UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

UNIVERSITÉ DE NANTES

Thèse de Doctorat

Florian PEDROT

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
grade de Docteur de l'Université de Nantes
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

École doctorale : Droit, Economie, Gestion, Environnement, Société et Territoires

Discipline : SOCIOLOGIE (section 19)
Unité de recherche : Centre nantais de sociologie (CENS) FRE 3706

Soutenue le 2 décembre 2016

Comment devient-on « victime » ?

Le cas des surirradiés en milieu hospitalier

JURY

Rapporteurs :	**Yannick BARTHE**, Directeur de Recherches, CNRS, LIER-EHESS
	Lilian MATHIEU, Directeur de Recherches, CNRS, Centre Max Weber, ENS Lyon
Examinateurs :	**Emmanuel HENRY,** Professeur, Université Paris-Dauphine
Présidente du Jury :	**Brigitte GAÏTI**, Professeure, Université Sorbonne Paris I
Directrice de Thèse :	**Annie COLLOVALD**, Professeure, Université de Nantes
Co-encadrante de Thèse :	**Sarah GHAFFARI**, Maître de conférences, École des Mines de Nantes

Cette thèse a été préparée au sein du Centre nantais de sociologie (CENS)

FRE 3706

23 rue du Recteur Schmitt

BP 81 227

44312 NANTES Cedex 3

Résumé

Comment devient-on « victime » ? Le cas des surirradiés en milieu hospitalier

À partir d'une étude de cas d'accidents médicaux – les surirradiations de patients traités par radiothérapie survenues dans les hôpitaux d'Épinal et Toulouse, révélées en 2006-2007 – cette thèse examine les effets des précédentes crises sanitaires sur l'action publique en santé et sur les mobilisations de victimes. Au croisement d'une sociologie politique, des problèmes de santé publique, du droit et des mobilisations, elle montre que ces précédents pèsent désormais sur les acteurs d'un drame sanitaire. Parce qu'elles surgissent après d'autres affaires où les acteurs politiques ont été mis en cause judiciairement par des victimes, ces surirradiations donnent lieu à des anticipations. Pour le personnel politique, il s'agit d'éviter leur transformation en crise sanitaire et politique. Devançant les journalistes dans l'accès aux accidents, il obtient un alignement du traitement médiatique sur sa propre définition, au prix de la victimisation des patients. Mais tous les patients ne se reconnaissent pas victimes et, en dépit de la publicisation des accidents et d'un droit de la responsabilité médicale favorable, un travail de réalisation des surirradiés en victimes a été nécessaire. L'intervention d'acteurs du droit – les avocats – a été indispensable pour faciliter la naissance d'associations de victimes et pour mettre en valeur les causes de leur état. Ces avocats transforment la cause en canalisant les griefs des victimes jusqu'au procès. En s'appuyant sur des archives de presse et administratives, des entretiens, des questionnaires, des observations, la thèse propose l'analyse paradoxale de la non-émergence d'une crise sanitaire et sa transformation en affaire judiciaire.

Mots clés : accidents médicaux, surirradiations, crises sanitaires, problèmes de santé publique, mobilisations de victimes, procès

Abstract

How do you become a « victim » ? The case of radiation overdoses in hospital

This thesis is a case study based on medical malpractice records of radiation overdoses of patients treated by radiation therapy at both Épinal and Toulouse hospitals, revealed in 2006 and 2007. This thesis studies the effect of previous health crisis regarding the publicly funded national healthcare system and victims' mobilizations. At the intersection of the sociology of politics, public health issues, law and social mobilizations, this thesis demonstrates how the above come into play in creating a sanitary crisis. Because this happens after other sanitary affairs where the politicians have been accused by victims in trials, these overdoses are anticipated. Politicians want to avoid a possible future sanitary and political crisis. Anticipating the role of journalists on the issue of medical malpractice, politicians manage therefore to align the media coverage towards their own definition, at the cost of turning the patients into victims. However, not all patients recognize themselves as victims and despite the fact that medical malpractices have become public knowledge and medical liability and medical malpractice laws are favourable towards victims, the victimisation of overdose patients is needed. The intervention of law professionals – lawyers – was necessary to establish victims' associations and to highlight the causes of their state. These lawyers transform the cause by channelling the victims' claims to trial. Based on media and administrative archives, as well as interviews, questionnaires and observations, this thesis analyses the paradoxical non-emerging health crisis and its transformation into a court case.

Key words : medical malpractice, radiation overdoses, health crisis, public health problems, mobilizations of victims, trial

Remerciements

Je remercie chaleureusement ma directrice de thèse, Annie Collovald, pour son investissement sans faille dans la direction de cette thèse. De la dernière année de master jusqu'à la fin du parcours doctoral, ses encouragements et son exigence ont été constants. Sans ses relectures attentives, ce projet ne serait certainement pas allé jusqu'à son terme.

Je souhaite également exprimer toute ma reconnaissance à Sarah Ghaffari pour m'avoir accompagné dans ce travail et dans les différentes étapes de ma formation universitaire, de la préparation de mes premiers cours en passant par les bilans de fin d'année et les premières communications. Nos échanges ont toujours été stimulants.

Mes remerciements vont ensuite à l'École des Mines de Nantes et en particulier à son département de sciences sociales et de gestion, dans lequel ces premiers cours ont été donnés. Le financement de mes travaux par l'École pendant trois ans, l'insertion dans un département d'enseignement et de recherche, ont grandement participé à ma formation doctorale et à rendre possible ce travail de thèse.

J'exprime aussi ma gratitude à toutes les personnes surirradiées qui ont accepté mes sollicitations. En m'accueillant chez elles, en me racontant leur histoire personnelle et collective, elles ont permis à ce travail de voir le jour. J'espère que ce dernier est à la hauteur des multiples combats qu'elles ont mené et qu'elles mènent toujours, contre leurs maladies et leurs préjudices. Je tiens tout particulièrement à remercier les présidents des deux principales associations de personnes surirradiées – l'Association des victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal et SOS Irradiés 31 – pour m'avoir autorisé à continuer mon enquête après de premières rencontres pleines de promesses et humainement chaleureuses. L'accueil reçu dans les Vosges à chacune de mes venues, en particulier dans une maison située à la sortie du centre-ville d'Épinal, a été extraordinaire et restera une expérience marquante de ma vie.

Je remercie également infiniment les autres acteurs de ces épisodes de surdoses qui ont bien voulu s'entretenir avec moi et me raconter leurs visions des choses, leurs actions. Qu'ils soient permanents associatifs, médecins, journalistes, directeur d'agence sanitaire, membres de cabinets ministériels, cette thèse leur doit beaucoup.

Le Centre nantais de sociologie (CENS), son personnel, ses chercheurs, ses doctorants, ainsi que l'UFR de sociologie de Nantes ont accompagné ma formation intellectuelle et universitaire depuis une certaine bifurcation professionnelle à la fin des années 2000. Je suis heureux de rendre une petite partie de ce que je leur dois en présentant cette thèse.

Merci aux membres de ma famille, à mes amis qui, malgré mes absences répétées lors des derniers mois de la thèse, m’ont témoigné leur soutien et affection. Merci à nos hôtes occasionnels des Sept saints de Bretagne et enfin, à Maiwenn, pour tout.

TABLE DES MATIÈRES

TABLES DES FIGURES..... 17

INTRODUCTION GÉNÉRALE 23

1. La santé des populations, objet d'intervention du pouvoir..... 24

1.1. La genèse des crises sanitaires : le produit d'activités de mobilisations..... 29

1.2. Les conséquences des crises sanitaires sur l'activité réglementaire : des opportunités *énumérées*..... 31

1.3. Prêter attention aux anticipations forgées à partir des précédents 33

2. Étudier un problème sanitaire sous l'angle des précédents 36

2.1. Des risques d'imputation de responsabilité à la définition des problèmes sanitaires par les autorités..... 36

2.2. De la définition du problème par les autorités à la maîtrise de sa mise à l'agenda..... 38

3. Des associations de victimes dans l'anticipation 40

3.1. Quand la mobilisation des victimes passe par les acteurs politiques et les journalistes 43

3.2. Les avocats initiateurs des associations de victimes 45

3.3. Le droit canalisateur des griefs des adhérents des associations de victimes 47

4. Matériaux empiriques..... 49

4.1. Une définition politique du problème des surdoses : la vérification par les reportages médiatiques..... 49

4.2. Des précédents qui mobilisent les politiques, des victimes mobilisées par les avocats ? L'évaluation par les entretiens semi-directifs 54

4.3. Faire varier les points de vue sur l'action publique et la réalisation en victimes : les archives « officielles » 59

4.4. Qui est mobilisé par le droit ? Le portrait des adhérents d'une association de victimes par les questionnaires..... 61

4.5. La canalisation des griefs des victimes par le droit : l'observation des audiences et d'une assemblée générale d'une association de surirradiés..... 64

5. Organisation de la démonstration 67

PREMIÈRE PARTIE. Logique des précédents et activité de définition autour du problème des surriradiations 69

CHAPITRE 1. Du signal faible à l'alerte : l'activité du personnel politique……..73

1. Des autorités prémobilisées sur des signaux d'alerte en santé 76

1.1. Découverte d'un cluster et réactivité des administrations locales de santé 76

a) Des médecins en relation 79

b) L'expérience d'un directeur d'une Agence locale de santé 82

1.2. La prise en compte d'un signal faible dans un ministère de la Santé en alerte 86

a) Le ministère des crises 87

b) La prise en charge d'un signal d'alerte 94

2. Quand la définition du problème émergent devient un enjeu 96

2.1. Devenir « propriétaire » du problème des surirradiations en le rendant public 97

a) L'importance de la communication 98

b) Être dans la « survérité » 99

2.2. Les acteurs politiques lanceurs d'alerte 100

a) Le temps des enquêtes 101

b) La rédaction d'un rapport officiel 104

Conclusion du chapitre 1 110

CHAPITRE 2. Des accidents médicaux à l'affaire judiciaire : Le traitement médiatique des surirradiations 113

1. L'alignement journalistique sur la définition institutionnelle 117

1.1. L'effet d'entraînement de TF1 *et du* Monde 117

a) Des accidents médicaux sans victime à interviewer 118

b) Des faits localisés pris en charge par les autorités 121

1.2. Un « scoop » qui suscite les reprises mais ne bouleverse pas les interprétations 127

a) La notoriété d'un journaliste spécialisé en santé 127

b) Les reprises prudentes du *Monde* et de *TF1* 132

2. Drames humains et logique du droit au cœur du journalisme en santé 134

2.1. L'intérêt médiatique pour les victimes souffrantes : les conditions d'une généralisation ... 134

a) Une famille vindicative 134
b) Les associations de victimes comme vivier de portraits journalistiques 138
2.2. Les journalistes pris par la logique du droit 140
a) Les indemnisations des victimes au « 20 heures » 141
b) Un dossier judiciaire 143
Conclusion du chapitre 2 151

CHAPITRE 3. Les enjeux politiques de l'action publique 153

1. Déléguer la solution au problème en demeurant son propriétaire 156

1.1. Faire perdurer le statu quo sur le problème 156
a) Des réunions de cadrage 156
b) Le problème de la sécurité et de la qualité des traitements 158
1.2. Les vertus du pouvoir d'indécision 166
a) L'extension de la contrainte de résolution du problème 166
b) Les opportunités des professionnels de la radiothérapie 169

2. Technicisation d'un dossier sanitaire et légitimation politique 171

2.1. Acter politiquement des réponses techniques à un problème sanitaire 172
a) L'action publique comme source de légitimation politique 173
b) Des mesures pour la radiothérapie 175
2.2 La technicisation comme ressource d'action face à de nouveaux accidents 177
a) Un troisième ministre de la Santé pour le dossier 177
b) Un dossier rendu apolitique 182
Conclusion du chapitre 3 187

Conclusion de la première partie 188

DEUXIÈME PARTIE. Se réaliser victime d'accident médical 191
CHAPITRE 4. De la confiance en la médecine à l'intérêt pour le droit 195

1. Traitement médical du cancer et obstacles à la protestation 199

1.1. Une confiance forte et durable envers la médecine et ses représentants 199
a) Le cancer : une maladie qui renforce les attentes envers les médecins 200
b) Les complications non spécifiques de la radiothérapie 204

c) Une fidélité des patients par manque d'informations 207
1.2. De l'injustice aux reproches 211
a) Des familles qui s'estiment trahies 212
b) Perte de confiance et mobilisation différenciée de professionnels du droit 215
2. Du mécontentement à la protestation en victime 221
2.1. L'intervention d'associations nationales d'aide aux victimes 222
a) La reconnaissance d'un bon droit à protester 222
b) Un rôle d'intermédiaires lié à une catégorie sociale institutionnalisée 228
2.2. Quand des avocats créent le groupe de victimes 233
a) Des mobilisations collectives de victimes orchestrées 234
b) De la base mobilisée à la production des victimes 242
Conclusion du chapitre 4 252

CHAPITRE 5. Se mobiliser en tant que victime de surirradiations 255
1. Ce que réparer un accident médical veut dire 258
1.1. Mise en valeur des causalités et versement de provisions d'indemnisations 260
a) Se produire publiquement comme victimes : la stratégie des surirradiés d'Épinal 260
b) Produire une étiologie des troubles : la stratégie des surirradiés de Toulouse 266
1.2. Expertises civiles individuelles et neutralisation de la contestation des associations de victimes 269
a) L'accentuation de la sérialisation des surirradiés 269
b) La concentration des griefs sur les expertises 274
2. L'action judiciaire comme ajustement à l'identité du groupe 280
2.1. La voie secondaire de l'action judiciaire 281
a) Rétribution du militantisme à Épinal et nouveaux pouvoirs d'action 282
b) Pallier l'échec provisoire de la voie indemnitaire à Toulouse 284
2.2. Heurs et malheurs des surirradiés lors de l'enquête judiciaire 290
a) Non-lieu judiciaire et délitement de la dynamique associative à Toulouse 290
b) Expertises judiciaires et exclusion de plaignants du groupe des victimes pertinentes 293
Conclusion du chapitre 5 298

CHAPITRE 6. Procédure pénale et canalisation des victimes 301
1. Recours au droit et entretien de la scandalisation des victimes 304

1.1. Le resserrement des griefs autour de « responsables » 304
a) Constitution associative de partie civile et suivi assidu de l'enquête 304
b) Supporter l'attente pendant l'instruction 307
1.2. Quand le statut de victime n'est pas l'enjeu du procès pénal 310
a) Obtenir la vérité d'une « catastrophe mondiale » 311
b) À partir de son cas, monter en généralité 311
2. Maîtriser les expressions 313
2.1. Anticiper les réactions des victimes et des prévenus avant le procès 314
a) Sensibiliser les victimes aux logiques de fonctionnement de l'univers pénal 314
b) Faire de la souffrance et des émotions un usage réflexif au tribunal 317
2.2. Du groupe à l'incarnation des particularités à l'audience 322
a) L'indicible transformé en dicible à la barre 325
b) Procès de santé publique et dénonciation d'une déshumanisation 329
Épilogue 337
Conclusion du chapitre 6 346
Conclusion de la seconde partie 348

CONCLUSION GÉNÉRALE 351
1. Des signaux d'alerte appropriés et définis par les autorités 352
1.1. Précédents et anticipations 352
1.2. Agir sur la définition du problème avant les médias 355
1.3. Solidifier la définition du problème : le retour à des espaces plus confinés 357
2. L'action des victimes instruite des précédents drames de santé 360
2.1. Un travail de réalisation de soi en victime difficile 361
2.2. Des victimes mises en mouvement par les anticipations des avocats 362
2.3. Le droit comme canalisation des causes et des griefs 364
3. Perspectives 365
3.1. Compléter la thèse 365
3.2. Prolonger la thèse 368
3.3. Non-émergence ou construction du silence ? 368

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE 373

ANNEXES 389

MÉTHODOLOGIE 390

Liste des entretiens 391

Corpus d'articles de presse 393

Quotidiens de presse écrite français recensés sur la base de données 413

Corpus des journaux télévisés et émissions de télévision 414

Liste des archives consultées au ministère de la Santé 417

Questionnaire destiné aux adhérents d'une association de victimes 418

Modèle de grille d'entretien 426

Modèle de grille d'observation 428

TABLES DES FIGURES

Table des encadrés

Encadré 1. Chronologie simplifiée des événements d'Épinal et de Toulouse.	**41**
Encadré 2. La radiothérapie, principe et histoire de la technique.	**77**
Encadré 3. Comment devient-on « conseiller technique pour les crises sanitaires » ?	**91**
Encadré 4. Résumé d'un rapport d'expertise : le rapport IGAS/ASN de mars 2007.	**106**
Encadré 5. Les lanceurs d'alerte : une généalogie du terme.	**108**
Encadré 6. Élise Lucet et l'émission « Pièces à conviction ».	**144**
Encadré 7. Le procès télévisuel de « la série noire » des surirradiations.	**147**
Encadré 8. Une histoire de la qualité et de la sécurité des traitements en radiothérapie.	**159**
Encadré 9. Les origines d'une politique de sécurité des soins en milieu hospitalier.	**162**
Encadré 10. Réglementation du secteur des soins par rayons et prérogatives des organismes.	**167**
Encadré 11. La réponse publique originale aux surirradiations… sur la forme.	**175**
Encadré 12. La feuille de route pour la radiothérapie présentée par Roselyne Bachelot en novembre 2007.	**183**
Encadré 13. Évolution des représentations médicales et sociales associées au cancer.	**201**

Encadré 14. Les surirradiations d'Épinal : des taux de surdoses élevés majoritairement chez des patients hommes.	**206**
Encadré 15. L'association d'aide aux victimes d'accidents corporels (AAVAC).	**223**
Encadré 16. La Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH).	**226**
Encadré 17. De la formation d'une catégorie sociale à la politique publique dédiée aux victimes.	**229**
Encadré 18. Les « théories évènementielles de l'action collective » et le cas des surirradiés hospitaliers.	**232**
Encadré 19. Pourquoi si peu de femmes surirradiées adhérentes à l'AVSHE ?	**248**
Encadré 20. Les acteurs du procès des surirradiations d'Épinal soumis au rituel judiciaire.	**322**
Encadré 21. Les témoins et la mise en débat des cadres de responsabilité des faits.	**324**
Encadré 22. La déshumanisation par l'orgueil : l'affaire vue par les avocats des victimes.	**332**
Encadré 23. De l'orgueil à l'humilité : l'affaire vue par les avocats des prévenus.	**335**
Encadré 24. Un manquement « aux règles élémentaires de prudence » : l'affaire vue par les procureurs.	**337**

