

Un air de famille : médecins prolétaires et patients ouvriers dans les centres de santé mutualistes des Bouches-du-Rhône (1950-1989)

BENOÎT CARINI-BELLONI*

Des années 1950 aux années 1980 dans le sud de la France, au sein de centres mutualistes de santé des Bouches-du-Rhône, des médecins engagés sur le terrain social et proches du Parti communiste français ont noué des relations atypiques et des alliances politiques avec leurs patients à dominante ouvrière et syndicale. À partir d'un travail d'archives et d'une enquête par entretiens, le présent article étudie les trajectoires sociales et les formes d'engagement de ces médecins impliqués dans la mobilisation ouvrière et dont le projet était de tisser une solidarité concrète avec leurs patients mutualistes. Il analyse les conditions de réalisation de ce qui fit lien entre ces médecins critiques et leurs patients devenus de véritables « proches » tout en restant attentif aux tensions qui ont pu entrer en contradiction avec cet idéal de proximité. Pour illustrer l'évolution de leurs interactions, deux exemples d'intervention populaire sur la santé sont alors étudiés : le dépistage des maladies amiantales et la santé des femmes.

From the 1950s to the 1980s, in the mutualist health centres of the Bouches-du-Rhône region of southern France, socially committed doctors close to the French Communist Party developed atypical relationships and political alliances with their predominantly working-class and trade union patients. Based on archival work and a series of interviews, this article studies the social trajectories and forms of

* Benoît Carini-Belloni est doctorant en sociologie de la santé, membre du laboratoire IRIS (EHESS, USPN, CNRS UMR 8156, Inserm U997), attaché temporaire d'enseignement et de recherche en sociologie et santé publique à l'Université Sorbonne Paris Nord et aux Instituts Régionaux du Travail Social de Montrouge et de Neuilly-sur-Marne. L'auteur souhaite remercier Alexandre Klein pour l'organisation du colloque « Les malades et leurs proches », la coordination de ce dossier et l'aide précieuse qu'il lui a apportée dans la rédaction du présent article. Sa confiance et son intérêt pour le sujet traité, ses nombreux conseils, ses relectures avisées et leurs réflexions partagées ont permis à ce travail d'aboutir. Il aimerait aussi remercier la revue *Histoire sociale/Social History* de lui permettre de valoriser cette recherche au carrefour de l'histoire et de la sociologie dans le cadre de cette section thématique. Il remercie les médecins de la mutualité des travailleurs, les patientes et patients des centres de santé, les militantes et militants mutualistes et syndicaux des Bouches-du-Rhône, les anciens ouvrières et ouvriers du chantier naval de La Ciotat et de l'usine d'amiante-ciment de Port-de-Bouc, les victimes combattives de l'amiante et leurs proches qui ont accepté de témoigner et de s'entretenir avec lui. L'auteur souhaite remercier Emmanuel Hogg pour sa disponibilité bienveillante et pour la traduction du résumé en anglais qu'il lui a proposée.

commitment of these doctors who were involved in the workers' movement and whose objective was to create solidarity with their mutualist patients. It analyses the link between these doctors and their patients, who became "close" while remaining attentive to the tensions that may have jeopardized such an ideal of proximity. Two examples of popular intervention are studied to illustrate the evolution of their interactions: screening for asbestosis and women's health.

LES RECHERCHES EN SCIENCES SOCIALES et les mouvements critiques des années postérieures à 1968 ont mis en évidence des formes de confiscation des savoirs et, par conséquent, des pouvoirs en milieu médical ainsi que des rapports de domination des médecins sur les classes populaires¹. Les rencontres entre les médecins, issus le plus souvent des fractions culturelles de la bourgeoisie, et les couches populaires sont ainsi rarement évidentes², tant les distances sociales des premiers et les défiances des seconds peuvent être importantes. Pourtant, certaines alliances locales ont pu néanmoins exister comme l'ont montré des travaux sur l'histoire des maladies professionnelles³, laissant une large part à la parole ouvrière⁴, et analysant des pratiques concrètes de prévention et de recherche-action en milieu de travail.⁵ C'est ce que nous entendons à notre tour démontrer en analysant l'implication et les pratiques professionnelles de médecins engagés au sein de structures médicales atypiques (les centres de santé du département français des Bouches-du-Rhône), dirigées par une organisation mutualiste ouvrière⁶ dont les patients sont également les sociétaires, et parfois même les dirigeants.

Des années 1950 au début des années 1980, ces médecins, proches de la Confédération générale du Travail (CGT) et d'un Parti communiste français (PCF) alors en plein apogée⁷, vont nouer avec leurs patients issus du monde ouvrier et du militantisme syndical des alliances originales bousculant le partage traditionnel des rôles dans le champ médical entre soignants et profanes. L'objectif de cet article est

- 1 Pour une historiographie des mouvements médicaux alternatifs dans la France après 1968, voir : Pascal Marichalar et Laure Pitti, « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 196-197, n° 1, 2013, p. 114-131.
- 2 Cédric Lomba et Julian Mischi, « Ouvriers et intellectuels face à l'ordre usinier », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 196-197, n° 1, 2013, p. 4-19.
- 3 Judith Rainhorn, « Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb. Stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du XX^e siècle », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 91, n° 3, 2010, p. 9-26.
- 4 Laure Pitti, « 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. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 91, n° 3, 2010, p. 103-132.
- 5 Voir Monika Steffen, « Recherche-action : à quelles conditions peut-elle aboutir à une transformation de la perception des problèmes chez les acteurs sociaux ? », *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, n° 5, 1981, p. 89-97 ; Pierre Roche, *Une santé d'acier!*, Marseille, Éditions du CNRS, Centre régional de publication de Marseille, 1987.
- 6 L'histoire de la mutualité ouvrière a suscité peu d'intérêt parmi les historiens des mouvements sociaux en France. Notons tout de même l'apport essentiel de Monika Steffen, Michel Dreyfus, Bernard Gibaud et Patricia Toucas.
- 7 Paul Boulland, *Des vies en rouge. Militants, cadres et dirigeants du PCF (1944-1981)*, Ivry-sur-Seine, Les Éditions de l'Atelier, 2016.

ainsi de décrire les conditions de réalisation de ce qui fait lien entre des médecins critiques impliqués dans la mobilisation ouvrière, devenus des partenaires sociaux, voire des alliés de classe dans la lutte revendicative, et leurs patients qui font davantage partie de la classe populaire. Au croisement de logiques politiques et médicales se mêlent en effet le savoir « expert » des premiers et celui « profane » des seconds, leur permettant de se considérer mutuellement comme des « proches » dans un mouvement mutualiste à vocation autogestionnaire et à visée transformatrice de la société.

Différents matériaux recueillis dans le cadre d'un travail de recherche de sociologie sur les centres de santé étudiés ont été mobilisés. Dans cette perspective, bien plus que le discours de ces institutions sociosanitaires, ce sont les itinéraires, les modes d'engagement et les pratiques de leurs acteurs sur le terrain que nous tentons de confronter aux intentions initiales, aux effets supposés et réels⁸. Dans cet article, il est ainsi question d'apporter un éclairage sociohistorique⁹ en s'appuyant sur un travail de dépouillement, d'analyse et de croisement de sources écrites, littéraires et statistiques ; de la presse médicale critique comme les revues *Rencontres Médicales* (1982-1984) ou *Prévenir* (1979-1999) éditées par la Coopérative d'édition de la vie mutualiste ; d'archives militantes et de publications syndicales, dont les revues *La Vie mutualiste* (1953-1987) et *L'Opinion Mutualiste* (1971-1991) de la Fédération nationale des mutuelles des travailleurs (FNMT) et la revue *La Nouvelle Critique* (1948-1980) créée par le PCF.

Notre histoire sociale mobilise également les outils de l'ethnographe à travers des observations et des entretiens qui permettent de croiser les pratiques et les points de vue d'une dizaine de médecins mutualistes enquêtés. Beaucoup des protagonistes témoins de l'époque fondatrice des années 1950 ne sont plus là, mais ils ont néanmoins laissé leurs empreintes dans de rares traces écrites, dans des archives militantes ou dans leurs propres récits autobiographiques¹⁰ que nous mobilisons aussi. Qui plus est, nous avons pu puiser dans les souvenirs de celles et ceux qui ont côtoyé certaines figures importantes, aujourd'hui disparues, de l'histoire de la mutualité ouvrière des Bouches-du-Rhône. Si notre étude fait une large place aux itinéraires, aux discours et aux pratiques des médecins, elle est enrichie de la parole et de la perception de neuf patients interviewés ayant expérimenté la démarche mutualiste des centres médicaux¹¹.

8 Alain Cottureau, « L'usure au travail, interrogations et refoulements », *Le Mouvement Social*, n° 124, 1983, p. 3.

9 François Buton et Nicolas Mariot, (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.

10 On s'appuiera ainsi sur les récits autobiographiques des D^s Jean Marrot ou Robert Weiss, pionniers de la création de la clinique mutualiste La Feuilleraie.

11 Nous nous sommes entretenus avec six hommes ouvriers ayant travaillé dans l'industrie de l'amiante ou dans la fabrication de matériaux contenant ce minerai, tous mutualistes et syndicalistes affiliés à la CGT. Nous avons également mené trois entretiens auprès de femmes ayant intimement participé à cette histoire, toutes patientes du centre de santé de La Ciotat, dont deux sont des femmes de travailleurs postés de ces usines. Nous avons enfin recueilli une dizaine d'entretiens de praticiens généralistes ayant exercé au sein des centres de santé mutualistes, dont certains depuis les années 1970/80 jusqu'aux années 2010. Pour respecter l'anonymat des médecins et des ouvriers enquêtés, dont la plus grande partie sont encore vivants, de nombreux noms ont été modifiés.

L'histoire de la mutualité ouvrière dans les Bouches-du-Rhône est particulièrement intense après la Libération, période d'importantes avancées en matière de santé en France, d'un foisonnement d'initiatives ouvrières et d'une prise en main des problèmes sanitaires par les travailleurs. Au sortir de la guerre, la médecine libérale pratiquée en ville refuse de s'intégrer au système de Sécurité sociale, lequel rembourse 80 % des frais médicaux, ce qui a pour effet de priver les classes populaires d'un accès aux soins. C'est donc ce contexte qui fait naître l'émergence de volontés populaires de créer des centres de santé à vocation publique, voire autogérés, afin de permettre aux travailleurs et à leur famille d'avoir accès à des soins de qualité. C'est le cas de l'expérience médicale de La Feuilleraie, expérience sur laquelle nous nous pencherons tout d'abord et qui, des années 1950 jusqu'à la fin 1960, tente d'institutionnaliser, *via* le salariat médical, un lien nouveau entre une population militante d'extraction ouvrière et leurs médecins d'orientation communiste. Nous tenterons ensuite d'identifier les origines sociales et les itinéraires atypiques, les contextes familiaux et sociopolitiques, les conditions sociales et symboliques de l'engagement qui poussent ces médecins à construire une identité spécifique, voire dissidente, en milieu médical, ce qui les amène à tenter de traduire en actes un idéal politique de proximité avec leurs patients.

