molécule serait concentrée dans la solution aqueuse et que, de ce fait, elle engendrait moins de possibilités d'exposition que si elle avait été sous forme de poudre. Or, l'o-toluidine est un cancérogène sous forme liquide et qui peut être absorbé aussi bien de façon orale, cutanée que par inhalation. Puis, l'employeur prend appui sur la division du travail pour expliquer que, comme Sylvain « n'était pas affecté de manière régulière » à la production mise en cause, son exposition ne pouvait qu'être irrégulière. Autrement dit, l'employeur n'hésite pas à « *invisibiliser* » un aspect important de l'organisation du travail, qui constitue d'ailleurs une

⁴⁷⁸ Les parties ont été soulignées par l'auteur de la lettre.

⁴⁷⁹ Presqu'un an après la reconnaissance, la CPAM lui a envoyé une lettre l'informant de la décision du médecin conseil fixant la décision de guérison de sa maladie – décision qui a été contestée par Sylvain qui ne voyait pas comment on pouvait dire qu'il était guéri alors qu'il devait subir un contrôle annuel durant 5 ans afin d'être sûr que d'autres tumeurs n'étaient pas apparues. Sa contestation a été acceptée et il a pu continuer à être couvert à 100 % pour ses frais médicaux.

injonction forte faite aux salarié-e-s dans le cadre de la gestion flexible : la polyvalence (Cf. chapitre 7).

Or, c'est exactement dans le cadre de la polyvalence que les différentes catégories ouvrières de la cosmétique se retrouvent à devoir réaliser des activités exposantes non comptabilisées dans le cadre de leur poste de travail et donc invisibles au niveau des fiches individuelles d'exposition. C'est donc contre cette organisation du travail sur laquelle s'appuie l'invisibilité sociale des risques cancérogènes que la démarche engagée par Sylvain s'élève.

Ce bras de fer entrepris par Sylvain pour la mise en visibilité des expositions aux cancérogènes qu'il a vécues durant son parcours professionnel a certaines spécificités par rapport à celles entreprises par la plupart des personnes atteintes d'un cancer, qui ont participé à l'enquête du GISCOP93 (Cf. Partie II). Dans le cas de ces dernier-e-s, il faut dire qu'ils et elles étaient atteint-e-s d'un cancer alors que Sylvain souffrait de polypes au niveau de la vessie, ce qui peut aussi être appréhendé comme un symptôme bénin, mais jouant également un rôle d'alerte quant à un facteur de risques. Ensuite, les personnes participant à l'enquête du GISCOP93 sont majoritairement à la retraite, ce qui est cohérent avec le délai de latence long (de 30 à 40 ans) entre l'exposition aux cancérogènes et la survenue de certains cancers. De ce fait, l'enquête contradictoire qui suit la déclaration en maladie professionnelle interroge le fait de se restreindre au dernier employeur alors que l'exposition a parfois eu lieu bien longtemps auparavant, dans le cadre d'un autre emploi (Cf. chapitre 3).

Or, dans le cas de Sylvain, l'enquête contradictoire s'adresse à celui qui est toujours son employeur. Cet aspect n'a pas constitué un frein pour Sylvain et il semblerait que le fait d'avoir été assisté par un avocat n'ait pas été le seul élément déterminant. Nous pensons que ses responsabilités syndicales et celles au sein du CHSCT de l'usine ont été tout aussi importantes pour que non seulement il ne se sente pas intimidé par la confrontation avec l'employeur, mais aussi pour qu'il ne craigne pas pour son emploi. Souvenons-nous de l'extrait de l'ouvrière, cité plus haut, qui préférait supporter la douleur plutôt que de faire une déclaration de peur d'être licenciée.

C'est en ce sens que nous pouvons dire d'une part que la démarche administrative en vue de la mise en visibilité des risques cancérogènes n'est pas accessible au travailleur-se-s lambda qui par ailleurs ignore la plupart du temps ses droits⁴⁸⁰. D'autre part, il nous semble

⁴⁸⁰ Voir les articles de Laurent Vogel, de Karen Messing et d' Anne Marchand dans *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, 2015.

que la position occupée par Sylvain dans le rapport de classe « travailleur-employeur » n'est pas la même que celle occupée par la plupart des travailleuses. Par la position qu'il occupait en tant que syndicaliste avec des responsabilités, y compris dans une instance consacrée aux questions de santé au travail (CHSCT), Sylvain arrive à rééquilibrer le rapport de force établi avec l'employeur.

Or, les femmes – nombreuses dans les industries de la cosmétique – restent minoritaires quant à leur adhésion à un syndicat et d'autant plus quant à leur voix parmi les militant-e-s de la chimie, toutes branches confondues. C'est donc en ce sens que nous pensons que les femmes ont moins de marges de manœuvre pour participer individuellement à la *visibilisation* des dangers toxiques et cancérogènes présents dans leur travail.

Durant les 5 années qui suivent son diagnostic, Sylvain doit subir chaque mois de juin un contrôle. Ainsi, même si les polypes dont il souffrait étaient bénins, il se sentait toujours menacé par l'éventualité d'un nouveau diagnostic montrant l'évolution de son cas dans le mauvais sens. Il appréhendait précisément un diagnostic de cancer.

De ce fait, on peut dire que, si Sylvain n'ignorait pas l'existence des risques chimiques dans son travail, depuis son diagnostic il éprouve très concrètement des effets sur son propre corps. Dorénavant, Sylvain se voit confronté à un doute, fort anxiogène : celui de ne pas savoir comment son corps fragilisé par des expositions à un cancérogène va réagir à d'autres expositions qu'il allait sans doute continuer à subir au poste de fabricant. C'est la raison pour laquelle, depuis son diagnostic, il ne souhaitait plus reprendre son poste. Il dit avoir un blocage, une angoisse :

NON. NON. Non, pourquoi je ne veux pas, parce que ça fait x temps que je suis en train de respirer... il y a toujours une inquiétude. Comme ça, on te dit aujourd'hui qu'il y a des produits qui ne sont pas du tout cancérogènes et peut-être demain on apprend que ces produits-là sont justement (rire)... Après tout ce qui m'est arrivé, je me dis qu'il vaut mieux que je m'éloigne de tout ça. Et alors par contre quand on commence à avoir des doutes sur une matière première, alors même si ta matière première n'est pas déclarée cancérogène. L'entreprise quand elle entend qu'il y a déjà des enquêtes là-dessus et tout, là tu vois que le produit va disparaître, on le met de côté, on passe à autre chose, on prend un autre produit et puis ni vu ni connu. Alors tu vois. Moi, j'ai pour la santé, plus envie de travailler dans ces conditions-là. (Extrait de l'entretien de Sylvain, fabricant en procédure judiciaire contre son employeur).

Cette angoisse, qui revient souvent dans le récit de Sylvain, va bien évidemment croissant pendant les mois qui précèdent les douloureux contrôles de la vessie. Sylvain a la certitude que les produits qu'il a manipulés par le passé y sont pour quelque chose mais il reste incertain quant au potentiel nocif des nouveaux produits. L'angoisse a pris une grande

place dans son quotidien, mais grâce à sa position syndicale il est parvenu à se soustraire du poste de fabricant ainsi que d'autres postes proposés par l'entreprise pour le reclasser.

Le sentiment d'injustice l'a d'ailleurs conduit à une procédure judiciaire afin de faire reconnaître la faute inexcusable de son employeur. Lors de notre rencontre, nous avons pu orienter Sylvain vers les services du cabinet d'avocats travaillant en partenariat avec le GISCOP93, car l'avocat que Sylvain avait eu par le biais du syndicat ne connaissait manifestement pas les méandres de cette procédure. Depuis, nous avons revu Sylvain à quelques reprises et la préparation de son dossier avançait. Il était fier de sa procédure judiciaire pour faire reconnaître la faute inexcusable de son employeur, ainsi que de son rôle de représentant syndical et d'élu du CHSCT. Puis, nous avons finalement perdu contact.

8.2.7.2 - Des expositions qu'on refuse de reconnaître

Nous avons déjà évoqué quelques situations que l'entretien avec Mélanie nous ont permis de connaître. Mélanie avait 44 ans quand nous l'avons rencontrée en 2012. Elle était cariste remplaçante à l'usine dans l'équipe du week-end. En 2007, elle travaillait au conditionnement des vernis à ongles quand son animatrice est venue la voir pour lui proposer de « donner un coup de main à la fabrication ».

À la fabrication, Mélanie a été affectée au pesage des matières premières. Durant cette période, elle a développé une allergie au niveau du cuir chevelu qui lui faisait perdre des masses de cheveux. Elle est alors allée voir une allergologue qui a procédé à des tests qui lui ont permis de constater une réaction allergique à des produits utilisés à la fabrication. Mélanie a voulu faire une déclaration en MP, mais ce médecin s'est refusé de lui fournir un certificat médical initial :

« Ah non non non, je ne veux pas que vous perdiez votre place ». Ben je lui ai dit : « Vous inquiétez quand même pas pour moi, je sais ce que je fais ». Mais moi je voulais que ce soit signalé quoi. Et puis elle m'a pas fait le certificat, vraiment, elle a juste fait un constat, disant que j'avais des allergies, qu'elle m'avait fait le test et que c'était dû aux... comment ils appellent ça ? Il y a aussi le truc dans les vernis à ongles [...] Et donc du coup je suis retournée au boulot et j'ai dit : « moi vous m'oubliez pour la fab, c'est terminé, c'est hors de question ». « Et pourquoi ? » - « Ben parce qu'avec vos machins je fais des allergies ». « Ah bon, ben t'as un certificat ? » - « Non, j'ai pas de certificat parce que justement la spécialiste veut pas prendre position », mais je dis « j'ai tout ça », et je dis « j'ai un descriptif là, ça induit bien que c'est dans tous les produits cosmétiques ». Ah ben ils ont pas insisté. Ils se sont dit : « Ah ben celle-là elle a pété un plomb ». Ah non non, ils se seraient fâchés sinon, ils m'auraient obligée à continuer la fab... mais non pas du tout, ils ont pas... ils ont très bien compris... je pense que ça les arrangeait que ça se tasse. (Extrait de l'entretien de Mélanie, 44 ans, cariste remplaçante dans l'équipe du week-end)

Il faut comprendre que cette situation vécue par Mélanie n'est pas une histoire isolée. Le refus de la part des médecins d'établir un certificat médical tient à la fois au manque de formation sur le rôle qu'ils ont à jouer dans la déclaration des maladies professionnelles et à l'intensification des pratiques de coercition de la part des patrons (Cf. chapitre 3).

Cette pratique d'intimidation a été constatée durant notre terrain au GISCOP93. Le médecin oncologue de l'hôpital Avicenne, principal partenaire hospitalier du projet mené par le GISCOP93, a été réprimandé par son chef de service, parce que ce dernier avait reçu une lettre d'intimidation de la part d'une entreprise. Le patron de l'entreprise s'était en effet plaint auprès du chef de service, car le médecin oncologue avait établi un certificat médical initial pour un ancien salarié atteint d'un cancer et ayant subi des expositions aux cancérogènes durant son travail. Or, le patron menaçait de recourir à l'ordre des médecins pour dénoncer une pratique qu'il considérait diffamatoire et infondée, contestant les moyens dont disposait le médecin pour fonder un lien de causalité quelconque. Ce fait a entraîné des conséquences drastiques pour la poursuite du travail du GISCOP93 en vue de la mise en visibilité des expositions aux cancérogènes des patient-e-s traité-e-s dans cet hôpital. Ce partenariat solide et ayant permis pendant de nombreuses années d'améliorer la visibilité sociale des cancers professionnels a alors pris fin.

Par ailleurs, cette difficulté que rencontrent certaines femmes pour rendre visibles des expositions professionnelles aux produits toxiques n'est pas récente, car, même si les postes auxquels elles sont affectées ou les métiers qu'elles exercent semblent à l'abri de ces risques, dans le travail réel il en va tout autrement.

Dans les archives de la CFDT-Chimie, nous avons retrouvé des lettres échangées entre une chimiste de l'Institut Curie-Fondation du Radium et la CPAM, datant de 1973⁴⁸¹. Dans une première lettre de la CPAM adressée à la chimiste, le refus de reconnaissance d'un accident de travail est justifié par le fait qu'« aucune lésion de nature traumatique n'a été constatée immédiatement après ou dans un temps voisin les faits allégués. Il n'existe pas de preuve d'un « accident » au sens jurisprudentiel du terme ». Suite à ce refus, la chimiste adresse une seconde lettre au secrétaire général de la Commission de Recours Gracieux de la CPAM en réaffirmant les conditions de l'accident pour justifier pour quelles raisons elle ne peut pas accepter cette décision. Elle explique que :

⁴⁸¹ Archives CFDT-Chimie, Paris, DSCN3456.

Au cours d'une manipulation, la seringue dont je me servais pour gaver des souris, s'est bloquée et le liquide contenu dans la seringue a été projeté sur la face droite de mon visage. (Ont témoigné : Mme. FB et Mme. CV). Le produit utilisé est du méthylcholanthrène, produit cancérigène universellement connu, et reconnu comme tel. Ce produit ne cause pas de lésion immédiate, mais son danger est certain et peut provoquer une maladie dont l'incubation latente peut être très longue. » (Extrait de la lettre de la chimiste adressée à la CPAM. Souligné par la chimiste).

Puis c'est le directeur de la recherche et chef de service de la Fondation Curie-Institut du Radium, soit le supérieur hiérarchique de la chimiste, qui adresse en annexe au courrier de cette dernière un argumentaire scientifique de 3 pages portant également une critique pugnace sur la législation française et la Sécurité sociale en matière de reconnaissance des risques cancérogènes.

Nous n'avons pas eu vent d'autres lettres et ne connaissons pas les suites de cette histoire. Néanmoins, ce que l'on en sait illustre que, déjà dans les années 1970, il était nécessaire de sortir de son jargon professionnel et d'adopter des arguments médicaux, scientifiques, mais aussi juridiques pour poursuivre au mieux les démarches visant à rendre visibles les expositions professionnelles à des agents toxiques vécues par les travailleuses. Cela est d'autant plus valable dans ce cas, puisque l'accident en question n'a pas entraîné de conséquences factuelles visibles dans l'immédiat.

Autant dire qu'une chimiste forte du soutien d'un patron scientifique haut placé dans une institution de renom semble avoir moins de peine à trouver les mots justes qu'une ouvrière. De fait, toutes les femmes confrontées à ces risques dans leur travail n'ont pas cette même chance. Cette démarche devient dès lors une entreprise plus complexe pour les travailleuses au statut précaire.

Si la place occupée par les femmes dans la division sociale et sexuelle du travail a une grande incidence sur l'invisibilité des risques toxiques et cancérogènes dans leur activité de travail, les pratiques construites dans le rapport social de classe sont tout aussi déterminantes pour la construction de contre-pouvoirs. C'est en tout cas ce que nous laisse penser le cas de Sylvain.

Conclusion du chapitre 8

Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressées à la question des connaissances et des perceptions des travailleuses de la cosmétique et de la parfumerie, soit une branche de la chimie caractérisée tant pour être un bastion de travail industriel féminin que par son

utilisation massive de substances chimiques. En ce qui concerne les connaissances et la perception des travailleuses, nous avons tenté de soutenir deux thèses.

La première est que, pour assurer leur marché consommateur, les industries de la cosmétique et des parfums ont bâti l'image de leur marque sur l'idée de leur lien étroit avec la science en tant que gage de l'efficacité et de l'innocuité de leurs produits. Leur image de marque repose aussi sur la promotion d'un idéal de beauté et de féminité qui s'est constitué comme une véritable injonction à des normes corporelles et comportementales. Alors que ces injonctions pourraient être mal vécues par les ouvrières, d'autant plus que dans leur travail l'expression des signes de féminité est limitée, l'image de la marque semble au contraire remplir une fonction « sublimatoire » de l'image classique d'un travail ouvrier industriel. Par conséquent, la position de classe de l'ouvrière est sapée tout comme l'antagonisme du rapport de classe, ce qui n'est pas sans conséquences sur le passage du groupe au collectif. C'est donc à la fois de par l'image sublimée des produits et de par l'image sublimée du travail dans la fabrication de ces produits que pouvons soutenir l'idée selon laquelle l'image de la marque participe à la désincarnation du risque lié à ce travail industriel dans la chimie.

La deuxième thèse que nous avons soutenue est que les connaissances et les perceptions que ces ouvrières ont des dangers et des risques dans leur travail correspondent à une construction à la croisée des rapports sociaux de sexe et de classe. Autrement dit, les connaissances et perceptions sont construites en relation avec les places occupées par les ouvrières dans l'évolution de la division sociale et sexuelle du travail dans cette industrie. Comme dans d'autres industries, les risques sont hiérarchisés en fonction de leur factualité. Les dangers représentant des risques immédiats constituent ainsi parfois l'arbre qui cache la forêt. C'est sur la base des douleurs et des troubles musculosquelettiques que les ouvrières ressentent au quotidien ce que le passage au *lean management* implique sur leur corps. Néanmoins, le fait d'avoir des effets différés dans le temps n'est pas la seule raison du déni ou de l'euphémisation des risques CMR que nous avons pu constater de la part de certaines catégories. Dans le cas des fabricantes, nous avons vu que, dans un contexte de promotion de l'égalité professionnelle, l'intégration d'un collectif masculin se fait avec un certain ajustement. La remise en cause de certains aspects du travail occulté par la conduite virile du collectif masculin, dont la pénibilité physique du port de charges, puis une certaine adhésion des femmes à ces conduites sur d'autres aspects du travail, dont l'euphémisation et l'éloge de la maîtrise des risques toxiques.

D'autre part, nous avons souligné que l'industrie participe à cette désincarnation du risque par des pratiques sous couvert du secret industriel, comme c'est le cas du système de codage des matières premières, mais aussi de l'organisation du travail forgée sur l'instabilité. Les catégories les plus fragilisées se retrouvent ainsi prises au piège et plus susceptibles d'assumer à elles seules les risques liés aux places qu'elles occupent dans la production. Nous avons donné en ce sens l'exemple des intérimaires, mais aussi celui de la conditionneuse, mère divorcée avec trois enfants à sa charge et pour qui le travail de nuit le week-end lui permettait à la fois d'échapper à un parcours professionnel sans perspectives et d'être présente auprès de ses enfants durant la semaine. Nous avons aussi démontré que, si la polyvalence demeure la plupart du temps invisible en tant que travail prescrit, elle constitue néanmoins une injonction forte du point de vue du travail réel.

C'est également en ce sens que nous avons insisté sur la nécessité de dépasser les stéréotypes en lien avec la division sexuelle du travail et selon lesquels les postes traditionnellement occupés par les femmes mettraient celles-ci à l'abri des risques toxiques. Nous avons ainsi montré que les conditionneuses étaient elles aussi exposées à des risques toxiques, notamment lors des activités de nettoyage quotidien et mensuel des lignes de vernis à ongles. De par cette exigence en termes de polyvalence, les conditionneuses circulent sur les différentes lignes et ont alors possiblement connu ces expositions, même si elles ne sont pas affectées à ces lignes de façon continue. Par ailleurs, il se peut que le nettoyage des autres lignes de production les expose également à d'autres substances chimiques, mais ces tâches demeurent méconnues. La présence et le contact de l'amiante ont aussi été mentionnés dans les entretiens. La réutilisation des filtres de parfum en amiante ne s'arrêtait pas à l'usine mais allait jusqu'à la maison des travailleur-se-s et à l'infirmerie.

Enfin, nous avons vu que, si les connaissances et perceptions des risques toxiques et CMR varient selon la place occupée dans la division sexuelle du travail, le passage à la lutte pour la mise en visibilité semble dépendre également de la place occupée par le-a travailleur-se dans les rapports sociaux de classe. Nous avons vu (chapitre 3) le jeu des différent-e-s acteur-rice-s dans la procédure de déclaration et de reconnaissance de la MP. À partir de trois exemples, nous avons illustré que plus le-a travailleur-se peut tisser des alliances (médecin, supérieur hiérarchique⁴⁸², avocat, syndicat) plus cette démarche a des chances d'aboutir. De ce fait, Sylvain a pu mener à bien cette lutte par le biais de pratiques construites autant dans le cadre de son parcours professionnel qu'en tant que militant. De par sa position dans le rapport

⁴⁸² Nous avons ceci dans le cas de la fondation de recherche, mais pas dans l'industrie de la cosmétique.

social de classe, il est parvenu à rééquilibrer le bras de fer avec son employeur. Du point de vue des rapports sociaux de sexe, on peut constater que les ouvrières de la cosmétique et de la parfumerie ont vraisemblablement moins souvent ce type de parcours réunissant tous ces éléments qui leur permettraient de rééquilibrer le rapport de force. Selon nous, la transmission de savoirs constitués au travail, sur l'expérience corporelle du travail ou sur les effets du travail sur le corps, constitue une ressource concrète sur laquelle les travailleur-se-s peuvent s'appuyer afin de contrer tout ou partie de l'action des rapports sociaux de classe et de sexe en faveur de la désincarnation du risque toxique, CMR et de son « *invisibilisation* ».

Conclusion générale

C'est en portant notre attention à la question des cancers professionnels et aux difficultés rencontrées par les femmes afin de faire reconnaître les liens entre leur cancer et leur travail que nous nous sommes rendues compte de la nécessité de penser la construction des catégories autour de l'enjeu travail⁴⁸³.

Dans cette thèse nous nous sommes données comme objectif de rendre compte des différents éléments conduisant à *l'invisibilisation* des femmes en tant qu'actrices potentiellement concernées par la problématique de la cancérisation au travail.

Nous nous sommes demandé si les données montrant que les expositions aux risques cancérogènes au travail concernent surtout des travailleurs de sexe masculin, travaillant dans des métiers et secteurs d'activité majoritairement pourvus par des hommes ne contribuerait pas au fait qu'on ne s'intéresse qu'à ces catégories ? Autrement dit, le fait que ces données montrent que le sexe masculin est particulièrement concerné par les inégalités sociales de santé face au cancer ne contribue-t-il pas à nourrir l'idée que le sexe féminin ne l'est pas ?

Ainsi, plus nous avançons dans notre recherche plus nous étions convaincue que ce qui faisait défaut aux femmes était le fait que leur cancer soit plus systématiquement pensé à l'écart des rapports sociaux dont elles étaient pourtant partie prenante.

Des travaux sérieux et documentés (Messing, 2000 ; Vogel, 2003) avaient déjà montré que la visibilité sociale des problèmes de santé au travail s'était bâtie sur un système de mise en visibilité historiquement androcentré.

Dans cette perspective, en s'intéressant au cancer du sein, Ilana Löwy avait mis en avant le fait que les hypothèses étiologiques les plus soutenues par les médecins durant tout le XIX^e et début du XX^e siècle étaient que les femmes avaient soit une prédisposition morale (en rapport avec des déviances sexuelles) soit une tendance héréditaire à développer des tumeurs (Löwy, 2013). Autrement dit, les thèses étiologiques invoquées pour expliquer la cancérisation des femmes se sont historiquement constituées sur la base de représentations naturalistes et essentialistes d'une supposée « nature féminine ». Ainsi encore aujourd'hui, la fréquence avec laquelle le tabac et plus précisément le comportement tabagique des femmes

⁴⁸³ Par là nous faisons référence à la discussion autour de « la dynamique de formation des catégories », développée dans le chapitre 1, sous-partie 1.4.1.

est évoqué pour expliquer les nouveaux cas de cancers semble faire écho à ces représentations naturalistes et essentialistes d'autrefois. Cela bien évidemment au détriment d'autres différents facteurs de risques rentrant en ligne de cause d'une maladie que la science tient par ailleurs comme étant incontestablement d'origine multifactorielle.

Au final, cela n'est pas sans conséquence sur le type de politiques de préventions qui sont adoptées, ni sur les différentes démarches scientifiques et économiques mobilisées pour mieux connaître et lutter contre des facteurs de risques ciblés.

C'est en ce sens que nous pouvons constater qu'un intérêt faible persiste en ce qui concerne à tenir compte du travail comme responsable d'une partie des nouveaux cas de cancers des hommes et des femmes. Par conséquent, tandis que chez les hommes le travail est envisagé pour expliquer une petite proportion des nouveaux cas de cancers, chez les femmes cette hypothèse est plus systématiquement écartée. Plus encore, la division sexuelle du travail, soit l'existence d'une séparation et d'une hiérarchisation entre les places occupées par les hommes et les femmes dans le travail et dans l'emploi (Kergoat, 2004), est évoquée pour conforter l'idée que c'est dans les situations vécues par des hommes que les risques cancérigènes seraient davantage présents. Cette logique de différenciation engendre ainsi une autre logique de séparation et de hiérarchisation des atteintes à la santé au travail selon le sexe. Parce que supposément plus protégées, les places occupées par les femmes dans le travail mobilisent moins d'attention en ce qui concerne les risques cancérigènes. Ceci alors même que leurs situations de travail ont moins souvent fait l'objet d'études. De telle sorte que, comme l'avait signalé Karen Messing (2000) un cercle vicieux de méconnaissance et de sous-reconnaissance des atteintes à la santé au travail des femmes s'instaure et se reproduit. Autrement dit, une déjà faible visibilité de leurs situations de travail au départ est alors renforcée par le faible intérêt de chercheur-e-s à apporter des éclairages critiques, non-réductionnistes et non-essentialistes à ces questions. Les répercussions de ce cercle vicieux nous semblent bien illustrées par deux exemples traités dans le corps de notre thèse.