Table des tableaux

Tableau 1. Les crises sanitaires qui « suintent des murs du ministère » de la Santé.	**88**
Tableau 2. Répartition des adhérents de l'AVSHE en 2013 en fonction des cohortes médicales.	**246**
Tableau 3. Statut professionnel des adhérents de l'AVSHE de 2013.	**247**
Tableau 4. Position de l'adhérent de l'AVSHE vis-à-vis des accidents en 2013.	**248**
Tableau 5. Profession et catégorie socioprofessionnelle des adhérents de l'AVSHE de 2013.	**251**
Tableau 6. Diplôme de fin d'études des adhérents de l'AVSHE de 2013.	**251**

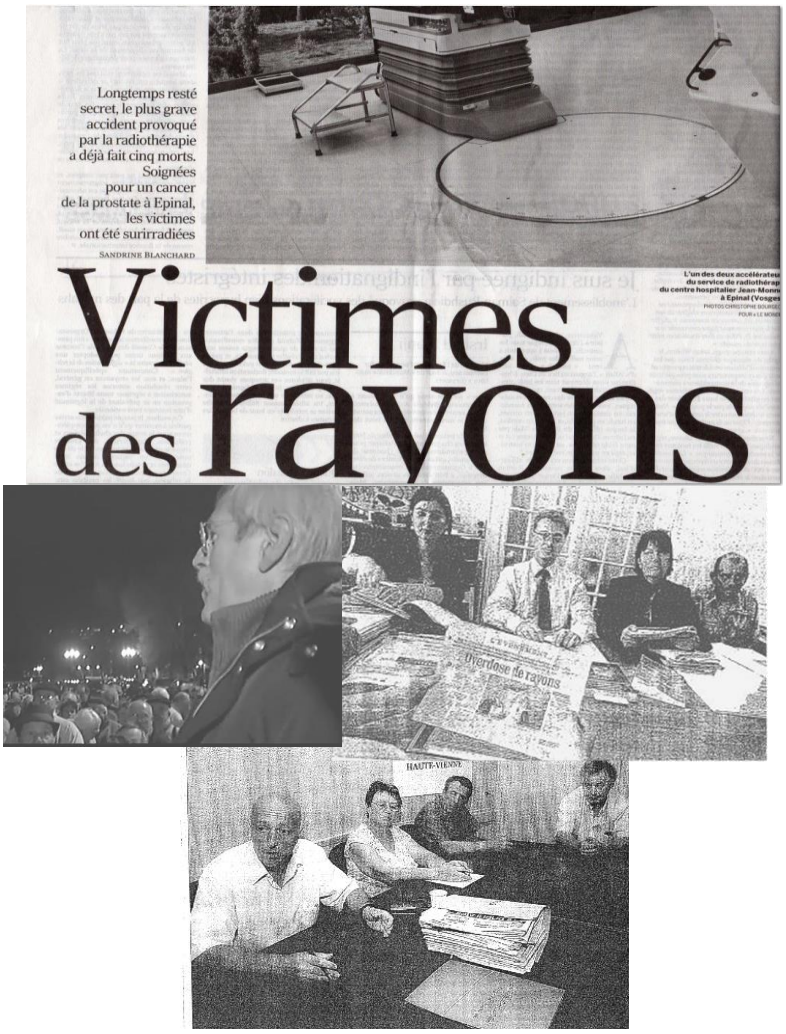
Table des photographies

Images de presse écrite et de télévision extraites de reportages relatifs à la mobilisation des surirradiés d'Épinal et de Toulouse.	**23**
Un accélérateur linéaire de particules utilisé pour la radiothérapie.	**28**
Document de l'IRSN sur les accidents de radiothérapie.	**44**
Entrée du service de radiochirurgie de Rangueil. Reportage du JT de TF1 *du 26 février 2008.*	**54**
Extrait de la couverture du premier ouvrage édité par un surirradié.	**61**
Un proche avec le portrait de sa femme surirradiée à l'hôpital d'Épinal et décédée. Premier jour du procès en première instance, 24 septembre 2012.	**65**
Une de L'Est Républicain *du 13 octobre 2006.*	**73**

Le ministre de la Santé entouré de ses conseillers lors de la visite du service de radiothérapie d'Épinal en décembre 2006.	**103**
L'avocat Gérard Welzer, défenseur de surirradiés de l'hôpital d'Épinal.	**113**
Illustration du début de reportage de TF1 *sur les « accidents de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal ».*	**119**
Illustration de fin du reportage de TF1 *sur les « accidents de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal ».*	**120**
Le rapport de l'IGAS/ASN sur les surirradiations d'Épinal résumé par la rédaction de France 2.	**124**
Article de Marc Payet, « 145 malades irradiés à l'hôpital de Toulouse », Le Parisien, *23 mai 2007.*	**130**
*Extrait du premier JT (*France 2*) dans lequel la situation d'un surirradié est évoquée.*	**137**
Les surirradiés d'Épinal informés par les autorités sanitaires de leur indemnisation.	**142**
Le patient, les deux représentants du corps médical et Élise Lucet sur le plateau de « Pièces à conviction ».	**148**
Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, lors de la présentation des mesures pour la radiothérapie en novembre 2007.	**153**
Pose d'un casque de protection contre les rayons sur un patient.	**161**
L'échelle ASN-SFRO pour la prise en compte des événements de radioprotection affectant des patients dans le cadre d'une procédure médicale de radiothérapie – version de 2008.	**170**
Extrait de la lettre de mission adressée après les accidents de Toulouse à l'AFSSAPS par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot le 29 juin 2007.	**181**

M^e Welzer devant des patients surirradiés à l'hôpital d'Épinal.	**195**
Critères de gravité des lésions radiques.	**205**
Schéma des cohortes d'accidentés à Épinal.	**206**
Répartition de la population d'Épinal de 15 ans et plus selon la catégorie socio-professionnelle.	**209**
Les surirradiés de l'hôpital Rangueil devant le tribunal de Toulouse.	**255**
L'entrée collective des adhérents de SOS Irradiés 31 au palais de justice de Toulouse.	**289**
Les surirradiés d'Épinal dans le hall du tribunal de Paris, le jour de l'ouverture du procès en première instance.	**301**
Les victimes et leurs familles filmées à la descente du train en provenance des Vosges, le jour de l'ouverture du procès en première instance.	**320**
Interviews et photos de victimes devant le palais de justice de Paris, avec une affiche du proche disparu.	**321**
Journalistes filmant l'entrée des victimes dans la salle d'audience, avant la lecture du délibéré en appel.	**339**

INTRODUCTION GÉNÉRALE



Images de presse écrite et de télévision extraites de reportages relatifs à la mobilisation des surirradiés d'Épinal et de Toulouse.

[Source : documentation fournie par des enquêtés à l'occasion d'entretiens].

Le 12 octobre 2006, l'Agence régionale d'hospitalisation de Lorraine (ARH, désormais Agence régionale de Santé – ARS –), rendait public avec le concours du ministère de la Santé, ce qui s'avérera être le plus grave accident de surirradiation en France et un des dix plus graves au monde[1]. Vingt-trois patients, traités par radiothérapie[2] pour des cancers de la prostate à l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal ont reçu des surdoses de rayons X de l'ordre de 28 % et plus. La scène de la conférence de presse est étonnante, comme ne manque pas de le relever un journaliste à l'époque.

> « Alors que les premières rumeurs couraient depuis le milieu de la journée, l'Agence régionale d'hospitalisation de Lorraine a convoqué les journalistes à la hâte hier après-midi ''dans un souci de transparence et de clarté''. Et la rumeur de devenir une information. […] ''En mai 2004, nous avons amené une évolution au logiciel de radiothérapie qui permet de traiter les tumeurs par irradiation. Les manipulateurs ont suivi une formation qui n'a pas été suffisamment assimilée'', précise-t-on à l'ARH de Lorraine. Ainsi, certains personnels médicaux ont appuyé sur de mauvais boutons provoquant un rayonnement trop important. […] ''L'hôpital d'Épinal assume toute la responsabilité. Il faudra néanmoins aller plus loin pour comprendre'' […]. Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a diligenté deux enquêtes : l'une menée par l'Autorité de sûreté nucléaire, l'autre par l'Inspection générale des affaires sociales[3] ».

Les plus hautes autorités sanitaires ont non seulement semblé précipiter leur communication publique, mais elles ont en outre organisé une conférence de presse sans avoir à leur disposition toutes les informations sur les événements. Pourquoi cet empressement ? Est-ce parce qu'il s'agit d'un sujet sanitaire et que la préservation de la santé des populations fait partie des missions régaliennes des gouvernements ?

1. La santé des populations, objet d'intervention du pouvoir

L'action des gouvernants sur l'état de santé des populations est attestée depuis la période de l'empire Romain. Si « la Grèce a produit les avancées les plus spectaculaires dans le domaine de la médecine clinique […] c'est à Rome, où les connaissances sur le corps et la maladie ne progressaient pourtant que modestement, qu'un véritable dispositif sanitaire public voyait le

[1] Déclaration du radiopathologiste Thierry Gourmelon, membre de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) sur le plateau de l'émission « Pièces à conviction », *France 3*, 8 février 2008.
[2] La radiothérapie constitue aujourd'hui, avec la chirurgie et la chimiothérapie, une des principales méthodes de traitement des cancers. Elle consiste à irradier un volume tumoral en utilisant pour cela des faisceaux de rayonnements ionisants qui émettent de la radioactivité, délivrés par une machine appelée accélérateur linéaire de particules.
[3] Rahmelow (D.), « Les manipulateurs radio appuyaient sur le mauvais bouton... », *Le Parisien*, 13 octobre 2006.

jour, vers la fin du I^er siècle avant J.-C. [4] ». Celui-ci se traduit par la mise en place de mesures d'hygiène environnementale (système d'approvisionnement en eau, évacuation des ordures, etc.), de prévention et de soins des populations les plus exposées et les plus pauvres. Les épidémies de peste à partir du XIV^e siècle contribuèrent à créer en Europe, et notamment en Italie, les premiers conseils de santé au sein des cités, ainsi que des mesures d'encadrement de la population (isolement des malades). Le développement d'une statistique appliquée à l'étude de la population favorise la mise en œuvre de mesures d'hygiène publique à partir du XVIII^e siècle. La prise en charge étatique des risques de maladies et d'accidents par la création d'assurances intervient, elle, à la fin du XIX^e siècle[5]. Cent ans plus tard, des phénomènes en premier lieu industriels et environnementaux (explosions d'usines, de centrales nucléaires), puis viraux (virus du sida, pandémies grippales) et de contaminations (sanguine, alimentaire), voire climatiques (canicule), ont été saisis comme de « ''nouveaux risques''[6] », c'est-à-dire comme des dangers accompagnés de fortes incertitudes, menaçant la santé humaine et, à ce titre, justifiables d'une intervention publique.

Ces risques sont aussi identifiés par les praticiens contemporains des politiques de santé comme des moments de crises sanitaires. « Les risques sanitaires sont un terrain de crises[7] » écrivent ensemble l'épidémiologiste, ancien directeur général de la Santé (de 2003 à 2005), William Dab et la sociologue Danielle Salomon. Anne-Claude Crémieux, ancienne conseillère au ministère de la Santé exerçant également de 2003 à 2005, professeur des universités et praticienne hospitalière, précise que les crises sanitaires sont étroitement liées aux « risques[8] », qu'ils soient infectieux ou non. La crise du sang du contaminé, première grande crise de santé publique française, naît ainsi du risque transfusionnel[9]. En 1991, la révélation par la presse de la contamination d'hémophiles par le virus du sida (remontant aux années 1980[10]), conduit à une réorganisation du système de prélèvement du sang. Cette crise inaugurait une succession d'occurrences critiques du même ordre en France, « aussi qualifiées d'affaires et/ou de

[4] Fassin (D.), *Faire de la santé publique*, Rennes, EHESP, 2008, [2005], p. 17.
[5] Merrien (F.-X.), Parchet (R.), Kernen (A.), *L'État social. Une perspective internationale*, Paris, Armand Colin, 2005.
[6] Voir Gilbert (C.), « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1 (114), 2003, p. 57.
[7] Dab (W.), Salomon (D.), *Agir face aux risques sanitaires. Pour un pacte de confiance*, Paris, Presses universitaires de France, 2013, p. 2.
[8] Crémieux (A.-C), *Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires*, Cachan, Lavoisier, 2009, p. 61.
[9] Setbon (M.), *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Seuil, 1993.
[10] Voir Marchetti (D.), Champagne (P.), « L'information médicale sous contrainte. À propos du scandale du sang contaminé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101 (1), 1994, p. 40-62.

scandales[11] ». Parmi elles, celle de l'amiante qui acquiert une dimension publique en 1994, la crise de la vache folle de 1996, la canicule de 2003, et, plus récemment en 2009, le Médiator.

Puisqu'il revient à l'État d'assurer la sécurité sanitaire de la population, ces crises, scandales ou affaires sanitaires ont été analysés comme la conséquence d'un État pris en défaut dans cette mission[12]. Les défaillances en ce domaine seraient alors liées à la complexification des problèmes affrontés. Facteurs d'incertitudes inédites, ces problèmes ne se laisseraient plus appréhender par les modalités traditionnelles de gestion des risques, les sciences et techniques. Ils révèleraient finalement à la population et aux acteurs étatiques la vulnérabilité organisationnelle de l'État et déclencheraient des crises.

Nous voudrions dans cette thèse déplacer les regards et les questionnements de la genèse des crises et la recherche de leurs causes, à « ce qui se passe » lors d'accidents sanitaires. Il s'agira d'examiner la dynamique et l'enchevêtrement des activités, des perceptions et anticipations qui jouent à leur occasion[13]. Les cas de surirradiations de patients intervenus dans deux hôpitaux français au milieu des années 2000 (ceux d'Épinal et de Toulouse), constituent dans cette perspective un excellent observatoire. En effet, la chronologie des actions et réactions des différents acteurs intéressés par leur traitement présente des « temporalités renversantes[14] » qui dérangent quelque peu les manières habituelles de concevoir la transformation d'un « accident » en problème sanitaire et politique, puis en crise.

Ces affaires émergent en effet avec fracas, à intervalle rapproché, dans l'espace public. Elles commencent leur carrière comme une crise sanitaire, par une forte médiatisation, dans laquelle les faits sont qualifiés pour le moins de « dramatiques ». Elles mobilisent rapidement les autorités dès leur découverte, donnent lieu à des mobilisations de victimes qui, sous l'égide d'avocats, se sont regroupées en associations et interpellent les plus hautes autorités sanitaires. Ces mobilisations ont contribué, par leur médiatisation et leur judiciarisation jusqu'à la tenue de plusieurs procès, à la mise à l'agenda politique du « problème » des traitements médicaux par rayons. Celui-ci a été converti en objet de politique publique dès la fin des années 2000. Et pourtant, les surirradiations ne se sont pas transformées en crise sanitaire et politique.

---

[11] Gilbert (C.), Henry (E.), Bourdeaux (I.), « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 9. Un panorama de ces crises est dressé dans la première partie de la thèse.

[12] Les travaux d'Ulrich Beck relèvent d'une telle perspective. Voir Beck (U.), *La société du risque*, Paris, Aubier, 2001 [1986].

[13] Depuis les travaux de Michel Dobry sur les crises politiques, on sait que les épisodes critiques ne sont pas seulement le produit de causes externes qui les déclencheraient. Elles ont leur propre temporalité et dynamique. Dobry (M.), *Sociologie des crises politiques*, Paris, Presses de sciences po, 2009 [1986].

[14] Gaïti (B.), « Les temporalités renversantes de la sociologie des crises politiques », *in* Aït-Aoudia (M.), Roger (A.), dir., *La logique du désordre. Relire la sociologie de Michel Dobry*, Presses de Sciences Po, 2015, p. 125-152.

Après la conférence de presse d'octobre 2006 réalisée par l'ARH de Lorraine, diverses investigations sont initiées par le ministère de la Santé au sein de l'hôpital d'Épinal. De nouveaux cas de surirradiations sont découverts, en raison de plusieurs dysfonctionnements. Ils font l'objet d'une forte médiatisation. Les surdoses de rayonnements ont en réalité duré de 1987, date de la mise en fonctionnement du service, jusqu'à 2006. Selon un bilan établi en 2008, ce sont près de 5 500 personnes (des hommes pour la plupart, mais aussi des femmes) traitées dans cet établissement qui sont susceptibles d'avoir été surirradiées à des degrés divers, de 1987 à 2006. Ces surirradiations ne sont pas uniformes. Le pourcentage de surdoses reçues est variable, tout comme le sont les erreurs qui en sont à l'origine. Cinq cohortes se dessinent, en lien avec cinq épisodes de surdoses différents. En juin 2007, à l'initiative d'un avocat, des patients surirradiés et leurs proches créent l'Association des victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal (AVSHE). Elle compte près de 350 membres un an plus tard, en 2008. Leur mobilisation, destinée à faire reconnaître les faits de surdoses et leur statut de victimes, a connu des suites judiciaires. En septembre 2012, un procès se tient au tribunal correctionnel de Paris, où comparaissent notamment des médecins et un radiophysicien de l'hôpital d'Épinal, mais aussi des directeurs d'administration de santé (Agence régionale de l'hospitalisation, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, direction de l'hôpital). Au procès en appel, en 2015, seuls les personnels médicaux et techniques sont condamnés.

Le 23 mai 2007, quelques mois après la révélation publique des premières surirradiations d'Épinal, d'autres cas de surdoses étaient portés à la connaissance du public. Le journal *Le Parisien* indiquait que 145 patients, traités pour diverses tumeurs cérébrales cancéreuses, avaient été surirradiés lors d'un traitement en radiochirurgie[15] au CHU de Toulouse. Les surirradiations se sont produites sur un an et ont pris fin en avril 2007. Elles concernent des hommes et des femmes. Comme à Épinal, une association, SOS Irradiés 31, se crée et regroupe la majorité des patients (près de 80). Une trentaine d'autres rejoignent la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés (FNATH). La mobilisation conjointe de ces deux associations aboutit au versement d'indemnisations pour divers préjudices. Cependant, en dépit du dépôt de 46 plaintes au pénal par SOS Irradiés 31, un non-lieu est rendu dans cette affaire en 2013. Il n'en demeure pas moins que les accidents d'Épinal et de Toulouse sont à l'origine d'une très forte mobilisation politique. Un « plan national » pour la radiothérapie est élaboré rapidement par le ministère de la Santé, dans le courant de l'année 2007-2008. Il fait l'unanimité : les acteurs professionnels de l'usage médical des rayonnements, les patients mobilisés pour la reconnaissance de leur statut de victimes, saluent la mobilisation des pouvoirs publics pour améliorer la sécurité des traitements par rayons.