Les années 1970 marquent un tournant majeur, particulièrement dans les Bouches-du-Rhône, pour les centres de santé dont l'intervention ne se résume plus seulement à prodiguer des soins accessibles aux classes populaires dans un contexte de démocratisation de l'accès aux soins de la médecine libérale¹². Les réflexions et les pratiques des centres s'orientent en effet, à partir de cette période, vers la prévention en milieu professionnel, mais aussi dans la sphère du « travail à-côté¹³ », bref dans les domaines de la vie où se manifestent des besoins sociosanitaires qui échappent alors souvent aux organisations traditionnelles du mouvement ouvrier. Voilà tous les éléments que nous verrons en étudiant, pour finir, deux événements majeurs qui, dans un contexte de politisation du fait médical, ont à la fois mis en lumière les relations singulières entre les médecins et les malades, et contribué à les réorganiser. Nous nous pencherons tout d'abord sur la première opération de dépistage de l'amiante menée par l'Union départementale de la mutualité des travailleurs (UDMT) à la fin des années 1970 et début 1980, puis nous aborderons la question de la santé des femmes qui, inscrite dans un contexte déclencheur de luttes féministes dans les années 1970, permet d'identifier un moment de bascule dans la transformation des relations entre les patients et leurs médecins mutualistes. Les préoccupations de ces médecins, issus pour beaucoup d'une génération d'étudiantes et d'étudiants sensibilisés au militantisme syndical et politique marqué notamment par l'entrée de femmes dans les études médicales et dans les centres de santé des Bouches-du-Rhône, s'étendent à des domaines qui ne sont plus uniquement limités aux questions de santé au travail jusqu'alors circonscrites à l'espace usinier. Nous pourrions ainsi préciser le lien unique qui s'est tissé, au fil de ces deux décennies, entre des médecins et des malades, devenus de fait de véritables proches, tout en

12 Henri Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, les Éditions ouvrières, 1963, p. 311.

13 Florence Weber, *Le Travail à-côté. Étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, INRA-Éd. de l'EHESS, 1989.

restant attentifs aux tensions qui ont pu entrer en contradiction avec cet idéal de proximité.

Aux origines de l'expérience médicale : La Feuilleraie

Pour comprendre la singularité des relations médecins-patients qui prennent forme dans la mobilisation collective en matière de santé ouvrière, il faut d'abord se pencher sur l'histoire des structures au sein desquelles elles se sont construites : les centres de santé qui ont d'abord émergé sous l'impulsion de médecins engagés après la Seconde Guerre mondiale, puis dans le cadre d'un mouvement social dit « d'action et de gestion¹⁴ », dès les années 1960, qu'est la mutualité ouvrière des Bouches-du-Rhône.

En France, au lendemain de la Libération, la médecine sociale et salariée prend forme à travers la création de centres de santé initiés et gérés par des municipalités de banlieues populaires, le plus souvent d'orientation communiste, par des syndicats ou par le mouvement mutualiste. Elle s'inscrit en marge de la médecine libérale et individuelle qui domine l'organisation des soins de ville en France¹⁵. L'objectif commun des promoteurs de ces centres est de permettre à leurs administrés ou leurs cotisants, dont les ressources sont souvent très modestes, d'avoir accès à des soins complets, gratuits, modernes et de qualité. Face à ces structures périphériques, mais vécues comme concurrentes, le syndicalisme médical français est alors déterminé à défendre les principes traditionnels de la médecine libérale, notamment l'entente directe, le paiement à l'acte et la liberté des honoraires, énoncés en 1927 dans une Charte qui forme le socle identitaire et unificateur de la profession¹⁶. Les syndicats de médecine libérale, soutenus par l'Ordre des médecins, créé le 7 octobre 1940, et gardien de l'éthique libérale, s'opposent à l'instauration de conventions tarifaires permettant aux patientes et aux patients de se faire rembourser 80 % du montant dépensé pour des soins médicaux, le reste étant pris en charge par leur mutuelle.

Le département ouvrier des Bouches-du-Rhône est alors l'un des bastions de l'anticonventionnisme en France, lieu où de très nombreux médecins libéraux exigent des honoraires définis par leurs syndicats, aux montants deux fois plus élevés que ceux remboursés par la Sécurité sociale. Dans ce contexte de reconstruction du pays, deux jeunes médecins généralistes non conformistes — Jean Marrot et Lucien Tichadou¹⁷ — décident de s'installer ensemble à Marseille, en 1951 : ils ne demandent à leurs patients, essentiellement composés d'ouvriers et de leur

14 Compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Union départementale de la mutualité des travailleurs (UDMT) des Bouches-du-Rhône du 3 novembre 1973, dans *La Vie Mutualiste*, décembre 1973, p. 16-20.

15 Monika Steffen, « Les médecins et l'État en France », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 3, 1987, p. 19-39.

16 Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

17 La trajectoire militante du jeune Tichadou, qui a à peine 30 ans en 1951, est fortement marquée par son engagement dans la Résistance qu'il a vécu avec Jean Marrot dans un village des Pyrénées Ariégeoises. Pendant la guerre, encore étudiant en médecine, il effectue des activités de passeurs en liaison avec l'action clandestine d'un réseau des Forces françaises combattantes. Arrêté durant l'été 1943 puis emprisonné à Toulouse avec son frère André, Tichadou est envoyé au camp de Royallieu près de Compiègne avant de parvenir à s'évader d'un train à destination des camps de déportation. À la Libération, il s'engage au PCF dans la continuité de l'engagement familial, notamment celui de sa mère Lucia Tichadou, ancienne résistante. Le contexte familial a également favorisé l'engagement du D' Marrot dont le père, employé dans

famille travaillant dans l'industrie du port et de la réparation navale, que la somme exacte qui leur est remboursée, en cohérence avec le modèle social défendu par le législateur.

Installés à Marseille dans la Maison Blanche¹⁸, puis dans le quartier de Saint-Barnabé, au sein de ce qui deviendra La Feuilleraie en 1956, ancienne bastide transformée en polyclinique grâce à une surprenante collecte populaire, ces médecins, qui sont également militants du PCF, tentent de répondre aux besoins de la population, par une médecine immédiatement accessible aux couches sociales défavorisées. Leur force principale est alors leur enracinement dans le tissu social : leur patientèle est principalement composée d'habitantes et d'habitants de la classe populaire et de responsables des organisations ouvrières dans un Marseille traversé par de fortes luttes sociales dans les années d'après-guerre¹⁹.

Rapidement, plusieurs autres médecins généralistes les rejoignent : Philippe Morelli, Jacques Besson et Jean-François Rey, ainsi que des spécialistes, comme Samuel Clerc et Robert Weiss, tous deux chirurgiens communistes dont le premier, militaire en préretraite, sera l'un des artisans de cette expérience médicale. Si plusieurs d'entre eux sont portés par les mêmes convictions communistes que Marrot et Tichadou, d'autres intègrent le centre avant tout par désir de pratiquer une médecine d'équipes pluridisciplinaires aidant le patient « à défendre ses droits dans le cadre social²⁰. » L'épreuve que représente la Résistance pour nombre d'entre eux et les espoirs de la Libération ont permis à un Jean-François Rey, à la fois catholique de gauche et militant communiste, de quitter son cabinet libéral pour rejoindre en janvier 1953, à 28 ans, l'équipe médicale et d'en devenir l'un des moteurs.

Pour ces médecins, réaliser un tel cadre médical n'est possible qu'avec le soutien politique et économique d'une classe ouvrière organisée. Ils tissent alors des liens proches, « affectifs²¹ », avec les assurés sociaux sur les bases d'une forte convergence d'intérêts où « les rapports avec eux [...] sont humains, toujours cordiaux et parfois même amicaux²². » L'idée de la rémunération à la fonction pour les praticiens, contre le paiement à l'acte dominant et la logique du rendement qu'il induit, s'impose logiquement, défendue comme une « évolution progressiste²³ » renforçant la volonté de l'équipe de « supprimer le lien d'argent entre les médecins

une compagnie de navigation, est socialiste et la mère, employée chez un commis de douane, pacifiste et militante syndicale. Voir Jean Marrot, *Vivre*, Éditions Notre Temps, 1994.

18 C'était le nom de la clinique, dans le quartier populaire Vauban de Marseille, dans laquelle le cabinet était installé durant les premiers temps. Retenons alors cette phrase répétée par les syndicats médicaux libéraux de l'époque qui illustre leur hostilité à l'expérience médicale : « des médecins rouges qui exercent une médecine jaune dans une Maison Blanche ».

19 Jean-Claude Lahaxe, *Les communistes à Marseille à l'apogée de la guerre froide 1949-1954*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 2006.

20 Robert Weiss, « Un exemple de médecine collective : 'La Feuilleraie' », *La Nouvelle Critique*, n° 126, mai 1961, p. 91-117.

21 Monika Steffen, « L'émergence de la Mutualité des Travailleurs », dans *Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1984, p. 225-239.

22 Robert Weiss, *Fragments singuliers d'une vie dans ce siècle : la FOTF, La Feuilleraie*, Éditions Castel, 1987, p. 73-123.

23 Weiss, « Un exemple de médecine », p. 91-117.

et les malades²⁴. » Dans l'esprit des médecins, le salariat est une véritable exigence politique en ce qu'il « tend à rapprocher [le médecin] de ses malades, à l'intégrer au monde social des travailleurs en lui faisant mieux connaître et comprendre ses préoccupations, ses luttes, ses espérances²⁵. »

Le passage au salariat médical en 1957, et les tentatives d'auto-organisation et de partage des pouvoirs entre médecins et usagers, ne sont pas sans provoquer quelques mécontentements et tensions au sein de l'équipe médicale de La Feuilleraie. Le refus de trois médecins de devenir salariés se solde par leur départ définitif de la structure.