Tout d'abord celui du Rapport de la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (dit « Rapport Diricq », 2008). Comme nous l'avons vu, parmi ses différentes attributions⁴⁸⁴, le Rapport de la Diricq est tenu de s'intéresser à la part des cancers

⁴⁸⁴ Pour rappel la Sécurité Sociale avance comme rôle attribué à cette commission l'évaluation du «coût pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le rapport examine ainsi les causes de la sous-déclaration et présente quelques préconisations destinées à la réduire. Il retrace également les mesures prises depuis trois ans dans le domaine de la santé au travail, susceptibles d'avoir un impact sur les pratiques de déclaration et donne un aperçu de la situation des autres pays d'Europe en termes de reconnaissances des accidents et maladies professionnels. » (Disponible sur <http://www.securite->

attribuables au travail afin de rendre compte de la part de cancers non reconnus en tant que tels. Le rapport s'appuie sur des données épidémiologiques étrangères afin d'avancer les pourcentages (retenu entre une fourchette basse et une haute) de cancers attribuables au travail. Dans le rapport de 2008 il est ainsi estimé qu'au moins (fourchette basse) 1,5% des nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez les femmes et 3% chez les hommes seraient attribuables au travail. Dans un principe de précaution et en tenant compte du déficit de données relatives aux expositions des femmes, la fourchette haute retenue pour les hommes a été également appliquée aux femmes, soit 6%. Il faut néanmoins rappeler que dans tous les cas, ces estimations restent en-dessous de celles proposées par certaines études, en raison du fait que la commission a décidé de ne tenir compte que du champ des agents cancérigènes reconnus par les tableaux de maladie professionnelle (MP). Au final, quand bien même on tient compte du déficit de connaissances sur la situation des femmes face aux risques cancérigènes au travail, c'est dans un principe de précaution que la situation des hommes est prise comme référentiel. Cela alors que la situation de ces derniers est elle aussi sous-estimée à partir d'un cadre de reconnaissance des cancers professionnels lui-même limité et en déphasage par rapport aux connaissances sur des nouveaux agents cancérigènes. Ainsi, ce cas permet d'illustrer comment le déficit de connaissance se répercute probablement dans une sous-estimation de l'ampleur du phénomène de la sous-reconnaissance des cancers professionnels en ce qui concerne les femmes⁴⁸⁵.

Le second exemple, est celui d'un document censé informer aussi bien des instances politiques, sanitaires que la population en général sur la situation du cancer en France. Il s'agit de l'exemple de l'« Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine, Evolution 1970-2004 » (INCa, 2008). Nous avons vu que c'est dès son sommaire que la répartition des nouveaux cas de cancers selon les organes atteints introduit la séparation entre une anatomie générale, où prédomine le référentiel masculin et une autre anatomie strictement féminine, réduite aux seuls organes impliqués dans la reproduction⁴⁸⁶. Cette logique dissymétrique de différenciation d'hommes et femmes se poursuit dans l'argumentaire qui vient éclairer la distribution territoriale des nouveaux cas de cancers. De telle sorte que chez les hommes, la concentration de nouveaux cas de cancers dans certaines régions de la France

sociale.fr/Rapport-de-la-commission-instituee-par-l-article-L-176-2-du-code-de-la-Securite-sociale, consulté le 06/06/2016).

⁴⁸⁵ Nous avons développé ce point dans le chapitre 3.

⁴⁸⁶ Exemple développé dans le chapitre 2, voir la sous-partie 2.1.3 – « Les paradoxes qui dévoilent les anatomies politiques du cancer ».

est mise en corrélation avec leur passé industriel, évoquant ainsi le rôle de la participation historique des hommes dans l'activité économique prédominant dans ces zones. La situation des femmes à leur tour, n'est appréciée qu'en opposition à celle des hommes et les différences liées à une histoire du travail qui serait propre aux femmes ne sont pas envisagées. La seule hypothèse envisagée est celle de leur comportement tabagique, corrélé à leur concentration dans les régions les plus urbanisées. Les auteur-e-s de l'Atlas (statisticien-ne-s et géographes) ne tiennent pas compte du fait qu'on connaît mal l'histoire du travail des femmes ; ils et elles renforcent ainsi les représentations essentialistes et réductionnistes aussi bien sur les corps des femmes que sur le processus de cancérisation comme étant propre à une nature féminine. Au final cela conduit à instaurer un traitement différentiel ne tenant pas compte des femmes en tant qu'actrices sociales à part entières, ce qui est fait pour les hommes.

C'est ainsi que la question des risques toxiques encourus par les femmes dans leur travail demeure plus souvent impensée, impensable, autant par les chercheur-e-s, par les politiques de prévention et de réparation des MP que par les travailleuses elles-mêmes.

Nous n'excluons pas que des différences biologiques entre femmes et hommes puissent expliquer une plus grande sensibilité des unes ou des autres à des expositions à certains facteurs cancérigènes présents dans leur environnement en général ou professionnel. Nous avons vu en ce sens que les travaux de Carme Valls-Llobet (2015) et de Messing et Stellman (2006) proposent de prendre en compte les spécificités biologiques des hommes et des femmes, sans néanmoins les sortir du cadre de rapports sociaux de sexes afin d'éviter toute naturalisation.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons envisagé le phénomène d'*invisibilisation* des atteintes cancérigènes à la santé des femmes au travail en tant que processus ne relevant pas simplement d'une différence biologique entre hommes et femmes face au cancer, mais plutôt d'une différenciation systématique. Ainsi l'une des acceptions tient compte de l'*invisibilisation* comme engendrant une logique de séparation et de hiérarchisation qui sera elle-même constitutive des catégories. En ce sens, le travail, tenu comme enjeu central des rapports sociaux consubstantiels (de sexe, de classe, d'ethnicité, de « race ») semble constituer encore une fois la clef du système.

C'est à tous les niveaux (macro, méso, microsocial) que les processus de différenciation des groupes se (re)produisent de façon à impacter les choix qui conduisent à la construction de la connaissance sur les maladies liées au travail, tout comme à la production des conditions pour leur reconnaissance. Ces processus ont également des répercussions sur le rapport

subjectif au travail et aux risques et par conséquent sur la capacité des groupes mobilisés dans le travail à constituer des vrais contre-pouvoirs sur ces questions.

Comme nous l'avons soutenu, les catégories ne préexistent pas à ces rapports sociaux, mais en résultent. Nous savons également que ces rapports sociaux, qui érigent les catégories, instaurent également des rapports de domination. Ainsi, la reproduction de ces rapports sociaux vise au maintien des catégories dominantes dans leurs positions privilégiées. Les diverses formes de résistance et de contestation sont des tentatives pour inverser ce rapport de domination.

Dans le phénomène d'*invisibilisation* que nous avons étudié, l'aspect central de cette différenciation semble venir s'appuyer sur l'enjeu central des rapports sociaux de sexe, soit la division sexuelle du travail. Il convient de souligner que le processus de séparation et de hiérarchisation des groupes sociaux ne répond pas à une logique d'organisation harmonieuse et naturelle, mais à une logique de culture et d'instauration des rapports de domination. Cette nuance nous semble parfois mal comprise par des chercheur-e-s qui mobilisent le cadre théorique avancé par Danièle Kergoat et qui ont tendance à envisager la division sexuelle du travail plutôt comme catégorie que comme concept analytique permettant de penser la construction même des catégories autour d'un enjeu.

Ainsi, dans l'*invisibilisation* du rôle du travail dans la cancérisation des femmes, la différenciation qui vient à ériger le travail des femmes comme invariablement moins dangereux que celui réalisé par les hommes n'est pas déconstruite, mais prise comme acquis constitutif de la catégorie « travail des femmes ».

Dans notre travail analytique nous avons été conduite au contraire, à concevoir le processus de *visibilisation* des liens entre le travail et la survenue d'une maladie aussi grave que le cancer comme un enjeu politico-économique majeur, opposant notamment des employeur-se-s (en tant que responsables pour des éventuelles expositions aux cancérogènes)⁴⁸⁷ et des employé-e-s (susceptibles d'être exposé-e-s à ces risques). De telle manière que l'*invisibilisation* dont il est question pour les femmes résulte au moins des rapports sociaux de classe et de sexe⁴⁸⁸. Cette *invisibilisation* ne correspond pas à une réalité

⁴⁸⁷ Nous l'avons vu, c'est aux employeurs à qui revient la responsabilité de faire connaître, de prévenir et d'informer les travailleurs sur les risques auxquels ils sont exposés dans le cadre de leur travail.

⁴⁸⁸ Nous avons mis en avant certains éléments permettant de supposer que les rapports sociaux de « race », ethnicité participent également au phénomène d'*invisibilisation*. Ainsi avec des parcours professionnels tributaires des lois françaises sur l'immigration et de la ségrégation ethnique du travail (Cf. Lada, 2009 et Chaïb, 2009) nous avons pu constater que la reconnaissance de l'origine professionnelle du cancer n'a été possible que pour une femme « immigrée ou issue de l'immigration » sur neuf (Paiva, 2012 ; Voir aussi chapitre 3, sous-

inélucltable mais rend compte de l'état de ces rapports sociaux à un moment donné. La tension qui traverse les groupes sociaux autour de cet enjeu engendre différentes pratiques sociales faisant peser la balance soit dans le sens de la *visibilisation* soit dans le sens de l'*invisibilisation*. Ce que renvoi à l'idée de dichotomie dans le processus de mise en (in)visibilité, et laquelle nous avons développé dans l'introduction de ce document. Enfin, nos enquêtes de terrain nous ont permis d'observer et de distinguer des pratiques dans le deux sens.

Nous avançons ici tout d'abord certaines de ces pratiques qui selon notre analyse œuvrent dans le sens de l'*invisibilisation* du rôle du travail dans la cancérisation des femmes. Ensuite nous donnerons d'autres exemples de pratiques, qui au contraire, sont selon nous susceptibles de contribuer à la *visibilisation* des atteintes cancérogènes à la santé des femmes au travail.

I - Des pratiques sociales susceptibles de participer à la production-reproduction de l'*invisibilisation* du rôle du travail dans la cancérisation des femmes.

a) Au niveau de la constitution des connaissances à propos de la santé des femmes et de la santé des femmes au travail, nous avons produit un certain nombre d'analyses :

a.1) Le politique derrière l'anatomie du cancer

Par anatomie-politique du cancer, nous avons traité la pratique qui consiste à n'envisager la santé des femmes et plus précisément le corps des femmes que de façon réductionniste et essentialiste. Les recherches qui se concentrent sur un corps strictement féminin oublient ainsi de rendre compte de l'anatomie qui est commune aux différents sexes biologiques. Par ailleurs, cette façon d'appréhender l'anatomie n'est pas déconnectée de la façon par laquelle les chercheur-e-s vont appréhender l'étiologie des maux dont souffrent les femmes ni des pratiques préventives et thérapeutiques qu'ils et elles seront à même de proposer. Donc, cette approche n'est pas sans conséquence sur la façon dont les instances politiques et sanitaires en charge du traitement de ces questions vont les gérer, ni sur les solutions qui seront apportées aux personnes malades.

a.2) Les problèmes autour de l'approche de la division sexuelle du travail

Par l'approche de la division sexuelle du travail comme catégorie – nous avons tenté de rendre compte des problèmes qui peuvent résulter des travaux de recherche qui, au lieu de mobiliser la division sexuelle du travail comme outil analytique, construisent leur analyse à partir d'un *a priori*. Le travail des femmes n'étant ainsi pensé qu'en référence au travail des hommes est invariablement tenu comme moins nocif pour leur santé. Une telle constance aurait des conséquences drastiques sur la mise en visibilité des liens entre travail et santé de femmes. En ce sens, la relation entre des troubles musculo-squelettiques et par exemple le travail des caissières resterait invisible si on s'était contenté de considérer que les produits qu'elles portent sont moins lourds que ceux portés par des déménageurs.

a.3) Ce qu'on sait à propos du travail réel

Il semble que la connaissance du travail réel soit fondée sur une logique de hiérarchie qui privilégie les activités de travail au cœur de l'activité de l'entreprise. Ce qu'expliquerait pourquoi les activités périphériques et de soutien, qui sont par ailleurs celles généralement réalisées par des femmes⁴⁸⁹ et par des travailleur-se-s au statut précaire⁴⁹⁰, sont souvent méconnues et moins reconnues par leurs atteintes à la santé. Dans notre enquête de terrain dans la cosmétique nous avons donné l'exemple des conditionneuses. Régulièrement affectées à une activité non directement impliquée dans la production comme c'est le cas des fabricant-e-s, elles sont tenues comme moins exposées aux matière-premières qui ne se retrouvent à l'état pur que durant les procédés réalisés par ces dernier-e-s. Nonobstant, durant les séances journalières et mensuelles de nettoyage des postes de travail, lorsqu'elles réalisent une activité encore plus périphérique et moins visible, nous avons vu qu'elles sont mises au contact de solvants tels que l'acétate d'éthyle. Cela dans des niveaux au-delà des valeurs limites légales d'exposition professionnelle et donc pouvant entraîner des conséquences pour leur santé.

a.4) Un frein à la constitution de contre-savoirs pour de contre-pouvoirs

Nous avons rendu compte du fait que même en collaborant à la production de connaissances et donc en mettant en lumière les expositions vécues par des hommes et des femmes atteint-e-s d'un cancer, les expert-e-s toxicologues participant à l'enquête du GISCOP93 sont tributaires des connaissances scientifiques tout comme de l'état des

⁴⁸⁹ A exemple du travail de la secrétaire dans l'usine d'abrasif que nous avons vu dans le chapitre 4.

⁴⁹⁰ Comme à exemple des intérimaires de l'industrie nucléaire (Thébaud-Mony, 2000) ou encore du nettoyage.

procédures de reconnaissance sur les risques cancérogènes au travail. Ainsi il n'est pas étonnant de constater que les expert-e-s deviennent moins éloquent-e-s dès lors qu'il s'agit d'évaluer d'éventuelles expositions aux cancérogènes dans des parcours de travail de femmes et cela d'autant plus qu'il s'agissait de secteurs à forte concentration féminine, comme cela a été le cas de la cosmétique. Le déficit de connaissances sur la santé des femmes au travail représente ainsi un frein même dans cette instance où prime la production de contre-savoirs pour des contre-pouvoirs.

b) Au niveau institutionnel de la reconnaissance et réparation des atteintes à la santé au travail, on peut également effectuer quelques constats.

b.1) Un cancérogène phare

Des logiques de réparation érigent un seul agent cancérogène – l'amiante, comme le plus visible au détriment de tous les autres. Cela non pas en raison des connaissances scientifiques, puisque d'autres agents cancérogènes bénéficient également de connaissances solides sur leur potentiel nuisible, mais surtout en raison d'un état de visibilité sociale construit au gré des mobilisations sociales autour du scandale sanitaire de l'amiante.

b.2) Un référentiel masculin neutre

Un système de réparation construit au masculin neutre. En ce sens nous avons vu qu'aucun tableau de MP permet de reconnaître des cancers strictement féminins et qu'à peine un secteur d'activité à forte concentration féminine y est représenté (le secteur hospitalier et de soin).

b.3) Les pratiques sociales illustrant l'action des rapports sociaux de classe et de sexe

Il s'agit ici du jeu des acteurs afin de préserver leur intérêt dans le champ de la réparation. A ce titre nous avons développé l'exemple de l'intimidation de la part des patrons dont certains médecins sont victimes. Une pratique qui vise à freiner le nombre des déclarations en MP. Il existe encore d'autres situations visant à freiner les changements dans les tableaux de MP permettant la prise en compte d'autres types de cancers et des cancérogènes. C'est par exemple le cas de la position du MEDEF dans l'intention de faire que des actions comme celle du Danemark vis-à-vis du travail de nuit et/ou posté ne soient pas adoptées par le système Français. En 2007, après que l'OMS ait classé le travail de nuit posté comme "agent probablement cancérogène pour l'homme" (groupe 2A), le Danemark a décidé de reconnaître et d'indemniser au titre du système complémentaire (donc hors tableaux de MP

et seulement sous certaines conditions et au cas par cas⁴⁹¹), les femmes atteintes de cancer du sein lié au travail de nuit et/ou posté. A ce propos, dans « l'Annexe n° 6 - Comptes-rendus des auditions des partenaires sociaux » du Rapport Diricq (2011), la position du MEDEF vis-à-vis de cette situation est claire.

Le MEDEF souhaite que la plus grande prudence soit employée à l'égard de l'évolution des connaissances scientifiques et de leur interprétation en pratique. Ainsi, si quelques études tendent à suspecter une légère augmentation des cancers du sein chez des salariés travaillant en équipe de nuit, elles ne concernent toutefois pour l'instant que certaines populations telles que les infirmières et les hôtesses de l'air qui travaillent dans des conditions spécifiques et dont les risques sont également particuliers. Il ne faudrait donc pas conclure hâtivement à l'insertion du cancer du sein dans les tableaux de MP ou penser qu'il existe une sous déclaration. Plus globalement, les chiffres sur la part des cancers qui seraient dus au travail peuvent varier selon les expertises de 1,6% selon le CIRC à 10% selon l'InVS. (Rapport à la cour de comptes, 2011 : 139).

b.4) Un phénomène d'entonnoir davantage resserré pour les femmes

Dans notre étude nous sommes revenue sur le phénomène d'entonnoir soulevé grâce à l'enquête permanente du GISCOP93. Nous avons pu montrer que si le processus de mise en visibilité des expositions aux cancérogènes dans les parcours professionnels des hommes et des femmes prend la forme d'un entonnoir, c'est indiscutablement pour les femmes que le passage d'un côté à l'autre se resserre le plus : 33% des hommes ayant eu des expositions identifiées dans leur parcours de travail ont obtenu la reconnaissance de l'origine professionnelle de leur cancer contre seulement 7% des femmes. Des 26 femmes rencontrées dans le cadre de notre étude de terrain au GISCOP93, 22 ont probablement été exposées à au moins 1 cancérogène (dont 10 d'entre elles à plus d'un cancérogène), mais seulement 11 ont eu accès à la déclaration en maladie professionnelle et l'origine professionnelle n'a été reconnue que pour à peine 5 d'entre elles.

⁴⁹¹ Elles doivent avoir travaillé de nuit au moins 1 nuit par semaine pendant 20 à 30 ans et toutes les femmes présentant un risque héréditaire de cancer du sein ont leur demande rejetée. Le document Eurogip (2010) indique qu'à ce titre jusqu'à la mi-2009 une quarantaine de femmes avaient eu leur cancer du sein reconnue en MP au Danemark.

c) Au niveau de l'organisation du travail

c.1) D'étroites interactions entre des rapports sociaux idéaux et matériels

L'image de la marque constitue un important atout pour la dissipation des aspects pratiques du travail réalisé au quotidien dans ces usines. Ainsi, nous avons vu que derrière l'affichage d'une politique d'entreprise tournée vers l'égalité professionnelle de ses employé-e-s, la réalité du travail peut révéler le maintien d'un plafond de verre pour les carrières des femmes. Nous avons également vu que l'affichage d'un attachement étroit à la science sert comme gage de l'efficacité et de l'innocuité des produits. Ces pratiques en direction du marché consommateur jouent également un rôle auprès des travailleuses de l'entreprise. Ainsi, nous avons vu que les normes de beauté et féminité diffusées par ces entreprises à travers l'image de la marque, servent également à sublimer l'image du travail industriel et par-là participent à désincarner les risques.

c.2) De la gestion paternaliste au *lean management*

La transition du paternalisme vers une organisation toyotiste, mobilisant les pratiques du *lean management* n'aboutit pas à la fin de l'organisation du travail aliénante. Les travailleuses sont de plus en plus isolées sur leur lieu de travail et l'autonomie qui leur est confiée et même exigée, implique une multiplication des responsabilités. Cette surcharge de travail entretient la cassure des liens sociaux dans le collectif de travail. Or l'existence des collectifs de travail, des temps d'échange et de partage d'expériences semble essentielle pour assurer la transmission des savoirs constitués au travail.

c.3) Polyvalence et précarisation des travailleur-se-s

Nous avons également vu comment l'organisation du travail s'appuie sur la précarité, sur la polyvalence et sur l'adhésion des employées femmes, intégrées à des postes longtemps réservés aux hommes, aux stratégies défensives des collectifs virils masculins. Cela afin d'entretenir l'euphémisation des atteintes à la santé au travail.

c.4) Le secret industriel

Le secret industriel est encadré par la loi et vise à protéger l'industriel de la diffusion d'informations susceptibles d'être utilisées par la concurrence. Lors de notre terrain nous avons pris connaissance d'une pratique traduisant la logique du secret au sein de l'usine. C'est dès l'entrée dans l'usine que les noms des matières premières sont remplacés par des codes.

Les travailleur-se-s se retrouvaient ainsi dans l'incapacité de dire quels produits elles et ils manipulaient au quotidien. Ce n'était que grâce aux logos indiquant les précautions à tenir lors de manipulations qu'elles et ils savaient être en présence d'une substance cancérigène. De sorte que cette pratique participe également à la mise à distance, à la désinformation et donc à la désincarnation du risque toxique. Les travailleur-se-s doivent donc avoir recours aux fiches individuelles d'expositions pour connaître exactement la nature des expositions encourues. Leur sollicitation reste néanmoins marginale et semble réservée à des travailleur-se-s disposant d'une information privilégiée sur leur droit, comme c'est le cas de Sylvain élu CHSCT (reporté dans le chapitre 8, sous-partie 8.2.7).

II - Des pratiques sociales susceptibles de rompre avec le processus d'*invisibilisation* du rôle du travail dans la cancérisation des femmes

Nous venons d'évoquer quelques pratiques que nous avons observée et qu'œuvrent selon nous dans le sens de l'*invisibilisation*. Or, d'après nous le processus de mise en (in)visibilité comporte invariablement un caractère dichotomique. Ce qui par ailleurs se retrouve parmi les acceptions que nous avons avancé du phénomène *invisibilisation* et notamment dans celle qui consiste à avancer que l'*invisibilisation* ne correspond pas à une réalité inéluctable mais rend compte de l'état des rapports sociaux à un moment donné. C'est pourquoi il nous semble important d'avancer également certaines pratiques sociales qui pourraient, selon nous contribuer à rompre avec l'*invisibilisation* du rôle joué par le travail dans le processus de cancérisation des femmes.

a) Au niveau de la constitution des connaissances à propos de la santé des femmes et de la santé des femmes au travail :

a.1) S'intéresser au sexe/genre du cancer d'origine professionnelle

Notre thèse contribue à montrer l'intérêt de revenir sur des problématiques telles que celle des cancers d'origine professionnelle à partir d'une perspective de sexe/genre. Dans notre cas, plus précisément dans une perspective des rapports sociaux de sexe, classe, « race », ethnicité. Si dans notre thèse nous avons pu observer des pratiques sociales participant au processus d'*invisibilisation* des atteintes cancérigènes à la santé des femmes au travail, c'est bien sûr grâce à l'existence de l'enquête du GISCOP93 et de son protocole mis en place depuis les années 2000. Leur enquête nous a fourni ainsi dix ans de données sur les

parcours professionnels, les expositions aux cancérogènes et le déroulement des procédures de reconnaissance de l'origine professionnelle des cancers chez des hommes et des femmes.

a.2) S'intéresser aux lieux et aux postes de travail à forte concentration des femmes

Dans notre thèse nous avons montré l'intérêt d'enquêter sur les activités ayant employé surtout des femmes. C'est en tout cas ce que nous avons fait dans notre terrain dans la cosmétique et parfumerie. Une démarche qui par ailleurs a été mise en place, bien avant nous, par des chercheur-e-s interpellé-e-s cette-fois par les demandes émanant du terrain⁴⁹². Ces enquêtes permettent de connaître au-delà du prescrit le travail réel réalisé par les femmes et dès lors de déjouer les idées préconçues quant à un travail qui serait léger et sans dangers.

a.3) Historiciser les processus de mise en visibilité

Nous semble également importante, la pratique qui consiste à historiciser la construction de la visibilité de certaines maladies tenues comme féminines ou masculines. Cela afin de des-essentialiser l'analyse⁴⁹³. Ceci nous a en tout cas permis d'avoir une approche critique de l'étiologie, c'est-à-dire de l'étude des causes et des facteurs d'une maladie. Ce qui est d'autant plus important que l'étiologie ne relève pas toujours d'une science pure car elle représente un enjeu autour duquel des rapports antagoniques se cristallisent (Thébaud-Mony, 2014).

a.4) L'analyse qualitative des parcours professionnels et des parcours de vie

Cette démarche nous a permis de déconstruire des *a priori* quant à la durée des parcours professionnels des femmes. Ces derniers estimés de façon générale comme étant plus courts que ceux des hommes en raison de la division sexuelle du travail et de l'assignation des femmes au travail reproductif. Dans notre étude nous avons vu que, si les femmes sont amenées à interrompre leur parcours professionnel, la maternité n'est pas toujours en cause. Ce qui implique par ailleurs que c'est bien souvent sur les deux plans – productif (emploi/travail rémunéré) et reproductif (travail non rémunéré) que ces femmes des classes populaires sont la plupart du temps investies. Par ailleurs, la comparaison des trajectoires montre aussi que ce ne sont pas nécessairement les parcours professionnels les plus long et

⁴⁹² Nous pouvons rappeler en ce sens les travaux de Catherine Teiger (2006a et 2006b), de Karen Messing (2000), de Laurent Vogel (2003) et Brabant et al. (1990) que rendent précisément de ces expériences où les chercheur-e-s se font interpellés par les travailleuses.