[15] La radiochirurgie est utilisée dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des malformations artérioveineuses cérébrales, et fait partie de la thérapeutique des cancers. Elle se fonde, comme la radiothérapie, sur l'utilisation des rayonnements ionisants.



Un accélérateur linéaire de particules utilisé pour la radiothérapie.

[Source : capture d'écran du JT du 21 février 2008, « 19/20 », France 3 Lorraine*]*.

Paradoxalement, pour comprendre pour quelles raisons les fortes mobilisations médiatiques, politiques et judiciaires sur les affaires de surdoses n'ont pas donné lieu à un scandale sanitaire et pour rendre intelligible « ce qui se passe » dans le cas des surirradiations, il s'agit d'analyser une « non crise » en train de se faire. De la même manière que dans d'autres domaines d'action publique – celui des politiques économiques – des mesures de relance ou de libéralisation peuvent être entravées par des logiques de concurrence ou de compromis entre acteurs[16], il semble que dans le domaine sanitaire, des situations de crises ou de scandales peuvent être similairement contrariées. Même si les travaux existants relatifs aux crises sanitaires abordent peu cette question, ils offrent des pistes de réflexion qui nous sont directement utiles, que ce soit ceux centrés sur une restitution de la genèse ainsi que sur la « réussite » des crises, ou ceux axés sur les conséquences de tels épisodes critiques sur l'activité réglementaire en santé.

[16] Voir Gaïti (B.), « L'érosion discrète de l'État-providence dans la France des années 1960. Retour sur les temporalités d'un ''tournant néo-libéral'' », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (201-202), 2014, p. 58-71.

1.1. La genèse des crises sanitaires : le produit d'activités de mobilisations

Outre les travaux évoqués ci-dessus, une abondante littérature existe aujourd'hui sur la façon dont des faits de santé aussi divers que des contaminations, des médicaments, des épidémies, des expositions chroniques à des toxiques, sont devenus des crises, scandales, ou affaires sanitaires et politiques. Un enseignement central est à distinguer. Aucun de ces problèmes n'a eu la carrière d'une affaire, d'une crise ou d'un scandale en raison de l'ampleur réelle ou supposée de ses conséquences, du nombre de personnes touchées, ou d'une menace qui s'imposerait d'elle-même.

En rupture avec le sens commun, ces travaux soulignent ainsi que cette transformation est le produit de mécanismes proprement sociaux, et n'est pas seulement liée à la nature biologique, physique, des faits visés, à leur conséquence en termes de morbidité ou à la toxicité qui les caractérise. En cela, ces travaux tirent parti des acquis de l'analyse séquentielle des problèmes publics[17]. Celle-ci a montré qu'un fait social devient un problème public (au sens d'être pris en charge par les autorités), lorsqu'il franchit plusieurs opérations. Des entrepreneurs de cause se fixent d'abord sur une situation parce qu'ils la perçoivent eux-mêmes comme problématique et souhaitent diffuser cette lecture. Il s'agit pour eux de cadrer le problème et de justifier de sa portée générale, de l'importance de le prendre en charge compte-tenu des bienfaits communs attendus. Ces opérations ne sont efficaces que si elles sont popularisées (généralement par les médias, ces derniers ayant la capacité de relayer des messages à un large public).

Ces travaux ont mis en évidence l'engagement des mouvements sociaux ou groupes d'intérêts dans des opérations de ce type. Leur implication a conduit à la reconnaissance de divers problèmes, ainsi qu'à leur traitement sous la forme de politiques publiques. Il peut s'agir de groupes de personnes affectées par un danger sanitaire lié à leur environnement et qui s'efforcent de le rendre visible. Avec l'aide d'avocats, elles créent des associations de victimes qui leur permettent de pointer certains faits, de les dénoncer publiquement, les transformant ainsi en crises. Cette analyse s'applique par exemple aux deux premières grandes crises sanitaires françaises, celle du sang contaminé (résultant de la contamination d'hémophiles par le virus responsable du sida), et de l'hormone de croissance (relative à la contamination

[17] Voir en premier lieu Spector (M.), Kitsuse (J.), *Constructing social problems*, New York, De Gruyter, 1977. Ou Blumer (H.), « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, 17 (67), 2004 [1971], p. 185-199. Pour un résumé, Neveu (E.), *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, Armand Colin, 2015, p. 33 et suivantes.

d'enfants en déficit d'hormones de croissance, par la maladie de Creutzfeldt-Jakob[18]). Ces affaires reposaient en partie sur la création d'associations de victimes. Par leur engagement dans l'action judiciaire, leur forte volonté de publiciser leurs situations, les victimes ou leurs proches sont à l'origine de la transformation de drames personnels en affaire de santé publique. Depuis, de nombreuses situations de crises ou de scandales ont été restituées en insistant sur le rôle central joué, dans leur genèse et leur développement, par des mobilisations de victimes. L'amiante, par exemple, ne serait pas devenue un scandale de santé publique sans la structuration progressive d'un secteur associatif de défense des victimes, qui les fait exister publiquement[19].

Mais les victimes (et leurs avocats) ne sont pas les seules à se mobiliser dès lors que survient un phénomène sanitaire. Des acteurs extérieurs, tels les journalistes, sont aussi partie prenante des mécanismes sociaux qui concourent à transformer un fait de santé en problème, voire en crise sanitaire et politique. Cette propriété n'est pas simplement la conséquence des stratégies d'accès aux médias développées par les associations de victimes pour publiciser leur cause. Elle s'explique aussi par des logiques à la fois internes et externes au champ de production de l'information. Le journalisme en santé, peu développé jusqu'au début des années 1980, est devenu depuis « grand public[20] ». Des transformations générales du rapport de la population à la santé et au corps, un renouvellement des journalistes spécialisés en santé, plus nombreux et soumis à la concurrence entre leurs titres respectifs, ont progressivement participé à extraire ces informations des rubriques strictement médicales dans lesquelles elles étaient confinées, pour les faire accéder aux rubriques « faits divers » voire « politique ». Lorsque cela se produit, comme dans l'affaire du sang contaminé[21] ou de l'amiante[22], les journalistes spécialisés en santé sont dessaisis du traitement du dossier au profit des journalistes politiques ou des éditorialistes. Le problème sanitaire, plus ou moins fortement porté par des collectifs de victimes, connaît alors une consécration publique. Il est dans le même temps réduit à certaines de ses dimensions. Par exemple, dans le cas de l'amiante, ce qui fait scandale pour les acteurs journalistiques est le maintien, durant de longues années, de la production et de l'usage de ce

[18] Sur ces deux affaires et la mobilisation des victimes, voir par exemple Barbot (J.), Fillion (E.), « La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion) », *Sociologie et sociétés*, 39 (1), 2007, p. 217-247

[19] Voir Henry (E.), *Amiante. Un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007, p. 150.

[20] Voir Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010, p. 83.

[21] Marchetti (D.), Champagne (P.), « L'information médicale sous contrainte. À propos du scandale du sang contaminé », art. cité.

[22] Henry (E.), « ''Du silence au scandale''. Des difficultés des médias d'information à se saisir de la question de l'amiante », Réseaux, 6 (122), 2003, p. 237-272.

matériau alors même que celui-ci constitue un risque environnemental qui touche toute la population. Dans ce dossier comme dans celui du sang contaminé, le fait que le phénomène semble donner lieu à des « conflits d'intérêts » entre des acteurs économiques et politiques atteste du scandale et accentue son traitement médiatique en ce sens.

Une troisième et dernière mobilisation d'acteurs a été identifiée comme facteur de crise, d'affaire, de scandale. Il s'agit de celle des juges et plus largement des autorités judiciaires. La présence de ces acteurs dans un dossier sanitaire est étroitement liée à l'activité des deux premiers groupes cités (les victimes et les journalistes), les juges étant souvent saisis d'une affaire par les victimes et leurs défenseurs, qui eux-mêmes engagent de telles procédures à la suite d'une médiatisation initiale ou, au contraire, dans l'optique de l'enclencher[23]. Les crises politiques auxquelles ont donné lieu les scandales sanitaires trouvent bien souvent leur moteur dans cette judiciarisation. L'État étant le garant de la sécurité des populations, les collectifs de victimes sont en mesure de faire reconnaître, devant les tribunaux, la responsabilité proprement politique de leur drame. Si cette responsabilité politique est devenue une responsabilité pénale, c'est aussi parce que les activités judiciaires et journalistiques ont convergé pour relier ces deux types de responsabilité entre elles. Si bien que « l'association entre l'apparition de nouveaux risques et l'imputation de nouvelles exigences de responsabilité politique est mise en forme devant la justice comme dans la presse, où les journalistes peuvent quelquefois conclure à l'existence d'une ''crise politique'' révélée par ces affaires[24] ».

Les travaux de sciences sociales sur les crises et affaires sanitaires ne se sont cependant pas seulement intéressés à l'émergence de ces situations, ils en ont également décrit les effets sur l'action publique en santé.

1.2. Les conséquences des crises sanitaires sur l'activité réglementaire : des opportunités énumérées

Les effets des crises, affaires ou scandales sanitaires sur l'activité législative et réglementaire en santé, ont été nombreux et ont fait l'objet de travaux variés. Olivier Borraz souligne en premier lieu que « les crises, scandales et controverses qui ont secoué la France

[23] Henry (E.), « Le droit comme vecteur de publicisation des problèmes sociaux. Effets publics du recours au droit dans le cas de l'amiante », *in* Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005, p. 187-195.
[24] Roussel (V.), « Scandales et redéfinitions de la responsabilité politique. La dynamique des affaires de santé et de sécurité publiques », *Revue française de science politique*, 58 (6), 2008, p. 954.

durant une décennie ont donné lieu à de nombreux rapports, enquêtes, commissions, généralement confiés à des parlementaires ou des hauts fonctionnaires[25] ». Ces rapports officiels[26] post-crises ne sont pas seulement destinés à établir les chronologies et causalités des épisodes de crises. Ils ont également une visée prospective en ce qu'ils s'efforcent d'en « tirer les leçons ». C'est la raison pour laquelle plusieurs travaux de sciences sociales sur les crises postulent que ces épisodes sont de véritables « opportunités[27] » pour les acteurs étatiques. Si les rapports ont une dimension prospective forte, c'est en effet pour appeler à la mise en œuvre de nouvelles capacités d'action, tant à l'intérieur qu'aux marges de l'État, identifié comme un facteur non négligeable de crise.

Certaines de ces crises ont donné lieu, ainsi que l'a montré Thomas Alam, à la « mise à l'agenda politique et médiatique des faiblesses administratives de la santé publique française[28] ». Au début des années 1990, des médecins de santé publique et des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et de la Direction générale de la Santé, désireux de rehausser leur position et celle de leur administration[29], prennent en effet appui sur la crise du sang contaminé pour diagnostiquer un État dépassé dans le domaine sanitaire. Un des acteurs éminents de cette période, William Dab, développe à nouveau cette analyse dans son dernier ouvrage. Les crises constitueraient des révélateurs des dysfonctionnements de l'État dans la gestion des risques sanitaires, « de ses relations défiantes avec les parties prenantes[30] ». Il s'est agi par conséquent pour les acteurs étatiques de « [reprendre la] main[31] », en se dotant d'une politique de « sécurité sanitaire[32] » définissant des principes clairs de gestion (transparence, rapport bénéfice/risque, expertise etc.) et fondée sur la création « d'agences[33] » indépendantes. Il a été montré depuis que ce réagencement était non seulement une entreprise de « vieillissement social des arrangements antérieurs[34] » (c'est-à-dire de légitimation de

[25] Borraz (O.), *Les politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 29.
[26] Sur ces rapports post-crises, voir Laroche (H.), « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », *in* Gilbert (C.), Henry (E.) dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.*, p. 73-87.
[27] Gilbert (C.), « Les différentes facettes des crises sanitaires », *Questions de Santé Publique*, 3 (12), 2011, p. 3. Se reporter à cet article pour avoir un aperçu des différentes directions prises par les travaux sur les crises, scandales, affaires sanitaires.
[28] Alam (T.), « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses*, 1 (78), 2010, p. 50.
[29] *Ibid*. L'article retrace le parcours de certaines personnalités impliquées dans cette réorientation de la politique de santé.
[30] Dab (W.), Salomon (D.), *Agir face aux risques sanitaires. Pour un pacte de confiance, op. cit.*, p. 3.
[31] *Ibid*., p. 43.
[32] Tabuteau (D.), *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault, 1994.
[33] Benamouzig (D.), Besançon (J.), « Gouverner un monde incertain. Les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires », *Sociologie du travail*, 47 (3), 2005, p. 301-322.
[34] Alam (T.), « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », art. cité, p. 52.

nouvelles propriétés inhérentes aux postes de hauts fonctionnaires dans le domaine de la santé) mais surtout, qu'il s'apparentait à une « centralisation[35] » de la politique de santé. « Il n'en demeure pas moins que du point de vue institutionnel, humain et financier, les efforts consentis ne sont pas négligeables » insiste Olivier Borraz et « traduisent une volonté des pouvoirs publics de répondre aux facteurs ayant, selon eux, conduit aux crises des décennies 1990-2000[36] ».

Des recherches ont souligné que les principes de la sécurité sanitaire promus à cette époque (et dont l'approfondissement est désormais souhaité à chaque nouvel épisode de crise), s'adossent à de nouveaux savoirs et notamment à l'épidémiologie anglo-saxonne, dite appliquée. Plusieurs travaux[37] ont dès lors entrepris de reconstituer son implantation dans le domaine de la santé publique française. Diffusée en France à partir des années 1980, sous l'activité conjointe d'une formation d'origine états-unienne et d'acteurs en marge de l'État, cette épidémiologie d'intervention supplante peu à peu l'épidémiologie mono-causale pratiquée alors au sein de l'Institut Pasteur notamment. La création d'organismes de « veille sanitaire » au début des années 1990, dans lesquels de nombreux diplômés de la formation s'insèrent professionnellement (Institut national de Veille Sanitaire (InVS), Réseau national de santé publique – RNSP), favorise ce basculement vers une épidémiologie de veille et d'alerte.

1.3. Prêter attention aux anticipations forgées à partir des précédents

Au terme de ce panorama des travaux relatifs aux crises sanitaires, on remarque que l'État est omniprésent, soit comme interlocuteur ou cible de mobilisations d'acteurs, soit pour son rôle de régulateur et de gestionnaire des situations critiques. Les études décrites permettent de comprendre comment les multiples crises sanitaires de ces dernières années se sont déclenchées et d'analyser leurs conséquences sur l'État, sur le périmètre de ses missions de protection sanitaire des populations.

---

[35] Buton (F.), Pierru (F.), « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, 4 (4), 2012, p. 70.
[36] Borraz (O.), *Les politiques du risque, op. cit.*, p. 35.
[37] Voir Berlivet (L.), « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XX^{e} siècle », *in* Jorland (G.), Opinel (A.), Weisz (G.), dir., *Body Counts : Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2005, p. 335-357. Ou Buton (F.), « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 65, 2006, p. 71-91. Voir aussi Buton (F.), Pierru (F.), « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », art. cité.

Cependant, ces travaux laissent encore en partie dans l'ombre les mécanismes sociaux qui pourraient expliquer que des faits sanitaires comme les surdoses hospitalières, ayant mobilisé de larges groupes d'acteurs (leur appliquant dans certains cas une lecture en termes de scandale), restent finalement cantonnés au monde médical et ne se transforment jamais en crise sanitaire. Les surirradiations des années 2000 ne font pas partie de l'accablant palmarès des affaires de santé publique qui ont secoué la France depuis les années 1990. Elles ne figurent pas dans les chronologies médiatiques des crises sanitaires françaises établies à l'occasion de la découverte d'un nouveau scandale. Elles n'ont pas droit de cité non plus dans les publications scientifiques consacrées aux crises. Par exemple, dans leur bilan des « principales crises » sanitaires survenues de 2007 à 2012 (présidence de Nicolas Sarkozy), Claude Gilbert et Laurence Raphaël évoquent celles du virus H1N1 et du Médiator en 2009[38], mais rien sur les surdoses de rayons.

Le nombre de personnes affectées dans ces affaires hospitalières est conséquent et n'explique pas *a priori* le silence dont elles font l'objet. Sans se lancer dans des comparaisons macabres entre affaires sanitaires, soulignons à nouveau que les patients surirradiés sont estimés à plus de 5 000 à Épinal, et à 145 à Toulouse. De même, la nature des faits paraît au moins aussi « scandaleuse » que dans d'autres cas : s'agissant du cas vosgien en particulier, sont soulignés une absence de déclaration immédiate des accidents aux autorités de tutelle contraire aux obligations réglementaires, des erreurs reproduites sur près de vingt ans sans que personne ne s'en aperçoive (près d'un an à Toulouse), des patients sans véritable suivi médical et laissés seuls face à leurs graves problèmes de santé.

Tout ceci plaide pour chercher la particularité de cette crise non-advenue dans sa dynamique même, dans les activités sociales, les investissements et les perceptions dont elle a fait l'objet. Les crises, affaires ou scandales ne sont pas des faits naturels qui suivent leur cours dans un vide social. Leur devenir est le produit d'activités sociales. Ce terrain d'enquête incite par conséquent l'analyste à adopter une approche en termes de « cas limite[39] », soit une analyse qui s'efforce, à partir d'un objet, de « saisir les petites différences, pour mieux appréhender les effets de contexte[40] » qui le régissent. La restitution de la chronologie l'a montré, une première particularité du cas des surirradiations réside dans sa publicisation. Cette dernière est à l'initiative des plus hautes autorités sanitaires qui réagissent très vite et vivement. Les médias

[38] Gilbert (C.), Raphaël (L.), « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? », *Les Tribunes de la santé*, 3 (32), 2011, p. 55-60.
[39] Voir Hamidi (C.), « De quoi un cas est-il le cas », *Politix*, 4 (100), 2012, p. 85-98.
[40] *Ibid.*, p. 95.

comme les mouvements des patients affectés n'ont pas un grand rôle, du moins pour le cas d'Épinal. Pour celui de Toulouse, les journalistes ont une part plus importante dans la révélation des accidents. Mais ces faits sont rapportés immédiatement aux surdoses d'Épinal, prises en charge et cadrées par le personnel politique depuis quelques mois.