Face à la demande médicale croissante, les relations entre ces médecins, que les praticiens libéraux locaux accusent de pratiquer une médecine au rabais en voie de « collectivisation », et le mouvement ouvrier permettent à la pratique médicale de La Feuilleraie de s'insérer en 1962 dans une organisation sociale de masse, dynamique, à vocation plus solide et unitaire qu'est l'Union départementale de la mutualité des travailleurs (UDMT) des Bouches-du-Rhône. Celle-ci se démarque de la puissante Fédération de la Mutualité Française (FNMF)²⁶ qui se sent dépossédée, au lendemain de la Libération, de ses prérogatives par l'Ordonnance du 4 octobre 1945 créant, dans le cadre du programme du Conseil National de la Résistance, la Sécurité sociale²⁷ dont la gestion des caisses est confiée en grande majorité aux syndicats ouvriers et non plus aux mutualistes²⁸. En marge de la FNMF, une poignée de mutualistes d'extraction ouvrière, issus des rangs de la CGT et du PCF, revendiquent leur soutien absolu à l'institution de la Sécurité sociale et impulsent une politique médico-sociale ambitieuse.

On retrouve ces mutualistes d'obédience cégétiste et communiste dans les Bouches-du-Rhône, au sein d'une mutuelle ouvrière pionnière initiée dès 1936 : l'Union départementale de la mutualité des travailleurs (UDMT) des Bouches-du-Rhône²⁹. En 1956, le communiste Louis Calisti est nommé à sa tête et constitue aux côtés de Jean-François Rey³⁰, médecin-chef de la mutualité ouvrière, la nouvelle équipe de direction dont la culture politique est orientée vers la santé. Au-delà de leur appartenance au PCF, ils partagent le même attrait pour les thèses d'Antonio Gramsci³¹ et un intérêt singulier pour la protection sociale appréhendée comme un espace pertinent d'émancipation sociale.

24 Jean-François Rey, « Mouvement ouvrier, mutualité, santé ou le “plus” mutualiste des Bouches-du-Rhône », *Prévenir*, vol. 2, no. 19, 1989, p. 51-59.

25 Weiss, « Un exemple de médecine », p. 103.

26 Michel Dreyfus, *Liberté, égalité, mutualité. Mutualisme et syndicalisme (1852-1967)*, Paris, Éditions de l'Atelier, 2001.

27 Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à la Sécurité Sociale : essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France, 1850-1940*. Paris, Armand Colin, 1971.

28 Alors que la Mutualité française participait jusque-là activement à la gestion des assurances sociales impulsées en 1928/1930 qui représentent le premier système obligatoire de protection sociale institué en France.

29 D'abord directement rattachée à la CGT, l'Union de la mutualité-CGT se dote, dans une volonté d'ouverture, d'un nouvel habillage à partir de 1969 en se séparant du sigle syndical. La base populaire de l'UDMT, ses responsables et ses élus demeurent tout de même encore très fortement liés à la CGT.

30 Louis Calisti et Jean-François Rey, *Santé et cadre de vie*, Paris, Éditions sociales, 1977.

31 Que l'on pense au rapport entre l'État et la société civile, à la théorie des intellectuels organiques, aux guerres de « mouvement » et de « position », ou encore à la notion de « révolution passive » forgée dans

Dès 1957, le Dr Rey est alors missionné par Calisti pour mettre en place un réseau de centres de santé décentralisés à l'image de La Feuilleraie : suppression du lien financier entre les médecins et les patients, système de tiers payant généralisé favorisant la démocratisation des soins, principe de cogestion. L'idée est alors de développer des unités de soins intégrées mettant en contact les populations avec des petits groupes de médecins généralistes de première ligne³². En 20 ans, 11 centres de santé vont ainsi être mis sur pied par l'UDMT dans tout le département. Ils seront financés par la base populaire, par des collectes de fonds à l'entrée des usines, par les cotisations des adhérents et par les contributions des municipalités, rarement grâce à l'appui au sommet du PCF et de la CGT, qui considèrent ces expériences médicales comme des aventures réformistes. Ces centres se dotent d'associations populaires locales d'usagers-gestionnaires leur fournissant des capacités de résistance pour surmonter les obstacles dans un environnement politique, médical et économique souvent hostile et discriminant.

Les soins prodigués dans les centres de santé ne sont pas gratuits, mais sont dispensés en contrepartie d'une cotisation³³. Celle-ci est « familiale », permettant ainsi à l'UDMT de recevoir l'adhésion de 280 000 familles au début des années 1980, ce qui couvre l'équivalent de plus de 900 000 personnes, soit la moitié de la population du département. Les mutualistes issus du monde ouvrier constituent donc la grande masse des patients consultant dans les centres de santé : ils sont soudeurs, menuisiers, ferreurs, charpentiers, meuleurs, tuyauteurs dans des chantiers de construction et de réparation navale, des entreprises de calorifugeage, de bâtiment, d'amiante-ciment. Ce sont ces ouvriers et leurs médecins, acteurs de cette époque ayant côtoyé La Feuilleraie, que nous avons rencontrés, anciens patients ou praticiens de deux centres de santé : celui de La Ciotat et celui de Port-de-Bouc.

Le centre de Port-de-Bouc est né en 1967 de la volonté de préserver et de moderniser la maternité et le dispensaire, alors menacés de fermeture et jusque-là gérés par le Comité d'Entreprise des Chantiers et Ateliers de Provence³⁴. Dès 1968, une association d'usagers, « Les Amis de la médecine sociale », décide d'en confier la gestion à l'UDMT et lance une souscription publique pour leur rénovation à laquelle répondent plusieurs comités d'entreprise, des sociétés mutualistes, les populations de Fos-sur-Mer et de Port-de-Bouc. La municipalité communiste de Port-de-Bouc apporte non seulement son soutien politique à l'initiative populaire mais aussi financier³⁵. Le centre mutualiste de La Ciotat a quant à lui été inauguré le 23 avril 1961. Créé par le Comité d'Entreprise du Chantier naval (CNC) de la

Les Cahiers de Prison, autant de références boudées par le Parti communiste français à l'époque et dont s'inspirent les innovateurs mutualistes des Bouches-du-Rhône. Cf. Marco Di Maggio, « "Les malentendus de l'hégémonie". Gramsci dans le parti communiste français (1953-1983) », *Actuel Marx*, vol. 62, n° 2, 2017, p. 154-169.

32 Audrey Mariette et Laure Pitti, « Médecin de première ligne dans un quartier populaire. Un généraliste en banlieue rouge des années 1960 aux années 2010 », *Agone*, vol. 58, n° 1, 2016, p. 51-72.

33 Charlotte Siney-Lange, *La Mutualité, grande semeuse de progrès social. Histoire des œuvres sociales mutualistes (1850-1976)*, Charlotte Siney-Lange, La Martinière, 2018.

34 Pierre Roche, *Port-de-Bouc : destination santé*, Les Amis de la médecine sociale, 1988.

35 Le centre est implanté dans une zone industrielle, entouré de deux importantes usines : celle d'amiante-ciment Eternit jouxtant Martigues et celle sidérurgique d'Ugine-Acier à Fos-sur-Mer.

ville, ce centre s'adresse donc essentiellement à ses travailleurs et à leur famille, la très grande majorité étant affiliée à la mutuelle ouvrière³⁶.

L'UDMT constitue ainsi un espace de solidarité populaire entre les travailleurs, leur famille et leur médecin, un endroit où se nouent des liens solides entre personnes qui critiquent d'une même voix l'organisation capitaliste du travail et la volonté d'imposer un contrôle populaire sur la santé. L'organisation mutualiste induit des espaces improbables et polymorphes de rencontres, de discussions et de construction de savoirs puisés hors du travail et forgeant « un terrain d'alliance et de coopération entre manuels et intellectuels³⁷. »

Médecins mutualistes et patients ouvriers : un air de famille

Pour mieux comprendre la spécificité de ces relations, il est indispensable de préciser les itinéraires, les modes de détermination et les processus d'adhésion des médecins qui ont façonné toute une gamme d'engagements hétérodoxes favorisant le resserrement des liens avec leurs patients.

Proches de leurs patients, ces médecins le sont en effet par leurs origines sociales modestes, du moins extérieures à la profession médicale. L'origine sociale non médicale de l'ensemble des médecins pionniers de l'expérience de La Feuilleraie, qui détonne avec le caractère de reproduction de classe du recrutement des étudiants en médecine, est un élément constitutif des liens de confiance créés avec leurs patients.

Le premier groupement de médecins, à l'initiative de la création de La Feuilleraie dans les années 1950, ont ainsi pour trait commun leur déracinement social, du moins leur origine non modale. Beaucoup sont issus de familles de « petits » fonctionnaires, des fils d'instituteurs, à l'instar de Tichadou, alors peu sensibles aux inclinaisons libérales. Pour eux, le salariat n'a pas la connotation négative que lui attribue le corps médical libéral, car depuis leur enfance, il s'agit d'une source de revenus avec laquelle ils sont familiers. Nombre de ces médecins ont par la suite commencé leur carrière médicale, et l'ont parfois même poursuivie pendant plusieurs années, dans des segments de la profession médicale parmi les plus « conceptuellement et hiérarchiquement dévalorisés³⁸ », notamment les médecines du travail et militaires. « L'intérêt de nos médecins pour nos conditions de travail et les risques industriels commençait par le cursus universitaire qu'ils avaient entamé. Quand on s'oriente à la base vers la médecine du travail, comme le D^r Bossi, on le fait par affinité³⁹ », résume François, l'un des ouvriers rencontrés.

Il est vrai que dans les années 1950 et 1960, le schéma est classique pour les jeunes médecins aux origines sociales modestes qui s'orientent à la sortie de l'université vers la médecine salariée, car ils n'ont pas les ressources suffisantes

36 La très grande majorité des ouvriers du CNC, et leur famille, sont des adhérents de la mutuelle d'entreprise et consultent donc au centre de santé. En 1975, irriguant économiquement la ville, le CNC compte alors près de 6 000 travailleurs titulaires parmi lesquels la CGT demeure particulièrement influente.

37 Louis Calisti, *La mutualité en mouvement*, Paris, Messidor/Éditions sociales, 1982, p. 123.

38 Martine Bungener et Isabelle Baszanger, « Médecine générale, le temps des redéfinitions », dans Isabelle Baszanger, Martine Bungener et Anne Paillet (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 2002, p. 25.

39 Entretien avec François, ouvrier du CNC, décembre 2019.

pour payer les fonds d'installation en cabinet libéral ou pour racheter la clientèle d'un confrère âgé. Ainsi, l'un des généralistes ayant rejoint l'équipe en 1951 débute comme médecin du travail dans une entreprise du port de Marseille avant d'en être évincé pour son activité de militant communiste jugée politiquement trop orientée⁴⁰. D'autres médecins viennent du monde hospitalier, comme les D^{rs} Jean Marrot ou Robert Weiss, mais leur critique respective de l'ordre établi et leur orientation politique marquée à gauche les conduisent vers des positionnements et des pratiques professionnelles les mettant en porte-à-faux avec leurs supérieurs hiérarchiques ou leurs confrères. Au moment où le D^r Marrot décide de travailler avec le D^r Tichadou, il vient d'être licencié, en raison de son appartenance politique, de son poste à la Direction des hôpitaux de Marseille, qu'il occupait depuis la fin de la guerre⁴¹.