⁴⁹³ Pour exemple voir ce qu'a été fait par Ilana Löwy (2013 et 2010) et Marie Ménoret (2006) à propos du cancer du sein.

avec le moins d'interruptions qui ont le plus de chance d'être reconnus en MP. Nous avons ainsi vu dans le cas des femmes qui nous avons rencontrées, que c'est surtout la concordance avec le cadre de présomption d'imputabilité qui semble compter pour la reconnaissance. L'analyse qualitative des parcours professionnels permet également de combler les limites de l'approche plus statistique des trajectoires professionnelles, ne prenant en compte que les seuls changements de CSP afin de présumer des éventuelles améliorations ou détériorations des conditions de travail. En ce sens la notion d'ascension paradoxale avait déjà été avancée dans la recherche du Giscop93 et montrait la complexité de certaines situations comme notamment celles d'hommes ouvriers promus au statut d'artisans indépendants.

b) Au niveau institutionnel de la reconnaissance et réparation des atteintes à la santé au travail

b.1) S'appuyer sur les avancées en matière de reconnaissance des MP d'autres pays

Les avancées en matière de reconnaissance d'autres pays devraient servir à soutenir des actions pour l'adoption des mêmes mesures en France. Par exemple le fait que le système de reconnaissance et réparation des cancers professionnels du Danemark se soit basé sur des connaissances récentes sur le cancer du sein, pour reconnaître des femmes ayant exercé un travail de nuit posté durant des années. Nous avons vu précédemment que cette action a provoqué des réactions de la part du MEDEF. Or, les organisations syndicales, ayant des voix dans cette même instance devraient également faire peser la balance dans l'autre sens. C'est-à-dire, en insistant pour que ce genre d'action puisse servir à faire évoluer le système de reconnaissance et réparation des MP vers une meilleure prise en compte des situations des travailleuses.

b.2) Améliorer l'accès des malades à la procédure de reconnaissance et réparation en MP

Des stratégies sont mobilisées afin d'améliorer l'accès des personnes atteintes d'un cancer à la reconnaissance et à la réparation en MP. En ce sens nous avons vu dans le cadre de l'enquête du Giscop93 deux sortes d'actions. 1) Une conduite au niveau de l'expertise toxicologique, consiste à privilégier la mise en visibilité des expositions à l'amiante repérées dans les parcours professionnels des malades. Ces expositions sont dès lors mises en première ligne afin qu'un accès à la réparation soit facilité et qu'ainsi les indemnisations obtenues soient les plus importantes. Cela parce que, comme nous l'avons vu, ce cancérogène s'avère celui le plus en cause des cas de cancers reconnus. 2) L'autre action est celle entreprise au

niveau du suivi des personnes et qui apporte un éclairage quant aux démarches et méandres de l'instruction administrative des dossiers. Un accompagnement éclairé, sans lequel nombre de cas n'auraient pas été déclarés et reconnus.

c) Au niveau de la constitution de contre-savoir pour établir des contre-pouvoirs

c.1) Les alliances entre des citoyen-ne-s/riverain-ne-s/travailleur-se-s et des expert-e-s militant-e-s

Les citoyen-ne-s/riverain-ne-s inquiète-s pour leur santé jouent un rôle important en remettant en cause l'innocuité des activités de certaines entreprises. Les alliances entre travailleur-ses et expert-e-s militant-e-s promeuvent également l'ouverture sur la question des risques professionnels et environnementaux. Dans le contexte de la disqualification des savoirs constitués au travail et de l'émergence de la gestion du risque basée sur des méthodes scientifiques, ces alliances sont d'importants atouts pour la construction de contre-savoirs pour de contre-pouvoirs. Par ailleurs, indépendamment du fait qu'elles se construisent aux alentours ou alors de l'intérieur de l'entreprise, c'est la question de l'imbrication du risque environnemental et du risque professionnel qui est renforcée.

c.2) Fédérer les luttes entreprises pour la mise en visibilité à l'échelle microsociale

Des luttes pour la mise en visibilité des conséquences pour la santé des expositions aux risques toxiques au travail sont entreprises au quotidien dans les usines de la cosmétique et parfumerie. Nous avons vu les exemples fournis par Sylvain (atteints des kystes à la vessie) ainsi que de Mélanie (atteinte d'une forte réaction allergique sur le cuir chevelu). Ces actions restent néanmoins à être fédérées afin que leur enseignement soit également diffusé aux autres travailleuses et travailleurs susceptibles d'être aussi confronté-e-s à ce genre de situation. En ce sens l'amélioration de la participation des femmes dans les instances syndicales (y compris CHSCT) semble être une condition *sine qua non* pour l'éclairage des situations de travail et les problèmes de santé des femmes.

d) Au niveau de l'agenda féministe

d.1) Les corps des femmes comme scénario de rapports de domination

Lors de notre enquête nous avons pu observer comment l'image de la marque de cosmétique participe à la diffusion des normes corporelles et comportementales. Nous avons montré que ces actions ne sont pas sans impact sur le processus d'*invisibilisation* des atteintes

à la santé des femmes au travail. Le travail des collectifs féministes tels que le « Collectif de Boston » ou le collectif « Mon corps est un champ de bataille », semble ainsi avoir un rôle important à jouer en mettant en évidence les pratiques qui élisent le corps de femmes comme scénario de rapports de domination.

d.2) « Quand céder n'est pas consentir »

Cet intitulé est le titre exact d'un article de Nicole-Claude Mathieu (1985, 2014), dans lequel l'auteure dialogue avec la thèse avancée par Maurice Godelier selon laquelle « ...des deux composantes du pouvoir la force la plus forte n'est pas la violence des dominants mais le consentement des dominés à leur domination. » (Godelier, 1978 :176). La réflexion développée par Nicole-Claude Mathieu avance ainsi que :

L'idée de consentement des dominé-e-s, comme celle du partage des idées dominantes, renvoie à la subjectivité, à la conscience du sujet dominé. Mais justement quelle est-elle ? Avant de conclure au « consentement, il faudrait s'assurer que, pour chaque société, on ait pris la mesure des *limitations de la conscience* que les femmes peuvent subir. Une partie des limitations mentales est inextricablement liée à des contraintes physiques dans l'organisation des relations avec les hommes, l'autre est plus immédiatement une limitation de la connaissance sur la société. (Mathieu, 1985 : 154)

C'est en ce sens que nous pensons que l'amélioration de la connaissance des travailleuses sur la division sexuelle du travail est un point qui mérite d'être davantage investie par les féministes. Cela parce que même si ce sont les travailleuses elles-mêmes qui éprouvent au quotidien ce que le fait d'être femme implique dans leur carrière, la compréhension de la logique macrosociologique à laquelle ces expériences correspondent n'est pas donnée d'avance. Les pratiques autour de la division sexuelle du travail et des risques nécessitent au contraire d'être explicitées et discutées afin de permettre aux femmes d'être plus armées pour les déjouer. Dans le cas spécifique des femmes atteintes d'un cancer ce genre d'*empowerment* pourrait aussi renforcer leur sentiment de légitimité de recourir à des droits tel que celui de la démarche de déclaration en MP.

Encore que possiblement agissant dans le sens de la *visibilisation* du rôle du travail dans la cancérisation des femmes, il serait naïf de croire que la mise en application de ces points serait suffisante pour barrer complètement le phénomène d'invisibilisation des atteintes à la santé des femmes au travail. Elles restent néanmoins des pistes pour l'action.

D'autres éléments émanant de notre enquête contribuent à l'ouverture de pistes, cette fois pour l'investigation et l'approfondissement de la connaissance du phénomène d'*invisibilisation*, car toutes les pistes ne nous semblent pas avoir été épuisées.

Dans certains cas, ces pistes ouvrent sur le champ plus large de la santé publique, au moins à l'échelle du département de la Seine-Saint-Denis. Par exemple, notre recherche qualitative permet de rendre compte de la forte présence de femmes plus jeunes que la moyenne d'âge habituelle des femmes de la cohorte Giscop⁹³. Sur les 26 que nous avons rencontrées, 14 avaient moins de 65 ans au moment du diagnostic de leur cancer. Ce qui, étant donné le mauvais pronostic autour du cancer du poumon, peut impliquer que ces femmes viennent faire partie de statistiques de la mortalité prématuré et évitable. Autant d'éléments qui peuvent servir d'alerte et motiver des études approfondies sur la population féminine de ce département afin de savoir s'il s'agit d'un effet d'enquête ou d'une tendance au sein du département. Auquel cas, des politiques de prévention sérieuses devraient être pensées et surtout ne pas écarter d'emblée l'hypothèse d'une étiologie professionnelle.

Dans un autre registre, des pistes que nous aimerions continuer à explorer concernent des réflexions sur l'*(in)visibilisation* des liens entre santé et travail à partir de la mobilisation des notions émanant de la géographie. Dans notre analyse comparative des parcours professionnels d'hommes et femmes ainsi que dans notre enquête qualitative auprès des femmes atteintes du cancer, des notions géographiques nous sont apparues comme de stimulantes pistes à creuser. Dans le premier cas, c'est plus précisément la notion d'activité au centre ou au cœur de l'activité de l'entreprise et leur éloignement géographique mais aussi symbolique des activités plus à la périphérie, qui nous a fait réfléchir aux répercussions qu'elles engendraient et à la visibilité de leur impact sur la santé des travailleuses. Nous avons ainsi envisagé que les activités plus périphériques, dites aussi de soutien, étaient certainement moins connues y compris en ce qui concerne leur impact sur la santé.

Nous avons aussi vu que la rue, l'usine, le bureau, suscitent des représentations différentes et avec elles les baromètres du risque et du danger sont variables en poids, mais aussi en sens. Dans ce second cas, c'est plutôt l'idée de lieu de travail et des représentations pesant sur ces lieux, parfois depuis des générations, qui nous semblaient impacter la visibilité quant au rôle que les activités qui y étaient réalisées pouvaient avoir sur la santé des travailleuses. Il serait ainsi intéressant de comprendre davantage l'action d'autres notions géographiques dans ce phénomène, afin de saisir l'action notamment des rapports sociaux de « race », ethnicité et de la division raciale et ethnique du travail. Il nous intéresserait ainsi

d'approfondir la réflexion que nous avons amorcée sur les migrantes parmi les femmes de la cohorte GISCO93 (Paiva, 2012). Cela nous conduirait à intégrer au-delà des notions géographiques (pays de naissance, nationalité) des aspects historiques, culturels et juridiques de la migration des femmes et de leur intégration dans le marché du travail français.

Enfin, une dernière piste d'investigation concerne l'entrecroisement de la problématique du risque professionnel et du risque environnemental. Il s'agit d'un point qui nous a inquiété tout au long de la thèse, mais que nous n'avons pas approfondi. Or, sa compréhension semble être très importante y compris pour faire évoluer le cadre conceptuel de l'*invisibilisation*. Comme dans la problématique de la frontière entre le travail domestique et le travail professionnel, celle des risques à l'origine des problèmes de santé et de leur responsabilité se joue aux frontières entre espace professionnel (privé) et la ville (public). L'expérience du travail des femmes, les cadres conceptuels développés en ce sens, tout comme la réflexion sur le phénomène d'invisibilisation des atteintes à la santé que nous avons pu contribuer à faire progresser, nous semblent être des points de départ prometteur pour cette problématique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABREU, Alice Rangel de Paiva, (1986). *O avesso da moda : trabalho a domicilio na industria de confecção*. São Paulo : Editora Hucitec.
- ABREU, Maira (2015). « Genèse et débats autour du concept de rapports sociaux de sexe », communication (enregistrée) dans le Séminaire Féminismes Matérialistes et Analyses Critiques, le 12 mai, CNRS – CRESPPA-GTM, site Pouchet, Paris.
- ACHIN Catherine *et al.* (2009). « Âge, intersectionnalité, rapports de pouvoir » Table ronde avec Christelle Hamel, Catherine Marry et Marc Bessin, *Mouvements*, 2009/3 n° 59, p. 91-101. DOI : 10.3917/mouv.059.0091
- ACKER Françoise (2004). « Les infirmières en crise ? », *Mouvements*, 2004/2 n° 32, p. 60-66. DOI : 10.3917/mouv.032.0060
- AÏACH Pierre (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Ed. Economica Anthropos.
- AÏACH Pierre & FASSIN Didier, (2004). « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. » *La Revue du Praticien*, 2004, n° 54.
- AÏACH Pierre (2001). « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales. » In Aïach, P., Cèbe, D., Cresson, G., Philippe, C. *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. Rennes : Ed. ENSP.
- ALONSO PHILIPPE (1996). *Femmes employées*. Paris : L'Harmattan, coll « Logiques sociales ».
- APPAY Béatrice & THEBAUD-MONY Annie (Dir.), (1997). *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris: IRESCO.
- ARBER S. (1997). « Comparing health inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n°6, p.773-787
- ARBER S. (1991). « Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status », *Social Science and Medicine*, vol. 32, n°4, p.425-436.
- ASSOU Jean. (1985). *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris : La Découverte.
- AUTIER P. *et al.* (2007). « Les causes du cancer en France pour l'année 2000. » IARC: Lyon.
- BAJON, Florence (1999). « Les produits chimiques dans les activités de nettoyage : évaluation des risques cancérogènes. » Thèse pour le doctorat de Médecine, Faculté de Médecine de Marseille.
- BARBIER, Geneviève et FARRACHI Armand (2004). *La société cancérogène: Lutte-t-on vraiment contre le cancer ?*
- BATTAGLIOLA, Françoise [2000, (2004)]. *Histoire du travail des femmes*. Paris: La Découverte. Coll. Repères, réédition.
- BATTAGLIOLA, Françoise. (1984) *Employés et employées : trajectoires professionnelles et familiales*. In Collectif, *Le sexe du travail*, Grenoble : PUG, p. 57-70.

- BATTAGLIOLA Françoise, BERTAUX-WIAME Isabelle, FERRAND Michèle et IMBERT Françoise (1994). « Dire sa vie : entre travail et famille. » In : BOUCHAYER Françoise (coord) *Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- BATAILLE Philippe, « La décennie des malades ? », *Les Tribunes de la santé*, 2009/4 n° 25, p. 63-68. DOI : 10.3917/seve.025.0063
- BAUDELLOT C., GOLLAC M. (dirs.), 2003. – *Travailler pour être heureux ? Le bonheur en France*, Paris, Fayard.
- BEAU, Anne-Sophie (2004). *Un siècle d'emplois précaires*. Paris : Payot.
- BEAUD. Michel (1991). *L'art de la thèse*. Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de D.E.A. ou de maîtrise ou tout autre travail universitaire. Paris : La Découverte, 1991.
- BELPOMME, Dominique (2004). *Ces maladies créées par l'homme. Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé*. Alban Michel, 384p.
- BEN AISSA, A. et MACH, N. (2012). « Le cancer du poumon chez la femme est-il différent ? » *Revue Médical Suisse*. Consultable sur : www.revmed.ch, site visité le 20 avril 2013.
- BENELLI, Natalie. *Divisions sexuelle et raciale du travail dans un sale boulot féminin : le nettoyage*. In : « Articuler les rapports sociaux : classes, sexes, races », *Raison Présente*, n°178, 2^e trimestre 2011, Nouvelles Editions Rationalistes, ISBN : 3780244413503.
- BENSA, Alban et FASSIN, Eric. (2002). « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain* [En ligne], 38 | mars 2002, mis en ligne le 19 janvier 2006, consulté le 16 novembre 2014. URL : <http://terrain.revues.org/1888> ; DOI : 10.4000/terrain.1888.
- BERCOT Régine (dir.), (2014). *La Santé au travail au prisme du genre. Épistémologie, enquêtes et perspectives internationales*, Toulouse : Octarès, 130 p.
- BERCOT Régine (2011). « La santé des femmes au travail en France ». *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, vol. 6, n° 2, p. 26-49. <http://id.erudit.org/iderudit/1006120ar>
- BERTAUX, Daniel, (1997). *Les récits de vie. Perspective ethnosociologique*, Paris, Armand Colin, Coll. 128: 128 pp.
- BERTAUX, Daniel et BERTAUX-WIAME, Isabelle (1988). " Le patrimoine et sa lignée: transmissions et mobilité sociale sur cinq générations ", *Life Stories/Récits de vie*, 4, p. 8-26.
- BERTHELOT, Jean-Michel (1983). « Corps et sociétés (problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps). » *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. 74, p. 119-131.
- BERTIN, M. COUNIL, E. et THEBAUD-MONY, A. (2013). ECART - Expositions aux Cancérogènes dans l'Activité Réelle de Travail, Rapport Final d'Enquête. GISCOP93 /INCa.
- BESSIN Marc (2009). « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, 2009/6 n° 156, p. 12-21.
- BETANSEDI C-O., VACA Vasquez P., COUNIL E. (2016) Quelle prise en compte du sexe en épidémiologie professionnelle ? Analyse du biais de genre à travers une revue

- systématique d'études sur les cancers du poumon entre 2003 et 2014. Poster au Congrès National de Médecine et Santé au Travail, 21-24 juin 2016, Paris, France.
- BIHR, Alain et PFEFFERKORN, Roland. (2008). *Le système des inégalités*. Coll. Repères, éd. La Découverte
- BIHR, Alain et PFEFFERKORN, Roland. (2000). "Evolution des inégalités sociales: les revenus, le logement, l'école." IN : LECLERC, Annette et al. (Dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte (Recherches).
- BILGE Sirma, (2009). « Théorisations féministes de l'intersectionnalité ». *Diogenes*, 2009/1 n° 225, p. 70-88.
- BIDET-MORDREL, Annie et BIDET, Jacques. *Les rapports sociaux de sexe comme rapports sociaux*. In : Actuel Marx. *Les rapports sociaux de sexe*. Paris : Presse Universitaires de France, n° 30 – deuxième semestre 2001, p. 13-42.
- BLIC Damien de, (2008). « De la Fédération des mutilés du travail à la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés » Une longue mobilisation pour une « juste et légitime réparation » des accidents du travail et des maladies professionnelles, *Revue Française des Affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 119-140. <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-2-page-119.htm>
- BONNEWITZ Patrice (2004). *Classes sociales et inégalité*. Levallois-Perret : Bréal.
- BOURDIEU, Pierre (1998). *La Domination masculine*, Paris : Seuil.
- BOURDIEU, Pierre (1986). « L'illusion biographique. » In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 62-63, juin 1986. L'illusion biographique. pp. 69-72.
- BOUFFARTIGUE Paul et al. (2010a) « La perception des liens travail/santé » Le rôle des normes de genre et de profession, *Revue française de sociologie*/2 Vol. 51, p. 247-280. <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2010-2-page-247.htm>
- BOUFFARTIGUE Paul et al (2010b). « Virilité, métier et rapport aux risques professionnels: le cas de travailleurs de la sous-traitance » PISTES, vol. 12, n° 3, novembre, p. 1-21. <http://www.pistes.uqam.ca/v12n3/articles/v12n3a5.htm>
- BOUVIER-COLLE M.H., (1983). « Mortalité et activité professionnelle chez les femmes », *Population*, vol.38, n°1, p.107-136.
- BRABANT Carole, MERGLER Donna et MESSING Karen (1990). « Va te faire soigner, ton usine est malade : la place de l'hystérie de masse dans la problématique de la santé des femmes au travail » Santé mentale au Québec, vol. 15, n° 1, p. 181-204. <http://id.erudit.org/iderudit/031549ar>
- BRANDLEY Harriet (1989). *Men's work, Women's Work. A Sociological History of the Sexual Division of Labour in Employment*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- BRISACIER, Anne-Claire. (2008). *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers professionnels en France*. Thèse de doctorat en médecine [Santé publique et médecine sociale] sous la direction de A. Thébaud-Mony et A. Lazarus, Université Pierre et Marie Curie - Paris 6, soutenue le 12 février 2008 à l'Université Paris 13. 126 p.
- BRIXI O., LANG T. (2000). « Comportements » ; in *Les inégalités sociales de santé*. Leclerc A., Fassin D. et al. (Dir.), La Découverte/Inserm.

- BROPHY, James, KEITH Margaret, WATTERSON Andrew et al. (2012). Breast cancer risk in relation to occupations with exposure to carcinogens and endocrine disruptors: a Canadian case - control study. *Environmental Health*, 32 p.
- BRUERE Sébastien (2012). « Travail d'organisation du lean manufacturing et santé : à la source des risques », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne], 14-2 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012, consulté le 15 janvier 2015. URL: <http://pistes.revues.org/2556>.
- BRUNO, Anne-Sophie, GEERKENS Eric, HATZFELD Nicolas, OMNES Catherine (dir) (2011). *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*. Rennes : PUR.
- BUE Jennifer, ROUX-ROSSI Dominique (2001), Le travail de nuit des femmes, In : Jacqueline Laufer et al. « Le travail de nuit des femmes », *Travail, genre et sociétés* 2001/1 (N° 5), p. 135-160. <http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2001-1-page-135.htm>
- BURGELIN Olivier (1996) « Barthes et le vêtement. » In: *Communications*, 63. Parcours de Barthes. pp. 81-100.
- BUZZI Stéphane et al. (2006). *La santé au travail (1880-2006)*. Paris : La Découverte.
- CALVEZ Marcel (2011) Des environnements à risques. Se mobiliser contre le cancer. Paris : Presses des Mines, p. 217.
- CALVEZ Marcel (2009). « Les signalements profanes de clusters de cancers : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale », *Sciences sociales et santé*, 2009/2 Vol. 27, p. 79-106.
- CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie, (2014) « Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique », *Informations sociales* 2014/3 (n° 183), p. 106-114.
- CAMBOIS Emmanuelle, LABORDE C., ROBINE J.-M. (2008). « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. » *Population et sociétés*, 2008, n° 441 : p. 1-4.
- CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie, (2001). « Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé », *Santé Publique* 2001/2 (Vol. 13), p. 137-149.
- CANGUILHEM, Georges (1979). *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, collection « Galien », 1979 (1 édition 1966).
- CARRICABURU Danièle, LHUILIER Dominique, MERLE Véronique, (2008). « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital. », *Santé Publique* hs/2008 (Vol. 20), p. 57-67. URL: www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-hs-page-57.htm.
- CASTEL, Robert (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris : Fayard.
- CAVELAARS A.E, KUNST A.E, GEURTS J.J and the EU working group on socioeconomic inequalities in health, (1998). « Differences in self-reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol.52, n°4, p.219-227.

- CAVET, Marine, LEONARD Martine, SANDRET, Nicolas (2015). « Exposition professionnelle aux risques de cancers. » In : THEBAUD-MONY, Annie, DAVEZIES, Philippe, VOGEL, Laurent et VOLKOFF, Serge. *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris : La Découverte. p. 282-286.
- CHAÏB, Sabah (2008). « Femmes immigrées et travail salarié », *Les cahiers du Cedref* [en ligne], 16.
- CHAMOUX, Marie-Noëlle (1998). « Sens et place du travail dans les sociétés. » in : Kergoat, Jacques et al. (Dir.) *Le monde du travail*. Paris : La Découverte, p. 15-23.
- CHABAUD-RYCHTER Danielle, FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL Dominique, SONTTHONNAX Françoise (1985). *Espace et temps du travail domestique*. Paris : Librairie des Méridiens, Coll. Réponses sociologiques.
- CHAPPERT Florence et TERRY Patricia (2012). « Photographie statistique selon le sexe des accidents de travail, de trajet, et des maladies professionnelles entre 2000 et 2010 en France. Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes », ANACT, mars.
- CHUANG Yahan (2013). « La dignité des travailleuses sans papiers : le cas des femmes chinoises à Paris », communication au séminaire « Comment penser le travail au croisement des catégories ? », le 22 février 2013, Paris, CNRS, CRESPPA-GTM.
- CLARK Claudia (1997). *Radium Girls: Women and Industrial Health Reform, 1910-1935*. Chapel Hill, University of North Carolina Press.
- CLOUTIER Renée (1999). « Invisibles et visibles ». *Revue Recherches féministes*, Volume 12, numéro 2, 1999, p. 1-5.
- CLOT Yves (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 192 p.
- COËTMEUR, Daniel et al. (2014). « Lung cancer characteristics in 762 never- and 6,246 ever-smoker patients: Study KBP-2010-CPHG. » Communication au 2014 ASCO Annual Meeting.
- COLLET Marc, RICCARDIS Nicolas De et GONZALEZ Lucie (2013). « Trajectoires professionnelles et de santé et sorties définitives de l'emploi avant 60 ans. » Drees, Dossier Solidarité et Santé, n° 45, octobre.
- COLLIN Françoise (2001). « Différence/indifférence des sexes. » in : *Actuel Marx*. « Les rapports sociaux de sexe. » Paris : Presses Universitaires de France, n° 30 – deuxième semestre p. 183-199.
- COMELIAU Christian (2006). *La Croissance ou le progrès ? Croissance, décroissance, développement durable*. Paris : Seuil.
- COSTA RIANI L. (1983). *Estudo da Asbestose no município de Leme*. Campinas: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.
- COTTEREAU Alain (1983a). « L'usure au travail : interrogations et refoulements », (Introduction), in L'usure au travail, numéro spécial du *Mouvement social*, n°124, juillet-sept. pp. 3-10.
- COTTEREAU Alain (1983b). « Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières en France au XIXe siècle », in L'usure au travail, numéro spécial du *Mouvement social*, n°124, juillet-sept. pp. 71-114.