La deuxième spécificité des surdoses hospitalières, par rapport à d'autres affaires sanitaires, est la relégation des adhérents des associations de patients au second rang des acteurs de l'émergence du problème médical. Ces associations se créent en effet après la révélation publique des accidents médicaux, initiée par les autorités ou la presse. Ce ne sont pas des médecins, des scientifiques, qui se sont mobilisés pour faire reconnaître le problème, contrairement aux mobilisations typiques en santé environnementale[41] par exemple. Autre particularité, si les surirradiés ne participent pas à publiciser le problème, ils rejoignent massivement les associations de victimes créées sous l'impulsion d'avocats. Ces derniers ont très vite pris en charge le problème et le déplacent sur la scène judiciaire en incitant les victimes à déposer plainte.

Ces particularités suggèrent des pistes d'analyse un peu différentes de celles suivies pour les autres cas. Elles signalent que, d'emblée, l'enjeu a été politique. Pour les acteurs politiques, il s'agit d'empêcher non pas la reconnaissance du problème des surirradiations – puisque ce sont eux qui sont directement à l'origine de sa révélation – mais sa transformation en crise sanitaire et politique, en cantonnant le problème à une affaire technique et médicale. L'hypothèse est alors la suivante : les précédents scandales pèsent pour ces acteurs dans leur anticipation de ce qui risque de se produire s'ils n'agissent pas rapidement. Inversement, ne peut-on pas faire le postulat que ces précédents jouent également (mais pour d'autres raisons et sous d'autres formes) pour l'ensemble des autres acteurs (journalistes, avocats, victimes) ? C'est cet ensemble d'hypothèses que nous allons suivre. Il convient par conséquent de revenir sur les « logiques de situation » dans lesquelles se trouve chacun des acteurs du dossier, ce qui suppose de mettre en évidence les matériaux cognitifs qui sont les leurs et les calculs auxquels ils se livrent pour agir. Les logiques de situations sont en effet « des ensembles ou systèmes de contraintes, et si on y tient, d'opportunités – c'est cela, en première approximation, que vise l'expression ''logique de situation'' – s'imposant, de façon récurrente, dans une diversité de ''contextes'' historiques particuliers, aux perceptions, estimations, anticipations, calculs et, en

[41] Pour plus de détails, Voir Akrich (M.), Barthe (Y.), Rémy (C.), dir., *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes*, Paris, Presses des Mines, 2010.

définitive, aux pratiques ou à l'activité, notamment à l'activité tactique, des acteurs sociaux[42] ». Or, le cas des surirradiations surgit après d'autres affaires sanitaires ayant gravement atteint la santé de nombreuses personnes et donné lieu à des dénonciations publiques de personnels politiques, des mobilisations, des joutes judiciaires. Ces précédents ne s'imposeraient-ils pas aux perceptions des acteurs sociaux dans ce dossier, les poussant ou les contraignant à l'action ?

2. Étudier un problème sanitaire sous l'angle des précédents

Dans le prolongement des travaux évoqués sur les affaires sanitaires, des recherches ont montré que les acteurs étatiques ne se mobilisaient pas seulement *après* chaque épisode de scandale, en affirmant leur capacité à intégrer « les dysfonctionnements » constatés et à prévoir des mesures censées les dépasser. Les modalités d'attention des pouvoirs publics à l'égard des problèmes sanitaires émergents ont changé. Elles se caractérisent par une évaluation systématique des risques politiques supposés ou réels dont ces affaires seraient porteuses. Elles peuvent aussi être à l'origine de leur publicisation et d'une mise à l'agenda précoce.

2.1. Des risques d'imputation de responsabilité à la définition des problèmes sanitaires par les autorités

Dans l'affaire des surirradiations, le fait que les pouvoirs publics interviennent vigoureusement en amont de toute publicisation du problème est en soi singulier. Comment comprendre cette ligne de conduite ?

Les crises sanitaires des années 1990 et 2000 auraient fortement ébranlé la confiance des acteurs politiques en leur capacité (et celle de l'État), à assurer les missions de protection de la population. « Un sentiment d'impuissance frappe les représentants de l'État, quand ils prennent conscience de la faiblesse de leurs moyens effectifs pour intervenir » dans le domaine de la santé, note Olivier Borraz[43]. L'impression, partagée par les élus et les hauts fonctionnaires, d'une perte de maîtrise des risques inhérents aux activités sanitaires, le sentiment d'une déconsidération de la population à leur encontre, ne seraient pas seulement à l'origine de

[42] Dobry (M.), « Ce dont sont faites les logiques de situation », *in* Favre (P.), Fillieule (O.), Jobard (F.), dir., *L'atelier du politiste*, Paris, La Découverte, 2007, p. 120.
[43] Borraz (O.), *Les politiques du risque, op. cit.*, p. 31.

l'activité d'enquêtes et d'investigations post-crises décrite ci-dessus. Ils produiraient également une évaluation des situations considérées comme risquées.

En effet, Violaine Roussel rappelle que tout scandale donne lieu à des « affrontements sur la définition de la responsabilité des politiques » et que ceux-ci constituent en eux-mêmes « *des luttes de (dé)légitimation*[44] ». C'est le cas dans l'affaire du sang contaminé, où les associations d'hémophiles ont mis en accusation un certain nombre de représentants de l'État en tant que responsables du système de transfusion sanguine et, par conséquent, de la mise sur le marché de stocks de produits contaminés. C'est le cas également dans le scandale de l'amiante, où l'État a été accusé d'avoir abandonné le contrôle de la commercialisation de ce matériau à un comité dans lequel des industriels du secteur étaient parties prenantes. Aussi, pour les acteurs politiques, les problèmes sanitaires apparaissent désormais indissociables des risques politiques. Cette appréhension nouvelle exacerberait leur degré de sensibilité. Oliver Borraz émet l'hypothèse que, soucieux d'éviter d'être dénoncés, les acteurs politiques se montreraient de plus en plus « attentifs à tous les signes précurseurs de mise en cause ou de déstabilisation[45] ».

Il est possible en effet d'envisager les problèmes publics comme étant le produit de rapports de force entre groupes d'acteurs qui, durant les phases d'identification et de publicisation d'une situation problématique, se livrent à des « luttes définitionnelles[46] ». Dans cette perspective, la prise en charge d'un problème par les acteurs institutionnels (personnel politique, administratif) signe l'appropriation de sa définition. Cette prise en charge a « pour enjeu la définition du problème lui-même, puisque telle définition facilitera l'inclusion de certains acteurs, l'exclusion de telle autre consolidera ou invalidera l'usage de certains instruments, légitimera certaines valeurs au nom desquelles ce problème est pris en charge, bref, contribuera à légitimer ou non le cours de l'action publique tel qu'il se déroule[47] ». Le dossier de l'amiante est de ce point de vue emblématique. Avant une phase de publicisation intense au milieu des années 1990, le matériau a fait l'objet d'une gestion paritaire sous l'égide de l'État, organisant son « usage contrôlé » dans la construction à partir de justifications essentiellement économiques. Les luttes définitionnelles et leur appropriation structurent également l'ensemble

[44] Roussel (V.), « Scandales et redéfinitions de la responsabilité politique. La dynamique des affaires de santé et de sécurité publiques », art. cité, p. 978. Souligné par l'auteure.
[45] Borraz (O.), *Les politiques du risque, op. cit.*, p. 203.
[46] Voir notamment Carricaburu (D.), « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.*, p. 55-71.
[47] Gilbert (C.), Henry (E.), Bourdeaux (I.), « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.*, p. 21.

du dossier de l'usage du nucléaire en France[48], jusqu'à la gestion des déchets produits par cette industrie. Ce dernier problème, avant de connaître une phase de publicisation liée à l'engagement de controverses au début des années 1990, a longtemps été une prérogative des institutions du secteur et de leurs ingénieurs respectifs[49]. Ainsi, l'approche des problèmes publics comme processus de définition rend compte de leur inscription fluctuante dans des espaces à la fois confinés et publics. Cette inscription contribue à offrir à la situation un cadre d'appréhension qui rend visibles certains aspects du problème au détriment d'autres.

L'intérêt du cas des surirradiés réside précisément dans la possibilité d'observer les effets de l'appropriation par le personnel politique de la définition d'un problème sanitaire sur sa trajectoire. Le dossier des surdoses se caractérise lui aussi par une phase qui mobilise un cercle étroit d'acteurs politiques et administratifs. Ces derniers, par la conduite d'investigations sur les accidents, verrouillent l'accès du terrain accidenté à d'autres acteurs. Les investigations menées par le personnel politique et administratif s'accompagnent ensuite d'une communication rapide des informations dans les arènes publiques, sous la forme d'une alerte. Cette « transparence » est surprenante, car elle place ces acteurs dans la position de devoir rendre des comptes publiquement sur le sujet de la sécurité des traitements en radiothérapie.

Le déplacement de l'attention sur le moment de définition du problème des surdoses offre ainsi un aperçu somme toute paradoxal sur l'activité des acteurs politiques : l'enjeu visant à empêcher la transformation de la situation en crise sanitaire et politique semble impliquer une certaine prise de risque de leur part. Cet objectif aboutit également à leur engagement dans une action publique relative aux traitements par rayons.

2.2. De la définition du problème par les autorités à la maîtrise de sa mise à l'agenda politique

Une alerte est indissociable d'un « certain art de l'amplification[50] » soulignent Francis Chateauraynaud et Didier Torny. Il est, dans ces conditions, étonnant que la publicisation par les autorités sanitaires des accidents de surdoses ne se soit pas traduite par une crise politique de grande ampleur.

---

[48] Hecht (G.), *Le rayonnement de la France. Énergie nucléaire et identité nationale après la Seconde Guerre mondiale*, Paris, La Découverte, 2004.
[49] Barthe (Y.), *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires*, Paris, Économica, 2006.
[50] Chateauraynaud (F.), Torny (D.), *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, EHESS, 1999, p. 46.

Ce serait oublier que les acteurs politiques ont, dans certains cas, la maîtrise du processus d'inscription des problèmes à l'agenda politique. Les travaux sur la mise sur agenda des problèmes[51] ont montré que la transformation d'un fait, d'une situation, en problème n'était pas seulement liée à la mobilisation de groupes extérieurs à l'État. Les institutions publiques sont également au cœur de ce processus. À la suite de ces travaux, Philippe Garraud[52] souligne ainsi que l'entrée des problèmes sur l'agenda et leur transformation en politiques publiques sont certes restituables en termes de « modèle de mobilisation » (c'est-à-dire comme la conséquence d'une mobilisation extérieure à l'État), mais aussi en termes « d'action corporatiste silencieuse » (l'action d'un groupe de pression qui profite de son accès aux institutions pour imposer une politique publique en réponse au problème qu'il porte), voire en termes de « médiatisation » (c'est-à-dire par une mobilisation des médias sur un problème). Mais l'auteur rappelle également que deux trajectoires de problèmes se déroulent en dehors de toute participation de ces acteurs. D'abord, le modèle de « l'offre politique », dans lequel des partis politiques promeuvent publiquement un problème sans qu'il ne soit porté au préalable par des groupes mobilisés. Ensuite, le modèle de « l'anticipation » qui concède cette propriété à une administration qui, par l'identification d'un sujet au départ confidentiel lui posant problème, engage des mesures destinées à le prendre en charge.

L'histoire des surirradiés semble relever du dernier cas de figure. Les précédentes affaires sanitaires génèrent des anticipations telles parmi les acteurs politiques exerçant dans le domaine de la santé (sur une médiatisation hors de contrôle, sur des dénonciations publiques), qu'elles les incitent à intervenir rapidement, avec une intensité très forte. Dans certaines affaires, cette réactivité s'est accompagnée de mesures pas toujours en adéquation avec la réalité de la menace sanitaire. Claude Gilbert et Laurence Raphaël notent par exemple, à propos de la gestion de la crise liée à la grippe H1N1 en 2009, que l'approche de ce problème est « apparue inadéquate, tout comme les solutions apportées, après coup considérées comme disproportionnées[53] ». Sur la base de prévisions épidémiologiques, plus de 90 millions de vaccins avaient été commandés en juillet 2009 par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, pour faire face à une probable épidémie. Un an plus tard, une résiliation de la commande équivalente à 50 millions de doses est effectuée par la même ministre. L'épidémie avait été

[51] Cobb (R.), Elder (C.), *Participation in Politics. The Dynamics of Agenda-Building*, Boston, Alyn and bacon, 1972. Pour une présentation de la perspective de la mise à l'agenda des problèmes, voir Neveu (E.), *Sociologie politique des problèmes publics, op. cit.*, p. 156 et suivantes.
[52] Garraud (P.), « Politiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'Année sociologique*, 40, 1990, p. 27-41.
[53] Gilbert (C.), Raphaël (L.), « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? », art. cité, p. 56.

moins grave que prévue et seulement 5 millions de personnes s'étaient fait vacciner. De fortes critiques publiques ont été émises sur la gestion de cette crise.

Si le dossier des surdoses a donné lieu à une intervention rapide du ministère de la Santé et de même intensité (enquêtes, communication, etc.), aucune critique de ce type n'a vu le jour ensuite. Cela aiguille l'analyse sur le terrain de la non-émergence des problèmes publics[54], et plus particulièrement des « non-décisions[55] » voire des « indécisions[56] » qui restreignent les dimensions d'un problème sur ce que les acteurs politiques souhaitent ou peuvent traiter. Cette modalité d'intervention suppose toutefois des conditions de possibilité résumées par Olivier Borraz[57] et qu'il conviendra de mettre au jour ici. Tout d'abord, l'évaluation par ces acteurs qu'aucune responsabilité ne pourrait leur être imputée. Ou bien, la disponibilité immédiate de ce qui se présenterait comme la « solution » au problème. Ou encore, la possibilité d'attribuer le problème et la conception des solutions à d'autres acteurs (une « déflection de responsabilité[58] »). Dans tous les cas se pose la question des relations entretenues par les acteurs politiques avec les journalistes et du rôle de ces derniers dans la délimitation des contours du problème des surirradiations hospitalières.

3. Des associations de victimes dans l'anticipation

À l'inverse de nombreux phénomènes affectant la santé des populations qui peinent à bénéficier d'une prise en charge politique en dépit d'une mobilisation collective autour d'eux[59], les accidents de surirradiations ont fait l'objet d'une intervention politique précoce et extrêmement forte. La publicisation a, ici, précédé et initié les mobilisations collectives des patients surirradiés d'Épinal et de Toulouse. Dès lors, ces dernières, comme l'action publique, paraissent être conduites en fonction d'anticipations sur ce qui risque de se produire dans ce

[54] Voir Chabbal (J.), « Le risque invisible. La non-émergence d'un problème public », *Politix*, 2 (70), 2005, p. 169-195.
[55] Sur les non-décisions en politique, voir les travaux de Peter Bachrach et Morton S. Baratz. Bachrach (P.), Baratz (M.), « Two Faces of Power », 56 (4), *American Political Science Review*, 1962, p. 947-952. Et Bachrach (P.), Baratz (M.), « Decisions and Nondecisions : An Analytical Framework », *The American Political Science Review*, 57 (3), 1963, p. 632-642.
[56] Barthe (Y.), *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires, op. cit.*
[57] Voir Borraz (O.), Gilbert (C.), « Quand l'État prend des risques », *in* Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 349 et suivantes.
[58] *Ibid.*, p. 350.
[59] Par exemple, des riverains de sites nucléaires ou des personnes en contact avec un environnement considéré comme « malsain » et qui se mobilisent pour le faire reconnaître. Nous faisons référence ici aux travaux en santé environnementale évoqués plus haut. Voir Akrich (M.), Barthe (Y.), Rémy (C.), dir., *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes, op. cit.*

dossier sanitaire, de la part des victimes et de leurs défenseurs (les avocats). L'hypothèse est que l'existence de précédentes affaires sanitaires conduit les professionnels du droit à anticiper les mobilisations des victimes de tels drames et à devancer les difficultés à produire un collectif mobilisé. Leur intervention dans le rassemblement des patients surirradiés en associations a pour effet d'orienter et de canaliser les griefs collectifs. Cette hypothèse inscrit notre analyse dans les pas des enquêtes sur les victimes qui, à l'instar de celles rassemblées dans l'ouvrage dirigé par Lilian Mathieu et Sandrine Lefranc[60], prennent le parti d'analyser cet objet au moyen des problématiques usuelles de la sociologie des mouvements sociaux.

Encadré 1. Chronologie simplifiée des événements d'Épinal et de Toulouse

5 octobre 2005 : réunion entre la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), l'ARH de Lorraine, la direction de l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal et les radiothérapeutes du service de radiothérapie au sujet de cas de surirradiations à l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal.

12 octobre 2006 : conférence de presse de l'ARH de Lorraine faisant état de vingt-trois cas de surirradiations à l'hôpital d'Épinal, sur des patients traités par radiothérapie.

17 octobre 2006 : le procureur de la République d'Épinal ouvre une information judiciaire à la suite du dépôt de plainte contre X pour blessures involontaires de M^{e} Gérard Welzer au nom de deux victimes.

23 mars 2007 : le rapport de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) sur les accidents de surirradiations d'Épinal révèle que vingt-quatre patients – et non vingt-trois – ont reçu des surdoses de rayons de l'ordre de plus de 20 % (cohorte dite « Épinal 1 ») et 397 autres ont reçu des surirradiations de l'ordre de 8 % et plus (cohorte dite « Épinal 2 »).

23 mai 2007 : *Le Parisien* révèle que 145 patients ont été surirradiés à l'hôpital Rangueil de Toulouse.

Juin 2007 : deux associations de victimes se créent. L'Association des victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal (AVSHE) et SOS Irradiés 31 (Toulouse).

7 septembre 2007 : 300 nouveaux cas de surirradiations de patients au sein de l'hôpital d'Épinal sont révélés par le directeur de l'ARH de Lorraine. La surdose de rayons est de l'ordre de 7 % (cohorte « Épinal 3 »). Par ailleurs, une enquête médicale a permis de détecter que 4 500 personnes traitées depuis 1987 dans ce service de radiothérapie ont reçu des surdoses de l'ordre de 3,5 à 5 %. Ces nouvelles estimations portent le total des surirradiations à plus de 5 000 dans l'hôpital vosgien.