La représentation non négligeable des médecins d'origine militaire, essentiellement spécialistes, est également un indicateur social de cette réalité dans la mesure où la médecine militaire représente à l'époque l'une des seules voies qui permettent aux étudiants les moins fortunés de poursuivre des études supérieures en étant rémunérés. Lorsqu'ils se reconvertissent dans la médecine civile, à l'instar de cet anesthésiste communiste qui avait été interné au camp de Lodi pendant la guerre d'Algérie⁴², ces médecins apportent avec eux l'expérience d'une pratique marginale et salariée au sein d'une profession essentiellement libérale : gratuité de la médecine d'unité, salariat médical, travail en équipe multisectorielle, rémunération selon le grade et non selon la qualification, la prévention, etc. La rencontre avec le D^r Samuel Clerc, ancien chirurgien des hôpitaux militaires formé à l'École de Santé Navale de Bordeaux dans les années 1930, va ainsi être décisive pour les D^{rs} Marrot et Tichadou dans l'évolution de leur cabinet médical. Celui-ci avait adhéré au PCF lors de la Libération et tenté d'animer un cercle d'études marxistes quand il exerçait la médecine coloniale à Dakar. Il avait alors voulu construire un hôpital mixte recevant les Noirs et les Blancs. Ces activités lui valurent les ennuis de ses supérieurs coloniaux, le poussant à rendre sa démission en tant que médecin-colonel.

Une deuxième génération de médecins, ayant fait preuve d'une certaine dissidence médicale dans leurs parcours professionnels, peut être identifiée. Ces derniers ont été recrutés dans les années 1970-80, le plus souvent directement à

40 Weiss, *La Nouvelle Critique*, mai 1961.

41 Directeur de l'Assistance publique de Marseille de 1945 à 1947, Marrot en est évincé par la ministre de la Santé Germaine Poinso-Chapuis, quelques mois après l'exclusion des ministres communistes du gouvernement, et de tous ceux qui leur sont idéologiquement affiliés dans la haute administration publique, dans un contexte de répression des grèves.

42 Plusieurs médecins communistes de La Feuilleraie, partisans de l'indépendance algérienne, ont des liens avec des militants anticolonialistes d'Algérie. C'est le cas du D^r Marot qui, dans les années 1950, en lien avec le Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués (La Cimade), examine à La Feuilleraie d'anciens détenus membres du Front de Libération Nationale (FLN) d'Algérie. Certains de ses collègues craignent néanmoins que ces consultations embarrassent une partie de la patientèle de la policlinique alors que le PCF, historiquement engagé dans le combat anticolonial, privilégie durant cette période une façade légaliste sur la question algérienne, appelant ses militants mobilisés dans le soutien au FLN à la discrétion et à la prudence. Après les accords d'Évian en 1962, le D^r Marrot finit par rejoindre Alger, en lien alors avec des militants venant de la gauche du FLN, pour apporter sa contribution à l'action sanitaire. Alors directeur technique de l'hôpital Mustapha à Alger, il y sera arrêté le 21 septembre 1965 et torturé par les services policiers du gouvernement Boumédiène en raison de sa proximité avec le mouvement clandestin d'opposition de gauche et proche du milieu communiste algérien.

la sortie de l'université, au sein des centres de santé alors pleinement intégrés à l'organisation mutualiste. Ils n'ont donc pas connu l'expérience fondatrice de La Feuilleraie⁴³. Ils sont bien plus jeunes que le groupe des bâtisseurs portés par un dessein militant, mais comme eux, ils sont souvent des transclasses d'extraction populaire. « Le D^r Bossi venait d'un milieu ouvrier. Il disait : “mes parents ont été ouvriers toute leur vie, moi j'obtiens un doctorat, je ne vais pas m'installer en libéral”. Son objectif était de “revenir” à l'usine par le biais de la médecine pour améliorer nos conditions de vie et faire état de sa science au service de ce monde ouvrier dont il provenait⁴⁴. » Pour François, ancien ouvrier à bord des bateaux du CNC, ce point est important dans la relation qui le lie à son médecin, d'autant plus qu'il n'a aucune antériorité syndicale ou politique lorsqu'il devient délégué de la mutuelle d'entreprise en 1981⁴⁵. C'est dans un esprit similaire que le D^r Malo⁴⁶ du centre de Port-de-Bouc, dont les parents et grands-parents étaient cheminots, attend cinq ans avant d'y être coopté par ses pairs après une période de remplacement.

Beaucoup de ces médecins sont liés historiquement par leurs proches au mouvement mutualiste ou communiste avec qui ils se sont familiarisés durant l'enfance. Pour le D^r Vic, son entrée à La Feuilleraie en 1975 lui paraît évidente : « tombé dans la marmite », son père ouvrier maçon était adhérent à la mutuelle-CGT du bâtiment. Parfois, le Parti a servi d'intermédiaire pour ces médecins, certains étant initiés à l'éthique mutualiste par des figures charismatiques du monde ouvrier, par des passeurs connus dans l'enfance ou par des pairs dans le cadre militant qui ont facilité leur cooptation⁴⁷. À la sortie de ses études, le D^r Carlo rejoint ainsi le centre de Berre-l'Étang. Ayant fréquenté La Feuilleraie toute son enfance, il prendra pour modèle son médecin de famille, le D^r Tichadou, qui habitait le même quartier que sa famille dont il était devenu un ami. Ces médecins partagent donc une certaine « parenté » socioculturelle avec leurs patients dont découlent leurs choix d'exercer en centre de santé. Ils manifestent ainsi une inadéquation culturelle avec la population modale de leur profession, des décalages avec ce milieu social dont ils ne sont pas originellement issus. Les réseaux mutualistes ou communistes ont su offrir à ces médecins, militants ou sympathisants, encartés ou non, la possibilité de pratiquer leur métier en leur garantissant une fidélité subjective à leur milieu social d'origine, en adéquation à leur engagement éthique⁴⁸. Ils ont ainsi vécu leur promotion sociale en lien étroit avec ces organisations ouvrières défendant à leurs yeux le mieux les classes opprimées. Celles-ci sont devenues les réceptacles

43 Au milieu des années 1970, sur les 23 médecins et biologistes exerçant à temps complet à La Feuilleraie, seulement sept ont connu la policlinique avant 1960.

44 Entretien avec François, décembre 2019.

45 François va en gravir les échelons électifs jusqu'à devenir membre du conseil d'administration de l'UDMT en 1982. Son parcours militant est donc exclusivement mutualiste.

46 Entretien avec le D^r Malo, médecin mutualiste de Port-de-Bouc, mai 2016.

47 D'autres ont directement découvert le monde ouvrier dans le Parti et la mutualité, comme le D^r Édouard, dont les parents catholiques, qui occupaient des postes de cadres moyens, n'étaient pas politisés. Son premier vecteur de politisation a alors été à l'Action catholique de l'enfance dans ses dimensions charitables et solidaires (notamment la lutte contre la faim et le pacifisme).

48 Laurent Willemez, « Engagement professionnel et fidélités militantes. Les avocats travaillistes dans la défense judiciaire des salariés », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 16, n° 62, 2003, p. 145-164.

de jeunes médecins en rupture face à l'injonction d'incorporer l'habitus médical dominant.

Soigner les classes populaires permet ainsi à ces médecins, qui se sont « embourgeoisés » en raison même de la position sociale que leur confère leur métier, de maintenir un lien avec des patients issus d'un milieu proche du leur, et de se rapprocher de leurs origines. On retrouve donc à la base de la rencontre entre les médecins et une partie de leurs patients, un mécanisme de reconnaissance sociale réciproque, une adéquate culturelle sans nul doute déterminante dans les liens qui les unissent et les renforcent.

Pour certains, le cadre de socialisation des études médicales a également été à la source de leur disposition critique vis-à-vis de l'idéologie professionnelle, notamment pour ceux qui ont pris des engagements dans leur jeunesse, en particulier au sein de l'Union des étudiants communistes (UEC) et de l'UNEF⁴⁹. Ces expériences politiques et syndicales débouchent sur des représentations collectives qui permettent à ces médecins d'adopter une tolérance à l'égard des schèmes pratiques et mentaux dominants propres à la socialisation médicale. Elles leur permettent de poursuivre leurs études de médecine, qui les confrontent à tout ce qu'elles supposent d'acculturation à un milieu social, et d'être légitimement intégrés et reconnus professionnellement par le groupe de référence. Mais elles les dotent également d'un esprit critique et de méfiance vis-à-vis de ces grands principes, de ces pratiques et de ce style de vie dont les effets d'homogénéisation sont très puissants. Surtout, elles les dotent d'une conscience collective qui leur permet de construire une légitimation normative à ce refus de sociabilisation dominante lorsque celle-ci devient un lieu de « confrontations pratiques des éthiques⁵⁰ », lorsqu'elle menace leur identité culturelle et sociale. Ce point est important tant les représentations collectives permettent à ces médecins d'assumer leur rapport paradoxal à l'institution médicale, tout à la fois reconnue et rejetée, de naviguer entre des sociabilités différentes et de maintenir une relation entre des mondes sociaux, médicaux et profanes, séparés par de fortes distances culturelles.

L'exemple du D^r Gilbert Igonet, médecin-directeur du centre de Port-de-Bouc dans les années 1970 et 1980, est à cet égard intéressant. Fils d'un militant communiste et responsable syndical CGT des cheminots catalans, il adhère à l'UEC en 1967 et intègre en 1968 le bureau de l'UNEF de la faculté de médecine de Marseille. Formé à l'école du PCF, il y est dépeint comme un brillant camarade doté d'un « très fort esprit de Parti⁵¹. » L'engagement politique et syndical du D^r Igonet alors qu'il est encore étudiant, au moment où la séquence d'événements et de contestations de mai 1968 ébranle la médecine et « renouvelle les logiques de mobilisation et les jeux d'acteurs dans le domaine de la santé en situation de

49 L'Union nationale des associations d'étudiants de France (UNEF), fondée en 1907, est une organisation représentative des étudiants, proche des milieux de gauche. L'UEC, fondée officiellement en 1939, trouve quant à elle son origine dans le mouvement de la jeunesse communiste en 1920.

50 Michel Arliaud, *Le corps étranger. Trajectoires sociales et socialisation professionnelle en médecine*, Aix-en-Provence, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (LEST), 1984.