- COUNIL Emilie ; DANIAU Côme et ISNARD Hubert (2007). « Etude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amiante : le Comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis). Pollution environnementale de 1938 à 1975 : impacts sanitaires et recommandations. » Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire.
- COUNIL Emilie; BRISACIER Anne-Claire, THEBAUD-MONY, Annie. (2009). Expositions aux cancérogènes dans l'activité réelle de travail: Contribution d'une approche biographique et pluridisciplinaire à l'étude des inégalités face aux cancers professionnels. Document de travail (non divulgué).
- CRENSHAW Kimberlé Williams et BONIS Oristelle (2005). « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre* 2005/2 (n° 39), p. 51-82.
- CRESSON Geneviève (1995). *Le travail domestique de santé*. Paris : L'Harmattan.
- CROMER Sylvie et LEMAIRE Dominique (2007). « L'affrontement des sexes en milieu de travail non mixte, observatoire du système de genre », *Cahiers du Genre* ,1/n° 42, p. 61-78. DOI: 10.3917/cdge.042.0061
- DAHL E. (1991). « Inequality in health and the class position of women – the Norwegian experience », *Sociology of Health and Illness*, vol.13, n°4, p.492-505
- DANET, Sandrine et OLIER, Lucile (sous la dir.), (2010). *La santé des femmes en France.*, DRESS, La documentation Française.
- DARMON M., HURTUBISE R., QUENIART A., (2008). « Présentation : corps et politiques: entre l'individuel et le collectif. » *Lien Social et Politiques*, n°59, pp. 5-147.
- DAUBIE, Julie-Victoire (1866). *La femme pauvre au XIXe siècle*. Tome I, condition économique, Avant-propos de Michelle Perrot, Préface d'Agnès Thiercé, Tome I, Éd. Côté-femmes1992.
- DAVEZIES Philippe et TORRES Christian (2015). « Lettre ouverte au Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins ». Lyon, 23 octobre.
- DAVEZIES Philippe (2009). « Cancers professionnels : impliquer les salariés pour réduire les expositions. » *Santé et travail*, n° 65.
- DAVEZIES Philippe (2007). « Mieux reconnaître pour mieux prévenir. » *Santé et travail*, n° 58, avril, p. 26-28.
- DAVEZIES Philippe (2005). « La santé au travail, une construction collective. » *Santé et travail*, n° 52, juillet, p. 24-28.
- DECOSSE Frédéric (2008). « La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique?», *Etudes rurales*/2 n° 182, p. 103-120. <http://www.cairn.info/revue-etudes-rurales-2008-2-page-103.htm>
- DEDESSUS-LE-MOUSTIER Nathalie et DOUGUET Florence (coord.) (2010). *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Editions Tec & Doc, coll. « Sciences du risque et danger ».
- DEJOURS Christophe (2014). « La Sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse », *Revue française de psychosomatique* 2014/2 (n° 46), p. 21-37.
- DEJOURS Christophe (2009 [1998]). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Editions du Seuil.

- DEJOURS Christophe (1993). « Coopération et construction de l'identité en situation de travail. » *Futur antérieur*, n° 2.
- DEJOURS Christophe (1987). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Tome I. Paris : CNRS
- DELPHY Christine (1998). *L'ennemi principal* (Tome 1): *économie politique du patriarcat*, Paris, Syllepse.
- DELPHY Christine (1991). « Penser le genre : quels problèmes ? », *Sociologie*, IRESO, CNRS.
- DEMBE AE (1997). « The history of carpal tunnel syndrome. », *New Solutions*, vol.7, n° 3, p. 15-22.
- DEMBE AE (1996). *Occupational and Disease. How social factors affect the conception of work-related disorders*. New Haven-London: Yale University Press.
- DÉPLAUDE Marc-Olivier (2003). « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale. » *Revue française de science politique*, vol. 53, n° 5, octobre, p. 707-735. © 2003 Presses de Sciences Po.
- DERMENJIAN Geneviève, GUILHAUMOU Jacques, LAPIED Martine (dir.) (2000). *Femmes entre ombre et lumière. Recherches sur la visibilité sociale (XVIe-XXe siècles)*, Paris, Editions Publisud.
- DESPLANQUES Guy (1973). « A 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement. » *Economie et statistique*, Vol. 49 Numéro 1, p. 3-19.
- DESSORS Dominique *et al.* (2009). « Conditions de travail des opératrices des renseignements téléphoniques et conséquences sur leur santé et leur vie personnelle et sociale », in Dominique Dessors, *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail*. ERES Clinique du travail, 2009 p. 37-91.
- DEVREUX Anne-Marie (2001). « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé ? », In : AÏACH P., CEBE D., CRESSON G., PHILIPPE C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Editions ENSP, p.97-116.
- DUHIN Anne (2001). « Une figure ouvrière féminine ? », *Ethnologie française*, n° 3 Vol. 31, p. 413-422. DOI : 10.3917/ethn.013.0413
- DORLIN Elsa (Dir.), (2009). *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris : PUF.
- DORLIN Elsa. (2006) *La matrice de la race : Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, La Découverte.
- DORLIN Elsa (2009). « Vers une épistémologie des résistances. Introduction », in Dorlin E. (dir.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris : PUF.
- DORTIER Jean-François (1998). *Les sciences humaines. Panorama des connaissances*. Paris : PUF.
- DOUMAYROU Fanny (2014). « Un rayon de justice éclaire Amisol », *L'Humanité*, Mercredi 25 juin, p. 3.
- DUNCAN G.J., DALY M.C., MCDONOUGH P., WILLIAMS D.R., (2002). « Optimal indicators of socioeconomic status for health research », *American Journal of Public Health*, vol.92, n°7, p.1151-1157

- DUNEZAT Xavier (2004). « Chômage et action collective : luttes dans la lutte. Mouvements de chômeurs et chômeuses de 1997-1998 en Bretagne et rapports sociaux de sexe. » Thèse de sociologie, Université de Versailles-St Quentin en Yvelines, sous la direction de Danièle Kergoat.
- DURAND Cécile & FERRE Nathalie (2014). « La portée de la règle de l'inopposabilité à l'employeur des décisions de la CPAM. Un éclairage à partir de l'exemple des cancers professionnels. » *Semaine sociale Lamy* • 30 juin 2014 • n° 1637.
- ECO Umberto (2006). *Como se faz uma tese*. São Paulo : Perspectiva.
- EMANE Augustin, (2008). « La santé au travail sous l'angle de la protection et de la réparation des risques professionnels. Évolution et perspectives », *Revue Française des Affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 279-300. <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-2-page-279.htm>
- EPSTEIN Samuel (1978). *The Politics of Cancer*. San Francisco: Sierra Club Books.
- ERBES-SEGUIN Sabine (1994). L'emploi, dissonances et défis: sociologues et économistes en débat. Paris: L'Harmattan.
- ERIKSON R., (2006). « Social class assignment and mortality in Sweden », *Social Science and Medicine*, vol.62, n°9, p.2151-2160
- ESTRYN-BEHAR M, AMAR M, CHOUDAT D. (2013). « Les arrêts-maladie ordinaires pendant la grossesse: une analyse à l'AP-HP de 2005 à 2008 montre leur importance majeure pour les métiers pénibles. » *Recherche en soins infirmiers*, juin ; 113 : 51-60
- EWALD François [1986 (1987)]. *L'Etat providence*. Paris : Édition B. Grasset.
- FALQUET Jules et al. (2010). Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race et nouvelle division du travail. Presses de Sciences Po.
- FALQUET J., LADA E., RABAUD A. (dir.) (2006). « (Ré)articulation des rapports sociaux de sexe, classe et "race" ». Repères historiques et contemporains, *Cahiers du CEDREF*. Paris, Université Paris-Diderot, pp. 7-29.
- FALQUET Jules. (2003). « Femmes, féminisme et "développement". Une analyse critique des institutions internationales. », In : BISILLIAT, Jeanne (Dir.). *Regards de femmes sur la globalisation. Approches critiques*. Paris : Karthala, p. 75-112.
- FASSIN Didier (2006). *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, La Découverte, coll. « armillaire », 440 p.
- FASSIN D. & MEMMI D. (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- FASSIN D (Coord.), (2000). Dossier « Santé, le traitement de la différence », *Hommes et Migrations*, n°1225.
- FASSIN Didier (2003). « Naissance de la santé publique » Deux descriptions de saturnisme infantile à Paris (1987-1989), *Genèses*/4 no53, p. 139-153.
- FAUQUIER Michel (2012). « Le travail c'est la santé ? La question de l'état sanitaire des populations ouvrières en Europe de la fin du XVIII^e siècle à la veille de la première Guerre mondiale. » In : Thénard-Duvivier, Franck (Coord.) *Hygiénisme, santé et protection sociale de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*. Paris : Ellipse, p. 213-242.

- FELLINGER Anne (2010). « Femmes, risque et radioactivité en France » Les scientifiques et le danger professionnel, *Travail, genre et sociétés*/1 n° 23, p. 147-165. <http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2010-1-page-147.htm>
- FERRARY Michel (2006). « Chez L'Oréal, les femmes ne valent pas autant que les hommes », *L'Expansion Management Review* 2006/2 (N° 121), p. 60-66. <http://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2006-2-page-60.htm>
- FERT Priscillia (2013). « Le préjudice d'anxiété. » Mémoire de Master de Droit Social. Sous la direction de Corinne Pizzio-Delaporte. Université Pathéon-Assas, Paris II, 68p.
- FRIEDMANN, Georges et NAVILLE Pierre (1961). *Traité de sociologie du travail*, Paris, Éditions Armand Colin.
- FORTINO Sabine (2014). « Invisibilisation de la pénibilité au travail, mixité et rapports de genre », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 4 | 2014, mis en ligne le 01 mai 2014, consulté le 08 mars 2016. URL : <http://nrt.revues.org/1422>
- GALERAND Elsa & KERGOAT Danièle (2014). « Les apports de la sociologie du genre à la critique du travail », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 4 | 2014, mis en ligne le 26 avril 2014. URL : <http://nrt.revues.org/1533>
- GALLOT Fanny (2015). *En découdre. Comment les ouvrières ont révolutionné le travail et la société*, Paris, La Découverte.
- GALLOT Fanny (2013). "La revanche du soutien-gorge. Le corps des ouvrières de la lingerie (1968-2012)", in Xavier Vigna et Michelle Zancarini-Fournel, "Ouvrières, ouvriers", *CLIO. Femmes, Genre, Histoire*, n°38 p. 61-78.
- GARRIGOU Alain (2011). « L'ergotoxicologie, nouvel outil de prévention du risque chimique. » *Santé & Travail* n° 076 – octobre.
- GARRIGOU Alain, BALDI Isabelle et DUBUC Philippe (2008). « Apports de l'ergotoxicologie à l'évaluation de l'efficacité réelle des EPI devant protéger du risque phytosanitaire : de l'analyse de la contamination au processus collectif d'alerte », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 10-1 | 2008, mis en ligne le 01 mai 2008, consulté le 24 janvier 2016. URL : <http://pistes.revues.org/2137>
- GILBERT Claude et HENRY Emmanuel (Dir.). *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009.
- GODELIER Maurice (1984) *L'idéal et le matériel : pensée, économies, sociétés*, Paris, Fayard.
- GOLDBERG Marcel & IMBERNON Ellen (2008). « Quels dispositifs épidémiologiques d'observation de la santé en relation avec le travail? » Le rôle de l'Institut de veille sanitaire, *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 19-44.
- GOLLAC Michel *et al.* (2006). « Du déni à la banalisation » Note de recherche : Sur la souffrance mentale au travail, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3 no 163, p. 39-45.
- GOLLAC Michel & VOLKOFF Serge (2002). « La mise au travail des stéréotypes de genre » Les conditions de travail des ouvrières, *Travail, genre et sociétés*, 2002 /2 N° 8, p. 25-53. DOI : 10.3917/tgs.008.0025
- GOLLAC Michel & VOLKOFF Serge (2006). « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006 /3 no 163, p. 4-17. DOI : 10.3917/arss.163.0004

- GOFFMAN E. (1977 [1963]). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris : Minuit.
- GORDON Bonnie (1993). « Ouvrières et maladies professionnelles sous la Troisième République : la victoire des allumettiers français sur la nécrose phosphorée de la mâchoire. » *Le Mouvement social*, n°164, juillet-septembre. Les éditions de l'Atelier/ Editions Ouvrières.
- GREEN Nancy (1998). *Du Sentier à la 7e Avenue. La confection et les immigrés. Paris, New York, 1880-1980*. Paris : Editions du Seuil, coll. "Univers historique", 1998, trad. de l'anglais, 462 p.
- GUÉNEL Pascal, ANGER Antoinette, BACHELET Delphine, *et al.* (2010). « Facteurs de risque professionnels et environnementaux des cancers du sein: l'étude CECILE. », INSERM, accessible sur http://www.agence-nationale-recherche.fr/fileadmin/user_upload/documents/uploaded/2009/SEST2005/23guenel.pdf
- GUICHARD Anne & POTVIN Louise (2010). « Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? » In : POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, p. 35-51.
- GUIGNON Nicole. (2008). « Risque professionnel : les femmes sont-elles à l'abri ? » DARES – Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité. Regard sur la parité.
- GUILBERT Madeleine (1966). *Les Fonctions des femmes dans l'industrie*, La Haye, Mouton.
- GUILLAUMIN Colette (2002). *L'idéologie raciste*. Paris : Gallimard.
- GUILLAUMIN Colette (1992). Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature. Paris : Côté-femmes.
- GUILLAUMIN Colette (1979). « Question de différence ». *Questions Féministes*, No. 6, Les dits - faits - rances (septembre 1979), pp. 3-21.
- GUILLAUMIN Colette (1978). « Pratique du pouvoir et idée de nature (1) : L'appropriation des femmes », *Questions féministes*, 1978, n° 2, p. 5-30.
- GUILLAUMIN Colette (1977). « Race et nature : systèmes de marques, idées de groupe naturel et rapports sociaux », *Pluriel*, no 11, 1977, p. 39-55.
- HAICAULT Monique (2000). *L'expérience sociale du quotidien. Corps, espace, temps*. Les presses de l'Université d'Ottawa, coll. "Sciences sociales", 222.
- HAMON-VALANCHON Hélène (2009). « Femmes et cancer : imaginaire de la maladie et culture hospitalière », *Sociétés*, 2009/3 n° 105, p. 57-69. DOI : 10.3917/soc.105.0057
- HAREL Louise (2001). *Les origines du cancer*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Qui sais-je ?
- HARFF Yvette (1980). « Les travailleurs et leurs produits. Quelques questions à partir des résultats d'une enquête des deux établissements : de produits cosmétiques et de produits laitiers. » p. 96-110 ; et « Les travailleurs et le produit de consommation », texte introductif à la discussion. p. 45-65. in *De l'usine on peut voir la vi(ll)e*. Actes de la journée d'études sur le thème : « les travailleurs et les effets de la production sur les milieux de et modes de vie » Paris, 9-10 Mai.
- HATZFELD Nicolas (2009). « Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972) ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*/1 n° 56-1, p. 177-196.

- HAUG Frigga (2001). Sur la théorie des rapports de sexe. In : Actuel Marx. *Les rapports sociaux de sexe*. Paris : Presse Universitaires de France, n° 30 – deuxième semestre, p. 43-59.
- HELARDOT Valentine (2006). "Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations" *Cahiers internationaux de sociologie*, 2006/1 n° 120. <http://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2006-1-page-59.htm>
- HENRY Emmanuel (2009). « Les politiques de santé au travail : une légitimité fragile ». In : Laurent Duclos, Guy Groux, Olivier Mériaux, direction, *Les nouvelles dimensions du politique*. Relations professionnelles et régulations sociales, Paris, LGDJ, coll. Droit et Société - Recherches et Travaux, p. 147-161.
- HENRY Emmanuel, CRESPIEN Renaud et JOUZEL Jean-Noël (2008). « « Peut-on sortir de la méconnaissance des effets du travail sur la santé ? Quelques pistes de réflexion pour les sciences humaines et sociales ». In : *Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales ?*, Grenoble, CNRS-MSH-Alpes, 2008, p. 253-263
- HERY Michel *et al.* (2003). « Nettoyage et désinfection dans l'industrie agroalimentaire : évaluation des expositions aux polluants. », INRS, Document pour le médecin du travail n°95, 3^{ème} trimestre, p. 333-350.
- HIRATA Helena *et al.* (2009). « Controverse : le regard d'une certaine sociologie du travail sur la subjectivité » À propos de l'article de S. Salman, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, n° 50, 2008, *Travailler*, 2009/2 n° 22, p. 135-141. DOI : 10.3917/trav.022.0135
- HIRATA Helena (2005). « Femmes et mondialisation. » In : MARUANI, Margaret (sous dir.). *Femmes, genre et société. L'état des savoirs*. Paris : La Découverte, p. 398-405.
- HIRATA Helena & ZARIFIAN Philippe (2004). « Travail (le concept de) », in HIRATA H., LABORIE F., LE DOARE H., SENOTIER D. (coord), *Dictionnaire critique du féminisme*, PUF, Paris, p. 230-235.
- HIRATA Helena (1998). "Gênero, tecnologia e trabalho." *Revista Latino Americana de Estudos do Trabalho*, ano 4, n°7.
- HIRATA Helena & KERGOAT Danièle (1998). "La division sexuelle du travail revisitée." In *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*. Paris: La Découverte, 1998, pp. 93-104.
- HIRATA Helena (1997). "Crise économique, sous-traitance et division sexuelle du travail. Réflexions à partir du cas japonais." In: APPAY, Béatrice et THEBAUD-MONY, Annie (Dir.) *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris : IRESO.
- HODEBOURG Jean (1993). *Le travail c'est la santé ? Perspective d'un syndicaliste*. Paris : Editions Sociales- VO Editions.
- HONNETH Axel (2005), « Invisibilité : sur l'épistémologie de la « reconnaissance » », *Réseaux*, 2005 /1 n° 129-130, p. 39-57.
- HOURS Bernard (2002). *Domination, dépendances, globalisation. Traces d'anthropologie politique*. Paris : L'Harmattan.
- HUSSON Michel (Dir.), (2006). *Travail flexible, salariés jetables. Fausses questions et vrais enjeux de la lutte contre le chômage*. Paris: La Découverte.

- IMBERNON E. (2003). « Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels ». Rapport, Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire (InVS).
- ISAMBERT-JAMATI Viviane & GUILBERT Madeleine (1956). *Travail féminin et travail à domicile*, Paris, éd. du C.N.R.S.
- ISAMBERT-JAMATI Viviane & GUILBERT Madeleine (1962). « La répartition par sexe », in *Traité de Sociologie du Travail*, vol. II, Friedmann et Naville (org.), Paris : Armand Colin.
- JOBIN Paul (2010). « Les cobayes portent plainte. Usages de l'épidémiologie dans deux affaires de maladies industrielles à Taiwan. ». *Politix*, vol. 23 - n° 91/, p. 53-75.
- JORLAND Gérard (2005). « L'hygiène professionnelle en France au XIXe siècle », *Le Mouvement Social* 2005/4 (no 213), p. 71-90. DOI 10.3917/lms.213.0071
- JOUZEL Jean-Noël et DEDIEU François (2013). « Rendre visible et laisser dans l'ombre » Savoir et ignorance dans les politiques de santé au travail, *Revue française de science politique*, 2013/1 Vol. 63, p. 29-49. DOI : 10.3917/rfsp.631.0029
- JOUZEL Jean-Noël (2012). *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*. Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, collection En temps & lieux.
- JUTEAU Danielle (2010). « « Nous » les femmes : sur l'indissociable homogénéité et hétérogénéité de la catégorie », *L'Homme et la société*, 2010/2 n° 176-177, p. 65-81. DOI : 10.3917/lhs.176.0067
- JUTEAU Danielle (2001). L'ethnicité et ses frontières. In: *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 17, n°1, Émigrés-Immigrés : vieillir ici et là-bas, sous la direction de Claudio Bolzman, Rosita Fibbi et Michelle Guillon. pp. 202-205.
- KERGOAT Danièle (2015). Le travail comme enjeu. Communication au Colloque International « Les enjeux politiques du travail ». Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 24 et 25 septembre.
- KERGOAT Danièle (2012). *Se battre disent-elles*. Paris : La Dispute.
- KERGOAT Danèle (2012[1978]). « Ouvriers = Ouvrières ? Proposition pour une articulation théorique de deux variables : sexe et classe sociale. » in : Kergoat, Danièle *Se battre disent-elles*. Paris : La Dispute, pp. 33-34.
- KERGOAT Danièle (2011) « Comprendre les rapports sociaux », in « Articuler les rapports sociaux : classes, sexes, races », *Raison présente*, n°178, pp. 11-21.
- KERGOAT Danièle (2009). « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux », in DORLIN Elsa (Dir.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, Paris, Puf, 2009, p. 111-125.
- KERGOAT Danièle (2005) « Rapports sociaux et division du travail entre les sexes. » In: MARUANI Margaret (Dir.), *Femme, genre et société : l'état des savoirs*. Paris : Editions La Découverte, p. 94-101.
- KERGOAT Danièle (2004) *Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe*. In: HIRATA H., LABORIE F., LE DOARE H., SENOTIER D. (coord), *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris : PUF, 2^e éd augmentée, p. 35-44.

- KERGOAT Danièle (2001). « Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. » In : *Actuel Marx*. « Les rapports sociaux de sexe. » Paris : Presses Universitaires de France, n° 30 – deuxième semestre, p. 85-100.
- KERGOAT Danièle, IMBERT Françoise, LE DOARE Hélène, SENOTIER Danièle, (1992) *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Lamarre, 192 p.
- KERGOAT Danièle (1984a) « Plaidoyer pour une sociologie des rapports sociaux. De l'analyse critique des catégories dominantes à la mise en place d'une nouvelle conceptualisation. In : Ouvrage collectif *Le sexe du travail : structures familiales et système productif*. Presses universitaires de Grenoble.
- KERGOAT Danièle (1984b), *Les femmes et le travail à temps partiel*, Paris, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, document Travail et Emploi, La Documentation Française.
- KERGOAT Danièle (1982). *Les ouvrières*. Paris : Sycomore.
- KOME P. (1998). *Wounded Workers. The Politics of Musculoskeletal injuries*. Toronto: University of Toronto Press.
- KRINSKY John & SIMONET Maud, (2012). « Dénis de travail : l'invisibilisation du travail aujourd'hui ». Introduction, *Sociétés contemporaines*, 2012/3 n° 87, p. 5-23.
- KRUPOVES Alfreda, CAMUS Michel et DE GUIRE Louise (2013). « Tendances de l'incidence des mésothéliomes au Québec et au Canada de 1984 à 2007 et projections de 2008 à 2032. » INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC.
- LADA Emmanuelle (2005). « Quand les marges deviennent centre. Mise au travail, jeunesses populaires et rapports sociaux (de sexe) dans le secteur public et associatif. » Thèse de sociologie sous la direction de Danièle KERGOAT, Université de Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines.
- LAHELMA E., MARTIKAINEN P., LAAKSONEN M., AITTOMAKI A., 2004 – « Pathways between socioeconomic determinants of health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol.58, n°4, p.327-332
- LALANNE M. (2009), "Santé des travailleurs et commerce des substances chimiques : une relation inéquitable.", article en ligne sur le site de la Revue électronique *Mouvements des idées et des luttes*.
- LALLEMENT Michel (2000). « En poste à temps partiel », *Travail, genre et sociétés* 2000/2 (N° 4), p. 135-155.DOI 10.3917/tgs.004.0135
- LAUFER Jacqueline, MARUANI Margaret, SILVERA Rachel, ZYLBERBERG-HOCQUARD Marie-Hélène, LANQUETIN Marie-Thérèse, BUE Jennifer, ROUX-ROSSI Dominique, XIMENES Georgette, BOUTROUE Marie-France (2001). « Le travail de nuit des femmes. », *Travail, genre et sociétés* 1/2001 (N° 5), p. 135-160
- LAZZARINI Elena (2014). « Le corps construit. Pratiques esthétiques et canons de beauté dans la collection des livres des secrets de la BNF XV^e et XVII^e siècles », *Revue de la BNF* 2014/2 (n° 47), p. 78-84.
- LANNA Flavienne (2013). « Du travailleur au malade : retour sur la reconstitution du parcours professionnel de patients atteints de cancer en Seine-Saint-Denis », *La Nouvelle Revue du Travail* [En ligne], 2. Mis en ligne le 30 mars 2013. <http://nrt.revues.org/653>

- LARDON Filip (2014). *Quand une cellule déraile. Comprendre le cancer*. Bruxelles : Editions Mardaga, 176p.
- LALIVE D'ÉPINAY C. (2005). « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire », in Guillaume J.-F. (dir.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Liège, Editions de l'ULG.
- LE FEUVRE Nicky (2008). « La féminisation des anciens « bastions masculins » : enjeux sociaux et approches sociologiques » in : GUICHARD-CLAUDIC Yvonne, KERGOAT Danièle, VILBROD Alain. *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin...et réciproquement*. Rennes : PUR, p. 307-324.
- LERT France & THEBAUD-MONY Annie (1982). Emploi, travail et santé des femmes : la législation et les recherches face aux mouvements sociaux. *Droit social*, n° 12 : 781-792.
- LETABLIER Marie-Thérèse et VASSEUR Anne-Marie (1977). « L'activité féminine, enquête sur la discontinuité de la vie professionnelle », *Cahiers du Centre d'études de l'emploi*, Paris : PUF, n° 11.
- LIPPEL Katherine & COX Rachel (2012). «Invisibilité des lésions professionnelles et inégalités de genre : le rôle des règles et pratiques juridiques», dans Annie Thébaud-Mony, Véronique Daubas-Letourneux, Nathalie Frigul et Paul Jobin (dirs) *Santé au travail : Approches critiques*, La Découverte, Paris, 153-179.
- LIPPEL Katherine (2003). Compensation for Musculoskeletal Disorders in Quebec: Systemic Discrimination Against Women Workers? *International Journal of Health Services*, 33 (2): 253-81.
- LIPPEL Katherine & BIENVENU C. (1995). « Les dommages fantômes : l'indemnisation des victimes de lésions professionnelles pour l'incapacité d'effectuer le travail domestique », *Les Cahiers de droit*, vol. 36, n° 1, p. 161-208.
- LIPPEL Katherine, MESSING Karen, STOCK S, VÉZINA N. (1999). «La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif: rencontre des sciences de la santé et du droit. » *Recueil annuel de Windsor d'accès à la justice*, 17 : 35-85.
- LINHART Danièle (2009). *Travailler sans les autres?*, Coll. Non conforme, Paris : Seuil, 213 p.
- LÖWY Ilana (2013). « Le genre du cancer », *Clio. Femmes, Genre, Histoire [En ligne]*, n° 37, 65-83.
- LÖWY Ilana (2010). *Preventive Strikes: Women, Precancer, and Prophylactic Surgery*, Baltimore.
- LÖWY Ilana et ROUCH Hélène. (2003). « Genèse et développement du genre : les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre. » *Cahiers du Genre*, n° 34/p. 5-16.
- LUCHENSKI S., QUESNEL-VALLÉE A., LYNCH J., 2008 – « Differences between women's and men's socioeconomic inequalities in health: longitudinal analysis of the Canadian population, 1994-2003 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol.62, n°12, p.1036-1044
- MÄKELÄ I.P., KESKIMÄKI T., KOSKINEN S., (2003), « What underlies the high alcohol related mortality of the disadvantaged: high morbidity or poor survival? » *J. Epidemiol. Community Health*, 57: 981-986.