29 novembre 2007 : La ministre de la Santé Roselyne Bachelot annonce la mise en place d'une « feuille de route » pour la radiothérapie.

[60] Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes,* Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009.

Décembre 2007 : premières indemnisations versées à des victimes de surirradiations des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse.

18 janvier 2008 : plainte contre X formée au nom de quarante-six des 145 victimes des surdoses de radiations par l'avocat M^e^ Christophe Léguevaques et déposée au tribunal de grande instance de Toulouse.

22 avril 2008 : lors d'un déplacement à l'hôpital d'Épinal, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, indique que 5 500 personnes ont été surirradiées à l'hôpital d'Épinal.

Juin 2008 : mise en examen des médecins-radiothérapeutes et du radiophysicien de l'hôpital d'Épinal, de la directrice de l'hôpital d'Épinal et de cet hôpital en tant que personne morale, de la DDASS des Vosges, du directeur de l'ARH de Lorraine.

6 janvier 2012 : renvoi devant le tribunal correctionnel de Paris des sept personnes mises en examen dans l'affaire des surirradiations de l'hôpital d'Épinal, notamment pour homicides et blessures involontaires et non-assistance à personne en danger.

24 septembre 2012 : ouverture du procès en première instance de près de 450 cas de surirradiations de l'hôpital d'Épinal correspondant essentiellement aux cohortes « Épinal 1 » et « Épinal 2 ».

30 janvier 2013 : Les deux radiothérapeutes du service de radiothérapie d'Épinal et le radiophysicien sont condamnés notamment pour « blessures et homicides involontaires » mais font appel. Les autres prévenus sont relaxés.

Octobre 2013 : le juge d'instruction conclut au non-lieu dans l'affaire des surirradiations de Toulouse.

12 novembre 2014 : ouverture du procès en appel des surirradiations de l'hôpital d'Épinal.

2 juillet 2015 : Le radiophysicien et les deux radiothérapeutes du service de radiothérapie sont condamnés à trois ans de prison avec sursis notamment pour homicides et blessures involontaires, et à des interdictions définitives d'exercer.

3.1. Quand la mobilisation des victimes passe par les acteurs politiques et les journalistes

La difficulté pour des individus d'identifier une situation préjudiciable[61], de se reconnaître victimes et d'obtenir finalement le statut correspondant, a été relevée par plusieurs auteurs[62]. Cette « réalisation[63] » de soi en victime n'a rien de spontané et résulte au contraire d'un long processus. Dans le cas des surirradiés, la transformation en victime était d'autant plus difficile que les patients étaient engagés dans une thérapie destinée à les guérir de cancers ou de tumeurs d'une malignité variable. L'activité n'était par conséquent aucunement considérée comme néfaste et risquée *a priori*. C'est même l'inverse : elle était un soin et le corps médical un allié en qui les patients avaient confiance.

La particularité de l'objet de recherche tient ainsi dans cette relation médicale individualisée entre les patients et leurs médecins et dans la difficulté liée de produire de manière immédiate un collectif de mobilisation suite aux accidents. Cette complexité a été redoublée dans le cas des surirradiés hospitaliers par l'existence de défaillances d'ordre institutionnel qui ont longtemps empêché les patients de connaître leur état de santé réel. À Épinal, un rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) sur les premiers cas de surirradiations de patients[64] a notamment insisté sur le fait que les effets de l'accident ont « été constamment minimisés », laissant les malades « livrés à eux-mêmes ». À Toulouse, toujours selon un rapport officiel de l'IGAS réalisé avec l'ASN en 2008[65], « l'information des victimes a été partielle et tardive ». L'indiscernabilité prolongée des surdoses résulte aussi d'un suivi médical défaillant,

[61] Felstiner (W. L.), Abel (R. L.), Sarat (A.), « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, 4 (16), 1991 [1981], p. 41-54.

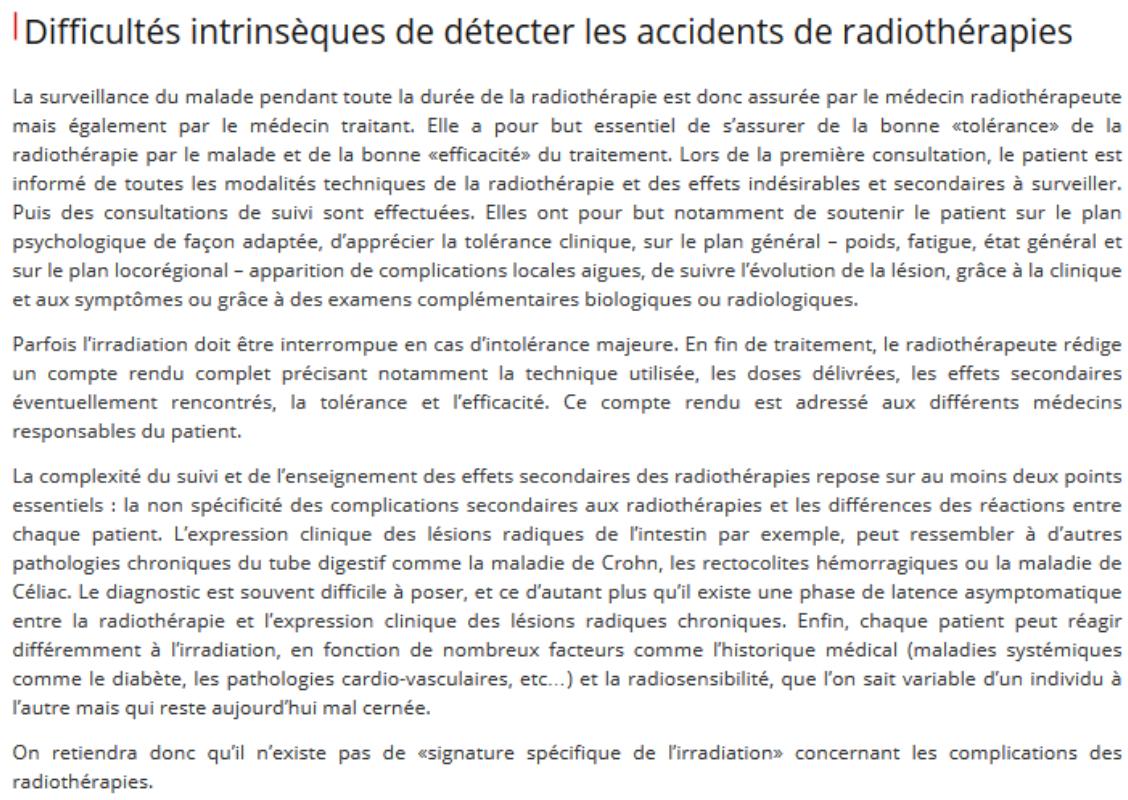
[62] Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.* Également Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », *Politix*, 3 (91), 2010, p. 77-102. Voir aussi Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse pour le doctorat d'études politiques de l'EHESS, Paris, 2008. Ou encore Barbot (J.), Winance (M.), Parizot (I.), « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale », *Sciences sociales et santé*, 33 (2), 2015, p. 77-105. Ou bien Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « De l'intoxication à l'indignation. Le long parcours d'une victime des pesticides », *Terrains & travaux*, 1 (22), 2013, p. 59-76.

[63] Ce terme est emprunté à Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité.

[64] Les références administratives du rapport sont les suivantes : « Rapport ASN n° 2006 ENSTR 019 - IGAS n° RM 2007-015P sur l'accident de radiothérapie d'Épinal, présenté par Guillaume Wack, membre de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), et le docteur Françoise Lalande, membre de l'Inspection générale des affaires sociales, avec le concours de Marc-David Seligman ». Résumé du rapport disponible sur le site de la documentation française. www.ladocumentationfrancaise.fr.

[65] ASN, « Eléments d'analyse et recommandations sur l'accident de radiothérapie survenu au CHU de Toulouse. Février 2008 ». Rapport disponible sur le site Internet de l'Autorité de sûreté nucléaire à l'adresse suivante : www.asn.fr.

notamment à Épinal[66]. Celui-ci a empêché les patients et leurs médecins traitants de faire le lien direct entre une surexposition aux rayons et les symptômes. La radiothérapie est en effet fondée sur une irradiation (volontaire) du corps du patient, dont les effets ne sont pas « spécifiques » et nécessitent par conséquent un suivi médical minutieux. En son absence, des séquelles qui seraient laissées par des surdoses de rayons sur les corps des patients sont en mesure de rester indiscernables aux yeux de non spécialistes, et d'être rattachées à de simples effets secondaires provisoires provoqués par l'exposition aux rayons. Dans de tels cas, il n'y a par conséquent aucune raison, pour les patients, de s'interroger sur les conséquences d'une exposition excessive aux rayonnements.



Difficultés intrinsèques de détecter les accidents de radiothérapies

La surveillance du malade pendant toute la durée de la radiothérapie est donc assurée par le médecin radiothérapeute mais également par le médecin traitant. Elle a pour but essentiel de s'assurer de la bonne «tolérance» de la radiothérapie par le malade et de la bonne «efficacité» du traitement. Lors de la première consultation, le patient est informé de toutes les modalités techniques de la radiothérapie et des effets indésirables et secondaires à surveiller. Puis des consultations de suivi sont effectuées. Elles ont pour but notamment de soutenir le patient sur le plan psychologique de façon adaptée, d'apprécier la tolérance clinique, sur le plan général – poids, fatigue, état général et sur le plan locorégional – apparition de complications locales aigues, de suivre l'évolution de la lésion, grâce à la clinique et aux symptômes ou grâce à des examens complémentaires biologiques ou radiologiques.

Parfois l'irradiation doit être interrompue en cas d'intolérance majeure. En fin de traitement, le radiothérapeute rédige un compte rendu complet précisant notamment la technique utilisée, les doses délivrées, les effets secondaires éventuellement rencontrés, la tolérance et l'efficacité. Ce compte rendu est adressé aux différents médecins responsables du patient.

La complexité du suivi et de l'enseignement des effets secondaires des radiothérapies repose sur au moins deux points essentiels : la non spécificité des complications secondaires aux radiothérapies et les différences des réactions entre chaque patient. L'expression clinique des lésions radiques de l'intestin par exemple, peut ressembler à d'autres pathologies chroniques du tube digestif comme la maladie de Crohn, les rectocolites hémorragiques ou la maladie de Céliac. Le diagnostic est souvent difficile à poser, et ce d'autant plus qu'il existe une phase de latence asymptomatique entre la radiothérapie et l'expression clinique des lésions radiques chroniques. Enfin, chaque patient peut réagir différemment à l'irradiation, en fonction de nombreux facteurs comme l'historique médical (maladies systémiques comme le diabète, les pathologies cardio-vasculaires, etc...) et la radiosensibilité, que l'on sait variable d'un individu à l'autre mais qui reste aujourd'hui mal cernée.

On retiendra donc qu'il n'existe pas de «signature spécifique de l'irradiation» concernant les complications des radiothérapies.

Document de l'IRSN sur les accidents de radiothérapie.

[Source : capture d'écran du site Internet de l'IRSN[67]].

[66] Plus précisément, caractérisé par des « manquements coupables ». C'est de la sorte que la Cour d'appel du Tribunal de Paris a qualifié le comportement des médecins responsables des traitements par radiothérapie, lors du jugement en délibéré du procès des surirradiations d'Épinal. Note d'observation, 2 juillet 2015.

[67] www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/applications-medicales/radiotherapie/radiotherapie-generalites/Pages/5-risques_associes_radiotherapie.aspx?dId=6e1fc731-1657-4d9e-9fc3-a8d32aa39624&dwId=8356b74d-e023-43be-846b-30ddde57ca7e#.V9bH7a183IV.

Il était ainsi impossible pour ces patients surirradiés de se lancer dans une recherche des causes de leur mal, puisque ce dernier était considéré par eux-mêmes et leurs médecins comme momentané et normal, lié aux effets secondaires d'un traitement. Par rapport aux travaux menés sur les mobilisations de victimes en santé environnementale, le cas des surirradiés nécessite un décentrement provisoire de la focale de l'analyse, de la restitution de l'établissement des causes des symptômes par les malades eux-mêmes[68], aux mobilisations externes aux accidentés. Celles-ci sont initiées par des acteurs administratifs et politiques ainsi que, dans le cas toulousain, par des journalistes. De manière paradoxale et inédite, c'est l'action des acteurs politiques visant à contenir le problème et à le circonvenir, de même que l'alignement des journalistes sur ces acteurs, qui semblent ici faire réaliser un état d'accidenté parmi les patients des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse.

La révélation de l'étiologie accidentelle de leurs symptômes et de leurs souffrances paraît ensuite, ici comme dans les cas étudiés par la sociologie des problèmes de santé publique ou environnementale, être porteuse d'un sentiment d'injustice propice à une mise en mouvement des surirradiés pour faire reconnaître leur préjudice. Ce cas donne finalement à voir une situation singulière de mobilisation de victimes dans laquelle des accidentés s'efforcent, avec retard par rapport à la publicisation de l'accident, d'établir les causes de leur état de santé dégradé.

3.2. Les avocats initiateurs des associations de victimes

L'histoire des surirradiés offre l'occasion d'examiner comment des individus deviennent des victimes de drames de santé publique et se mobilisent collectivement pour le faire reconnaître. Ce n'est pas l'accident médical en tant que tel qui favorise une reconnaissance d'un état de victime propice à la mise en mouvement. L'hypothèse peut paraître à bien des égards contre-intuitive compte-tenu de certaines problématiques débattues dans le champ des études sur les mobilisations collectives de victimes. En effet, Stéphane Latté a mis en évidence combien les enquêtes en ce domaine sont souvent marquées par le tropisme de « l'événement ». Rassemblées par l'auteur sous l'appellation de « théories événementielles de l'action

[68] Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité.

collective[69] », plusieurs études mettent en avant la faculté de l'événement (ce serait ici l'accident de surirradiation) à générer des émotions et un mécontentement propices au ralliement d'individus à l'action.

Or, dans le cas des surdoses, l'événement accidentel est resté longtemps indiscernable et, lorsque les surirradiations ont été révélées publiquement, seuls certains accidentés cherchent autrement que par la procédure à l'amiable proposée par les hôpitaux à faire reconnaître un statut de victime. Il est vrai que cette protestation signifiait nécessairement pour ces surirradiés de se confronter à un tiers, et non des moins prestigieux : des autorités hospitalières, sanitaires, ou des médecins. Ces mobilisations sont en définitive éparses, non coordonnées et minoritaires. La révélation d'un état d'accidenté n'incline pas automatiquement à l'action et à un désir d'établir les causes de son état au sein d'une cause politique. Ce sont par conséquent bel et bien des mobilisations extérieures qui rapprochent les patients surirradiés des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse d'une cause à défendre : celle de victimes. Cela ne signifie pas que l'événement accidentel ne joue aucun rôle dans le cas étudié. Seulement, il n'est pas un « élément ''révélateur'' de tendances lourdes [qu'il contribuerait] à précipiter[70] ». L'événement constitue plutôt une séquence, dans laquelle des acteurs (ici les avocats) interviennent et, par leur activité, transforment peu à peu l'identité des accidentés en victimes. Plusieurs auteurs l'ont montré, le caractère collectif d'une mobilisation n'est effectivement pas donné mais construit[71]. Le statut de victime lui-même repose sur un « processus de *production statutaire*[72] ». Nul ne peut se produire victime sur la seule foi d'une prétention au statut. Par conséquent, les mobilisations de victimes se basent souvent sur le concours de personnalités « au-dessus de tout soupçon » d'accaparement de ce statut[73].

Dans l'affaire des surirradiations, sans l'intervention d'avocats, la mobilisation collective des surirradiés en victimes serait restée à l'état de possible non-advenu. Nous montrerons que cette intervention des professionnels du droit est indissociable d'un fort

[69] Voir Latté (S.), « ''La ''force de l'événement'' est-elle un artefact'' ? Les mobilisations de victimes au prisme des théories événementielles de l'action collective », *Revue française de science politique*, 62 (3), 2012, p. 409-432.
[70] Gaïti (B.), « Les temporalités renversantes de la sociologie des crises politiques », *in* Aït-Aoudia (M.), Roger (A.), dir., *La logique du désordre*, *op. cit.*
[71] Sur la construction des causes, voir Collovald (A.), Gaïti (B.), « Des causes qui ''parlent''… », *Politix*, 4 (16), 1991, p. 7-22. Également Boltanski (L.), *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minuit, 1982.
[72] Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op cit*, p. 14. Surligné par les auteurs. Voir aussi Fassin (D.), Rechtman (R.), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.
[73] Boltanski (L.), *L'Amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Gallimard, 2011 [1990], p. 297 et suivantes.

engagement aux côtés des groupes mobilisés, au point d'endosser le rôle de *cause lawyer*[74] des accidentés. Des travaux ont montré que le droit participe à la construction de causes multiples[75]. D'autres auteurs ont souligné la faculté des collectifs mobilisés à s'emparer du droit comme répertoire d'action[76]. Le cas des surirradiés donne l'occasion d'insister sur le fait que le droit est manié par des avocats dont l'activité d'anticipation, fondée sur les précédentes affaires sanitaires, est directement à l'origine du travail de regroupement des personnes affectées en associations. En favorisant parmi les surirradiés la distinction de ce qui, dans la situation, constitue un préjudice, ils sont à l'origine des mobilisations de victimes de surdoses et de l'activité de mise en valeur des causes de leur état. Mais les avocats, dans le cas des surirradiés, remplissent un rôle bien plus important encore : celui d'encadrement de leurs griefs.