51 Appréciation de Calisti dans la « fiche » militante du D^r Igonet consultée au siège du PCF en partenariat avec le Maitron, février 2019.

travail⁵² », marque incontestablement sa socialisation marginale au sein de la profession médicale et atteste de sa sensibilité naissante à l'idée d'une altérité médicale⁵³. Le contexte post-68 est en effet propice à une politisation des questions de santé induite par une remise en cause du pouvoir médical, de la domination des médecins sur les malades, de la sélectivité, de l'hyperspécialisation et de la technicisation de la médecine, plus globalement de l'ordre social établi et des hiérarchies instituées.

Après mai 1968, il y a quelques médecins qui émanent du monde ouvrier, et qui reviennent, à travers les centres, à leurs origines pour essayer d'apporter des améliorations scientifiques et comprendre aussi, c'est une démarche tout à fait scientifique d'essayer de comprendre, ce qu'est la réalité du monde ouvrier... Or, les étudiants de l'époque n'en ont pas connaissance s'ils ne l'ont pas vécu à l'intérieur contrairement aux médecins mutualistes qui, par leurs origines, savent comment un ouvrier bosse, pourquoi il est fatigué, malade⁵⁴.

Les liens spécifiques que ces médecins nouent avec leurs patients leur permettent de ne pas vivre un sentiment de rupture trop brutal alors que beaucoup d'entre eux avaient déjà vécu leurs études sous tension. Le Dr Igonet le résume en ces mots : « Il était important pour moi, fils de cheminot catalan, syndicaliste, militant, "fils de personne", comme on me l'a reproché à la fac de médecine, de prendre la défense de ceux qui n'avaient pas les armes pour se battre seuls⁵⁵. »

Par leur engagement auprès de leurs patients, les médecins mutualistes tentent ainsi de mettre en acte leur fidélité aux causes politiques qu'ils défendent, mais aussi à une éthique professionnelle de leur métier propre à un « sens du service public⁵⁶ » qu'ils ont à cœur. Ils sont d'ailleurs souvent des militants actifs se retrouvant aux côtés des militants ouvriers dans les cellules du PCF, les comités ou les bureaux de section, les conseils administratifs des mutuelles, plus globalement dans l'ensemble des organisations et des structures collectives qu'influence ou anime le « Parti ». Médecins à temps plein au sein de leur cabinet médical, militants⁵⁷ au « service du parti⁵⁸ » en dehors, ce facteur de proximité apparaît déterminant dans le sentiment d'attachement à leurs malades. « Certains médecins, c'était des copains de section [du PCF]. Du coup, on avait beaucoup moins cette barrière médecin/ouvrier. Avec le Dr Bossi, on participait aussi à la même association pour personnes âgées. On se

52 Pitti, « Experts "bruts" et médecins critiques ».

53 Arliaud, *Le corps étranger*, p. 39.

54 Entretien avec François, décembre 2019.

55 Aurélie Susanna, *Port d'attache, le magazine des Port de Boucains*, Mairie de Port-de-Bouc, n° 118, octobre 2013, p. 5.

56 Marc Loriol, « Médecins en uniforme et uniformité de la médecine : carrière et identité du médecin des armées », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 1, 1999, p. 5-34.

57 Jean Marrot, membre du comité des Bouches-du-Rhône du PCF de 1951 à 1953, devient même conseiller municipal de Marseille en 1953. Alors qu'il n'est que quinzième sur la liste communiste, sa popularité lui permet d'obtenir le troisième meilleur score, talonnant même François Billoux, ancien ministre (1944-1947) et député PCF (1936-1978). Lucien Tichadou sera, lui, candidat suppléant de Georges Lazzarino aux élections législatives dans la deuxième circonscription de Marseille, en 1958, pour le PCF.

58 Claude Pannetier et Bernard Pudal, « La politique d'encadrement : l'exemple français », *Le siècle des communismes*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, 2000, p. 234.

retrouvait donc en dehors de la mutuelle⁵⁹ ». Médecins et patients se rencontrent ainsi régulièrement dans les réunions d'organisations variées en dehors du cabinet médical, lors de défilés ou de manifestations de rue⁶⁰. Les militants ouvriers qu'ils côtoient de différentes manières sont ainsi distinctement, en même temps ou respectivement leurs patients, leurs employeurs mutualistes, leurs amis, leurs camarades de lutte ou leurs responsables politiques et syndicaux. La fréquence du tutoiement est révélatrice des rapports familiers entre médecins et patients qui n'hésitent pas à activer mutuellement leur capital militant dans la relation de soins. « Avec le D^r Bossi... 40 minutes à se faire soigner, mais aussi à discuter et à refaire le monde, c'était courant. On parlait de la société, du fait que la médecine devenait une marchandise⁶¹. » Sur les neuf usagers mutualistes que nous avons interrogés, tous, excepté deux d'entre eux, définissent leur médecin généraliste comme un « ami », un « camarade » qu'ils tutoyaient. « Les médecins sont pour moi des camarades. J'ai confiance en eux : c'est 50 % de la guérison⁶² ». Notons que la proximité du jeune âge et du genre des enquêtés avec leur médecin généraliste, les D^{rs} Igonet et Bossi, a sans doute favorisé ce lien affectif.

Ces médecins peuvent ainsi s'apparenter aux « médecins de la cité⁶³ » décrits par Isabelle Baszanger, au contact permanent des environnements humains et physiques de leurs patients⁶⁴. Ils s'intéressent à leurs conditions de vie et de travail, et aux répercussions de celles-ci sur leur vie familiale : « cette connaissance fine leur permettait de penser à plein d'éventualités sur les problèmes qu'on avait⁶⁵ », résume Henri.

Le médecin comme proche pour dépasser une médecine de réparation

Pour illustrer cette dissidence médicale⁶⁶ qui bouscule la traditionnelle « dialectique de la domination⁶⁷ » entre médecins et ouvriers, la première opération de dépistage de l'amiante menée par l'UDMT semble instructive, tant elle révèle leur capacité mobilisatrice. Elle témoigne d'une évolution dans les pratiques médicales entre la première génération de médecins mutualistes des années 1950, attachés à fournir des soins avant tout accessibles et de qualité aux populations ouvrières, et la deuxième génération, formée dans un contexte post-mai 1968 de politisation de la santé, davantage préoccupée dans le petit milieu du militantisme médical des années 1970 par les problématiques de santé sociale et de prévention.

59 Entretien avec Henri, ouvrier du CNC, décembre 2019.

60 Entretien avec François, décembre 2019.

61 Entretien avec Annie, usagère du centre de La Ciotat, décembre 2019.

62 Témoignage d'un usager lors d'une rencontre dans les locaux du centre de Berre, novembre 1980, dans « L'action mutualiste : santé et société », *Prévenir*, octobre 1981, p. 120.

63 Isabelle Baszanger, « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, 25^e année, n° 3, juillet-septembre 1983, p. 275-294, https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1983_num_25_3_1935.

64 Jean-François Rey, « Les chemins de la prévention », *Viva Spécial Médecins*, dans Michel Limousin (dir.), *Jean-François Rey, penser la santé : recueil de textes*, Montreuil, Le Temps des Cerises, 2015, p.219-223.

65 Entretien avec Henri, décembre 2019.

66 Michel Arliaud, *Dissidence et champs médical : notes sur les conditions sociales d'apparition d'un virus*, Aix-en-Provence, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (LEST), 1980.

67 Pascal Marichalar, « "C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on en a besoin." Ouvriers malades de leur travail face à la médecine », *Agone*, vol. 58, n° 1, 2016, p. 105-122.

Dans la continuité de mai 1968, certains médecins mutualistes sont ainsi sensibilisés aux nouvelles formes de démocratie industrielle et d'action directe dans l'usine et hors de celle-ci venant d'Italie, structurées autour des conseils de délégués d'usine dans l'optique d'assainir le milieu de travail⁶⁸. Les mutualistes diffusent et se réapproprient alors les travaux du psychosociologue Ivar Oddone⁶⁹ révélant une approche novatrice de la prévention dans un contexte italien de luttes ouvrières qui a orienté l'action syndicale, dans une démarche commune avec des scientifiques militants et critiques, pour démontrer la nocivité et les problèmes de santé reliés aux lieux de travail⁷⁰. Cet intérêt pour Oddone est alors apparu, pour la nouvelle génération de médecins mutualistes des années 70, après avoir constaté que les conditions de la modification du colloque singulier et individuel médecin/malade, si elles avaient pu être créées par l'imposition du salariat médical, par la pratique d'une médecine lente et par la suppression du lien pécuniaire lors du début de l'expérience, n'ont cependant pas abouti à une transformation suffisante de ce réseau relationnel capable d'agir directement sur l'élimination des nuisances professionnelles et d'atténuer les rapports de domination médecins-patients. Constatant les limites d'une médecine de réparation, les mutualistes souhaitent que l'intervention médicale puisse désormais agir en amont de l'accident.

La particularité de l'approche d'Oddone est alors de reconnaître à la classe ouvrière une « expertise brute », c'est-à-dire sa capacité à faire expérience⁷¹. Elle est basée sur la récupération de l'expérience ouvrière⁷² afin d'en tirer des leçons préventives durables, sur la formalisation de la perception qu'ont les ouvriers de leurs conditions de travail, et non plus sur « une souveraineté médicale sans distinction⁷³. » Elle nécessite la constitution d'un nouvel espace culturel et d'un langage commun afin de relier les savoirs populaires de l'expertise brute, puisés dans le vécu des ouvriers sur le terrain, à ceux de l'expertise médicale. Les données de santé appartiennent aux ouvriers et ils doivent donc être capables de les interpréter, notamment pour les intégrer à l'action syndicale. François résume ainsi cette démarche de partage des savoirs : « Les ouvriers apportaient l'ingénierie, c'est-à-dire les idées à partir des nuisances et altérations qu'ils ressentaient... Les médecins apportaient l'expertise, c'est-à-dire que leur qualité de médecin leur permettait

68 Pietro Causarano, « La construction d'une conscience ouvrière du risque dans l'Italie des années 1960-1970 : luttes sociales, formation syndicale et "150 heures" », dans Catherine Omnes et Laure Pitti (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XX^e siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presse de universitaires de Rennes, 2009, p. 206-207.

69 Ivar Oddone, Alessandra Re et Gianni Briante, *Redécouvrir l'expérience ouvrière : vers une autre psychologie au travail?*, traduit par Ivano et Marie-Laure Barsotti, préfacé par Yves Clot, Paris, Problèmes/Éditions sociales, 1981.