- MAKRIDOU Efthymia (2014). « Le *care* dans tous ses éclats. Des employées au service des personnes âgées : entre contraintes et petits arrangements. » Thèse de doctorat de sociologie sous la direction d'Helena Hirata. Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis.
- MARASCHIN Joëlle (2011). « Maladies professionnelles : controverse sur la révision du tableau TMS ». *Santé & Travail* n° 073 - janvier 2011. Disponible sur http://www.sante-et-travail.fr/maladies-professionnelles--controverse-sur-la-revision-du-tableau-tms_fr_art_1066_52386.html.
- MARCHAND Anne & ROLLIN Zoé (2015). « Ce que l'intervention fait à la recherche dans un contexte de maladie grave. », *Santé Publique* 3/2015 (Vol. 27), p. 331-338. URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-331.htm.
- MARCHAND Anne. (2010). « La reconnaissance en maladie professionnelle : perceptions et usages de ce droit par des personnes atteintes de cancer. » Mémoire de master 2 en sciences sociales, sous la direction d'Annie Thébaud-Mony, EHESS/ENS, soutenu le 21 septembre 2010. 107 p.
- MARICHALAR Pascal, PITTI Laure (2013). « Réinventer la médecine ouvrière? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Seuil, n°196-197, p. 116-133.
- MARICHALAR Pascal (2011). « Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010). », Thèse de doctorat sous la direction de Paul-André Rosental - André Grelon.
- MARTIN Pascal (2011). « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°189, septembre.
- MARUANI Margaret et MERON Monique (2012). *Un siècle de travail des femmes en France (1901-2011)*. Paris : La Découverte.
- MARUANI Margaret (Dir.) (2005). *Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs*. Paris : Editions La Découverte.
- MARUANI Margaret et MEULDERS Danièle. (2005). *Chômage, sous-emploi et précarité*. In : Margaret Maruani (Dir.), (2005). *Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs*. Paris : Editions La Découverte.
- MARUANI Margaret (2004). « Activité, précarité, chômage : toujours plus ? », *Revue de l'OFCE*, 3/2004, n° 90, p. 95-115. DOI : 10.3917/reof.090.0095
- MARUANI Margaret (2003). *Travail et emploi des femmes*. Paris : La Découverte.
- MARUANI Margaret et NICOLE Chantal (1989). *Au labeur des dames : métiers masculins, emplois féminins*. Paris, Syros-Alternatives.
- MARX Karl et ENGELS Friedrich (1983[1848]). *Manifeste du parti communiste*. Traduction de l'allemand par Laura Lafargue, Paris : Editions Champs Libres.
- MARZANO-PARISOLI Maria Michela (2002). *Penser le corps*. Paris : PUF, p. 182.
- MASSON Sabine (2012). « Travail en débat, travailleuses invisibles. Quelques enjeux sexuels autour de la redéfinition du « travail » », *Cahiers du Genre*, n°26, p. 13-32.
- MATHIEU Nicole-Claude (2014). *L'Anatomie politique 2. Usage, déréliction et résilience des femmes*, Paris, La Dispute, coll. « Le genre du monde », 386 p.

- MATHIEU Nicole-Claude (1991). *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté- femmes.
- MATHIEU Nicole-Claude (1989). « Identité sexuelle/sexuée/de sexe ? Trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre », in Anne-Marie DAUNE-RICHARD, Marie-Claude HURTIG et Marie-France PICHEVIN (éds.), *Catégorisation de sexe et constructions scientifiques*, Paris, ADAGP, p. 109-147.
- MATHIEU Nicole-Claude (1973). « Homme-culture et femme nature ? ». *L'Homme*, tome 13 n°3. pp. 101-113.
- MCDONOUGH P., WILLIAMS D.R., HOUSE J.S., DUNCAN G.J., 1999 – « Gender and the socio-economic gradient in mortality », *Journal of Health and Social Behavior*, vol.40, n°1, p.17-31
- MEDA Dominique et VENDRAMIN Patricia, (2010). « Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ? », *Sociologies* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 27 décembre 2010, consulté le 26 janvier 2015. URL : <http://sociologies.revues.org/3349>
- MEDA Dominique (2008). *Le temps des femmes : Pour un nouveau partage des rôles*. Paris : Champs, Flammarion, (édition revue).
- MEIDANI Anastasia (2008). Le genre dans l'histoire de la maladie cancéreuse : le façonnement sociétale de la santé et ses inégalités", *Sociologie Santé*, N°28, juin 2008.
- MEIDANI Anastasia (2006a). « Corporéités "déviantes", gestion des émotions et prise de risques », *Face à Face*, n°8, juin 2006
- MEIDANI Anastasia (2006b). « Cancer et rapports sociaux de genre : des enjeux de présentation à l'adhésion aux soins », *Bulletin du Cancer*, vol. 93, N°6, juin.
- MEMMI Dominique. (1998). Introduction : la dimension corporelle de l'activité sociale. In: *Sociétés contemporaines* n°31, pp. 5-14.
- MENAL Daniel (2008). « La reconnaissance des maladies professionnelles. », *Revue française des affaires sociales* 2/2008 (n° 2-3), p. 205-212
URL : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-2-page-205.htm.
- MENGOT Marie-Anne (2007). « Les cancers professionnels. Une plaie sociale trop souvent ignorée. » ETUI, Bruxelles, 60 p. <http://www.etui.org/fr/Publications2/Guides/Les-cancers-professionnels.-Une-plaie-sociale-trop-souvent-ignoree>
- MENORET Marie (2006). « Prévention du cancer du sein : cachez ce politique que je ne saurais voir », *Nouvelles Questions Féministes*, 2 (Vol. 25), p. 32-47. DOI 10.3917/nqf.252.0032
- MENORET Marie [1999 (2007)]. *Les temps du cancer*, Paris, Editions du CNRS.
- MESSING Karen et LIPPEL Katherine (2013° ; « L'invisible qui fait mal » Un partenariat pour le droit à la santé des travailleuses, *Travail, genre et sociétés*, 2013/1 n° 29, p. 31-48. <http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2013-1-page-31.htm>
- MESSING, Karen *et al* (2011). « Si le bruit rend sourd, rend-il nécessairement sourde ? Le défi d'appliquer l'analyse différenciée selon le sexe à la recherche d'informations sur la santé et la sécurité du travail. » *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, vol. 6, N° 2, p. 3-25.

- MESSING Karen (2009), « Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : des objectifs conciliables ? », *Travailler*, 2/2009, n° 22, p. 43-58. <http://www.cairn.info/revue-travailler-2009-2-page-43.htm>
- MESSING, Karen (2008). « Les facteurs de risques sont-ils si différents pour les femmes ? » Congrès national de médecine et santé au travail. N°30, Tours, (03/06/2008), vol. 69, n° 2 (308 p.) [Document : 3 p.] (22 ref.), pp. 114-116 [3 page(s) (article)].
- MESSING Karen et STELLMAN Jeanne Mager (2006). « Sex, gender and women's occupational health: The importance of considering mechanism» *Environmental Research, Volume 101, Issue 2, June Pages 149-162*
- MESSING Karen et ELABIDI Diane (2002), « Aides-soignants et aides-soignantes : la collaboration dans les tâches physiques lourdes », *Cahiers du Genre*, n° 32, p. 5-24.
- MESSING Karen (2000). *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle ?* Québec : Les Editions du remue-ménage.
- MESSING Karen, VOGEL Laurent, GRONKVIST Lars, LAGERLOF Elisabeth (dir) (1999). « Comprendre le travail des femmes pour le transformer : Une recherche-action menée par l'Université et les organisations syndicales québécoises. » Bruxelles : Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité
- MIAS Arnaud et al. (2013). *Le travail de prévention - Les relations professionnelles face aux risques cancérogènes*. Toulouse : Octarès, 200p.
- MICHEL Andrée, COLLET Claudine et VIEILLE Agnès (1975). *Travail féminin : un point de vue*. Paris : La Documentation française.
- MOHAMMED-BRAHIM Brahim (2009). « Travailler en présence de substances toxiques : un corps à corps au quotidien », *Corps* 2009/1 (n° 6), p. 53-59.
- MOLINIE Anne-Françoise. (2012) « Facettes de la pénibilité, prisme du genre : une analyse de l'enquête Santé et vie professionnelle après 50 ans. » In : MOLINIE, A-F, GAUDART, C. et PUEYO, V. *La vie professionnelle. Age, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*. Toulouse : Octarès. p. 315-341.
- MOLINIER Pascale (2009). « De la rumeur à la peur », *Communication et organisation* [En ligne], 36 |, mis en ligne le 11 mars 2011, consulté le 30 mars 2016. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/901>
- MOLINIER Pascale (2000). « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, genre et sociétés* /1, (N° 3), p. 25-44.
- MOLINIER Pascale (1995). *Psychodynamique du travail et identité sexuelle*. Thèse de psychologie : CNAM.
- MOLYNEUX Maxine (1977). "Androcentrism in marxist anthropology" *Critique of anthropology* 3, 9-10 (Women's issue); 55-81.
- MONTEAU Michel (2010). *L'organisation délétère. La SST au prisme de l'organisation*, Paris, L'Harmattan, coll. « Dynamiques d'entreprises », 375 p.
- MONTEAU Michel (1997) *Psychodynamique du travail et précarisation. La construction défensive de la virilité*. In : "Précarisation sociale, travail et santé" (sous la direction de Béatrice Appay et Annie Thébaud-Mony). IRESCO.

- MONTEIL C., ROBERT-BOBEE I. (2005) « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. » *Insee première*, n° 1025: p. 1-4.
- MORE Paloma & PAIVA Michelle (2014). « Du corps des femmes et de l'(in)visibilité des contraintes liées à leur travail. Les aides aux personnes âgées et les ouvrières de l'industrie des cosmétiques. » 14^{ème} Journée Internationale de Sociologie du Travail, 17 au 19 juin, Lille.
- MURPHY Michelle (2006). *Sick building syndrome and the problem of uncertainty. Environmental politics, technoscience, and women workers.* Duke University Press.
- MUSU Tony (2013a). « REACH : quel bilan pour les travailleurs à mi-parcours ? » *HesaMag* #08, Dossier spécial 3/37, 2e semestre, p. 14-20.
- MUSU Tony (Coord.), (2013b) « Risques chimiques : inventaire après six ans de règne REACH », *HesaMag* #08, Dossier spécial 3/37, 2^e semestre.
- NAUDIER Delphine et SORIANO Éric (2010). « Colette Guillaumin. La race, le sexe et les vertus de l'analogie », *Cahiers du Genre*, 2010/1 n° 48, p. 193-214. DOI : 10.3917/cdge.048.0193
- N'DA Pierre (2007). *Méthodologie et guide pratique du mémoire de recherche et de la thèse de doctorat en Lettres, Arts, Sciences humaines et Sociales : informations, normes et recommandations universitaires, techniques et pratiques actuelles.* Paris : L'Harmattan, 2007, 240p.
- NOIRIEL Gérard (1984). *Longwy : Immigrés et prolétaires 1880-1980.* Paris : PUF, 1^{ère} édition.
- OMNES Catherine (2009). « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009/1 n° 56-1, p. 61-82.
- PAIVA Michelle (2014). « Le sexe du cancer professionnel : le strictement féminin et l'inévitablement apolitique ». *Raison Présente*, n°190/2ème trimestre 2014, Genre et Santé au Travail, pp.55-67. (<http://www.union-rationaliste.org/i...>)
- PAIVA Michelle (2012). « Des femmes invisibles. » *Revue Plein droit/GISTI* n°93, p21-24.
- PALMADE Jacqueline (2003). « L'évolution du rapport au travail. La désocialisation des références identitaires. » in : Jacqueline Palmade (sous-dir). *L'incertitude comme norme.* Paris : PUF, 9-49.
- PALOMARES Elise et TESTENOIRE Armelle (2010). « Indissociables et irréductibles : les rapports sociaux de genre, ethniques et de classe. », *L'Homme et la société*, 2010/2 n° 176-177, p. 15-26.
- PARODI Maxime (2004). « L'ouvrière n'est pas la femme de l'ouvrier », *Revue de l'OFCE*, 2004 /3 no 90, p. 85-94.
- PAUGAM Serge (2002). *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris : PUF.
- PEISS Kathy (1990). « Culture de masse et divisions sociales : le cas de l'industrie américaine des cosmétiques. » *Le Mouvement Social*, n° 152, juillet-septembre, Les éditions Ouvrières.

- PELOSOFF, Lorraine Cheryl et al. (2015). « Increasing Incidence of Never Smokers in Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) Patients (ID 707). » Communication présentée au 16TH World Conference on lung cancer, September, Denver, Colorado, USA.
- PEQUIGNOT Françoise ; TOULLEC Alain Le ; BOVET Martine et JOUGLA Eric (2003). « La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France. ». In : JOUGLE, Éric. « La mortalité prématurée en France » [numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, juillet 2003, n° 30-31, p. 139-141. Accessible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/30_31/beh_30_31_2003.pdf
- PFEFFERKORN Roland. (2007) *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classe, rapports de sexe*, Paris, Éditions La Dispute, Collection Le genre du monde, 416 p.
- PFEFFERKORN Roland, HEINEN Jacqueline et HIRATA Helena (2009), « Etat, Travail, Famille. "Conciliation" ou conflit ? », *Cahiers du Genre*, n° 46, L'Harmattan, 270 p.
- PFEFFERKORN Roland et BIHR Alain. (1995, 1ère édition). *Déchiffrer les inégalités*, 2^e éd. (entièrement refondue et mise à jour), Syros-La Découverte, Collection « Alternatives économiques », Paris, 1999, 420 p.
- PFEFFERKORN Roland et BIHR Alain (2008). *Le Système des inégalités*, La Découverte, 120 p.
- PFEFFERKORN Roland et DUNEZAT Xavier (2011). « Articuler les rapports sociaux. Classes, Sexes. Races », *Raison présente*, n° 178, 2^e trimestre 144 p.
- PFEFFERKORN Roland, CAUSER Jean-Yves et WOHL Bernard, (Dir.), (2007). *Métiers, identités professionnelles et genre*, L'Harmattan, Logiques sociales, 254 p.
- PERROT Michelle (1998). *Les femmes ou les silences de l'histoire*, Paris, Flammarion.
- PINELL Patrice (1992). « Naissance d'un fléau, histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940. » Paris : AM Métallier, 367p.
- PITTI Laure (2010). « Experts « bruts » et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, 2010/3, n° 91, p. 103-132. URL : www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-103.htm. DOI : 10.3917/pox.091.0103.
- POMMIER Jeanine, HERITAGE Zoë, LEGROS Michel (2010). « Se former pour agir sur les inégalités sociales de santé. » In : POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, p. 98-105.
- PONCE DEL CASTILLO Aída Maria (2009). « Travailleurs du nanomonde : qui est exposé? », *HesaMag* 01, 2^e semestre, Dossier spécial 22/30, p. 33-35.
- PONCE DEL CASTILLO Aída Maria (2009). « Comment réglementer la "nanorévolution"? », *HesaMag* 01, 2^e semestre, p. 18-26.
- POURTAU Lionel, (2009) « Introduction. Pour une oncosociologie et des onco-SHS », *Sociétés*, 2009/3 n° 105, p. 5-7. <http://www.cairn.info/revue-societes-2009-3-page-5.htm>
- PROBST Isabelle (2015). « Genre et reconnaissance des maladies professionnelles en Suisse. » *Raison Présente*, n°190/2^{ème} trimestre 2014, Genre et Santé au Travail. (<http://www.union-rationaliste.org/i...>)
- PROBST Isabelle (2012). « La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS) comme maladies professionnelles: controverses sociales et trajectoires personnelles. »

Thèse de doctorat en psychologie. Faculté des Sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne.

- PROBST Isabelle (2009). « La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles ». *PISTES*, vol. 11, n° 2, novembre, p. 1-16. <http://www.pistes.uqam.ca/v11n2/articles/v11n2a5.htm>
- POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. (sous la dir.), (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 380 p.
- POTVIN Louise et L. FROHLICH Katherine (1998). « L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes. » *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, vol. 5, n° 2, p.142-152.
- RIST Gilbert (2001) *Le développement : histoire d'une croyance occidentale*. Paris : Presses de Sciences Po, 2° éd.
- RIVA Catherine et SPINOSA Jean-Pierre (2010). La piqûre de trop? Pourquoi vaccine-t-on les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus ? Vevey : Ed. Xenia, 245p.
- ROBINE J. M., COLVEZ A., BUCQUET D., HATTON F., MOREL B. et LELAIDIE S., 1986, « L'espérance de vie sans incapacité en France en 1982 », *Population*, p. 1025-1042.
- ROBIN Marie-Monique (2010). « Notre poison quotidien ». Documentaire France, 115 minutes.
- ROMANO Dolores (2015). « Les limites des valeurs limites. » In : In : THEBAUD-MONY Annie, DAVEZIES Philippe, VOGEL Laurent et VOLKOFF Serge. *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris : La Découverte. p. 495-499.
- ROSENTAL Paul-André (2013) « Les guerres du poumon. La cigarette et l'ignorance distribuée », recension de l'ouvrage de Robert Proctor (2012). *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*, Berkeley (Ca.), University of California Press, 752 p. *La vie des idées*.
- ROSENTAL Paul-André et OMNES Catherine (2009). « L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de « santé au travail » ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*/1 n° 56-1, p. 5-11. <http://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2009-1-page-5.htm>
- ROSENTAL Paul-André (2008). « La silicose comme maladie professionnelle transnationale. » *RFAS* n° 2-3, pp. 255-277.
- ROSNER, D. & MARKOW G. (1991). *Deadly Dust. Silicosis and the politics of occupational disease in Twentieth-Century America*. Princeton: Princeton University Press.
- SAMUEL Olivier, MARTISKAINEN DE KOENIGSWARTER Heini, VILTER Sylvie (2012). « Inactivité professionnelle féminine, maternité et santé » DREES. Document de travail ; SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE, N° 122 • septembre.
- SANDRET N. & GUIGNON N. (2005). « SUMER 2003 : Les expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. » Documents pour le médecin du travail, n°104.
- SASCO Annie J. (2001), « Epidemiology of breast cancer: an environmental disease? », *APMIS*, vol. 109, no. 103, p. 80-92.
- SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe & BLONDEL Béatrice (1996). *La santé des femmes*. Paris : Flammarion –Médecine-Sciences, 1996.

- SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, MESSING Karen et LERT France (1996). « Activité professionnelle et santé des femmes. Risques et bénéfices, effets d'une dynamique sociale. » In : Saurel-Cubizolles, Marie-Josèphe et Blondel, Béatrice. *La santé des femmes*. Paris : Flammarion –Médecine-Sciences, pp. 326-349.
- SCAVONE L., GIANNASI F., THÉBAUD-MONY A., (1997). « Amianto e suas conseqüências sócio-familiares: uma abordagem comparativa franco-brasileira. » Relatório Final de Pesquisa, INSERM/CNPq.
- SCHWARTZ Yves (2004). « La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible », *L'Homme et la société*, 2004 /2 n° 152-153, p. 47-77.
- SCHWEITZER Sylvie (2002a). *Les femmes ont toujours travaillé : une histoire du travail des femmes aux XIX^e et XX^e siècles*. Paris : Editions Odile Jacob.
- SCHWEITZER Sylvie (2002b). « Les enjeux du travail des femmes », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* 2002/3 (no 75), p. 21-33. DOI 10.3917/ving.075.0021
- SCOTT Joan W. (2009). « Le genre : une catégorie d'analyse toujours utile ? », *Diogène* 2009/1 (n° 225), p. 5-14. <http://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-5.htm>
- SCOTT Joan, Varikas Eleni (traduction), (1988). « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique. » In: *Les Cahiers du GRIF*, N. 37-38, 1988. Le genre de l'histoire. pp. 125-153. doi : 10.3406/grif.1988.1759
Url : [/web/revues/home/prescript/article/grif_0770-6081_1988_num_37_1_1759](http://web.revues/home/prescript/article/grif_0770-6081_1988_num_37_1_1759), Consulté le 06 juillet 2015.
- SIMPSON Cam (2014). « Samsung's War at Home. A grass-roots effort to make Samsung pay for deaths at a chipmaking plant is changing South Korea's corporate-is-king mentality », en ligne, Bloomberg Businessweek, paru le 11 avril. Disponible sur: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2014-04-11/samsung-s-war-at-home>.
- SOLIANI L., LUCCHETTI E., (2002). « Les facteurs génétiques de la mortalité », In : CASELLI G., VALLIN J., WUNSCH G., *Démographie : analyse et synthèse. III – Les déterminants de la mortalité*, Paris, INED, p.205-227.
- TABET Paola (1998). *La construction sociale de l'inégalité des sexes : des outils et des corps*. Paris : L'Harmattan.
- TABET Paola (1979). « Les Mains, les outils, les armes. » In: *L'Homme*, tome 19 n°3-4. Les catégories de sexe en anthropologie sociale. pp. 5-61.
- TABUTIN D. (1978). « La surmortalité féminine en Europe avant 1940 », *Population*, vol.33, n°1, p.121-148
- TEIGER Catherine & VOUILLOT Françoise (2013). « Tenir au travail ». *Travail, genre et sociétés*, 2013/1 n° 29, p. 23-30.
- TEIGER Catherine (2006a). « Les femmes aussi ont un cerveau ! » Le travail des femmes en ergonomie : réflexions sur quelques paradoxes. *Travailler*, 2006/1 (n° 15).
- TEIGER Catherine (2006b). Quand les ergonomes sont sortis du laboratoire... à propos du travail des femmes dans l'industrie électronique (1963 - 1973). Rétro-réflexion collective sur l'origine d'une dynamique de coopération entre action syndicale et recherche-formation-action. *PISTES*, vol 8, n° 2, octobre, pp. 1-38. <http://www.pistes.uqam.ca/v8n2/pdf/v8n2a4.pdf>

- TESTENOIRE Armelle & TRANCART Danièle (2011). « Parcours professionnels, ruptures et transitions. Inégalités face aux événements de santé. » Rapport de Recherche, Centre d'Etudes de l'Emploi. N° 65, septembre.
- TESTENOIRE Armelle (2010), « Articuler les paradigmes de la reconnaissance et de la redistribution ; la situation des femmes de chambre », *L'Homme et la société*, 2010/2 n° 176-177, p. 83-99. <http://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2010-2-page-83.htm>
- THANE Pat & BELLIARD Corinne (1991). Genre et protection sociale. La protection maternelle et infantile en Grande-Bretagne, 1860-1918. In: *Genèses*, 6, p. 73-97. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/genes_1155-219_1991_num_6_1_1093.
- THEBAUD-MONY Annie, DAVEZIES Philippe, VOGEL Laurent et VOLKOFF Serge, (2015). *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris : La Découverte.
- THEBAUD-MONY Annie (2014). La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs. Paris : Editions La Découverte, p.309.
- THEBAUD-MONY Annie (2008). « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis ». *Revue Française des Affaires Sociales*, 2-3 (avril-septembre), 237-254.
- THEBAUD-MONY Annie (2007). *Travailler peut nuire gravement à votre santé*. Paris : Editions La Découverte.
- THEBAUD-MONY, Annie et VOLKOFF, Serge (2005). « La santé et les conditions de travail des femmes. » In : MARUANI, Margaret. *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*. Paris : La Découverte, p. 289-296.
- THEBAUD-MONY Annie (2005). « Comment inscrire la visibilité des atteintes liées au travail dans une perspective de santé publique ? » Communication présentée à la *Journée de la société de médecine du travail Dauphiné-Savoie*, Grenoble. 24 juin.
- THEBAUD-MONY Annie (2004). « Santé au travail ». In : Hirata *et al*, *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris : PUF, p. 195-200.
- THEBAUD-MONY Annie. *et al.* (2003). Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France). *PISTES*, revue électronique des Perspectives Interdisciplinaires sur la Santé et le Travail, Université du Québec à Montréal, 1 (5, mai), 25 p. <http://pettnt/pistes/v5n1/articles/v5n1a2.htm>
- THEBAUD-MONY Annie (2000). *L'industrie nucléaire, sous-traitance et servitude*, éditions EDK/INSERM.
- THEBAUD-MONY Annie (1997). « Le rapport santé-travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale. » In : APPAY, Béatrice et THEBAUD-MONY Annie (Dir.) *Précarisation sociale, travail et santé*. IRESO.
- THEBAUD-MONY Annie. (1991). De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France : acteurs et logiques sociales. La Documentation Française, 1991
- THEBAUD-MONY Annie (1990). « L'envers des sociétés industrielles : approche comparative franco-brésilienne. Paris : L'Harmattan.