3.3. Le droit canalisateur des griefs des adhérents des associations de victimes

Le recours au droit par l'intermédiaire d'avocats a rendu possible la mobilisation des patients surirradiés des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse. La thèse montrera néanmoins que cet usage du droit exerce en retour des effets sur les mobilisations de victimes. Des travaux ont, certes, déjà souligné que les mobilisations de victimes se caractérisent par un recours au droit pour parvenir à la réparation des préjudices subis et que celui-ci pèse sur elles, notamment en termes de sélection des porte-parole habilités à parler[77], ou de voies empruntées et privilégiées pour la réparation[78]. En plus d'illustrer ce dernier aspect en particulier et la réduction de la cause à laquelle l'emprunt de telle ou telle voie donne lieu, le prolongement judiciaire de l'affaire des

[74] Voir notamment Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », *Politix*, 16 (62), 2003, p. 17-30.
[75] Sur cet aspect, se référer une nouvelle fois à Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », art. cité. S'agissant des mobilisations spécifiques de victimes, voir Roussel (V.), « Les ''victimes'' : label ou groupe mobilisé ? Éléments de discussion des effets sociaux de la catégorisation », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit.*, p. 101-112. Enfin, Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », *Sociologie du Travail*, 4 (56), 2014, p. 435-453.
[76] Sur le répertoire d'action juridique, voir Agrikoliansky (É.), « Les usages protestataires du droit », *in* Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, 2010, p. 225-243. Voir également Michel (H.), « Pour une sociologie des pratiques de défense : le recours au droit par les groupes d'intérêt », *Sociétés contemporaines*, 4 (52), p. 5-16. Et plus généralement l'ensemble du dossier. Sur la genèse du concept de répertoire d'action, voir Tilly (C.), *La France conteste de 1600 à nos jours*, Paris, Fayard, 1986.
[77] Voir Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 563.
[78] Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », art. cité.

surirradiés d'Épinal montre que le droit exerce des contraintes fortes sur les victimes engagées sur le terrain des tribunaux.

Ces contraintes s'exercent par l'intermédiaire de l'avocat. Une part essentielle du travail de ce professionnel du droit vis-à-vis de l'association de victimes consiste en effet à canaliser les griefs des surirradiés engagés dans la procédure judiciaire. Cette activité de canalisation est étroitement liée à des anticipations de l'avocat sur le devenir de cette affaire de surdoses, établies à partir des suites pénales auxquelles les précédentes affaires de santé publique ont donné lieu. Les condamnations dans ces cas sont rares[79] et elles ont donné lieu à des polémiques sur l'opportunité de pénaliser des drames de santé publique. Ces discussions s'insèrent elles-mêmes dans des débats relatifs à l'espace de plus en plus important qu'occuperaient les victimes dans la procédure pénale. Cette place serait à l'origine d'un risque de dévoiement du système judiciaire, censé dire le droit et non réparer les victimes[80].

Ces difficultés rencontrées par les victimes de drames sanitaires sur la scène judiciaire fournissent, pour un avocat engagé auprès d'une association de victimes, des enseignements sur la manière d'investir cette procédure, de préparer le procès. Dans le dossier d'Épinal, l'avocat a assisté les surirradiés dans des dépôts de plainte au pénal. Il est par conséquent lui-même contraint de mener une socialisation juridique des adhérents, au risque sinon d'entraver la bonne marche judiciaire de l'affaire et la tenue d'un éventuel procès. Nous montrerons en particulier qu'à l'approche des audiences et lors de leur déroulement, les manières d'être et de faire des surirradiés sont étroitement canalisées, l'identité de victimes étant le support d'investissements stratégiques[81]. En cela, notre thèse s'inscrit dans la suite des travaux sur les émotions victimaires, attentifs à mettre en évidence ce qui les rend légitimes ou non dans le cours de l'action collective, ce qui les entrave ou les autorise[82].

[79] Par exemple, dans l'affaire du sang contaminé, un ex-secrétaire d'État à la Santé a bien été condamné par la Cour de Justice de la République (Edmond Hervé) mais il fut dispensé de peine. De même, en 2003, la Cour de cassation relaxe l'ensemble des médecins et conseillers ministériels encore poursuivis au pénal dans cette affaire.
[80] Pour un aperçu des débats autour de la place de la victime dans les procès, voir Barbot (J.), Dodier (N.), « Repenser la place des victimes au procès pénal. Le répertoire normatif des juristes en France et aux États-Unis », *Revue française de science politique*, 64 (3), 2014, p. 407-433.
[81] Collovald (A.), « Identité(s) stratégique(s) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 73 (1), 1988, p. 29-40.
[82] Voir Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée. Voir également Sommier (I.), « Les états affectifs ou la dimension affectuelle des mouvements sociaux », *in* Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), *Penser les mouvements sociaux, op. cit.*, p. 185-202. Enfin, Traïni (C.), dir., *Émotions... Mobilisation !*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009.

4. Matériaux empiriques

L'action publique relative aux surdoses de rayons, tout comme la mobilisation en victimes de patients traités par radiothérapie, sont étudiées dans une perspective dynamique, sous l'angle des activités qui les façonnent. En croisant ainsi sociologie des problèmes publics et de l'action publique, sociologie des mobilisations et du droit, la thèse prend pour objet les anticipations auxquelles des accidents médicaux sériels donnent lieu et le rôle (autant que les effets) du droit dans le cheminement d'individus accidentés vers leur reconnaissance en victimes.

L'approche contextualisée du cas des surirradiations hospitalières repose sur la collecte de cinq types de matériaux, qu'il s'est agi de croiser. D'abord, des archives de presse quotidienne nationale et régionale (490 au total), et des archives audiovisuelles (50 reportages de journaux télévisés et 9 émissions généralistes) portant sur les accidents de surdoses de rayons des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse. Ensuite, des archives administratives (cabinet ministériel), associatives (comptes rendus d'assemblées générales, ouvrages-témoignages d'un surirradié, blog d'associations de victimes). L'enquête s'appuie également sur 24 entretiens semi-directifs d'adhérents des associations de surirradiés, d'avocats, d'acteurs politiques, administratifs, médicaux et journalistiques. Elle se nourrit en outre de l'analyse des réponses à un questionnaire (N=118) adressé à l'association de victimes des surirradiations de l'hôpital d'Épinal. Enfin, elle utilise des notes d'observation effectuées lors des séances en première instance et en appel du procès des surirradiés d'Épinal, ainsi que lors d'une assemblée générale de l'association partie civile au procès.

4.1. Une définition politique du problème des surdoses : la vérification par les reportages médiatiques

Le recueil de coupures de la presse écrite nationale et régionale ainsi que la collecte de reportages audiovisuels sur ces événements répondaient à deux objectifs. Il s'agissait avant tout, par cette étude de la médiatisation des surirradiations d'Épinal et de Toulouse, d'appréhender une activité de définition des événements par le personnel politique et administratif et de mesurer la participation des journalistes à cette définition (ou au contraire la mise en avant d'une définition concurrente). Il s'agissait aussi de reconstituer la chronologie des événements

spinaliens et toulousains, tels que les médias les avaient rapportés, de la découverte médicale des surdoses à la mobilisation des autorités et des victimes.

Un recensement des articles de presse sur les surirradiations a été effectué après le jugement définitif du procès en appel des surirradiés d'Épinal en juillet 2015, au moyen de la base de données *factiva*[83]. Ce recensement s'étend ainsi du 12 octobre 2006 (date de la révélation des premiers cas de surirradiations à Épinal) au 3 juillet 2015, lendemain du délibéré. Il inclut par conséquent les événements relatifs aux deux cas de surdoses spinaliens et toulousains. Le mot-clé utilisé pour la recherche était « surirradiés ». C'est de la sorte qu'ont immédiatement été désignés les premiers patients accidentés à l'hôpital d'Épinal puis ceux de Toulouse[84]. En outre, ce mot-clé permettait d'écarter du recensement, non seulement les articles relatifs à la technique proprement thérapeutique de « l'irradiation » volontaire de cellules cancéreuses employée pour soigner de multiples formes de cancers, mais également les articles se rapportant aux « irradiés » militaires français dont le cas a été étudié par Yannick Barthe[85].

Ce recensement met en exergue la parution de 747 articles sur les surirradiations hospitalières recensés par *factiva*, toutes sources en langue française confondues[86]. Pour prétendre à une analyse complète de ces sources, une sélection a été effectuée, ceci selon trois critères : le nombre d'articles consacrés au sujet des surirradiations dans les titres de presse en question, le tirage journalier de ces titres, en s'appuyant sur les chiffres de l'Office de

[83] Site Internet *global.factiva.com*. Ce site, accessible par abonnement de l'Université de Nantes, recense des sources françaises et internationales d'actualités, dont nombre de titres de presse quotidienne nationale et régionale. Pour le détail des sources de presse écrite disponibles sur *factiva*, voir annexe.

[84] Cette dépêche de l'Agence France Presse d'octobre 2006 l'atteste : « Vingt-trois patients parmi les 103 personnes traitées pour des cancers de la prostate entre mai 2004 et août 2005 à l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal, ont été surirradiés, victimes d''‘erreurs humaines'', selon l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Lorraine ». AFP, « Accidents de radiothérapie : plaintes déposées par deux victimes (avocat) », 16 octobre 2006.

[85] Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité.

[86] Par ordre décroissant : 214 articles rédigés par *l'Agence France Presse* (*AFP*), 152 articles présents au sein de *l'Est Républicain*, 40 dans *Le Parisien-Aujourd'hui en France ;* 35 dans *L'indépendant* ; 32 pour l'agence *Associated Press* ; 25 pour *Ouest-France ;* 21 pour *L'Humanité ;* 20 chacun dans *Le Point.fr* et *Le Progrès ;* 19 dans *La Croix ;* 15 dans le *Midi Libre ;* 14 pour *La Charente Libre* et *Le Figaro ;* 12 pour *la Dépêche du midi* et *Sud-Ouest ;* 11 pour le quotidien *Centre Presse ;* 6 chacun pour *La Nouvelle République* et *Les Echos ;* 5 chacun pour *L'Express, La Montagne, La Provence, Le Point, Le Populaire du Centre et l'Agence Reuters.* 4 articles sont aussi parus sur la période recensée dans *Presse-Océan ;* 3 chacun dans *Le Courrier de l'Ouest, L'Humanité dimanche, La Tribune de l'Assurance ;* 2 chacun pour l'agence *Belga, Europe 1.fr, Le Quotidien, The Canadian Press, La Voix du nord, RMC Info ;* enfin, 1 chacun pour *Atlantico, Agence Télégraphique Suisse, Bakchich, Courrier Picard, Droit de l'environnement, Le Journal du Centre, Journal de l'environnement, Le JDD.fr, Le Matin, Nord Littoral, La Nouvelle République des Pyrénées, Le nouvel économiste, Dimanche Ouest-France, Paris-Normandie, Le Parisien.fr, Le Petit Bleu de Lot-et-Garonne, La République du Centre, Dow Jones Newwires, La Tribune.fr, 24 Heures, La Tribune, La Tribune de Genève.*

justification des diffusions (OJD[87]), et enfin l'aire de diffusion de ces titres (presse quotidienne nationale – PQN – ou régionale – PQR).

La prise en compte du premier et du dernier critère a conduit à réévaluer l'estimation de la couverture des événements de surirradiations prêtée par *factiva* à trois quotidiens régionaux *La Dépêche du Midi*[88], *L'Est Républicain*[89] et *Le Populaire du centre*[90], ainsi qu'à trois quotidiens nationaux, *Le Monde, Libération* et l'édition nationale du *Parisien (Aujourd'hui en France).* Nous avons en effet pris acte du caractère largement partiel du contenu mis en exergue par la base de données *factiva* à propos de la couverture des événements de surirradiations dans ces six quotidiens en particulier. Compte tenu des articles récoltés en entretien, nous savions par exemple que *La Dépêche du Midi* avait consacré bien plus de douze articles aux événements de surirradiations toulousains (et spinaliens). De même que nous avions connaissance, grâce aux entretiens, de davantage de cinq articles consacrés aux surirradiations dans *Le Populaire du Centre*. S'agissant de *L'Est Républicain*, la problématique était différente : les articles antérieurs à 2008 n'étaient pas numérisés et par conséquent absents de la base de données. Quant aux quotidiens de presse nationale, si *Le Monde*, *Libération et Le Parisien* sont inscrits dans la base de données *factiva*, les recherches effectuées avec le mot-clé « surirradiés » (ou tout autre terme) ne faisaient apparaître aucune publication pour les deux premiers quotidiens et un nombre relativement faible d'articles pour *Le Parisien*.

Aussi, afin de combler cet ensemble de lacunes, il a été décidé de compléter les données de *factiva* par un recueil des articles relatifs aux cas de surdoses disponibles via les sites Internet respectifs des six quotidiens ciblés[91], mais également par la réutilisation d'articles collectés en début d'enquête en 2012 grâce à la base de données *europresse.com*[92], voire, pour *L'Est Républicain,* via la consultation des archives de l'année 2006-2007 déposées à la Bibliothèque

[87] Nous avons pris comme base les chiffres de la dernière année de référence disponible au moment du recensement, à savoir ceux de 2014. Voir le site Internet de l'OJD, www.ojd.com. Voir ci-après pour les chiffres de parution.

[88] Principal quotidien régional de Midi-Pyrénées dont Toulouse est la préfecture.

[89] Quotidien de la région Lorraine, présent à Épinal.

[90] Quotidien diffusé notamment à Limoges (où des surirradiés de l'hôpital toulousain étaient installés).

[91] Sites Internet *ladepeche.fr, lepopulaire.fr* pour les quotidiens de presse régionale ciblés, *lemonde.fr, libération.fr, leparisien.fr* pour les quotidiens de presse nationale ciblés. Le recensement a été effectué sur le premier site avec deux mots clés (« surirradiés » d'abord puis, « radiochirurgie ») parce que nous nous sommes aperçus que, si nous ne faisions le recensement avec le seul mot clé « surirradiés », certains articles dont nous avions connaissance par l'intermédiaire de surirradiés toulousains rencontrés en entretien n'étaient pas pris en compte. Le terme « radiochirurgie » permettait de détecter les articles consacrés spécifiquement aux surirradiés de Toulouse. Les recensements effectués sur tous les autres sites Internet ont été établis avec le mot « surirradiés » en priorité et « irradiés » en second lieu, afin de détecter d'éventuels oublis.

[92] Le site Internet *euopresse.com*, comme *factiva*, recense des sources de presses nationales et internationales. Il est accessible par abonnement. La recherche sur ce site a été effectuée en premier lieu avec le mot-clé « surirradiés ». Mais nous avons été contraints de faire une seconde recherche avec le mot « irradiés », le premier terme paraissant induire sur ce site, une sous-estimation du nombre d'articles parus.

nationale de France (BNF). Au terme de ces différents recensements et en croisant toutes les sources, l'analyse comporte 187 articles de PQN[93] d'octobre 2006 à juillet 2015 (répartis dans *Le Monde*[94], *Le Parisien-Aujourd'hui en France*[95], *Libération*[96]). Et 303 articles de PQR[97] (répartis dans *L'Est Républicain*[98], *La Dépêche du Midi*[99] et *Le Populaire du Centre*[100]).

Ces coupures et reportages ont fait l'objet d'un relevé systématique des faits rapportés, classés en trois grandes catégories et indexés à leurs dates de parution. La première catégorie se rapporte à l'activité du personnel politique et administratif. La deuxième à celle d'organismes spécialisés dans le domaine des rayons (institutions de contrôle, d'information, sociétés savantes). Et la troisième à l'activité individuelle ou collective des surirradiés, ses caractéristiques (témoignages, rassemblement au sein d'associations, activité de protestation et recours au droit par exemple). En complément, une attention a été portée à la qualification des surirradiations, aussi bien par les acteurs politiques que par les journalistes et les victimes. S'agit-il pour le personnel politique ou les professionnels de l'information « d'accidents », de « crise », d'une « affaire » ? Ce croisement d'informations permet la reconstitution du traitement proposé par la presse écrite à propos de ces événements et des modalités par lesquelles les acteurs politiques (et les journalistes) les appréhendent, tentent de les définir et agissent en conséquence.

S'agissant des reportages audiovisuels, les investigations se sont concentrées sur deux types d'archives. D'une part, au moyen de la consultation des bases de données de l'Institut national de l'audiovisuel (INA[101]), a été effectué un collectage de l'ensemble des émissions télévisées généralistes et de santé ayant pour angle principal les accidents de surirradiations et/ou les risques associés à la radiothérapie, diffusées nationalement (9 au total[102]). D'autre part, un recensement des reportages sur les accidents diffusés dans les journaux télévisés (JT)

[93] Se reporter aux annexes pour le détail des articles (titres, jour de parution, auteurs).
[94] 53 articles consacrés aux surirradiations d'Épinal et de Toulouse recensés (*Le Monde.fr* et *Le Monde*) pour une diffusion moyenne de 273 111 quotidiens en 2014.
[95] 93 articles recensés (après avoir enlevé les doublons) pour une diffusion moyenne de 148 220 quotidiens en 2014.
[96] 41 articles recensés (*Libération.fr* et *Libération*) pour une diffusion moyenne de 93 781 quotidiens en 2014.
[97] Se reporter aux annexes pour le détail des articles (titres, jour de parution, auteurs).
[98] 155 articles recensés (après avoir enlevé un doublon) pour une diffusion moyenne de 129 373 quotidiens en 2014.
[99] 107 articles recensés pour une diffusion moyenne de 155 219 quotidiens en 2014.
[100] 41 articles recensés pour une diffusion moyenne de 37 977 quotidiens en 2014.
[101] Site de consultation de Rennes.
[102] Il s'agit *d'émissions entières*, et non de simples reportages de journaux télévisés, ni de reportages de quelques minutes au sein d'un magazine de santé par exemple. La période de recensement est la même que celle des archives de presse. Voir annexe pour les références de ces émissions.

nationaux de *TF1* et *France 2* (« 13 heures » et « 20 heures[103] »), a été réalisé[104]. Au total, 50 reportages de JT ont été incorporés à l'analyse : 25 pour *TF1* (7 au « 13 heures », le reste au « 20 heures »), 25 pour *France 2* (12 au « 13 heures », le reste au « 20 heures »). L'immense majorité concerne les accidents d'Épinal : seulement 6 reportages sont spécifiquement consacrés aux surirradiations de Toulouse.

L'objectif assigné à ce recueil d'émissions généralistes et de reportages de JT s'inscrivait dans le prolongement du premier travail effectué sur les archives de presse écrite, à savoir déceler une activité de définition du problème des surirradiations par le personnel politique et examiner celle des journalistes.