70 Jean-Olivier Mallet, « Acteurs sociaux et modes de lecture des risques professionnels : le cas italien », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, n° 3-4, 1988, https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1988_num_6_3_1103. Voir aussi : Jean-Claude Paye et Nicoletta Mascilli, « Théorie des besoins, luttes pour la santé et expériences de médecine critique dans la région de Naples », *Revue internationale d'action communautaire*, n° 11, printemps 1984, p. 111-122, <https://id.erudit.org/iderudit/1034630ar>.

71 Pierre Roche, *Une santé d'acier!*, Marseille, Éditions du CNRS, Centre régional de publication de Marseille, 1987.

72 Gastone Marri, « Conditions de travail et Organisation du travail : la valeur de l'expérience ouvrière », *Le Syndicat et l'Organisation du travail*, Galilée, 1978.

73 Danièle Carriacaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2005.

d'avoir une expertise scientifique sur des idées baroques que l'on pouvait, nous, avoir⁷⁴. »

Les conditions de possibilité de ces doubles échanges démocratisés nécessitent que les médecins soient en mesure de reconnaître à leurs patients la valeur de ce qu'ils savent, le fait qu'ils ont quelque chose à dire de leur vécu, pour qu'eux-mêmes puissent enrichir leurs propres connaissances.

J'ai appris à apprendre des patients, c'est-à-dire que ce n'est pas moi, le médecin, qui sait tout. On peut être condescendant, mais il peut y avoir aussi un comportement apitoyé du genre : « ce sont des ouvriers, les pauvres, ils sont un peu incultes, ils vivent dans la misère », c'est la caricature. Et donc moi, j'ai appris à récupérer et à entendre l'expérience des patients⁷⁵.

À partir de ce contre-savoir peut prendre forme un contre-pouvoir afin de ne plus se limiter à des logiques compensatoires ou à l'octroi de primes monétarisant le risque⁷⁶, mais bien de mobiliser les compétences socialisées des médecins et le savoir populaire des travailleurs pour penser et mener conjointement une politique de prévention permettant l'identification, le contrôle, voire l'élimination des nuisances.

Alors, quand deux cas d'asbestose⁷⁷ et un cancer de l'estomac, qui avaient échappé à la médecine du travail⁷⁸, sont diagnostiqués à l'usine Éternit par le centre de santé de Port-de-Bouc en 1977, une coopération entre les travailleurs et leurs médecins prend forme dans le cadre mutualiste. Des médecins mutualistes, liés à une équipe universitaire du centre anticancéreux de Marseille, s'engagent à examiner, en dehors des filières officielles de la médecine du travail, les ouvriers de l'usine, les retraités et licenciés présents dans la région afin d'effectuer du dépistage. L'étude révèle 28 cas indiquant des signes de présence d'amianté dans le corps, et 27 cas d'asbestoses confirmés. Parmi cet échantillon, la médecine du travail n'avait décelé qu'un cas d'asbestose et la médecine libérale, seulement deux. Voilà ce que François conclut de l'opération de dépistage, également déclinée dans le CNC, où de nombreux ouvriers, notamment chargés du calfatage, avaient longtemps respiré des poussières d'amianté : « si les médecins s'intéressent à leurs patients, connaissent leur histoire et surtout les écoutent, ils comprennent qu'ils ont été soumis à des risques et peuvent ainsi enrichir leurs propres connaissances⁷⁹ ».

Durant l'expérience, les interrogatoires médicaux, les examens et les explorations fonctionnelles se révèlent particulièrement lourds et éprouvants pour

74 Entretien avec François, décembre 2019.

75 Entretien avec le D^r Malo, juin 2016.

76 Catherine Omnés, « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 56-1, 2009, p.61-82.

77 L'asbestose est une maladie fibrosante sévère de l'appareil pulmonaire qui affecte les individus ayant inhalé de la poussière d'amianté. Elle peut se déclarer après 20 ou 30 ans d'exposition.

78 Ces affections pleurales sont le plus souvent soumises à des examens trop peu approfondis par la médecine du travail qui ne dispose pas des moyens adéquats pour assurer un dépistage optimal et sérieux des pathologies de l'amianté. Pourtant, elle seule possède et conserve les clichés radiographiques des ouvriers, ce qui les empêche de soumettre les examens de leurs poumons réalisés dans l'usine à d'autres médecins extérieurs qui n'ont aucun accès à leur environnement de travail.

79 Entretien avec François, décembre 2019.

les travailleurs⁸⁰. Ils peuvent alors s'appuyer sur la confiance nouée avec leur généraliste : « Bien sûr, c'était nous qui faisons grève. Mais on avait la chance d'avoir un centre mutualiste, et des médecins qui nous soutenaient⁸¹ » explique Hector, travailleur mutualiste du CNC. Les anciens ouvriers enquêtés témoignent pourtant que ce n'est pas toujours évident pour les travailleurs de concevoir une construction commune et égalitaire avec les médecins, figures d'autorité⁸², même lorsque le rapport de domination entre eux semble atténué. « Au début le D^r Bossi, c'était LE médecin. Puis, nos rapports d'amitié ont ensuite nivelé les choses et les relations : c'était du donnant-donnant. Il savait être humble et nous disait : "Sans vous, je n'aurais jamais appris ça"⁸³ ». Au début des expériences de dépistage, beaucoup d'ouvriers ont ainsi une conception traditionnelle du rapport entre « socialisateurs » et « socialisés » : « on disait qu'eux étaient la tête et nous, les jambes⁸⁴ ». Il semble alors que les liens se nouent plus aisément avec les ouvriers les mieux dotés en capitaux culturels et scolaires, ceux qui ont l'habitude des responsabilités politiques ou qui disposent de compétences intellectuelles et linguistiques souvent acquises dans la formation syndicale et militante⁸⁵. On ne s'étonne donc pas de retrouver parmi ceux qui placent les médecins comme des proches, les fractions relativement qualifiées et stabilisées du salariat, les délégués syndicaux, les cadres militants ou les représentants mutualistes implicitement mandatés comme porte-parole du groupe. Ces ouvriers accèdent ainsi à d'autres scènes professionnelles et culturelles facilitant la construction d'un espace social commun avec leurs médecins.

Les patients mutualistes éloignés de cet espace identitaire syndical et communiste, ou dépourvus de capital militant, peuvent d'ailleurs éprouver des difficultés à trouver leur place et à s'investir, notamment dans la mutualité, où peut s'établir un partage de nature politique qui séparerait implicitement les communistes des autres.

La mutualité, c'était très PC-PC. Le marqueur communiste pouvait aussi être exclu. À La Ciotat, on avait des communistes à l'ancienne, trop sectaires, trop durs, pas très ouverts aux non-communistes. Ils aimaient bien qu'on vienne les soutenir, mais pas que l'on participe, ils ne laissaient pas la prise de parole. C'est pour ça que mon mari n'a jamais pris sa carte, pourtant il les connaissait bien du chantier⁸⁶.

80 Exploration fonctionnelle respiratoire, biopsique et thoroscopique, mesure des ductances, incidences radiographiques spéciales et en haute tension, etc.

81 Entretien avec Hector, décembre 2019.

82 Charlotte Herfray, *Les figures d'autorité. Un parcours initiatique*, Toulouse, ERES, 2005.

83 Entretien avec Hélène, employée du Comité d'entreprise du CNC, décembre 2019.

84 Entretien avec Henri, décembre 2019.

85 Selon Jean, son certificat d'études primaires lui permet d'acquérir certaines bases de lecture et d'écriture dont de nombreux ouvriers ne disposent pas. Devenu « incollable » sur les questions d'amiante, c'est surtout sa formation syndicale qui lui permet d'acquies de véritables ressources et dispositions à parler : « Lire et écrire m'ont beaucoup aidé, servi. Avec le syndicalisme, je me suis instruit ensuite car il fallait que je me débrouille pour faire les procès-verbaux, les lettres, les déclarations de maladies professionnelles, pour savoir déchiffrer les comptes, les bilans, les textes de loi... j'ai appris tout ça sur le tas, je n'ai pas appris ça à l'école. Un militant devait savoir tout faire » (entretien avec Jean, décembre 2019).

86 Entretien avec Nicole, usagère du centre médical de La Ciotat, décembre 2019.

Bien qu'ils étaient mutualistes, Daniel, menuisier au CNC, et Nicole, secrétaire comptable, n'ont jamais été investis à la mutualité, au PCF ou pris des responsabilités électives ou administratives. Daniel, membre de la CGT dans le CNC depuis 1965, a seulement été délégué du Comité d'hygiène et de sécurité (CHS), particulièrement mobilisé dans la bataille contre l'amiante. Ils n'ont ainsi « jamais été militants⁸⁷ ». Leurs parcours diffèrent de ceux des précédents militants ouvriers évoqués, mais apparaissent à l'image de beaucoup de travailleurs des chantiers.

Leurs rapports avec les médecins mutualistes sont ainsi plus distants que ceux évoqués par les ouvriers les plus engagés. Ils n'ont jamais eu de familiarités avec eux, même s'ils leur reconnaissent une « foule » qui les démarque des libéraux : « J'avais des relations correctes, mais pas amicales avec les médecins. Je ne les tutoyais pas. [...] Je n'ai jamais su pourquoi ils étaient embauchés à la mutualité, s'ils étaient communistes ou pas, s'ils suivaient cette ligne ou si c'est parce qu'ils étaient simplement médecins⁸⁸. » La logique médicale semble donc ici primer sur la logique politique, ce que confirme François : « Quand le D^r Bossi était au centre, il était d'abord médecin, ni mutualiste ni militant. Puis après, il y avait l'idée que nous nous faisons du monde. Et là-dessus, on se retrouvait⁸⁹. » Cette « relation proche » avec son médecin qu'Henri décrit s'est alors construite dans la pratique d'une médecine lente se démarquant de l'approche libérale traditionnelle : « Il n'avait pas ce truc de gain, il avait un salaire et donc plus le temps d'être à notre écoute. »

Une relation à (co)construire : l'exemple de la santé des femmes

Tout n'est donc pas ni simple ni rose dans ces relations de soins hors du commun. L'exemple de la prise en compte des problématiques spécifiques liées à la santé des femmes le démontre. En effet, les médecins des centres, le plus souvent des hommes, ne soignent pas seulement les travailleurs mutualistes, mais également leur famille. Seulement, la santé des femmes n'est pas un sujet véritablement abordé, relégué parfois à un plan subalterne par rapport aux questions de santé au travail. La pratique du D^r Bossi est à cet égard illustrative : « Je reconnais qu'avec le D^r Bossi [son médecin généraliste], qui était devenu mon ami, la santé des femmes, ce n'était pas trop son truc. Il était plus spécialisé "monde du travail"⁹⁰. » C'est en la présence d'une femme pneumologue du centre, qu'elle appelle par son prénom, qu'Annie trouve alors une oreille attentive pour parler « des problèmes des femmes, de la vie des femmes, des vies plus qu'actives puisque les femmes, elles, ont leur vie professionnelle, elles ont les enfants, elles ont la vie à la maison puis, en plus, celles qui militent ont encore une autre vie, ce n'est pas évident. »

87 Proches de la Jeunesse Ouvrière Chrétienne (JOC) dans la foulée de mai 68 où ils côtoient des prêtres ouvriers, Daniel et Nicole se sentent clairement à gauche sur l'échiquier politique, mais n'ont jamais été encartés au PCF, ni dans aucune autre formation politique. Ils sont adhérents mutualistes par héritage familial, mais aussi et surtout par fidélité et conviction face à l'offensive assurantielle dans le champ de la santé.