- TOURAILLE Priscille (2008). *Hommes grands, femmes petites : une évolution coûteuse. Les régimes de genre comme force sélective de l'évolution biologique*. Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 441 p.
- TRACHMAN Mathieu (2009). « La banalité de l'échange. Entretien avec Paola Tabet », Genre, sexualité & société [En ligne], 2 | Automne 2009, mis en ligne le 14 décembre 2009, consulté le 22 septembre 2015. URL : <http://gss.revues.org/1227>
- TURQUIS, Magali et THEBAUD-MONY, Annie (2011). Etude de la connaissance de l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) des salariés des entreprises intervenant dans la chimie, la pétrochimie et l'automobile en Haute Normandie. (Rapport Final, Convention DIRECCTE – Université Paris 13). Accessible sur http://old.centre.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Normandie_Final_octobre_2011.pdf
- VALLIN J. (2002) « Mortalité, sexe et genre », In : CASELLI G., VALLIN J., WUNSCH G., Démographie : analyse et synthèse. III - Les déterminants de la mortalité, Paris, INED, p.319-350
- VALLS-LLOBET Carme (2015). "SALUD LABORAL Y DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES. Exposición a químicos y riesgos electromagnéticos. El ejemplo de cáncer de mama." Communication présentée à la Conférence Internationale "Femmes, santé et travail. Partager connaissances et expériences pour améliorer les conditions de travail des femmes et renforcer l'égalité." ETUI, Bruxelles, 4-6 mars.
- VANDELAC Louise (1981). « "... Et si le travail tombait enceinte???" : essai féministe sur le concept du travail » Sociologie et sociétés, Volume 13, numéro 2, octobre 1981, p. 67-82, <http://id.erudit.org/iderudit/001817ar>
- VIDAL C. (1980). « Une surmortalité féminine prolongée en Europe : le cas français des Alpes du sud », Population, vol.35, n°3, p.698-708
- VILLENEUVE Marie-Paule (2005), Les demoiselles aux allumettes, VLB éditeur, 409 p.
- VOGEL Laurent (2007). « Omniprésentes et invisibles, l'importance des luttes des femmes pour leur santé au travail. » Histoire et Sociétés n° 23, septembre 2007.
- VOGEL Laurent (2003). *La santé des femmes au travail en Europe: des inégalités non reconnues*. Bureau Technique Syndical européen pour la Santé et la Sécurité – BTS.
- VOGEL Laurent (1997). *Droit du travail et précarisation des droits dans les Etats de l'Union européenne*. In : APPAY, Béatrice et THEBAUD-MONY, Annie (Dir.) *Précarisation sociale, travail et santé*. IRESCO.
- VOIROL Olivier (2005). « Visibilité et invisibilité : une introduction », Réseaux, 2005/1 n° 129-130, p. 9-36.
- VOLKOFF Serge, (2006). « « Montrer » la pénibilité : le parcours professionnel des éboueurs. », *Actes de la recherche en sciences sociales* 3/2006 (n° 163), p. 62-71
URL : www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2006-3-page-62.htm. DOI : [10.3917/arss.163.0062](https://doi.org/10.3917/arss.163.0062).
- WALDRON I., (1983). « Sex differences in human mortality: the role of genetic factors », Social Science and Medicine, vol.17, n°6, p.321-333
- WYDE Michael *et al.* (2016). "Report of Partial findings from the National Toxicology Program Carcinogenesis Studies of Cell Phone Radiofrequency Radiation in Hsd: Sprague

Dawley® SD rats (Whole Body Exposure)”. <http://dx.doi.org/10.1101/055699doi: bioRxiv preprint first posted online May. 26.>

ZAHM SH., BLAIR, A., (2003). « Les cancers professionnels chez les femmes: où avons-nous été et où allons-nous? » *American Journal of Industrial Medicine*, 44 (6), 565-575.

ZAHM, SH; POTTERN, LM; LEWIS, DR; WARD, MH et BLANC, DW, (1994). « L'inclusion des femmes et des minorités dans la recherche épidémiologique du cancer professionnel. » *Journal of Occupational Medicine*, 36 (8), 842-847.

ZAHM, SH; WARD, MH et SILVERMAN, DT, (2000). « Les cancers professionnels. » In: Goldman, M. Hatch, M., femmes et la santé (Eds.). Academic Press, New York, pp. 493-502.

ZYLBERBERG-HOCQUARD Marie-Hélène (2001) In: LAUFER Jacqueline *et al.* « Le travail de nuit des femmes », *Travail, genre et sociétés* 2001/1 (N° 5), p. 135-160. <http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2001-1-page-135.htm>

ZYLBERBERG-HOCQUARD Marie-Hélène (1978) « Les ouvrières d'État (Tabacs-Allumettes) dans les dernières années du XIXe siècle », *Le mouvement social*, 105, octobre-décembre, p. 87-107.

RAPPORTS

BIT (2007). « Tendances mondiales de l'emploi des femmes – 2007: Une étude du BIT met en garde contre la féminisation des travailleurs pauvres ». http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_082186/lang--fr/index.htm

Comité National d'Action pour la sécurité et l'hygiène dans la Construction - navb-cnac Constructiv (2013). « L'amiante et ses substantifs fibreux. », CNAC Dossier n° 139, trimestre 4.

DARES - Analyses, mai 2010, n° 027, « Activité féminine et recomposition familiale depuis 1975. »

DARES - « Défendre la sécu, repenser la santé », *Mouvements*, 2004/2 n° 32, p. 9-11., Premières Informations Synthèses. Octobre de 2005, n° 40.2

DREES - *Etudes et Résultats*, « Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin ». n° 78, août 2000 (version revue et corrigée).

DREES - *Etudes et Résultats*, « L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011 », n° 805, juin 2012.

EU-OSHA, Agence Européenne pour la sécurité et santé au travail (2007). « La dimension de genre dans la sécurité et la santé au travail – analyse »

EUROGIP (2010). « Cancer d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe ? », rapport d'enquête.

EUROGIP (2005). « Accidents du travail - maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes », (juin 2005). Disponible sur : <http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip-21F.pdf>.

FONDATION ABBE PIERRE (2015). « L'état du mal-logement en France », 20^e Rapport Annuel, 3 février.

GIA-GRUPO INTERINSTITUCIONAL DO ASBESTO, (1988). A ação interinstitucional no controle da exposição ao asbesto dos trabalhadores das indústrias de fibrocimento no

- Estado de São Paulo. São Paulo: IMESP. Publicação apoiada pela SERT - Secretaria de Estado das Relações de Trabalho.
- GIA-GRUPO INTERINSTITUCIONAL DO ASBESTO, (1993). *Asbesto no setor de fibrocimento*. Brasília: MTb / SSST.
- INCa (2015). « Les cancers en France en 2014. L'essentiel des faits et chiffres. » (Présentation des principaux faits et chiffres issus du rapport « Les cancers en France – Édition 2014 ».Boulogne-Billancourt.
- INCa (2010) « La situation du cancer en France en 2010. » Collection Rapport & Synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2010.
- INCa (2013). « Particules fines, dont diesel et risque de cancer », Collection Fiches Repère. Etats de Connaissances, du 1^{er} juin. Accessible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Particules-fines-dont-diesel-et-risque-de-cancer>
- INCa (2012). « Cancers professionnels. » Collection Fiches Repère. Etats de Connaissances, du 19 janvier.
- INCa (2010a). « Cancers professionnels et inégalités sociales. » Collection Fiches Repère. Etats de Connaissances, du 18 mars.
- INCa (2010b). ©Recommandations professionnelles Cancer du poumon non à petites cellules Formes localisées non opérables, localement avancées et métastatiques.Collection Recommandations & référentiels, INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2010.
- INCa (2008). « Atlas de la mortalité par cancer en France Métropolitaine. (Evolution 1970-2004) ». **Collection** : Rapports & synthèses. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, 182p.
- INCa (2007). « Analyse économique des coûts du cancer en France » t du cancer en France. Rapport, mars 2007.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (France) (1997). « Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante » Collection : Expertise collective, Janvier, 392 pages
- Ministère des Droits des femmes (2012). « L'égalité entre hommes et femmes. Chiffres-clés 2011 » 11^{ème} édition, juin.
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes (2015). *Vers l'égalité réelle entre les femmes et hommes*, Chiffres Clés - L'Essentiel. Editorial signé par Marisol Touraine (Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes) et Pascale Boistard (Secrétaire d'État aux Droits des femmes et à l'égalité).
- Miroir Social (2014). « Reconnaître et prévenir les risques de santé au travail dans l'Éducation nationale. », 28 janvier, accessible sur : <http://www.miroirsocial.com/actualite/9678/reconnaitre-et-prevenir-les-risques-de-sante-au-travail-dans-l-education-nationale>
- OMS, (2014). « World Cancer Report », accessible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>, consulté le 14 avril 2016.

Liste des principaux sigles et acronymes

ACGIH *American conference of governmental industrial hygienists*

ANDEVA Association Nationale des Victimes de l'Amiante

ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

AT/MP Accidents du Travail/Maladies Professionnelles

BIT Bureau International du Travail

BTP Bâtiment et Travaux Publics

CECILE Etude cas-témoins sur la relation environnement et cancer du sein en Côte d'Or et en Ile-et-Vilaine

CEE Communauté Economique Européenne

CES Confédération européenne des syndicats

CGT Confédération Générale du Travail

CFTC Confédération Française des Travailleurs Chrétiens

CFDT Confédération Française Démocratique du Travail

CHS Comité d'Hygiène et de Sécurité

CHSCT Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIRC Centre International de Recherche sur le Cancer

CMR Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRMP Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

DST Division Sexuelle du Travail

ECART Expositions aux Cancérogènes dans l'Activité Réelle de Travail

ECHA l'European Chemicals Agency

EPI Equipement de Protection Individuel

ETUI European Trade Union Institute

FEBEA Fédération des Industries de la Beauté

FNIC-CGT Fédération Nationale des Industries Chimiques de la CGT

FDS fFche de Données de Sécurité

GIS COP93 Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle en Seine-Saint-Denis

HSE Hygiène, Sécurité, Environnement

INRS Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS Institut National de Veille Sanitaire
MP Maladie Professionnelle
PBT substances chimiques persistantes, bioaccumulables et toxiques/
vPvB substances très persistantes et très bioaccumulables
REACH Registration, Evaluation, Autorisation and restriction of Chemicals
SBM Syndrome du Bâtiment Malsain
SVHC substances considérées comme extrêmement préoccupantes
TASS Tribunal des Affaires Sociales et Sanitaires
TPE-PME Très Petites Entreprises-Petites et Moyennes Entreprises
TMS Troubles Musculo-Squelettiques
UIC Union des Industries Chimiques
VLEP Valeur Limite d'Exposition Professionnelle
VIC Voix des Industries Chimiques

ANNEXES

Annexe 1 : « Les grandes lignes de l'enquête permanente du GISCOP93. »

Le GISCOP 93 mène depuis 2002 une enquête permanente sur les expositions aux cancérogènes dans l'activité de travail et sur la reconnaissance de ces cancers en maladies professionnelles.

L'enquête a démarré à l'initiative de médecins en santé publique et de chercheurs, alertés par un taux de mortalité précoce de cancer dans le département de Seine-Saint-Denis, taux parmi les plus élevés en France.

Cette enquête s'est menée auprès de patients atteints de cancers primitifs sur certaines localisations et pris en charge dans les services de 3 hôpitaux du département de la Seine-Saint-Denis :

CHU Avicenne de Bobigny, Centre hospitalier de Monfermeil-le-Raincy et

l'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois, la Fédération d'urologie du 93

et dont les cancers étaient susceptibles d'avoir une origine professionnelle: les mésothéliomes, les cancers broncho-pulmonaires, du sinus, du larynx, du rein, des voies urinaires et les leucémies. Le cancer est considéré ici comme un événement sentinelle, rétrospectivement vis-à-vis de l'exposition aux cancérogènes et, prospectivement, vis-à-vis de l'accès au droit à réparation et vis-à-vis de la prévention.

Après le consentement des patients,

la 1ère étape de l'enquête consiste en une reconstitution fine du parcours professionnel du patient.

Ils sont sollicités par un membre de l'équipe du Giscop, pour un entretien de reconstitution du parcours professionnel, depuis le début de leur carrière professionnelle jusqu'à leur retraite ou jusqu'à la survenue du cancer dans le cas des personnes encore en activité.

Les questions ne portent pas sur les produits auxquels ils ont été exposés puisque les études préliminaires ont montré que les patients les ignoraient, ni sur leurs tâches prescrites, mais sur **la description la plus fine possible de leurs activités réelles de travail, des conditions et de l'environnement dans lesquelles elles se réalisent.**

Ces parcours sont ensuite soumis à l'expertise d'un collectif constitué de médecins du travail, toxicologues, hygiéniste industriel, ingénieur et contrôleur de prévention, membres de [Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail \(CHSCT\)](#) qui, à l'aveugle, sans connaître l'âge ni le sexe ni la pathologie de la personne concernée, travaillent à identifier (ou non), le ou les cancérogènes présents dans leurs activités de travail et à les qualifier (probabilité, fréquence, durée, pic, etc.).

Au terme de cette expertise et à la lecture de la pathologie, mais aussi du tabagisme et de l'âge, ils préconisent (ou non) d'orienter la personne vers une déclaration en maladie professionnelle et suggèrent un tableau de maladie professionnelle ou le système hors tableau (alinéa 3 ou 4).

Source : Extrait de présentation du Giscop93 sur son site web. Accessible sur : <https://giscop93.univ-paris13.fr/presentation-du-giscop93/enquete-permanente.html#>

Annexe 2 : Tableau – Pourcentage de femmes parmi la population active en Europe (1983-2009)

	1983	1987	1991	1995	2000	2004**	2009
Europe des Douze	-	39,3	40,6	42,0	-	-	45,1
Europe des Quinze	-	-	-	42,3	43,3	44,4	45,3
Europe des Vingt-Sept	-	-	-	-	-	-	45,3
Allemagne*	39,1	39,5	40,9	42,9	43,9	45,4	46,0
Autriche	-	-	-	42,9	44,0	45,2	46,3
Belgique	36,9	38,5	40,0	41,4	43,1	43,7	45,1
Danemark	45,5	46,0	46,6	45,5	46,8	46,8	47,1
Espagne	-	32,9	35,3	38,2	40,3	41,0	43,8
Finlande	-	-	-	47,9	47,9	48,1	48,6
France	41,9	43,3	44,3	45,5	45,8	46,5	47,7
Grèce	34,1	35,8	35,8	37,9	40,3	40,7	41,4
Irlande	31,1	32,8	34,1	37,6	40,7	41,9	44,0
Italie	34,1	35,6	37,1	37,3	38,6	40,3	40,8
Luxembourg	33,5	35,2	35,6	36,0	39,7	41,6	43,3
Pays-Bas	33,8	37,6	39,5	41,3	43,2	45,0	45,9
Portugal	-	41,8	43,8	45,0	45,6	46,1	47,2
Royaume-Uni	40,3	42,4	43,3	43,8	44,5	46,0	46,0
Suède	-	-	-	47,7	47,7	47,7	47,4

* A partir de 1992 et dans tous les tableaux, il s'agit des données concernant l'Allemagne réunifiée.

** Nouvelle série à partir de 2004.

Source : Maruani & Meron, d'après Eurostat, *Enquêtes sur les forces de travail*.

Annexe 3 : Tableau - Taux d'activité selon le sexe et la configuration familiale en 2014, en %

	Femme s	Hommes	Ensemble
Personnes seules	34,7	60,6	45,8
Familles monoparentales	59,5	57,0	58,6
Couple sans enfant	41,8	41,6	41,7
Couple avec enfant(s)	67,3	77,3	72,4
dont :			
- avec un enfant	72,7	78,1	75,5
- avec deux enfants	70,9	80,2	75,6
- avec trois enfants ou plus	52,8	70,8	62,0
- avec un enfant de moins de 3 ans	83,4	96,4	89,9
- avec deux enfants dont au moins un de moins de 3 ans	68,3	96,1	82,2
- avec trois enfants ou plus dont au moins un de moins de 3 ans	41,2	87,5	64,4
- avec un enfant de 3 ans ou plus	69,8	73,6	71,8
- avec deux enfants de 3 ans ou plus	71,5	77,0	74,3
- avec trois enfants ou plus de 3 ans ou plus	55,5	67,0	61,4
Autres ménages	48,9	60,0	54,0
Ensemble	51,8	61,6	56,4

Lecture : en moyenne en 2014, 72,7 % des femmes vivant en couple et ayant un enfant sont actives.

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 ans ou plus (âge courant).

Source : Insee, enquête Emploi 2014.

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NA_Tnon03178.

Annexe 4 : Résumé - Colette Guillaumin (1978) « Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes ».

Questions Féministes, No. 2, les corps appropriés (février 1978), pp. 5-30.

« I. L'appropriation matérielle du corps des femmes, de leur individualité physique, a une expression légalisée : la relation contractuelle de mariage. Cette appropriation est concrète et matérielle, il ne s'agit pas de quelque «figure» métaphorique ou symbolique ; il ne s'agit pas non plus d'une appropriation qui ne concernerait que les sociétés anciennes ou exotiques. Elle se manifeste par l'objet du contrat : 1) le caractère non payé du travail de l'épouse, et 2) la reproduction, les enfants sont au mari, leur nombre n'est pas fixé. Elle se manifeste par la prise de possession physique matérielle, l'usage physique, que sanctionne en cas de «différend», la contrainte, les coups. L'usage physique sans limites, l'utilisation du corps, le non-paiement du travail - c'est-à-dire le fait qu'il n'y ait aucune mesure de l'usage de la force de travail qui émane du corps - expriment que le corps matériel individuel d'une femme appartient au mari qui, à l'exception du meurtre, a droit contractuellement d'en faire un usage sans limites (le viol n'existe pas dans le mariage, les violences doivent être «graves et renouvelées» pour donner droit de fuite). Il y a quelques dizaines d'années, l'appropriation se manifestait également par la possibilité qu'avait le mari de vendre, contre salaire, la force de travail de l'épouse, puisqu'en effet le salaire de cette dernière lui appartenait, revenait de droit au propriétaire de l'épouse.

II. Cette propriété est exprimée également par la nature de certaines des tâches effectuées. On sait que certaines tâches sont empiriquement associées au rapport d'appropriation corporelle, au fait que les dominés sont des propriétés matérielles. Ceci est historiquement constatable pour les castes parias en Inde, pour Tesela vage de maison aux États-Unis (aux XVIIIe et XIXe siècles). Ces tâches d'entretien matériel des corps, celui des dominants, de chacun des propriétaires dans Tesela vage et le mariage, mais en même temps et également celui des autres propriétés de ces mêmes propriétaires, comportent nourriture, soins, nettoyage, élevage, entretien sexuel, soutien affectivo-physique, etc. Lorsque la vente contre monnaie de la force de travail des appropriés est possible, cette force de travail, pour un temps encore indéterminé et contre salaire désormais, reste pratiquement la seule affectée à ces tâches précises. Les appropriés effectuent certes toutes les tâches possibles, mais ils sont les seuls à effectuer les tâches d'entretien matériel physique. Plus de 80 % des personnels de service est composé de femmes en France, ces mêmes sont aux États-Unis des Afro-américains, femmes et hommes, en Inde des parias, hommes et femmes... Ici, aujourd'hui, la quasi-totalité des femmes de ménage sont des femmes, la presque totalité des infirmiers sont des femmes, de même pour les assistantes sociales, de même pour les prostitués, les 3/4 des instituteurs sont des femmes, etc. Si la force de travail devient contractualisable, vendable, cela ne signifie pas ipso facto que l'appropriation physique, la cession de l'individualité corporelle, ne persiste pas - ailleurs dans une autre relation.

III. Les contradictions 1) La classe des hommes dans son ensemble approprie la classe des femmes, dans sa totalité et dans l'individualité de chacune, ET, d'autre part, chacune des femmes est l'objet de l'appropriation privée par un individu de la classe des hommes. La forme de cette appropriation privée est le mariage, lequel introduit un certain type de contractualité dans les rapports de sexes. L'appropriation sociale des femmes comporte donc à la fois une appropriation collective et une appropriation privée, et il y a contradiction entre les deux. 2) Une seconde contradiction existe entre appropriation physique et vente de la force de

travail. La classe des femmes est à la fois matériellement appropriée dans son individualité concrète (l'individualité concrète de chacune de ses individuées), donc non libre de disposer de sa force de travail, et en même temps elle est vendeuse de cette force de travail sur le marché salarial. Les étapes de sa présence sur le marché du travail comme vendeur de force de travail (sur le marché du travail, elle y est depuis longtemps, mais c'était en tant qu'appropriée et non en tant que vendeur : elle était louée par son propriétaire à un patron), ces étapes sont marquées en France par deux tournants juridiques. Le premier : le droit à un salaire propre (propriété de son salaire pour une femme : 1907), le second : le droit de travailler sans autorisation maritale (1965). Cette seconde contradiction porte donc sur la simultanéité de la relation de sexage (appropriation matérielle concrète de son individualité corporelle) ET de la relation de travail classique où elle est simple vendeur de force de travail.

Ces deux contradictions commandent toute analyse des rapports de classes de sexe, ou si Ton préfère des rapports de sexage. L'appropriation collective des femmes (la plus «invisible» aujourd'hui) se manifeste par et à travers l'appropriation privée (le mariage), qui la contredit. L'appropriation sociale (collective et privée) se manifeste à travers la libre vente (récente) de la force de travail, qui la contredit.

IV. L'appropriation physique est une relation de propriétaire à objet (à ne pas confondre avec «de sujet à sujet»). Pas symbolique ; concrète, comme les droits matériels de l'un sur l'autre le rappellent. Les appropriés étant, DANS CE RAPPORT, des choses, la face idéologico-discursive de cette appropriation sera un discours exprimant que les dominés appropriés sont des objets naturels. Ce discours de la Nature précisera qu'ils sont mus par des lois mécaniques naturelles, ou éventuellement mystico-naturelles, mais en aucun cas par des lois sociales, historiques, dialectiques, intellectuelles et encore moins politiques. » (Guillaumin, 1978 : 28-30).

Annexe 5 : « Maladie professionnelle : démarches à effectuer »

Démarches



Déclaration à la CPAM

Pour faire reconnaître le caractère professionnel de votre maladie, vous devez la déclarer auprès de votre CPAM au moyen du formulaire cerfa n° 60-3950. Votre CPAM se charge ensuite d'instruire votre dossier et de se prononcer sur le caractère professionnel ou non de votre maladie.

Vous devez envoyer les 4 premiers volets du formulaire à la CPAM, et conserver le 5ème.

Vous devez joindre à ce formulaire :

- les 2 premiers volets du certificat médical établi par votre médecin, qui précise la maladie et la date de sa 1ère constatation médicale (vous conservez le 3ème volet),
- l'attestation de salaire établie par votre employeur (sauf si l'employeur l'adresse directement à votre CPAM).

Délai

Vous devez déclarer votre maladie professionnelle à la CPAM dans les **15 jours** suivant la cessation du travail. Si votre maladie a été constatée avant son inscription au tableau des maladies professionnelles, vous pouvez alors déclarer votre maladie dans les **3 mois** suivant son inscription au tableau.

Si ces délais ne sont pas respectés, la déclaration reste recevable si elle est effectuée dans les 2 ans suivant :

- la date de l'arrêt du travail lié à la maladie, si vous avez été informé avant l'arrêt de travail par certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,
- ou la date à laquelle vous avez été informé par certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle (lorsque cette information est postérieure à sa cessation du travail),
- ou la date de cessation du paiement de vos indemnités pour maladie,
- ou la date de l'inscription de votre maladie aux tableaux des maladies professionnelles.

La CPAM accuse réception de votre déclaration de maladie professionnelle.

Information de l'employeur

La CPAM adresse à l'employeur une copie de votre déclaration de maladie professionnelle. L'employeur peut émettre des réserves motivées sur le caractère professionnel de la maladie.

Annexe 6 : « Formulaire type de déclaration en Maladie professionnelle »



SECURITE SOCIALE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Votre Médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation, puisse être examinée par l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

- Les 4 premiers volets (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),
- Les 2 premiers volets du certificat médical établi par votre médecin,
- Le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, l'attestation de salaire remplie par votre dernier employeur.

Maladies d'origine professionnelle (Art. L. 461-I du Code de la sécurité sociale)

1 - Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2 - Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).

3 - Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

NOTICE DIAD S 6100b

Annexe 7 : « Graphique élaboré par la Commission Diricq, rapport sur la sous-déclaration (2011 : 88) ».