[103] L'audience réalisée par ces JT, élevée, et la possibilité de mener une analyse rapide mais exhaustive du traitement des surirradiations dans les journaux télé, explique la délimitation de la sélection.
S'agissant du « 20 heures », un article du *Monde* en date de 2014, évalue l'audience des JT des deux premières chaînes à plus de 10 millions de téléspectateurs en moyenne chaque soir (sur la période de février à avril 2014 : 6,5 millions de téléspectateurs pour *TF1* et 4,28 millions pour *France 2*). Voir Constant (A.), « Le ''20 heures'', une passion française », *Le Monde*, 17 octobre 2014.
Le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) propose par ailleurs une analyse détaillée des parts d'audience (en pourcentages) des journaux télévisés de « 13 heures » et « 20 heures » des trois premières chaînes françaises. Pour reprendre l'exemple des mois de février à avril 2014, mais s'agissant cette fois du « 13 heures », la part d'audience des JT de *TF1* et *France 2* en semaine (lundi au vendredi), s'établit respectivement aux alentours de 44 % et de 18 %. Pour indication, s'agissant du « 19/20 » national de *France 3*, elle ne s'établit qu'aux alentours de 13 %. Voir, CSA, « Bilan quadriennal des résultats de la société France Télévisions », décembre 2014. Document disponible sur le site Internet suivant : www.csa.fr.

[104] Les modalités du recensement excluent de fait, et à titre d'exemples, les JT des chaines d'informations en continu. Mais également le « 12/13 », le « 19/20 » de *France 3*, ou encore le « Soir 3 », présents dans la base de données INA. De même que ces modalités excluent le « 19.45 » de *M6*, le « JT de *Canal +* », les journaux de « Télématin » de *France 2* et le « JT de nuit ». Les entretiens réalisés avec les surirradiés ont néanmoins donné accès à certains reportages de ces chaînes. Nous les utiliserons par conséquent uniquement comme illustrations.



Entrée du service de radiochirurgie de Rangueil. Reportage à l'occasion de la publication d'un rapport d'enquête sur les surirradiations de Toulouse.

[Source : capture d'écran du JT du 26 février 2008, « 20 heures », TF1*]*.

4.2. Des précédents qui mobilisent les politiques, des victimes mobilisées par les avocats ? L'évaluation par les entretiens semi-directifs

Si l'activité de définition du problème des surdoses par les acteurs politiques, administratifs et journalistiques peut être évaluée au moyen des archives, en revanche, la détermination de cette activité par la logique du précédent (c'est-à-dire par les précédentes crises sanitaires), ne saurait être saisie par ces archives. Pour l'examiner, des entretiens semi-directifs avec ces protagonistes étaient nécessaires. Trois entretiens avec des personnels politiques et administratifs ont été menés, un avec un journaliste. Les informations fournies ont été recoupées par celles provenant d'entretiens réalisés avec deux médecins ayant été en contact avec les acteurs politiques et administratifs dans le cadre de ce dossier.

Les sollicitations spécifiaient une mise en valeur de leur action dans les archives de presse et, par conséquent, de leur rôle important joué dans le dossier[105]. Dans le cours de l'entretien toutefois, loin de chercher à autonomiser leurs actions, le questionnement visait au contraire à reconstituer le contexte de leur déploiement, c'est-à-dire leur inscription dans des ensembles de contraintes et d'opportunités dépendantes de l'insertion des acteurs au sein d'institutions (structures hospitalières, cabinet ministériel, agence hospitalière, rédaction d'un journal).

Les sollicitations d'entretiens adressées à deux des trois ministres de la Santé acteurs dans ces dossiers de surirradiations, Xavier Bertrand et Roselyne Bachelot, ont été infructueuses[106]. Cependant, deux ex-membres du cabinet de Xavier Bertrand (dont l'un a exercé dans celui de Philippe Bas et de Roselyne Bachelot, couvrant ainsi l'intégralité de l'action publique post-surdoses) ont accepté l'entretien, précisant chacun combien ce dossier avait compté à un moment de leur parcours professionnel. Il s'agit d'abord du conseiller technique « pôle Santé publique et crise sanitaire », qui à ce titre est impliqué dans les prémices de la gestion de la crise de la radiothérapie. Et ensuite du conseiller technique pour « le Plan Cancer », radiothérapeute de surcroît, qui a participé à la conception et la mise en œuvre d'un plan de mesures pour la radiothérapie. L'ex-directeur de l'ARH de Lorraine de 2006 à 2008, auteur de la communication publique révélant les premiers accidents de surdoses à l'hôpital d'Épinal, a également été interviewé. Il s'agissait d'avoir accès aux conditions de possibilité d'une telle communication, et aux relations éventuelles de ce directeur d'agence avec le ministère de la Santé.

Un entretien a aussi été effectué avec le gastro-entérologue de l'hôpital de Nancy à l'origine de la découverte des premiers cas de patients surdosés à Épinal. Nous voulions comprendre comment celui-ci avait détecté ces cas et éliminé l'hypothèse d'effets secondaires affectant ces patients, mais également d'avoir son sentiment sur le confinement des accidents au sein de l'hôpital et leur révélation par les autorités. Mieux appréhender les déterminants des accidents de radiothérapie d'Épinal et leurs conséquences sur les patients était un des objectifs fixés lorsqu'il s'est agi de contacter le radiothérapeute exerçant à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière

[105] Ces formes de demandes étaient orientées par diverses mises en garde relatives aux contraintes inhérentes aux demandes d'entretiens avec les « imposants ». Voir les deux articles suivants : Chamboredon (H.), Pavis (F.), Surdez (M.), Willemez (L.), « S'imposer aux imposants : à propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 16 (1), 1994, p. 114-132. Et Laurens (S.), « ''Pourquoi'' et ''comment'' poser les questions qui fâchent ? Réflexions sur les dilemmes récurrents que posent les entretiens avec les imposants », *Genèses*, 4 (69), 2007, p. 112-117.

[106] En conséquence, Philippe Bas, qui a fait un court intérim au ministère de la Santé avant l'élection présidentielle de 2007, n'a pas été sollicité.

(Paris), nommé provisoirement praticien du service de radiothérapie spinalien en 2007. Sur mission confiée par le ministère de la Santé à la Société Française de Radiothérapie (SFRO), il a contribué à assurer la continuité des traitements et le suivi des patients après la suspension des radiothérapeutes titulaires. À ce titre, il détenait une vision d'ensemble de l'état de santé des victimes, des erreurs commises au sein du service et de l'action publique menée à la suite de ces surdoses (notamment s'agissant du plan national de mesures pour la radiothérapie). Sa sollicitation s'avérait ainsi indispensable.

Enfin, un entretien a été réalisé avec le journaliste du *Parisien* auteur du *scoop* relatif aux surdoses à Toulouse, autant pour connaître les circonstances de son écriture que pour recueillir son appréhension du dossier et de l'activité du personnel politique. Ce journaliste est en effet l'auteur de plusieurs articles sur les événements de Toulouse et d'Épinal et avait eu à ce titre l'occasion d'interviewer les ministres de la Santé Xavier Bertrand et Roselyne Bachelot sur cette affaire.

Afin d'examiner comment, d'une activité de publicisation et de prise en charge des accidents par le personnel politique, on est passé dans ce dossier à une protestation organisée de victimes de surdoses, quatorze entretiens ont été menés avec ces dernières, quatre avec leurs avocats ou les responsables d'associations nationales d'accidentés. Cette démarche a eu pour conséquence d'orienter définitivement l'enquête sur l'influence du droit dans la construction de causes des victimes de surirradiations à Épinal et Toulouse. Les premiers entretiens avec les présidents ou responsables des trois principales associations regroupant des surirradiés (l'AVSHE, SOS Irradiés 31, la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés, accidentés de la vie – FNATH[107]), ont effectivement mis en évidence le lien étroit existant entre la cause et l'activité d'avocats. Cela a constitué une surprise de ces premiers échanges, longs de deux à quatre heures. La grille d'entretien construite initialement comportait en effet des questions très concrètes[108] sur la découverte de leur cancer, les circonstances de leur traitement, de la connaissance de leur surirradiation, leur ralliement à l'association également, leur familiarité ou non avec le militantisme, le déroulement des expertises médicales et ce qu'ils en

[107] D'autres associations nationales de victimes que la FNATH ont accueilli des surirradiés, notamment à Épinal : il s'agit de l'AAVAC (Association d'aide aux victimes d'accidents corporels) et de la FENVAC (Fédération nationale des victimes d'attentats et d'accidents collectifs). Mais la présence de ces accidentés dans ces structures est, en comparaison des trois associations citées ci-dessus, très marginale. D'autre part, les sources de presses et reportages ne mentionnent que très exceptionnellement l'activité de ces associations dans le dossier des surdoses hospitalières (une occurrence de la FENVAC dans les sources de presse écrite par exemple). Ces organisations n'ont en conséquence pas fait l'objet d'investigations.

[108] Voir annexes pour un exemple de grille.

avaient pensé, l'activité de l'association, les problèmes de santé quotidiens. Ces entretiens avaient ainsi indéniablement une dimension biographique même s'ils ne s'apparentaient pas à une entreprise de recueil de récits de vie[109]. Il s'agissait davantage d'appréhender le point de vue des surirradiés sur leur maladie, leur parcours de soins et leur engagement au sein d'un collectif de victimes. Les grilles d'entretiens ultérieures, réalisées dans l'optique de la rencontre avec les adhérents des associations, comportaient plus de questions sur la relation des accidentés avec le droit (rapport avec l'avocat, dépôt d'une plainte etc.). Les contacts des adhérents ont été obtenus grâce aux échanges initiaux avec les présidents d'associations. Ces entretiens ont tous eu lieu au domicile des surirradiés, excepté un – celui réalisé avec la présidente de l'association SOS Irradiés 31 – qui, pour des raisons de commodité, a pris place dans une brasserie.

Il était difficile de prospecter d'autres personnes que les seuls membres des associations de victimes puisque, par définition, les non-adhérents sont isolés et peu visibles. Cette propriété a des conséquences pratiques pour l'enquêteur en ce qu'elle influe sur la structure de la population interrogée par entretiens. Prendre acte du fait qu'il existe des personnes surirradiées qui n'ont jamais adhéré à une association de victimes incite à donner des précisions sur le nombre maximal d'adhérents que les collectifs de victimes ont atteint. Sur près de 5 500 patients concernés par des surdoses de rayons à Épinal, l'AVSHE n'a regroupé, au maximum, « que » 353 victimes et leurs proches (au cours de l'année 2008). S'agissant de Toulouse, les adhésions de surirradiés à SOS Irradiés 31 se montent à près de 89 et celles relatives à la FNATH, à 30[110]. Soit un total de 119 patients membres d'associations de victimes, sur 145 surirradiés.

À ce biais de construction de l'échantillon d'entretien s'ajoute celui créé par les circonstances de l'enquête. Lors de la conduite de cette dernière, les adhérents de SOS Irradiés 31 et ceux de la FNATH, contrairement aux membres de l'AVSHE, connaissaient une dynamique associative moins forte. Les entretiens réalisés à la fin de l'année 2011 et au début de l'année 2012 avec des membres de SOS Irradiés 31 révèlent en effet que, à l'époque, les contacts entre les membres s'établissaient surtout par téléphone, au contraire de ce qui avait cours dans les premières années d'existence de l'association. Il est vrai que, à l'inverse des surirradiés vosgiens (qui avaient pour perspective la tenue d'un procès à l'automne 2012), les surirradiés de SOS Irradiés 31 attendaient toujours un hypothétique renvoi des responsables des faits devant un tribunal, le dossier étant toujours à l'instruction. Leurs plaintes font d'ailleurs l'objet d'une notification de non-lieu en octobre 2013. Faut-il voir dans cette asymétrie l'origine

[109] Sur cet entretien spécifique, Bertaux (D.), *Les récits de vie. Perspective ethnosociologique*, Paris, Nathan, 1997.
[110] Ces chiffres résultent non de l'examen de documents officiels des deux associations mobilisées sur les faits de surirradiations de Toulouse, mais des propos (concordants) des surirradiés interviewés sur le sujet.

des difficultés à obtenir des entretiens avec des surirradiés toulousains ? Il demeure que, si le nombre d'entretiens réalisés avec des membres de l'association des surirradiés vosgiens s'élève à dix, celui des entretiens menés avec des adhérents des deux associations mobilisées sur les surirradiations de l'hôpital de Toulouse est de cinq : trois entretiens avec des surirradiés membres ou ex-membres de SOS Irradiés 31 et deux entretiens avec des adhérents surirradiés de la FNATH[111].

La conduite des entretiens a été relativement aisée. Pourtant, à l'entame de la thèse, la crainte que cette méthode ne soit pas opportune était présente, en particulier en raison du caractère sensible des sujets à aborder. Comment ne pas voir qu'une question de recherche initiale construite autour de la réalisation de soi en victimes amenait inévitablement à solliciter ces accidentés sur des questions relevant de l'intime, de la souffrance ? Était-ce bien approprié d'évoquer ces questions dans la mesure où les personnes interviewées avaient été pour la plupart reconnues victimes et cherchaient probablement à ne plus relater ces moments douloureux ? Quand bien-même certains accidentés accepteraient l'entretien, n'allait-on pas se heurter à un nombre important de refus, qui poserait la question de la fiabilité des données recueillies ? Force est de constater que de telles craintes n'étaient pas fondées. Aucun refus d'entretien en trois ans (sur une quinzaine de propositions), n'est à notifier. Certes, les entretiens ont été effectués uniquement avec des membres des principales associations de victimes, et se recommander du président ou de la présidente aide à les obtenir.

Lors de l'interaction, nous avons en outre été surpris de constater l'absence presque générale (excepté pour une personne[112]) de manifestations d'émotions (pleurs, voix qui tremble) lorsque le sujet des souffrances vécues était abordé. Les surirradiés en parlaient aisément. En l'absence d'interconnaissance antérieure, l'évocation, par exemple, des fréquents passages à la selle par certains surirradiés, interrogeait. Trois raisons possibles à cette aisance peuvent être évoquées.

En premier lieu, par les interactions médicales, les surirradiés ont acquis un certain savoir médical sur les surdoses et une capacité à décrire leur état de santé. En second lieu, les souffrances racontées étaient en réalité depuis longtemps publiques. D'une part, elles avaient fait l'objet d'une médiatisation intense, et d'autre part, leurs manifestations n'étaient plus perçues comme la résultante d'effets secondaires malheureux, subis seul. Elles étaient la

[111] Ce différentiel est bien contraint et non volontaire. Il n'a pu être résorbé malgré des relances.

[112] Le contexte était particulier : l'entretien s'est tenu deux mois avant le procès en appel des surirradiations d'Épinal et l'enquêté avait déjà préparé ce qu'il allait dire « à la barre ». C'est en lisant ce futur témoignage, retraçant ses difficultés et problèmes de santé quotidiens, que cet enquêté a eu des difficultés à poursuivre l'entretien.

conséquence d'accidents reconnus par les milieux médicaux et administratifs. Loin de considérer par conséquent leur expérience comme incommunicable, leur restitution à une personne extérieure était facilitée. En troisième lieu, les entretiens, réalisés dans leur quasi-totalité au domicile de l'enquêté, s'apparentaient pour beaucoup de surirradiés à ce qu'ils avaient vécu lorsque, au plus fort de la médiatisation de leur accident au milieu des années 2000, des journalistes se déplaçaient à leur domicile pour les interviewer. Ils étaient par conséquent accoutumés à ce mode de narration de soi. Il est significatif que les surirradiés rencontrés par le biais du président de l'AVSHE figurent tous sur une liste de personnes « qui acceptent d'être contactées par les médias » comme le président le précisera au moment de fournir leurs numéros de téléphone. Dès lors, plutôt que de voir dans l'aptitude des accidentés à évoquer longuement leurs symptômes une incitation analytique à considérer la condition de victimes comme une condition de souffrance, il paraît plus opportun de l'envisager comme la manifestation d'une réalisation réussie de soi en victimes par l'intermédiaire d'un collectif.

Enfin, et compte tenu des informations relatives au rôle d'avocats dans leur ralliement à l'action, des entretiens avec ces professionnels du droit (celui travaillant avec SOS Irradiés 31 et son confrère présent auprès des surirradiés d'Épinal) ont été réalisés. Pour le cas spécifique des surirradiés ayant rejoint la FNATH, nous nous sommes entretenus avec l'ex-permanente de l'antenne de Toulouse ayant eu la charge du dossier et une salariée-juriste ayant pris sa suite[113]. La grille d'entretien élaborée pour les deux professionnels du droit et les deux permanentes comporte par conséquent des questions sur leur investissement dans cette cause, leur conception de leur rôle et la relation entretenue avec les adhérents de l'association, les différentes péripéties qui ont émaillé la mobilisation collective des surirradiés et les voies de réparation d'un accident médical sériel de ce type (indemnitaire, pénale).

4.3. Faire varier les points de vue sur l'action publique et la réalisation en victimes : les archives « officielles »

Par sources « officielles », sont désignés d'abord les documents produits par les administrations ou les protagonistes politiques. Il s'agissait, en recueillant ce type d'archives, d'approcher les actions du personnel politique et administratif par un autre moyen que leurs

[113] Un avocat d'un cabinet travaillant avec la FNATH était également mobilisé sur l'affaire des surirradiations de Toulouse, mais les informations obtenues avec les deux responsables de la FNATH ont été estimées suffisantes.

seules déclarations dans la presse ou leur seul discours en entretien. Est-il fait référence aux précédentes affaires sanitaires dans les archives spécifiquement dédiées aux surirradiations ? Un accès aux archives du cabinet ministériel de Roselyne Bachelot (période du 19 mai 2007 – 19 juin 2007, puis du 20 juin 2007 – 14 novembre 2010[114]) a été obtenu. Les archives du cabinet ministériel de Xavier Bertrand (3 juin 2005 – 26 mars 2007) n'ont pu être consultées[115].

En outre, sont inclus dans les sources « officielles » les livres-témoignages réalisés par les victimes elles-mêmes. Trois sont parus en 2008, 2013 et 2016, écrits par Jean-Claude Lercier, surirradié à Épinal[116]. Le propos du premier ouvrage, simple journal intime au départ et qui a fait l'objet d'une publication, retrace son combat contre le cancer, puis sa surirradiation et sa mobilisation aux côtés d'autres surirradiés au sein de l'AVSHE. Les deux ouvrages suivants respectent la même trame et permettent au lecteur de suivre en parallèle l'évolution de la maladie de Jean-Claude Lercier, ses espoirs et doutes la concernant, et les succès collectifs (ou obstacles) vécus par les adhérents de l'AVSHE dans leur lutte pour la réparation des préjudices subis. Ces ouvrages sont intéressants en ce que la trame narrative adoptée par l'auteur est exactement la même que la trame interrogative figurant dans les grilles d'entretiens à destination des surirradiés (découverte du cancer, de la surirradiation, puis ralliement à l'action). En d'autres termes, ils donnent un point de vue, non seulement supplémentaire[117], mais également plus formel (car littéraire), sur le processus qui a conduit des surirradiés à se réaliser victimes.