88 Entretien avec Nicole, décembre 2019.

89 Entretien avec François, décembre 2019.

90 Entretien avec Annie, décembre 2019.

Avec son médecin généraliste, Annie aime avant tout discuter « culture ». Il faut dire qu'elle a une trajectoire atypique par rapport à la masse ouvrière qui vient consulter au centre de La Ciotat. Attachée à l'esprit mutualiste, elle travaille dans les théâtres d'Angoulême et de Paris. Lorsqu'elle arrive à Aix-en-Provence au début des années 1980, elle est déjà au fait du fonctionnement mutualiste des « Métallos » parisiens. Elle est par ailleurs militante CGT et élue syndicaliste au conseil de prud'hommes chargé de régler les litiges du travail entre employeurs et salariés. Son capital culturel et sa disposition à l'engagement militant lui permettent de construire une relation « spéciale » avec son médecin généraliste, qu'elle considère comme un « ami ». Les liens que tissent certains patients avec leurs médecins peuvent donc également s'expliquer par leurs trajectoires nourries d'intérêts intellectuels et pratiques sociales communs, d'aspirations et de goûts culturels similaires. Car si une grande partie de leur patientèle émane du monde ouvrier, les centres de santé sont également côtoyés par des membres de la classe moyenne inférieure, des petits fonctionnaires, des commerçants, des artistes. Mais la question du genre reste néanmoins un enjeu important des relations entre les patientes et les médecins.

Dans les années 1950 et 1960, peu de femmes composent d'ailleurs les équipes médicales des centres, ou ont le plus souvent une position socialement moins valorisée ou marginale dans l'organisation du travail. À cet égard, on ne saurait faire l'impasse sur le rôle de Madelaine Marrot, pharmacienne de profession et femme de Jean, qui devient dès les débuts de La Feuilleraie responsable du personnel, de l'économat, de l'organisation logistique et matérielle de la clinique (de la nutrition des malades, de la propreté des locaux à l'approvisionnement en médicaments). Seule à avoir été interne des hôpitaux nommée à la suite d'un concours, elle se voit pourtant refuser le statut de cadre par une partie des médecins, lorsqu'ils discutent de leur retraite, car elle est soi-disant assignée à des tâches qui n'en méritent pas la qualification.

Dans les centres, les symptômes exprimés par les femmes sont eux généralement réduits à des sensations subjectives diagnostiquées comme des crises de spasmophilie et de dépression, imputées au seul comportement individuel de leur mari. La prise en charge médicale, en particulier celle des hommes médecins, se solde le plus souvent par un traitement médicamenteux, individualisant ainsi le phénomène pathologique. Il faut attendre le début des années 1980 pour que la démarche communautaire des médecins appréhende différemment le lien continu entre « temps de travail » et « hors travail » permettant de prendre en compte les atteintes à la santé liées spécifiquement au cadre de vie et à l'environnement social des femmes.

Dans le centre de Port-de-Bouc, un (homme) médecin constate alors que beaucoup de femmes de travailleurs postés font état d'une série de manifestations psychosomatiques similaires. Toutes ressentent des phénomènes d'angoisse, de mal de vivre, les mêmes problèmes de santé, d'adaptation et de sommeil, elles sont sujettes à des dépressions nerveuses, des crises de spasmophilie, des phénomènes de « ras le bol⁹¹ » et éprouvent un sentiment de solitude. Après en avoir été alertées par ce médecin, huit patientes concernées décident de former un collectif de femmes

91 Témoignage de Noëlle Montagne, épouse d'un travailleur posté d'Ugine-Acier et membre du collectif de femmes de Port-de-Bouc, lors des États généraux de la prévention organisés par la Fédération nationale de

au sein duquel elles se rendent compte qu'elles partagent toutes des problèmes en commun : leur travail de production (et de reproduction de la force de travail) au sein de l'espace domestique est soumis aux contraintes et aux rythmes intenses du travail posté de leurs époux. « Être femme de travailleur posté, c'est un véritable métier⁹² », concluent-elles. Les femmes d'ouvriers sont en effet soumises aux mêmes cadences de réveil et alignent leur rythme de vie quotidienne sur celui de leurs maris. Elles s'occupent de l'organisation des repas, des loisirs, des jours de repos, elles gèrent le bruit, le temps et l'espace de la cellule domestique tout en essayant de sauvegarder les relations du couple et des enfants. Elles assurent donc ainsi, dans l'indifférence générale, les responsabilités du ménage, de l'hygiène, du budget, de l'éducation des enfants, lesquels sont souvent en proie à des difficultés, des retards et des échecs scolaires. Elles doivent porter une attention constante à leur mari, notamment à la nocivité de leur travail, à la fatigue, à la surdité et à l'irritabilité que le travail engendre, aux répercussions dans l'organisation de la vie familiale et sexuelle. Leurs atteintes physiques et psychiques, jusque-là invisibilisées, dévoilent ainsi des facteurs de risques dont la connaissance est essentielle si l'on souhaite les éliminer, les libérer de la médicalisation des problèmes sociaux. On retrouve ici pleinement l'idée que les tâches domestiques et reproductives du foyer, les activités procréatives, éducatives, affectives ou de soins assurées par les femmes sont bien un travail non rémunéré, gratuit et invisibilisé dans un système capitaliste patriarcal, un type particulier de production et d'exploitation essentiel au processus de valorisation du capital, ce que la chercheuse en sciences sociales Silvia Federici⁹³ s'est attachée à démontrer. Ces femmes ont alors élaboré une enquête anonyme par questionnaires menée auprès de l'ensemble des femmes (plus de 70) du centre en collaboration avec le centre médical (concernant d'abord les femmes au foyer) afin de recueillir leurs problèmes en commun, de les réintroduire dans leur contexte social, de révéler toutes les nuisances de cet espace domestique qu'elles considèrent comme un cadre d'aliénation et de servitude professionnelles.

Ce sera d'ailleurs plus tardivement que les médecins prendront en compte un autre aspect de l'exposition à l'amiante : l'empoisonnement des femmes des travailleurs⁹⁴. Ce sont en effet les femmes des ouvriers qui, le plus souvent, nettoient les vêtements de travail de leur mari, secouant et inhalant les poussières d'amiante qui y sont déposées. Des cancers directement imputés à l'amiante, parfois mortels, se révéleront des années après chez certaines femmes de travailleurs. « La pollution, on la ramenait chez nous, toutes nos familles étaient empoisonnées. Ma femme secouait mes bleus de chaux, en coton, qui renaient toutes les fibres d'amiante. La direction disait que ce n'était pas son rôle de les laver⁹⁵ », raconte Jean, ancien ouvrier à l'usine Eternit, souffrant aujourd'hui de plaques pleurales. Ouverte depuis 1974, l'entreprise est située au bord du canal de Caronte et compte 700 salariés

la mutualité des travailleurs (FNMT) les 5 et 6 mars 1982. Voir Noëlle Montagne, « États généraux de la prévention », *Prévenir*, numéro spécial, septembre 1982, p. 75-76.

92 Témoignage de Noëlle Montagne dans *La Vie Mutualiste*, avril 1982, p. 13.

93 Silvia Federici, *Le capitalisme patriarcal*, Paris, La Fabrique, 2019.

94 Mais aussi des autres femmes qui travaillent dans les entreprises et qui respirent ces poussières : nettoyeuses, employées dans les magasins centraux ou secrétaires dans les comités d'entreprise, etc.

95 Entretien avec Jean, ouvrier de l'usine Eternit de Port-de-Bouc, décembre 2019.

fabriquant des produits en amiante-ciment. Entouré de poussières toxiques dans son atelier, Jean est alors chargé de décoller des plaques ondulées en amiante. La femme de Jean, ancienne employée d'un cabinet médical libéral, décèdera en 2011 d'un mésothéliome⁹⁶ : quelques mois après, il fera condamner l'entreprise pour faute inexcusable.

Malgré certaines difficultés, les médecins des centres font preuve d'ouverture à l'égard des préoccupations des femmes. À La Feuilleraie, à la clinique mutualiste Bonneveine et au centre Paul Paret, les médecins sont ainsi acquis à la cause anticonceptionnelle et pratiquent de nombreux avortements, et ce, depuis le début de l'expérience médicale et donc bien avant la libération de la loi⁹⁷. Nous ne disposons que de très peu de traces écrites concernant les pratiques d'avortement des médecins de l'UDMT, restés très discrets sur le sujet avant la loi Veil⁹⁸ adoptée en janvier 1975⁹⁹. Ces médecins semblent pourtant bien acquis précocement à la cause contraceptive, réalisant des avortements dans de très bonnes conditions médicales et psychologiques¹⁰⁰, en lien notamment avec la maternité marseillaise « La Belle de Mai » et le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC)¹⁰¹ particulièrement actif à Marseille¹⁰². Le D^r Jean Marrot a par exemple pu acquérir une certaine expérience des curetages utérins lorsqu'il était interne à l'hôpital de Marseille, ayant été responsable un temps du service recevant les complications d'avortements clandestins. Il y a découvert les conséquences sanitaires, physiques et psychologiques de la réalisation des IVG dans de mauvaises conditions matérielles, sans asepsie, et a acquis la conviction qu'il fallait en légaliser la pratique afin d'en assurer un contrôle médical. Au début des années 1970, Marrot¹⁰³ devient l'un des animateurs du mouvement proavortement Choisir à Romans-sur-Isère où il pratique, avec un groupe de militantes féministes et d'intellectuels engagés, de nombreuses IVG clandestines dans le quartier populaire de La Monnaie auprès de jeunes femmes appartenant majoritairement à la classe ouvrière.