**Tableau 3- Cancers attribuables à une exposition professionnelle
chez les hommes en France – incidence, année 2005**

	Nombre de cas attribuables à une exposition professionnelle, chez les hommes, en France	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Cancers broncho-pulmonaires	3 135	6 993
Cancers de la vessie	834	1 184
Leucémie	177	654
Mésothéliome pleural	612	659
Cancers nasosinusiens	68	116
Sous-total des 5 principaux cancers	4 826	9 606
Estimation des autres cancers reconnus dans les tableaux de maladies professionnels*	724	1441
Total tous régimes	5 550	11 047
Total régime général	4 190	8 340
Nombre de cancers incident homme en 2005	183 485	183 485
Fraction de risque attribuable	3,0 %	6,0 %

* En faisant l'hypothèse que les 5 principaux cancers représentent 85% de l'ensemble des cancers.

Source : InVS pour les 5 principaux cancers ; évaluation CNAMTS/DRP pour les autres cancers ; INVS-FRANCIM, INSERM pour l'incidence générale des cancers

Annexe 8 : « Les tableaux de maladies professionnelles du régime général reconnaissant les cancers »

4

RÉGIME GÉNÉRAL

Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant

Date de création : Loi du 1^{er} janvier 1931

Dernière mise à jour : Décret du 15 janvier 2009

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer les maladies
Hypoplasies et aplasies médullaires isolées ou associées (anémie ; leuconeutropénie ; thrombopénie) acquises primitives non réversibles.	3 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Opérations de production, transport et utilisation du benzène et autres produits renfermant du benzène, notamment : - production, extraction, rectification du benzène et des produits en renfermant ; - emploi du benzène et des produits en renfermant pour la production de leurs dérivés, notamment en organosynthèse ; - préparation des carburants renfermant du benzène, transvasement, manipulation de ces carburants, travaux en citerne ; - emplois divers du benzène comme dissolvant des résines naturelles ou synthétiques ; - production et emploi de vernis, peintures, émaux, mastics, encre, colles, produits d'entretien renfermant du benzène ; - fabrication de simili-cuir ; - production, manipulation et emploi des dissolutions de caoutchouc naturel ou synthétique, ou des solvants d'avivage contenant du benzène ; - autres emplois du benzène ou des produits en renfermant comme agent d'extraction, d'élution, d'imprégnation, d'agglomération ou de nettoyage et comme décapant, dissolvant ou diluant ; - opérations de séchage de tous les produits, articles, préparations, substances où le benzène (ou les produits en renfermant) est intervenu comme agent d'extraction, d'élution, de séparation, d'imprégnation, d'agglomération, de nettoyage, de concentration, et comme décapant, dissolvant ou diluant ; - emploi du benzène comme déshydratant des alcools et autres substances liquides ou solides ; - emploi du benzène comme dénaturant ou réactif de laboratoire ; - poste de nettoyage, curage, pompage des boues de fosses de relevage dans le traitement des eaux usées de raffinerie.
Syndromes myélodysplasiques acquis et non médicamenteux.	3 ans	
Leucémies aiguës myéloblastique et lymphoblastique à l'exclusion des leucémies aiguës avec des antécédents d'hémopathies.	20 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	
Syndromes myéloprolifératifs.	20 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	

Nota. – Pour le délai des syndromes myélodysplasiques et myéloprolifératifs, il convient de se référer à la classification en vigueur des tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Affections provoquées par les rayonnements ionisants

Date de création : Loi du 1^{er} janvier 1931

Dernière mise à jour : Décret du 22 juin 1984

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces affections
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation aiguë.	30 jours	Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire, notamment : Extraction et traitement des minerais radioactifs ; Préparation des substances radioactives ; Préparation de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs ; Préparation et application de produits luminescents radifères ; Recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires ; Fabrication d'appareils pour radiothérapie et d'appareils à rayons X ; Travaux exposant les travailleurs au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et les centres anticancéreux ; Travaux dans toutes les industries ou commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus.
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation chronique.	1 an	
Blépharite ou conjonctivite.	7 jours	
Kératite.	1 an	
Cataracte.	10 ans	
Radiodermites aiguës.	60 jours	
Radiodermites chroniques.	10 ans	
Radio-épithélite aiguë des muqueuses.	60 jours	
Radiolésions chroniques des muqueuses.	5 ans	
Radionécrose osseuse.	30 ans	
Leucémies.	30 ans	
Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation.	30 ans	
Sarcome osseux.	50 ans	

Affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc

Date de création : Décret du 22 juin 1984

Dernière mise à jour : Décret du 11 février 2003

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
A Cancer broncho-pulmonaire primitif.	A 30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	A Fabrication, manipulation et conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; Fabrication de chromate de zinc ; Travaux de mise au bain dans les unités de chromage électrolytique dur.
B Cancer des cavités nasales.	B 30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	B Fabrication, manipulation et conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; Fabrication de chromate de zinc.

Lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques et leurs sels et la N-nitroso-dibutylamine et ses sels

Date de création : Décret du 6 novembre 1995

Dernière mise à jour : -

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A. Lésions primitives de l'épithélium vésical confirmées par examen histo-pathologique ou cyto-pathologique : - lésions malignes ; - tumeurs bénignes.	30 ans sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans	A. Fabrication, emploi, manipulation exposant à des produits comportant l'apparition à l'état libre des substances limitativement énumérées ci-après : 4 - amino biphenyle et sels (xénylamine) ; 4,4' - diaminobiphenyle et sels (benzidine) ; 2 - naphtylamine et sels ; 4,4' - méthylène bis (2 chloroaniline) et sels (MBOCA dite MOCA).
B. Lésions primitives de l'épithélium vésical confirmées par examen histo-pathologique ou cyto-pathologique : - lésions malignes ; - tumeurs bénignes.	30 ans sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans	B. Fabrication, emploi, manipulation exposant à des produits comportant l'apparition à l'état libre des substances limitativement énumérées ci-après : 3,3' - diméthoxybenzidine et sels (o.dianisidine) ; 3,3' - diméthylbenzidine et sels (o.tolidine) ; 2 - méthyl aniline et sels (o. toluidine) ; 4,4' - méthylène bis (2 méthylaniline) et sels (ditolyl-base) ; - Para chloro ortho toluidine et sels ; - Auramine (qualité technique) ; - Colorants dérivés de la benzidine : direct black 38, direct blue 6, direct brown 95 ; N. nitroso - dibutylamine et ses sels.

Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon

Date de création : Décret du 6 mai 1988

Dernière mise à jour : Décret du 15 janvier 2009

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A Épithélioma primitif de la peau.	20 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	A 1. Travaux comportant la manipulation et l'emploi de goudrons de houille, huiles et brais de houille, exposant habituellement au contact cutané avec les produits précités. 2. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation, exposant habituellement au contact cutané avec les suies de combustion du charbon.
B Cancer bronchopulmonaire primitif.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	B 1. Travaux en cokerie de personnels directement affectés à la marche ou à l'entretien des fours ou à la récupération et au traitement des goudrons, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 2. Travaux ayant exposé habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités dans les unités de production de « gaz de ville ». 3. Travaux de fabrication de l'aluminium dans les ateliers d'électrolyse selon le procédé à anode continue (procédé Söderberg), exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 4. Travaux de pose de joints à base de brai de houille (pâte chaude) pour la confection ou la réfection de cathodes (brasquage), exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 5. Travaux de mélangeage, de malaxage et de mise en forme lors de la fabrication d'électrodes destinées à la métallurgie, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 6. Travaux de chargement de pâte en boulets à base de brai ou de soudage de viroles dans le procédé à anode continue en électrometallurgie de ferro-alliages, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 7. Travaux de fabrication par pressage des agglomérés de houille (boulets ou briquettes), exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 8. Travaux de coulée et de décochage en fonderie de fonte ou d'acier utilisant des « sables au noir » incorporant des brais, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 9. Travaux de pose de « masse à boucher » au goudron, et nettoyage et réfection des rigoles de coulée des hauts-fourneaux, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 10. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation, exposant habituellement à l'inhalation des suies de combustion du charbon.

16 bis suite

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon

Date de création : Décret du 6 mai 1988

Dernière mise à jour : Décret du 15 janvier 2009

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
C Tumeur primitive de l'épithélium urinaire (vessie, voies excrétrices supérieures) confirmée par examen histopathologique ou cytopathologique.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	C 1. Travaux en cokerie de personnels directement affectés à la marche ou à l'entretien des fours exposant habituellement aux produits précités. 2. Travaux de fabrication de l'aluminium dans les ateliers d'électrolyse selon le procédé à anode continue (procédé Söderberg), impliquant l'emploi et la manipulation habituels des produits précités. 3. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation ou à la récupération et au traitement des goudrons, exposant habituellement aux suies de combustion du charbon. 4. Travaux au poste de vannier avant 1985 comportant l'exposition habituelle à des bitumes goudrons lors de l'application de revêtements routiers.

20

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux

Date de création : Décret du 10 novembre 1942

Dernière mise à jour : Décret du 19 juin 1985

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A. Intoxication aiguë : Insuffisance circulatoire, troubles du rythme, arrêt circulatoire ; Vomissement, diarrhée, syndrome de cytolyse hépatique ; Encéphalopathie ; Troubles de l'hémostase ; Dyspnée aiguë.	7 jours	Tous travaux exposant à la manipulation ou à l'inhalation d'arsenic ou de ses composés minéraux, notamment : Traitement pyro-métallurgique de minerais arsenicaux ; Traitement pyro-métallurgique de métaux non ferreux arsenicaux ; Fabrication ou emploi de pesticides arsenicaux ; Emploi de composés minéraux arsenicaux dans le travail du cuir, en verrerie, en électronique.
B. Effets caustiques : Dermite de contact orthoergique, plaies arsenicales ; Stomatite, rhinite, ulcération ou perforation de la cloison nasale ; Conjonctivite, kératite, blépharite.	7 jours	
C. Intoxication sub-aiguë : Polynévrites ; Mélanodermie ; Dyskératoses palmo-plantaires.	90 jours	
D. Affections cancéreuses : Dyskératose lenticulaire en disque (maladie de Bowen) ; Épithélioma cutané primitif ; Angiosarcome du foie.	40 ans	

20 bis

RÉGIME GÉNÉRAL

Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenicales

Date de création : Décret du 19 juin 1985

Dernière mise à jour : Décret du 22 juillet 1987

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Cancer bronchique primitif.	40 ans	Travaux de pyro-métallurgie exposant à l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenicales. Travaux de fabrication et de conditionnement de l'anhydride arsénieux. Fabrication de pesticides arsenicaux à partir de composés inorganiques pulvérulents de l'arsenic.

20 ter

RÉGIME GÉNÉRAL

Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs renfermant des arseno-pyrites aurifères

Date de création : Décret du 30 avril 1997

Dernière mise à jour : -

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Cancer bronchique primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux d'extraction au fond dans les mines de minerais renfermant des arseno-pyrites aurifères. Travaux de concassage et de broyage effectués à sec de minerais renfermant des arseno-pyrites aurifères.

Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice cristalline (quartz, cristobalite, tridymite), des silicates cristallins (kaolin, talc), du graphite ou de la houille

Date de création : Ordonnance du 2 août 1945

Dernière mise à jour : Décret du 28 mars 2003

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A -	- A -	- A -
Affections dues à l'inhalation de poussières de silice cristalline : quartz, cristobalite, tridymite. A1. - Silicose aiguë : pneumoconiose caractérisée par des lésions alvéolo-interstitielles bilatérales mises en évidence par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomopathologiques (lipoprotéinoïse) lorsqu'elles existent ; ces signes ou ces constatations s'accompagnent de troubles fonctionnels respiratoires d'évolution rapide. A2. - Silicose chronique : pneumoconiose caractérisée par des lésions interstitielles micronodulaires ou nodulaires bilatérales révélées par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomopathologiques lorsqu'elles existent ; ces signes ou ces constatations s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels respiratoires. Complications : - cardiaque : - insuffisance ventriculaire droite caractérisée ; - pleuro-pulmonaire : - tuberculose et autre mycobactériose (<i>Mycobacterium xenopi</i>, <i>M. avium intracellulare</i>, <i>M. kansasii</i>) surajoutée et caractérisée ; - nécrose cavitaires aseptiques d'une masse pseudo-tumorale ; - aspergillose intracavitaire confirmée par la sérologie ; - non spécifiques : - pneumothorax spontané ; - surinfection ou suppuration bactérienne bronchopulmonaire, subaiguë ou chronique. Manifestations pathologiques associées à des signes radiologiques ou des lésions de nature silicotique : - cancer bronchopulmonaire primitif ; - lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Collinet). A3. - Sclérodémie systémique progressive.	A1. - 6 mois (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 6 mois) A2. - 35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 5 ans) A3. - 15 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	Travaux exposant à l'inhalation des poussières renfermant de la silice cristalline, notamment : Travaux dans les chantiers et installations de forage, d'abattage, d'extraction et de transport de minerais ou de roches renfermant de la silice cristalline ; Travaux en chantiers de creusement de galeries et fonçage de puits ou de bûres dans les mines ; Concassage, broyage, tamisage et manipulation effectués à sec, de minerais ou de roches renfermant de la silice cristalline ; Taille et polissage de roches renfermant de la silice cristalline ; Fabrication et manutention de produits abrasifs, de poudres à nettoyer ou autres produits renfermant de la silice cristalline ; Travaux de ponçage et sciage à sec de matériaux renfermant de la silice cristalline ; Extraction, refente, taillage, lissage et polissage de l'ardoise ; Utilisation de poudre d'ardoise (schiste en poudre) comme charge en caoutchouterie ou dans la préparation de mastic ou aggloméré ; Fabrication de carborundum, de verre, de porcelaine, de faïence et autres produits céramiques et de produits réfractaires ; Travaux de fonderie exposant aux poussières de sables renfermant de la silice cristalline : décochage, ébarbage et dessablage ; Travaux de meulage, polissage, aiguisage effectués à sec, au moyen de meules renfermant de la silice cristalline ; Travaux de décapage ou de polissage au jet de sable contenant de la silice cristalline ; Travaux de construction, d'entretien et de démolition exposant à l'inhalation de poussières renfermant de la silice cristalline ; Travaux de calcination de terres à diatomées et utilisations des produits de cette calcination ; Travaux de confection de prothèses dentaires.
- B -	- B -	- B -
Affections dues à l'inhalation de poussières minérales renfermant des silicates cristallins (kaolin, talc) ou du graphite : Pneumoconioses caractérisées par des lésions interstitielles bilatérales révélées par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomopathologiques lorsqu'elles existent,	35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	Travaux exposant à l'inhalation de poussières minérales renfermant des silicates cristallins (kaolin, talc) ou du graphite, notamment :

25 suite

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice cristalline (quartz, cristobalite, tridymite), des silicates cristallins (kaolin, talc), du graphite ou de la houille

Date de création : Ordonnance du 2 août 1945		Dernière mise à jour : Décret du 28 mars 2003
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
que ces signes radiologiques ou ces constatations s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels respiratoires : B1. - Kaolinose. B2. - Talcose. B3. - Graphitose. - C - Affections dues à l'inhalation de poussières de houille : C1. - Pneumoconiose caractérisées par des lésions interstitielles bilatérales révélées par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomo-pathologiques lorsqu'elles existent, que ces signes radiologiques ou ces constatations s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels respiratoires. Complications : -cardiaque : -insuffisance ventriculaire droite caractérisée -pleuro-pulmonaires : -tuberculose et autre mycobactériose (<i>Mycobacterium xenopi</i>, <i>M. avium intracellulare</i>, <i>M. kansasii</i>) surajoutée et caractérisée ; -nécrose cavitaire aseptique d'une masse pseudo-tumorale ; - aspergillose intracavitaire confirmée par la sérologie ; -non spécifiques : -surinfection ou suppuration bactérienne bronchopulmonaire, subaiguë ou chronique ; -pneumothorax spontané. Manifestation pathologique associée : -lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Collinet). C2. - Fibrose interstitielle pulmonaire diffuse non régressive, d'apparence primitive. Cette affection doit être confirmée par un examen radiographique ou par tomodensitométrie en coupes millimétriques ou par des constatations anatomo-pathologiques lorsqu'elles existent. Complications de cette affection : -insuffisance respiratoire chronique caractérisée ; -insuffisance ventriculaire droite caractérisée ; -tuberculose et autre mycobactériose (<i>Mycobacterium xenopi</i>, <i>M. avium intracellulare</i>, <i>M. kansasii</i>) surajoutée et caractérisée ; -pneumothorax spontané.	- C - C1. - 35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans) C2. - 35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	B1. - Travaux d'extraction, de broyage et utilisation industrielle du kaolin : faïence, poterie. B2. - Travaux d'extraction, de broyage, de conditionnement du talc ; Utilisation du talc comme lubrifiant ou comme charge dans l'appât du papier, dans la préparation de poudres cosmétiques, dans les mélanges de caoutchouterie et dans certaines peintures. B3. - Manipulation, broyage, conditionnement, usinage, utilisation du graphite, notamment comme réfractaire ; Fabrication d'électrodes. - C - Travaux exposant à l'inhalation de poussières de houille, notamment : travaux au fond dans les mines de houille.

Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante

Date de création : Décret du 31 août 1950*

Dernière mise à jour : Décret du 14 avril 2000

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A. Asbestose : fibrose pulmonaire diagnostiquée sur des signes radiologiques spécifiques, qu'il y ait ou non des modifications des explorations fonctionnelles respiratoires. Complications : insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance ventriculaire droite.	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 2 ans)	Cette liste est commune à l'ensemble des affections désignées aux paragraphes A, B, C, D et E. Travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante, notamment : - extraction, manipulation et traitement de minerais et roches amiantifères.
B. Lésions pleurales bénignes : avec ou sans modifications des explorations fonctionnelles respiratoires : - plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique ; - pleurésie exsudative ;	40 ans	Manipulation et utilisation de l'amiante brut dans les opérations de fabrication suivantes : - amiante-ciment ; amiante-plastique ; amiante-textile ; amiante-caoutchouc ; carton, papier et feutre d'amiante enduit ; feuilles et joints en amiante ; garnitures de friction contenant de l'amiante ; produits moulés ou en matériaux à base d'amiante et isolants ;
- épaissement de la plèvre viscérale, soit diffus soit localisé lorsqu'il est associé à des bandes parenchymateuses ou à une atélectasie par enroulement. Ces anomalies devront être confirmées par un examen tomodensitométrique.	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux de cardage, filage, tissage d'amiante et confection de produits contenant de l'amiante. Application, destruction et élimination de produits à base d'amiante : - amiante projeté ; calorifugeage au moyen de produits contenant de l'amiante ; démolition d'appareils et de matériaux contenant de l'amiante, déflocage.
C. Dégénérescence maligne broncho-pulmonaire compliquant les lésions parenchymateuses et pleurales bénignes ci-dessus mentionnées.	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux de pose et de dépose de calorifugeage contenant de l'amiante. Travaux d'équipement, d'entretien ou de maintenance effectués sur des matériels ou dans des locaux et annexes revêtus ou contenant des matériaux à base d'amiante. Conduite de four.
D. Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péricarde.	40 ans	Travaux nécessitant le port habituel de vêtements contenant de l'amiante.
E. Autres tumeurs pleurales primitives.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	

* L'indemnisation de certaines maladies consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante remonte en réalité au 3 août 1945, avec la création du tableau n° 25 intitulé "Maladies consécutives à l'inhalation de poussières siliceuses et amiantifères".

30 bis

RÉGIME GÉNÉRAL

Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante

Date de création : Décret du 22 mai 1996

Dernière mise à jour : Décret du 14 avril 2000

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Cancer broncho-pulmonaire primitif	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans).	Travaux directement associés à la production des matériaux contenant de l'amiante. Travaux nécessitant l'utilisation d'amiante en vrac. Travaux d'isolation utilisant des matériaux contenant de l'amiante. Travaux de retrait d'amiante. Travaux de pose et de dépose de matériaux isolants à base d'amiante. Travaux de construction et de réparation navale. Travaux d'usinage, de découpe et de ponçage de matériaux contenant de l'amiante. Fabrication de matériels de friction contenant de l'amiante. Travaux d'entretien ou de maintenance effectués sur des équipements contenant des matériaux à base d'amiante.

36 bis

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections cancéreuses provoquées par les dérivés suivants du pétrole : huiles minérales peu ou non raffinées et huiles minérales régénérées utilisées dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux, extraits aromatiques, résidus de craquage, huiles moteur usagées ainsi que suies de combustion des produits pétroliers

Date de création : Décret du 13 septembre 1989

Dernière mise à jour : Décret du 15 janvier 2009

Maladies engendrées par le tétrachloroéthane	Délai de prise en charge	Liste limitative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Épithélioma primitif de la peau.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition minimale de 10 ans)	1. Travaux d'usinage par enlèvement ou déformation de matière ou travaux de traitement des métaux et alliages exposant habituellement au contact cutané avec des huiles minérales peu ou non raffinées, ou régénérées. 2. Travaux exposant habituellement au contact cutané avec des extraits aromatiques pétroliers utilisés notamment comme huiles d'extension, d'ensimage, de démoulage, ou comme fluxant des bitumes. 3. Travaux exposant habituellement au contact cutané avec des résidus de craquage utilisés notamment comme liants ou fluidifiants et avec des huiles moteur usagées. 4. Travaux de ramonage et de nettoyage de chaudières et de cheminées exposant habituellement au contact cutané avec des suies de combustion de produits pétroliers.

37 ter

RÉGIME GÉNÉRAL

Cancers provoqués par les opérations de grillage des mattes de nickel

Date de création : Décret du 22 juillet 1987

Dernière mise à jour : -

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face. Cancer bronchique primitif.	40 ans	Opérations de grillage de mattes de nickel.

43 bis

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique

Date de création : Décret du 15 janvier 2009

Dernière mise à jour : -

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Carcinome du nasopharynx.	40 ans (sous réserve d'une exposition de 5 ans)	Préparation de l'aldéhyde formique et de ses solutions (formol) à l'exception des travaux effectués en système clos. Utilisation de l'aldéhyde formique dans les laboratoires d'histologie, d'anatomo-cyto-pathologie et en thanatopraxie à l'exception des travaux effectués en système clos. Traitements des peaux mettant en œuvre de l'aldéhyde formique à l'exception des travaux effectués en système clos. Fabrication de résines urée formol, mélamine formol, mélamine urée formol, phénol formol à l'exception des travaux effectués en système clos. Travaux de fabrication des panneaux de bois constitués de fibres, particules ou lamelles mettant en œuvre des résines à base d'aldéhyde formique : préparation du mélange collant, collage et pressage, refroidissement des panneaux. Imprégnation de papiers par des résines urée formol et mélamine formol. Vernissage de parquets mettant en œuvre des résines urée formol. Utilisation de résines urée formol pour la consolidation de terrain (mines et travaux publics). Travaux d'apprêt et finition de voile de tulle mettant en œuvre de l'aldéhyde formique. Travaux d'extinction d'incendies.