96 Le mésothéliome est un cancer sévère, affectant la plèvre, directement imputable à l'amiante.

97 Le 24 mai 1971, certains médecins mutualistes des Bouches-du-Rhône apposent leur signature dans un texte paru dans *Le Nouvel Observateur* en faveur de la liberté de l'avortement : « Rompre le silence ».

98 La loi Veil du 17 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de grossesse, encadre la dépénalisation de l'avortement en France.

99 D'autant plus qu'il existe jusqu'à la fin des années 1960, au sein de la direction nationale du PCF, un courant conservateur qui s'oppose à l'avortement au nom du « droit à la maternité » à rebours de nombreuses revendications d'émancipation féminine et de pratiques concrètes de militants communistes. Les militants du PCF favorables à l'avortement et les médecins communistes réalisant des IVG sont accusés par leur direction d'adopter des positions petites-bourgeoises et réformistes, éloignées des luttes revendicatives dans l'entreprise et des aspirations populaires. Cf. Julien Mischi, *Le parti des communistes. Histoire du Parti communiste français de 1920 à nos jours*, Marseille, Hors d'atteinte, 2020, p. 421.

100 Monika Steffen, « Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé », thèse de doctorat (science politique), l'Université de Grenoble, 1983, p. 569.

101 Dans les années 1960, ces médecins avorteurs reçoivent notamment des patientes chez qui des hémorragies ont été délibérément déclenchées (pour avoir ensuite droit à un curetage en arrivant à la clinique ou à l'hôpital) par la pose de sondes effectuée clandestinement par des étudiants en médecine au Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) à Marseille, géré par la Mutuelle nationale des étudiants de France et sous le contrôle du principal syndicat étudiant de gauche, l'UNEF.

102 Lucie Bargel et Olivier Fillieule, « Les féministes de la deuxième vague à Marseille », dans Olivier Fillieule (dir.), *Marseille années 68*, Paris, Presses de Sciences Po, 2018, p. 377-491.

103 Jean Marrot est même allé se former à Grenoble, où est né le Planning familial en 1960, sur les pratiques d'IVG.

Finalement, au tournant des années 1975, dans un milieu initialement composé d'hommes, les équipes médicales se féminisent, notamment en médecine généraliste, et quatre femmes spécialistes, dont une gynécologue, arrivent aussi à La Feuilleraie. Certains des étudiants engagés dans la cause anticonceptionnelle, notamment des femmes d'extraction modeste qui ont bénéficié de l'ouverture des études médicales dont la féminisation s'accélère à partir des années 1960, ont pu se retrouver ensuite à exercer dans les centres de santé. Dès septembre, le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)¹⁰⁴ tient une permanence à La Feuilleraie, puis trois autres ouvrent dans des centres mutualistes à partir de 1976.

Conclusion

L'épreuve du terrain et du vécu collectif est ainsi déterminante pour consolider les rapports composites et les liens de confiance entre ouvriers/médecins, et pour tenter de dépasser, sans jamais néanmoins l'évacuer, le rapport de domination économique et culturelle ancré dans leur relation¹⁰⁵. La revendication de ce « moi acceptable¹⁰⁶ » n'est pas sans tension pour les patients dans l'interaction intrinsèquement asymétrique avec leurs médecins, alors engagés dans le mouvement social et puisant leurs valeurs de référence en dehors du système professionnel. Mais ils peuvent trouver dans le mouvement mutualiste, à proximité du monde syndical et communiste, un terrain d'accueil favorable à la modification de l'opposition traditionnelle savant/profane, où les antagonismes s'inscrivent dans un cadre de militantisme et d'affinité politique.

La Feuilleraie est ainsi pensée par des médecins engagés, dès les années 1950, comme une propriété collective inscrite dans une démarche émancipatrice d'accessibilité aux soins pour des usagers mutualistes à forte concentration ouvrière. Puis, le développement des centres de santé sur le modèle similaire d'une médecine sociale, lente et salariée, inscrite cette fois-ci dans une démarche mutualiste, dynamique, préventive et transformatrice des milieux de travail et de vie, permet de créer un cadre commun où se rencontrent les intérêts des patients issus des couches populaires et de leur médecins critiques, eux-mêmes d'extraction relativement modeste. Les conditions de possibilité de ces relations entre soignant/soigné reposent à la fois sur une reconnaissance socioculturelle réciproque et sur des motivations partagées d'ordre social et politique permettant d'établir les traits d'union entre vie « de travail » et « hors travail ». Si le patient peut opérer le choix de son médecin sur une base scientifiquement rationnelle, il peut aussi dépendre d'un lien affectif ou de confiance avec lui, d'autant plus lorsqu'il est recommandé par la CGT ou le « Parti ». Les relations familiales que ces médecins nouent avec leurs patients issus de catégories de travailleurs parmi les plus défavorisés s'avèrent donc d'autant plus puissantes que c'est dans l'orbite du PCF, parmi des camarades,

104 Sandrine Garcia, « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 158, n° 3, 2005, p. 96-115.

105 Gérard Mauger, « Enquête en milieu populaire », *Genèses*, n° 6, 1991, p. 125-143.

106 Erving Goffman, *Les Rites d'interaction*, traduit par Alain Kihm, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974, p. 94.

des amis, des sympathisants, des voisins qu'ils trouvent une grande partie de leurs malades.

Il faut, bien entendu, se garder d'idéaliser une telle démarche ambitieuse de modification du pouvoir médical et du rapport de dépendance patient/médecin. Être un homme ouvrier qualifié, syndiqué, politisé, dont l'engagement implique des ressources et des interactions régulières avec d'autres catégories sociales et extérieures à l'usine, facilite cette connivence socioculturelle avec le médecin, construite en partie en dehors du colloque singulier, de la relation thérapeutique traditionnelle et individuelle. Si ces médecins ont à cœur de mettre en pratique le droit à la santé pour tous, les relations avec leurs patients n'ont pas la même signification, ni la même force affective, lorsque ces derniers sont éloignés de ces espaces sociaux, politiques et culturels d'engagement, ne côtoyant que des collectifs de travail et de vie relativement homogènes, ou lorsqu'ils témoignent d'affections a priori différentes de celles uniquement centrées sur les conditions de travail et sur le cadre de vie des hommes ouvriers.

On ne saurait d'ailleurs appréhender tous les médecins comme un bloc homogène, notamment à partir des années 1970 où leurs profils se diversifient. D'une part, certains médecins semblent plus sensibilisés à la santé des travailleurs que d'autres, plus attentifs aux conditions de vie de leurs malades, et donc plus à même de créer une relation particulière avec leurs patients. « Avant l'arrivée du D^r Bossi, ce n'est pas d'eux-mêmes que les médecins posaient la question des risques, si on travaille sur un chantier ou autre chose¹⁰⁷. » Les figures « leaders¹⁰⁸ », souvent évoquées dans les entretiens, ne doivent donc pas dissimuler la présence de praticiens davantage motivés par le travail en équipe, dont l'engagement personnel est moins prononcé, et qui laissent peu de souvenirs enthousiastes aux enquêtés. « À La Ciotat, sur les quatre médecins du centre, il y en avait vraiment un qui se caractérisait », selon François, sans qui le groupe n'aurait pu être mené. Tous les enquêtés reconnaissent à ces médecins une fibre sociale particulière, se démarquant des praticiens libéraux qu'ils perçoivent de façon plus négative, mais c'est bien le noyau de médecins des plus engagés qui constitue leurs références « amicales », ce qui est symbolisé par l'emploi régulier de leurs prénoms pour les évoquer.

D'autre part, si une majorité de médecins est communiste, d'autres minoritaires sont issus d'espaces d'engagement social différents, comme le militantisme chrétien. Leur collaboration, au-delà de la considération commune pour la médecine sociale et d'équipe, tient à l'orientation du courant œcuménique des promoteurs mutualistes revendiquant un communisme non isolé et ouvert sur la société civile, inspiré du modèle italien. Les médecins communistes témoignent ainsi dans leur ensemble d'un itinéraire politique hétérodoxe, voire dissident dans le PCF, éloigné de la ligne orthodoxe d'un parti-guide très dirigiste et ouvrieriste, surtout dans sa période stalinienne¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Entretien avec Henri, décembre 2019.

¹⁰⁸ Lise Monneraud, « Les médecins "promoteurs" dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2011, p. 276-296.

¹⁰⁹ Un Jean Marrot sera par exemple, dans les années 1950, mis en marge du comité fédéral du PCF, sous l'influence de Jeannette Vermeersch, car suspecté d'avoir entretenu des liens avec des non-communistes, maquis anarchistes et ennemis du « Parti » pendant et après la guerre. D'ailleurs, l'étonnant résultat que

Dès lors, ce qui définit le lien de proche entre le médecin/patient renvoie moins ici à l'identification mutuelle, affective ou amicale qui peut exister dans leurs rapports, qu'au capital que chacun acquiert dans la relation duelle, en voie d'être dépassée par le colloque collectif, ne faisant plus du savoir médical la seule propriété du médecin. Si cette notion de « proche » prend des sens variés dans nos exemples, elle semble renvoyer à une idée motrice qui structure les relations médecins/patients : celle de la démocratisation de la vie sociale ne faisant plus du patient la propriété morale du médecin. L'expérience sur la prévention des maladies de l'amiante et l'intérêt porté à la santé des femmes permettent dès lors aux centres de santé de devenir des structures de référence où s'exprime une revendication du commun en terrain ouvrier permettant de formaliser un véritable « savoir des corps¹¹⁰ ». On tente d'y construire un langage partagé entre acteurs situés différemment dans le processus social, une grille de lecture commune des problèmes de santé élaborée dans l'action collective participant à redéfinir les frontières qui organisent « le partage classique des rôles entre professionnels et profanes¹¹¹ » dans l'élaboration du savoir.

Marrot réalise lors de l'élection municipale à Marseille en 1953 lui sera reproché par la direction du PCF, sous fond de suspicion, en raison de sa trop grande proximité avec une partie de sa patientèle gravitant, en plus de sa base ouvrière à majorité communiste, dans la petite-bourgeoisie marseillaise qui lui aurait alors apporté un surplus de voix. Jean Marrot sera réintroduit dans les instances du Parti grâce à ses qualités de judoka, assurant dans les années 1950 la protection rapprochée de Maurice Thorez dans les Bouches-du-Rhône.

110 On retrouve cette expression sous les plumes des sociologues Laure Pitti et Jean-Paul Gaudillère. Dans Pitti, « Experts bruts et médecins critiques », p. 91 ; Jean-Paul Gaudillère, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, vol. 14, 2006, p. 246.

111 Jean-Paul Gaudillère, « Mettre les savoirs en débat? Expertise biomédicale et mobilisations associatives aux États-Unis et en France », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 57, n° 1, 2002, p.103-123.