44 bis

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections consécutives au travail au fond dans les mines de fer

Date de création : Décret du 23 décembre 1992

Dernière mise à jour : Décret du 22 mars 2005

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux effectués au fond dans les mines de fer.
Emphysème objectivé par des signes tomodensitométriques et des altérations fonctionnelles de type obstructif ou, lorsqu'elles existent, par des constatations anatomopathologiques.	15 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	

Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E

Date de création : Décret du 14 février 1967

Dernière mise à jour : Décret du 26 juillet 1999

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - <i>Hépatites virales transmises par voie orale</i> a) Hépatites à virus A : Hépatite fulminante ; Hépatite aiguë ou subaiguë ; Formes à rechutes. Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par une sérologie traduisant une infection en cours par le virus A. b) Hépatite à virus E : Hépatite fulminante ; Hépatite aiguë ou subaiguë. Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la détection du virus E traduisant une infection en cours.	40 jours 60 jours 60 jours	- A - Travaux comportant des actes de soins, d'hygiène, d'entretien, d'analyses de biologie médicale, susceptibles d'exposer aux produits biologiques d'origine humaine et aux produits contaminés par eux. Travaux comportant des actes de soins et d'hygiène corporels, de soutien, dans des crèches, garderies, institutions sociales et médico-sociales recevant des enfants et des adultes handicapés. Travaux exposant au contact d'eaux usées lors de l'installation, l'exploitation et l'entretien des réseaux d'assainissement, de stations d'épuration. Travaux exposant au contact d'eaux usées dans les établissements de bains, de douches, dans les piscines, dans les établissements thermaux. Travaux exposant au contact d'eaux usées dans les cuisines de restauration collective.
- B - <i>Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés et tout autre liquide biologique ou tissu humains</i> a) Hépatites à virus B (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) : Hépatite fulminante ; Hépatite aiguë avec ou sans manifestations ictériques ; Manifestations extrahépatiques dues à l'infection aiguë par le virus B : urticaire, érythème noueux, acrodermatite papuleuse, syndrome de Raynaud, vascularites, polyarthrite, néphropathie glomérulaire, anémie hémolytique ; Hépatite chronique active ou non.	40 jours 180 jours 180 jours 2 ans	- B - Travaux exposant aux produits biologiques d'origine humaine et aux objets contaminés par eux, effectués dans les : - établissements généraux ou spécialisés de soins, d'hospitalisation, d'hébergement, de cure, de prévention, d'hygiène ; - laboratoires d'analyses de biologie médicale, d'anatomie et de cytologie pathologiques ; - établissements de transfusions sanguines ; - services de prélèvements d'organes, de greffons ; - services médicaux d'urgence et d'aide médicale urgente ;

Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E

Date de création : Décret du 14 février 1967

Dernière mise à jour : Décret du 26 juillet 1999

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus B témoignant d'une affection en cours. Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus B : vascularite dont péri-artérite noueuse, néphropathie glomérulaire membrano-proliférative ; Cirrhose ; Carcinome hépato-cellulaire. L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection chronique à virus B ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.	10 ans 20 ans 30 ans	- services de secours et de sécurité : pompiers, secouristes, sauveteurs, ambulanciers, policiers, personnel pénitentiaire ; - services de ramassage, traitement, récupération de déchets médicaux, d'ordures ménagères ; - services de soins funéraires et morgues.
b) Co-infection d'une hépatite B par le virus D : Hépatite fulminante ; Hépatite aiguë ; Hépatite chronique active. L'étiologie doit être confirmée par la présence de marqueurs traduisant une infection en cours par le virus D.	40 jours 180 jours 2 ans	
c) Hépatites à virus C (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) : Hépatite aiguë avec ou sans manifestations cliniques ; Hépatite chronique active ou non. Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection en cours.	180 jours 20 ans	
Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus C : 1) associées à une cryo-globulinémie mixte essentielle : purpura, vascularites, neuropathies périphériques, syndrome sec, polyarthrite, néphropathie membrano-proliférative ; 2) hors de la présence d'une cryo-globulinémie : porphyrie cutanée tardive, lichen plan, urticaire. Cirrhose ; Carcinome hépato-cellulaire. L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par une sérologie traduisant une hépatite chronique à virus C ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.	20 ans 20 ans 30 ans	

Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois

Date de création : Décret du 14 février 1967

Dernière mise à jour : Décret du 25 février 2004

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané. Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test. Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test. Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test. Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable. Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs.	15 jours 7 jours 7 jours 7 jours 30 jours 1 an	- A - Manipulation, traitement et usinage des bois et tous travaux exposant aux poussières de bois. - B - Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : - travaux d'usinage des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage ; - travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois.
- B - Cancer primitif : carcinome des fosses nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	

Affections provoquées par le chlorure de vinyle monomère

Durée d'exposition : six mois

Date de création : Décret du 2 novembre 1972

Dernière mise à jour : Décret du 3 septembre 1991

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Troubles angioneurotiques des doigts et des orteils.	5 ans	Travaux exposant à l'action du chlorure de vinyle monomère, notamment les travaux exécutés dans les ateliers de polymérisation.
Ostéolyse des phalanges unguéales des mains confirmée radiologiquement.	3 ans	
Angiosarcome.	30 ans	
Syndrome d'hypertension portale spécifique : - soit avec varices œsophagiennes, splénomégalie et thrombocytopénie ; - soit avec fibrose ou dysplasie des cellules endothéliales.	30 ans	

61 bis

RÉGIME GÉNÉRAL

Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium

Date de création : Décret du 13 décembre 2007

Dernière mise à jour : -

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)*	Fabrication d'accumulateurs et de piles électriques au nickel-cadmium. Récupération de matières métalliques recyclables contenant du cadmium.

* Les termes « et un temps écoulé depuis le début de l'exposition de 20 ans » qui avaient été introduits par le décret n° 2007-1754 du 13 décembre 2007 ont été annulés par la décision du Conseil d'État n° 313243 du 1^{er} juillet 2009.

70 ter

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections cancéreuses broncho-pulmonaires primitives causées par l'inhalation de poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage

Date de création : Décret du 7 mars 2000

Dernière mise à jour : -

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	35 ans (sous réserve d'une exposition de 5 ans minimum).	Travaux exposant à l'inhalation associée de poussières de cobalt et de carbure de tungstène dans la fabrication des carbures métalliques à un stade avant le frittage (mélange de poudres, compression, rectification et usinage du préfritté).

81

RÉGIME GÉNÉRAL

Affections malignes provoquées par le bis (chlorométhyle) éther

Date de création : Décret du 22 juillet 1987

Dernière mise à jour : -

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Cancer bronchique primitif.	40 ans	Travaux de fabrication du chlorométhyl-méthyl-éther.

Affection engendrée par l'un ou l'autre de ces produits :
 N-méthyl N'nitro N-nitrosoguanidine ; N-éthyl N' nitro N-nitroso-
 guanidine ; N-méthyl N-nitrosourée ; N-éthyl N-nitrosourée.

Durée d'exposition : six mois

Date de création : Décret du 22 juillet 1987

Dernière mise à jour : -

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste indicative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Glioblastome.	30 ans	Fabrication et conditionnement de ces substances. Utilisation dans les laboratoires de génie génétique, de biologie cellulaire, de recherche en mutagénèse ou cancérologie.

Annexe 9 : « Tableau Echantillon GISCOP93 »

Code	Sexe	Nom	CSP	Pays de naissance	Age	CMI	Déclaration	Tableau	Réponse
TG NR01	F		employée de bureau	inconnu		OUI	OUI		
TG NR02	F		ouvrière	inconnu		OUI	OUI		
TG01	F	Mme. Pl	horlogère/fonc publ	inconnu	69	OUI	OUI	CRRM P	Favorable
TG02	F	Mme. Cq	comptable	Italie	62	OUI	NON	CRRM P	0
TG03	F	Mme. Ot	ouvrière	inconnu	68	OUI	OUI	30D	Favorable
TG04	F	Mme. Rn	ouvrière kodak	Livry-Gargan, Fr	86	OUI	OUI	30C	Favorable
TG05	F	Mme. Nj*	ouvrière	inconnu		#	#	#	#
TG06	F	Mme. Bu	empl maison/ouvrière imprimerie	Berck, FR	61	OUI	OUI	30bis	inconnu
TG07	F	Mme. Ce	OS cond à chef equip	inconnu	73	NON	0	0	0
TG08	F	Mme. Mb	Coiffeuse	Summevoire, FR	88	NON	0	0	0
TG09	F	Mme. Br	Technicienne communication	inconnu	57	OUI	OUI	30bis	inconnu
TG10	F	Mme. Lg	employee de bureau	Evreux, FR	56	NON	0	0	0
TG11	F	Mlle. Cr	Kinésithérapeute	Fontainebleau, FR	37	NON	0	0	0
TG12	F	Mme. Gi*	Ouv à chef d'équipe	inconnu		#	#	#	#
TG13	F	Mme. Ld	laborantine	Drancy FR	55	OUI		10ter	Favorable
TG14	F	Mme. Kr	employée banque	Saint-Denis, FR	58	NON	0	0	0

Code	Sexe	Nom	CSP	Pays de naissance	Age	CMI	Déclaration	Tableau	Réponse
TG15	M	M. Ge	Manœuvre BTP, nettoyeur	Algérie	63	OUI	OUI	25	inconnu
TG16	M	M. Zr	plombier chauffagiste	Tunisie	61	OUI	OUI	30bis	inconnu
TG17	F	Mme. Ds	ouvrière	Saint-Denis, FR	60	NON	0	0	0
TG18	F	Mme. Dn	empl bureau sécu	Roubaix, FR	63	OUI	OUI	30bis	Rejet (CRRM P)
TG19	F	Mme. Nē	ouvrière	Paris, FR	75	NON	0	0	0
TG20	F	Mme. Dr	institutrice	Sartène, FR	75	NON	0	0	0
TG21	M	M. Rq	tourneur	Pantin, Fr	86	OUI	OUI	30bis	Favorable
TG22	M	M. Ru	OS à gérant cuisinier	Algérie	65				
TG23	F	Mme. Fi	secret fonc pub	Villepinte FR	54	NON	0	0	0
TG24	F	Mlle. To	prothésiste	Phnom Penh, Cambodge	52	OUI	NON	30bis	0
TG25	M	M. Nu	couvreur à artisan couvreur	Paris-FR	61	OUI	OUI	16bis	inconnu
TG26	M	M. Lc	ouvrier qualif indus	Paris	64				
TG27	M	M. Bu	gardien, ouvr, mécano, aide demenag	Cambodge	61				
TG28	M	M. Gu	carreleur, chauffeur	inconnu	63				
TG29	M	M. Ta	ouvrier qualif - sableur	Allemagne	51	OUI	OUI	30bis	Favorable
TG30	F	Mme. Vd	Taxi (artisane)	Viet Nam	69	OUI	OUI	CRRM P/30B	inconnue
TG31	M	M. Pr	Ouvrier QL	Paris	77	OUI	NON	CRRM P	0
TG32	M	M. Bn	peintre fonc pub	inconnu	58	OUI	OUI	10ter	inconnue
TG33	F	Mme. Du	empl bureau impôts	Granville, Fr	64	NON	0	0	0
TG34	F	Mme. Gd	couturier à soudeuse	Limoux, Fr	73	OUI	OUI	30bis	inconnue
TG35	F	Mme. Mk	agent serv	Algérie	49	NON			
TG36	M	M. Ds	mécanicien	Côte d'Ivoire	33				

Code	Sexe	Nom	CSP	Pays de naissance	Age	CMI	Déclaratio n	Tablea u	Réponse
TG37	F	Mme. Vn	agricul à ouvriere	Battabamg Cambodge	75	NON	0	0	0
TG38	M	M. Mz	ouvrier non QL	Algérie	79				
TG39	F	Mme. Gu	Assist écol maternelle	Sevrans, Fr	67	NON	0	0	0
TG40	F	Mme. Lr	Tec Assedic	Fribourg, Allem	65	NON	0	0	0
TG41	F	Mme. Do	conditionneuse	inconnu	72	NON	0	0	0
Legende	Femmes atteintes d'un cancer rencontrées								
	<i>Femmes atteintes d'un cancer injoignables</i>								
	<i>Copines des femmes rencontrées*</i>								
	Le contour foncé signalé les femmes atteintes d'un cancer rencontrées lors de la pré-enquête								
	Les hommes atteints d'un cancer rencontrés								

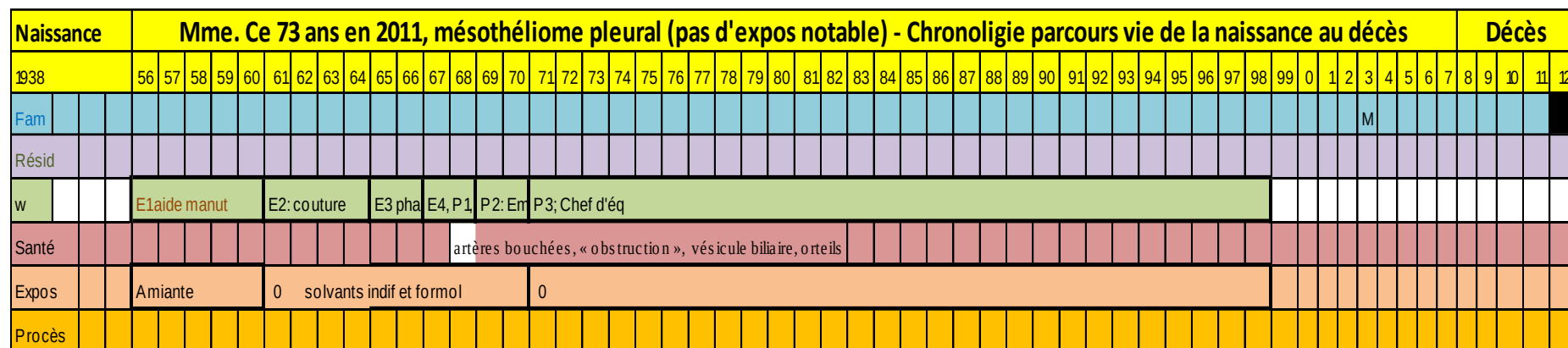
Annexe 10 : « Représentation graphique du parcours professionnel de Mme. Ot »

[illegible]

Légende :

	Chronologie, année de naissance jusqu'à l'année du décès
	Ligne de vie – événements familiaux
	Parcours résidentiel
	Parcours professionnel
	Ligne de vie – événements de santé
	Expositions repérées par Expertise toxicologique GISCOP93
	Événements en rapports avec la procédure de reconnaissance en MP

Annexe 11 : « Représentation graphique du parcours professionnel de Mme. Ce ».



Légende :

	Chronologie, année de naissance jusqu'à l'année du décès
	Ligne de vie – événements familiaux
	Parcours résidentiel
	Parcours professionnel
	Ligne de vie – événements de santé
	Expositions répertoriées par Expertise toxicologique GISCOP93
	Événements en rapports avec la procédure de reconnaissance en MP

Annexe 12 : « Produits ménagers contenant de l'amiante. »



Annexe 13 : « Echantillon terrain cosmétique et parfumerie. »

	Pseudonyme	Entreprise	Ville/Région	Poste	Responsabilité syndicale
01	M. Pascal	Groupe1/ Usine 2	Nord FR		Délég Syndi Compiègne CGT
02	M. David	Groupe1/Usine 1	Ile de France		Représentant Syndical
03	M. Bernard	Groupe 3			Secrétaire Fédéral, chargé du personnel, FNIC-CGT
04	François	Chimie			Responsable du SSPE/ FNIC-CGT
05	Mme. Tatiana	Chimie		Technicienne de recherche,	mi-temps syndical FNIC-CGT
06	M. Roland	Chimie			FNIC-CGT
07	M. Silvain	Groupe2/ Usine 4	Centre FR	Fabricant/	Représentant Syndical
08	Mme.Giselle	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Carriste	Elu CHSCT
09	Mme. Hanna	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Infirmière du travail	
10	Mme. Mélanie	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Carriste	Trésorière CE
11	Mme. Sabrina	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Fabricante	
12	Mme. Garance	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Opératrice sur ligne	
13	Mme. Caroline	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Fabricante	
14	M. Ulysse	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Syndi/retraite	
15	Mme. Valérie	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Chimiste	
16	M. Léon	Groupe 2/Usine 5	Centre FR	Technicien	
17	Groupe/ Comité d'Entreprise	Groupe 2/Usine 5	Centre FR		
18	Mme. XX		Centre FR	Médecin du travail	
Travailleur-se-s de la cosmétique et parfumerie, atteint-e-s d'un cancer et rencontré-e-s durant terrain I					
19	Mme. Ce	Groupe 1/ Usine 1	Ile de France		
20	Mme. Gi	Groupe 1/Usine 1	Ile de France		
21	Mme. Dor	Groupe 2/Usine 1, 2, 3	Ile de France		
22	M. Lc	Multi entreprise	Ile de France		

Annexe 14 : « Statistiques de la Commission Nationale Parité dans l'Emploi »

Industrie Chimique en annexe du Dossier Journée Régionales FUC Travailleuses (1978-1979). Boîte 12F63, archives CFDT

DOCUMENT N° 2.5. Double.

INDUSTRIES CHIMIQUES
(STATISTIQUES DE LA COMMISSION NATIONALE
PARITAIRE DE L'EMPLOI)

QUALIFICATION	1 9 7 4			1 9 7 6		
	TOTAL	DONT FEMMES		TOTAL	DONT FEMMES	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	Nombre	%
Ouvriers non qualifiés	31.355	11.763	37,5	24.953	10.186	40,8
Ouvriers qualifiés	87.998	6.224	7,1	88.559	6.554	7,4
<u>Coefficient < 215</u>						
Employés	37.124	23.417	63,1	34.914	22.428	64,2
Aide laboratoire	2.235	1.051	47	1.939	909	46,2
Aide chimiste	4.561	1.462	32	4.507	1.461	32,4
Dessinateurs et autres	2.268	428	18,9	2.328	360	15,5
<u>Coefficient > 215</u>						
Agents de maîtrise	29.586	6.109	20,6	31.702	7.009	22,1
Chimiste	5.343	1.333	24,9	5.460	1.299	23,8
Dessinateurs et autres	6.423	757	11,8	6.716	730	10,9
Ingénieurs et cadres	23.454	2.262	9,6	24.037	2.112	8,8
<u>TOTAL A U X</u>	230.327	54.806	23,8	225.115	53.048	23,6

23.03.2012

Paris.

Annexe 15 : « Femmes dans la chimie et structures syndicales, 1972 »

Avec 216 000 femmes sur 728 334 travailleurs, c'est donc à 29,74 % que nous arrivons.

Dans certaines branches ou sous branches ce pourcentage est même encore plus important puisque de 39,37 % dans les plastiques il passe à plus de 50 % dans la parfumerie (64,5 %) et la pharmacie (58,14 %).

I — LES FEMMES DANS NOS INDUSTRIES : au 31-12-72 (source UNEDIC)

BRANCHE	INDUSTRIE	FEMMES	HOMMES	TOTAL
Pétrole		7 876	39 911	47 787
	• Recherche Pétrole et gaz naturel	1 468	5 730	7 198
	• Raffinage de Pétrole brut	4 813	27 503	32 316
	• Fabrication des carburants et lubrifiants	495	1 331	1 826
	• Recherche géophysiques et minières	682	3 534	4 216
		418	1 763	2 181
Chimie		76 740	218 624	295 364
	• Electrometallurgie-Electrochimie	85	907	992
	• Production aluminium et électrodes	558	6 160	6 718
	• Chimie minérale	10 268	62 962	73 230
	• Synthèse organique	10 347	55 812	66 159
	• Peintures et vernis	6 955	19 425	26 380
	• Parfumerie	24 243	13 342	37 585
	• Divers	19 820	46 383	66 203
	• Corps gras	4 464	13 633	18 097
Verre		14 677	60 325	75 002
	• Fabrication du verre	9 951	50 199	60 150
	• Transformation du verre (sa. production)	4 726	10 126	14 852
Pharmacie		42 026	30 246	72 274
Caoutchouc		32 179	96 276	128 457
	• Fabrication pneumatiques et bandages	10 740	56 272	67 012
	• Fabrication articles caoutchouc	20 246	36 356	56 602
Plastiques		43 085	66 365	109 450
	• Ambiante	1 193	3 650	4 843
		43 085	66 365	109 450
	TOTAL :	216 583	511 751	728 334

II — LES FEMMES DANS NOS STRUCTURES SYNDICALES :

Lorsque l'on passe au niveau des structures syndicales, la situation est toute autre.

Il n'est pas bien sûr possible de connaître exactement le nombre d'adhérentes ou de militantes de la fédération en général, mais nous pourrions néanmoins nous rendre compte de la situation par rapport aux structures fédérales ou celles de plus gros syndicats.

A Paris par exemple, aucune femme ne participe à la commission exécutive et 3 femmes participent au conseil de 30 membres.

A Lyon, 1 militante participe au bureau (9 membres) et 6 femmes ont leur place au milieu des 30 militants qui assistent régulièrement au conseil.

Reste la fédération :

Au comité national, sur 76 participants : 4 femmes

Au bureau national, sur 31 participants : 2 femmes

Dans les structures de branches, la situation n'est pas meilleure :

Pétrole 0 sur 10

Verre 0 sur 16

Caoutchouc 2 sur 10

T.M.P. 3 sur 8

Pharmacie 3 sur 13

Chimie 0 sur 35

Au niveau du secrétariat fédéral l'arrivée de Chantal LEPROUX (1 femme sur 7) améliore un peu les affaires ???

III — LA SYNDICALISATION ET LE MILITANTISME :

La syndicalisation et le militantisme des femmes salariées est donc pour la fédération un problème important à prendre en charge dans les meilleurs délais. Ce premier article de Chimie militant n'a d'autre but que de faire prendre conscience de la situation réelle dans nos industries.

Cela n'est pas suffisant. Pourquoi les femmes adhèrent peu ? pourquoi participent-elles peu à la vie des structures syndicales ?

Autant de questions qui nous concernent tous et que nous ne devons pas ignorer.

Au delà de la simple photographie, nous essaierons dans les prochains articles de donner les raisons de cette situation... commençons d'y réfléchir.

Chimie Militants N° 24 — Mars 1974

Annexe 16 : « Photos de travailleuses d'usines de cosmétiques et de parfums ».



Annexe 17 : « Fiche Métier d'Opérateur-trice de fabrication »



Les métiers des industries chimiques

Famille : Fabrication
Sous-famille : Fabrication et conditionnement
Code ROME : 45112
Code METIER : 15

Opérateur(trice) de fabrication

Autres appellations

- Encartoucheur (se)
- Rondier(ère)
- Emballeur(euse)
- Opérateur(trice) traitement des eaux
- Opérateur(trice) de production
- Opérateur(trice) utilités

Définition

Surveiller et conduire et de manière rapprochée un ensemble limité d'appareils de fabrication et / ou de conditionnement exigeant un mode opératoire précis, dans le respect des consignes de fabrication, de qualité, de sécurité et de protection de l'environnement.

Activités

- Mise en route, arrêt, redémarrage d'une ou plusieurs machines / appareils
- Contrôle de la conformité quantitative et qualitative des matières premières, produits semi-finis et/ou finis, emballages, du matériel
- Surveillance et pilotage, auto-contrôle du process (par échantillonnage, visuellement)
- Essais de sécurité de l'installation
- Réglages manuels ou automatisés lors des changements de séries, formats, de recettes, d'outils
- Maintenance de premier niveau des installations, dans le cadre des habilitations
- Entretien de l'installation et du poste de travail
- Renseignement des fiches d'activités et de production (qualité, volume, incidents de fonctionnement, etc..)
- Réalisation des relevés et des mesures liées aux appareils
- Mise à disposition et mise en sécurité des installations
- Prise et passage des consignes par écrit et oral

Annexe 18 : « Fiche Métier Conducteur-trice d'équipement de fabrication ».



Les métiers des industries chimiques

Famille : Fabrication
Sous-famille : Fabrication et conditionnement
Code ROME : H2301
Code METIER : 171

Conducteur(trice) d'équipement de fabrication

Autres appellations

- Agent de fabrication H/F
- Préparateur(trice)
- Technicien(ne) de fabrication

Définition

Conduire et surveiller différents équipements unitaires de fabrication de produits chimiques dans le respect des consignes de fabrication, de qualité, de sécurité et de protection de l'environnement.

Activités

- Mise en route, arrêt, remise en condition de redémarrage d'un ou plusieurs équipements unitaires de fabrication
- Surveillance de paramètres, contrôle des écarts et réglage du process en fonction des écarts
- Réalisation des relevés et des mesures liées aux appareils
- Contrôle de la conformité quantitative et qualitative des matières premières, produits semi-finis et/ou finis, emballages, du matériel
- Maintenance de premier niveau des installations, dans le cadre des habilitations
- Réglages manuels ou automatisés lors des changements de séries, formats, de recettes, d'outils
- Renseignement des fiches d'activités et de production (qualité, volume, incidents de fonctionnement, etc..)
- Entretien de l'installation et du poste de travail
- Formation et accompagnement de nouveaux opérateurs
- Prise et passage des consignes par écrit et oral

Annexe 19 : « Apprenez à décrypter les nouveaux pictogrammes de danger (INRS) ».

PRODUITS CHIMIQUES

**Apprenez à décrypter
les nouveaux
pictogrammes de danger**



Ces pictogrammes de danger apparaissent progressivement sur les étiquettes de danger de tous les produits chimiques.

Depuis le 1^{er} décembre 2010*, ils doivent figurer sur les étiquettes des substances.

Au 1^{er} juin 2015*, ils devront être apposés sur les étiquettes des mélanges (de substances).

Attention ! Certains dangers ne sont pas symbolisés par un pictogramme : lisez entièrement l'étiquette des produits chimiques.

Pour plus d'information :
www.inrs.fr/focus/nouveletiquetage.html

* sans surpénalité

J'EXPLOSE  - Je peux exploser, suivant le cas, au contact d'une flamme, d'une étincelle, d'électricité statique, sous l'effet de la chaleur, d'un choc, de frottements...	JE FLAMBE  - Je peux m'enflammer, suivant le cas, au contact d'une flamme, d'une étincelle, d'électricité statique, sous l'effet de la chaleur, de frottements, au contact de l'air ou au contact de l'eau si je dégage des gaz inflammables.
JE FAIS FLAMBER  - Je peux provoquer ou aggraver un incendie, ou même provoquer une explosion en présence de produits inflammables.	JE SUIS SOUS PRESSION  - Je peux exploser sous l'effet de la chaleur (gaz comprimés, gaz liquéfiés, gaz dissous). - Je peux causer des brûlures ou blessures liées au froid (gaz liquéfiés réfrigérants).

Dangers physiques

Dangers pour la santé

JE RONGE



- Je peux attaquer ou détruire les métaux.
- Je ronge la peau et/ou les yeux en cas de contact ou de projection.

JE TUE



- J'empoisonne rapidement, même à faible dose.

JE NUIS GRAVEMENT À LA SANTÉ



- Je peux provoquer le cancer.
- Je peux modifier l'ADN.
- Je peux nuire à la fertilité ou au fœtus.
- Je peux altérer le fonctionnement de certains organes.
- Je peux être mortel en cas d'ingestion puis de pénétration dans les voies respiratoires.
- Je peux provoquer des allergies respiratoires (asthme par exemple).

J'ALTÈRE LA SANTÉ OU LA COUCHE D'OZONE



- J'empoisonne à forte dose.
- J'irrite la peau, les yeux et/ou les voies respiratoires.
- Je peux provoquer des allergies cutanées (eczéma par exemple).
- Je peux provoquer somnolence ou vertiges.
- Je détruis l'ozone dans la haute atmosphère.

Dangers pour l'environnement

JE POLLUE



- Je provoque des effets néfastes sur les organismes du milieu aquatique (poissons, crustacés, algues, autres plantes aquatiques...).