Enfin, les sources « officielles » comprennent les comptes rendus d'assemblées générales de l'AVSHE depuis sa création en 2007. Rédigés par le président après chaque réunion (aidé de membres du bureau selon les cas), ces écrits sont adressés à l'ensemble des adhérents, par courrier postal. Dans le cadre de l'analyse, ils permettent d'avoir un aperçu des discussions et actions menées et de compléter ou recouper les informations obtenues sur elles en entretien. En particulier, ces documents ont donné accès à l'ensemble de l'activité de l'association relativement à l'action judiciaire. L'obtention de semblables documents pour SOS Irradiés et la FNATH n'a pas été possible.

[114] Se reporter aux annexes pour le détail des archives consultées.
[115] Cet angle mort pose problème et signe en partie l'échec du projet de varier les points de vue dans la mesure où c'est sous la mandature de Xavier Bertrand que les accidents d'Épinal ont été révélés publiquement et qu'une action publique vis-à-vis de la radiothérapie a été initiée.
[116] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal*, Haroué, Gérard Louis, 2008 ; Lercier (J.-C.), *Le scandale des surirradiés d'Épinal. Journal d'une victime*, Haroué, Gérard Louis, 2013. Et Lercier (J.-C.), *L'affaire des surirradiés d'Épinal. Le procès qui aura aidé la médecine à renforcer la sécurité des malades*, Haroué, Gérard Louis, 2016.
[117] Le choix de ne pas conduire d'entretien avec l'auteur est ainsi volontaire.



Extrait de la couverture du premier ouvrage édité par un surirradié.

[Source : capture d'écran du blog de l'ouvrage. Surirradieepinal.canalblog.com/].

4.4. Qui est mobilisé par le droit ? Le portrait des adhérents d'une association de victimes par les questionnaires

La conception de questionnaires destinés aux surirradiés et proches membres des associations de victimes[118] s'inscrit dans le prolongement des entretiens individuels menés avec les adhérents. Les questions ont ainsi été élaborées à partir d'une connaissance *a priori* des problématiques des victimes. Deux objectifs leur étaient fixés. Le premier relevait d'un projet de caractérisation générale de la composition des groupes mobilisés, en termes de répartition entre adhérents surirradiés et proches, en termes d'âge, de sexe, de maladies traitées, de circonstances de la découverte de la surirradiation, de taux de surdose reçu, de catégories socio-professionnelles.

Le second objectif, lié au premier, est influencé par la littérature relative à la sociologie des mobilisations de victimes et du droit. Les théories événementielles de l'action collective décrites plus haut situent le principe de la formation d'un collectif de victimes dans la seule exposition au dommage et aux émotions liées. Les mobilisations qui se développent suite à la survenue d'événements dramatiques dérogeraient en d'autres termes aux facteurs explicatifs usuels de la sociologie des mouvements sociaux relatifs à l'engagement dans l'action collective : le réseau de relations (qui socialise et facilite plus ou moins un passage au

[118] Un exemplaire d'un questionnaire adressé aux surirradiés figure en annexe.

militantisme), l'âge (qui détermine la disponibilité ou non à s'engager dans une mobilisation[119]), les différents capitaux possédés par un individu (capital culturel, capital militant[120] en particulier). Si bien que, pour certains auteurs[121], les événements accidentels donnent lieu à des manières inédites de produire du collectif, moins fondé sur des affinités catégorielles que « circonstancielles ».

L'enquête de Stéphane Latté a quelque peu nuancé cette thèse, en montrant que certaines mobilisations collectives liées à des événements accidentels sont à rapporter à un réseau de sociabilité préalable, à la détention par les individus de savoir-faire protestataires. « Les mobilisations dites ''de victimes'' épousent en fait un continuum de situations allant du groupe sans histoire […] au groupe réel[122] ». La passation de questionnaires aux adhérents des associations de surirradiés est envisagée comme un moyen de faire un pas de côté par rapport à cette controverse. Il s'agit moins de déterminer si la mobilisation des surirradiés hospitaliers relève du « circonstanciel » ou du « déjà-là », que d'examiner quels individus sont davantage susceptibles de se réaliser victimes par le collectif et, partant, par le droit. Il sera mis en évidence dans cette perspective que la population des patients affectés de surdoses et potentiels militants passe à travers le filtre des tamis sociaux (l'aire de recrutement d'un hôpital est à la fois géographique et sociale), mais aussi médicaux (telle cohorte de patients surirradiés est plus représentée qu'une autre).

Nous avons été dans l'impossibilité de faire passer ces questionnaires à SOS Irradiés 31. Comme pour les entretiens, la dynamique associative n'a pas permis la réalisation d'une telle entreprise. Quant aux adhérents surirradiés de la FNATH, leur dispersion au sein de deux fédérations (celle de Limoges et celle de Toulouse) ainsi que leur nombre restreint (une trentaine), rendaient très difficile la transmission de questionnaires. Les entretiens semi-directifs et les archives de presse constituent ainsi les sources d'informations principales relativement aux profils médicaux et sociaux des adhérents de ces deux associations.

En ce qui concerne l'AVSHE, ce sont les personnes encore adhérentes de l'association au mois de février-mars 2013 qui ont été sondées, soit 213 personnes. Les questionnaires ont été expédiés par courrier postal au domicile du président de l'association, accompagnés de

[119] Voir McAdam (D.), *Freedom Summer. Luttes pour les droits civiques, Mississippi 1964*, Marseille, Agone, 2012 [1988].
[120] Matonti (F.), Poupeau (F.), « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 5 (155), 2004, p. 4-11.
[121] Vilain (J.-P.), Lemieux (C.), « La mobilisation des victimes d'accidents collectifs. Vers la notion de ''groupe circonstanciel'' », *Politix*, 11 (44), 1998, p. 135-160.
[122] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 49

lettres préalablement affranchies, que lui-même adressait aux adhérents[123]. 125 questionnaires ont été retournés, mais 118[124] sont exploitables soit un taux de réponse satisfaisant de 55,3 % (d'autant plus que les questions ouvertes reçoivent en général des développements importants).

Deux principaux biais méritent cependant d'être soulignés. La population interrogée n'est pas le reflet fidèle de tous ceux qui ont été, non seulement membres, mais aussi membres les plus actifs de l'association d'Épinal. Certains surirradiés sont en effet décédés depuis 2007. D'autres n'ont pas renouvelé leur adhésion d'une année sur l'autre. En outre, cette modalité de constitution de la population d'enquête laisse dans l'ombre les personnes qui, malgré leur état de personnes surirradiées, n'ont pas adhéré à l'association.

Une question cherchait à sonder le nombre de ces personnes surirradiées n'ayant jamais adhéré, en sollicitant les répondants sur leur connaissance de tels cas. La question reçoit 17 réponses positives (soit un taux de réponse de 14 %). Beaucoup font part des raisons qui, selon eux, expliqueraient cette non-adhésion. La surirradiation est « minime » répond l'un. Un autre précise que la personne « pense que les médecins n'y sont pour rien ». Un autre encore déclare que « dans une petite ville, tout le monde se connaît » et que la « maladie est un tabou ». Un quatrième déclare que la personne avait la « crainte de se lancer dans des procédures administratives et juridiques ». Les réponses de ces deux personnes, qui spécifient que l'individu qu'ils connaissent dispose « d'un avocat », sont également à souligner. Quatre enquêtés précisent qu'ils ne savent pas la raison de cette non-adhésion. Pour résumé, l'état de santé relativement stable de la personne après la surirradiation, le fait de ne pas considérer les médecins responsables, de disposer d'un avocat (et ainsi de ne pas avoir besoin des ressources juridiques mutualisées au sein de l'association) ou au contraire de ne pas vouloir rejoindre une association qui oriente sa stratégie sur le terrain juridique, expliqueraient les non-adhésions. Il est difficile de vérifier ces informations. Il était en effet impossible de demander les contacts de ces non-adhérents aux répondants (si tant est que ces contacts demeurent connus d'eux), les questionnaires étant présentés comme « anonymes ».

[123] La méthode a donné lieu à négociation, l'accès au fichier des adhérents étant impossible.

[124] Un questionnaire non rempli et retourné, évoque le fait que celui à qui il était destiné, le « mari » surirradié, « est en très mauvaise santé ». Deux personnes soulignent que leur « père » à qui était adressé le questionnaire, « est décédé » ; elles ne semblent pas adhérentes de l'association pour leur part. Une conjointe d'un surirradié précise que remplir un questionnaire de ce type réveille des souvenirs trop « douloureux ». Deux questionnaires sont enfin parvenus non remplis, sans que l'on en sache bien la raison. Un questionnaire enfin était rempli bien trop partiellement pour être inclus dans l'analyse.

4.5. La canalisation des griefs des victimes par le droit : l'observation des audiences et d'une assemblée générale d'une association de surirradiés

Sur les deux terrains d'enquête, des plaintes pénales ont été déposées par les surirradiés, de manière individuelle d'abord, puis collective à partir de la création des associations en 2007. Compte tenu de leur ampleur, les dossiers d'Épinal et de Toulouse ont été instruits par le Pôle santé publique du tribunal de grande instance (TGI) de Paris. L'instruction se conclut par un non-lieu dans l'affaire toulousaine en 2013. Mais dans celle d'Épinal, plusieurs personnalités ont rapidement été mises en examen (dès 2008), puis renvoyées devant le tribunal correctionnel de Paris. Un procès en première instance s'est ainsi tenu entre le 24 septembre 2012 et le 29 octobre 2012, sur trois demi-journées par semaine. 260 parties civiles étaient constituées (parmi lesquelles plus d'une centaine de membres de l'AVSHE). Les surirradiations de 433 patients étaient jugées (celles ayant conduit à la constitution des cohortes de patients dites « Épinal 1 » et « Épinal 2 »). Des peines de 18 mois de prison ferme contre les deux radiothérapeutes de l'hôpital et le radiophysicien ont notamment été prononcées. Ces derniers ont fait appel du jugement et un second procès en appel s'est déroulé entre le 12 novembre 2014 et le 12 décembre 2014, avec une reprise des débats pour une journée le 2 avril 2015. Le jugement définitif a été prononcé le 2 juillet 2015, les parties n'ayant pas opté pour la cassation[125].

L'étalement sur près de neuf années de la procédure relative aux surdoses d'Épinal (du dépôt des premières plaintes au jugement en appel de l'affaire), permet d'appréhender non seulement comment un groupe mobilisé de victimes s'oriente vers le droit pénal, mais également la manière dont leurs griefs se trouvent canalisés par l'avocat en amont, pendant et après le procès.

[125] Nous reviendrons sur ce procès et les peines prononcées dans la deuxième partie de la thèse.



Un proche avec le portrait de sa femme surirradiée à l'hôpital d'Épinal et décédée. Premier jour du procès en première instance, 24 septembre 2012.

[Source : fonds personnel].

Ce projet d'analyse de l'encadrement des manières d'être et de faire des surirradiés au cours de la procédure judiciaire s'appuie sur plusieurs méthodes : l'examen des propos rapportés dans les comptes rendus des assemblées générales de l'AVSHE et spécialement dédiés à cette procédure depuis 2007. Également, l'observation de journées d'audience des procès en première instance et en appel des surdoses, tant au tribunal de Paris qu'à celui d'Épinal, où les séances étaient retransmises par vidéo[126]. L'observation de l'assemblée générale de l'AVSHE qui a précédé le jugement du procès en appel sert aussi ce projet. De même que le recueil des reportages de JT consacrés aux procès. Enfin, quelques prises photographiques ont été effectuées, essentiellement à des fins d'illustration des observations.

[126] La demande émane de l'association de victimes qui souhaitait bénéficier d'un tel dispositif pour permettre aux surirradiés qui ne pouvaient se déplacer à Paris pour raisons de santé, de suivre les débats.

Le recueil des éléments relatifs à la procédure pénale par la lecture des documents associatifs et au moyen de l'observation de l'assemblée générale de l'année 2015, avait spécifiquement pour objectif de mettre au jour les anticipations éventuelles auxquelles le procès donne lieu de la part des victimes et de leur avocat. L'observation des journées d'audience avait dans ces conditions pour finalité d'évaluer la mise en œuvre effective des anticipations du groupe mobilisé ou au contraire, leur mise en échec. Pour ce faire, des grilles d'observation ont été élaborées[127] à partir desquelles il s'agissait de relever, par exemple, les témoignages des victimes (porte-parole ou non) à la barre et devant les médias. Ou encore, les réactions verbales et non verbales (silences, murmures, exclamations, manifestations d'approbation ou de désaccord) de ces parties civiles, qu'elles soient exprimées sur les bancs du tribunal de Paris et d'Épinal en réaction aux propos entendus à l'audience, ou dans le hall du tribunal de Paris avant ou après l'audience. Ou bien enfin, les déclarations des avocats des parties civiles et des prévenus. Il en est également allé ainsi pour les extraits de JT, même si ces derniers sont moins riches en détails que les éléments recueillis en observation *in situ*.

Ces deux objectifs délimitaient les séances au cours desquelles nous devions être présents en priorité. Les séances d'ouverture des deux procès (à l'occasion desquelles un déplacement collectif de membres de l'association était organisé) devaient être observées. De même que les séances consacrées aux témoignages des victimes et celles au cours desquelles les prévenus étaient appelés à la barre (médecins-radiothérapeutes, physicien médical mais aussi, en première instance, l'ex-directrice de l'hôpital, l'ex-directeur de l'ARH de Lorraine et la directrice de l'ancienne Direction départementale des affaires sociales des Vosges). Les séances de lecture du jugement par la Cour, en ce qu'elles suscitent de multiples activités et échanges (entre surirradiés et proches, entre surirradiés et avocats, entre surirradiés et journalistes) étaient aussi à observer. Il demeure que, en dehors de ces séances, nous avons assisté pendant les deux procès, à plusieurs autres journées[128] parmi lesquelles des séances de plaidoiries d'avocats, de réquisitions des procureurs, de témoignages de protagonistes d'enquêtes administratives ou médicales (médecins, personnels de radiothérapie, membres de l'Inspection générale des affaires sociales – IGAS –, membre de l'Agence de sûreté nucléaire – ASN – ou de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – IRSN –, membre de société savante telle que la Société française de physique médicale). En outre, il a été possible de

[127] Un exemple figure en annexe.
[128] Ce qui représente un total de 8 séances sur 16 au premier procès ; 6 sur 14 au procès en appel.

compléter les notes prises durant les séances par celles d'une association nationale de victimes partie-civile au procès, publiées au jour le jour sur un blog[129].

5. Organisation de la démonstration

La thèse défendue dans ce travail peut être résumée en ces termes : la récurrence de crises, affaires ou de scandales sanitaires depuis le début des années 1990 en France a transformé le traitement réservé par les acteurs politiques aux problèmes sanitaires émergents. L'hypothèse principale est que l'activité de ces acteurs face aux événements portant atteinte à la santé des populations est désormais étroitement liée à une anticipation des entreprises de scandalisation qui mettraient directement en cause leur responsabilité. S'ils agissent, l'enjeu est avant tout politique : il consiste à éviter que le « signal » ne devienne un scandale sanitaire et ne provoque une crise politique. Confrontés à des accidents médicaux sériels de surirradiations, ces acteurs interprètent le confinement provisoire du problème comme une opportunité et s'en saisissent, mènent des investigations qui permettent rapidement de rendre publiques les informations obtenues. Cette publicisation immédiate est un moyen de cantonner le problème à une définition « gérable » politiquement (ici, une définition strictement médicale). Loin de les délester du problème, cette activité de définition les contraint cependant à concevoir une action publique sur le sujet des traitements par rayons. Surtout, la publicisation est un facteur déclenchant, mais pas suffisant, d'une réalisation des patients en victimes. Si les surirradiés sont désormais en mesure d'imputer leurs problèmes de santé à la surdose de rayons reçue, si certains ressentent une injustice, leur ralliement à l'action collective passe par le travail d'un professionnel du droit. C'est au contact d'un avocat que de premiers surirradiés apprennent à distinguer le caractère fautif des agissements subis et acceptent de participer à l'élaboration d'une action collective, dont ils prennent incidemment la tête. Cette judiciarisation de la cause a pour contrepartie de la circonscrire et de canaliser les plaintes des victimes jusqu'au procès pénal.

La démonstration s'organise en deux parties, qui renvoient à un découpage chronologique et thématique. La première partie est consacrée à la restitution du traitement politique singulier auquel les surirradiations ont donné lieu. Il s'agit de mettre en évidence

[129] Il s'agit du blog tenu spécialement pour le procès par la FENVAC. www.surirradies-epinal.fenvac.org. Nous l'avons signalé, cette association n'a pas fait l'objet d'investigations approfondies dans cette thèse, compte tenu du nombre marginal de patients surirradiés l'ayant rejoint, de sa quasi absence des sources de presse consacrées aux affaires de surdoses.

comment des accidents médicaux ont immédiatement été interprétés comme une alerte sanitaire par les autorités de santé. Les surirradiations de patients sont examinées par plusieurs acteurs clés de ces institutions à l'aune des crises précédentes, qui les incitent à s'emparer du problème par crainte du développement d'un scandale. La communication publique des cas de surdoses correspond ainsi à la diffusion d'une définition contrôlée de l'affaire (chapitre 1). Il en résulte un alignement du traitement journalistique sur la définition institutionnelle du problème, peu commun dans le cas d'une affaire sanitaire de ce type. Cet alignement se renforce à mesure que naissent des collectifs de victimes qui rendent visibles les conséquences des surdoses et investissent le droit (chapitre 2). Pleinement propriétaire du problème des surdoses hospitalières, le personnel politique est alors en mesure de faire valoir un pouvoir d'indécision qui ouvre l'action publique aux acteurs professionnels de la radiothérapie. Leur contribution transforme le dossier des surdoses de patients en un dossier technique et, de manière inattendue, labélise la bonne gestion politique du dossier (chapitre 3). La deuxième partie s'intéresse à la réalisation des patients surirradiés en victimes des rayons. Celle-ci a longtemps été différée par une confiance des patients accordée *a priori* à un traitement garantissant leur survie. La révélation de leur accident par le personnel politique ou les médias correspond dans ces conditions à un effondrement de cette confiance, propice à la naissance d'un sentiment d'injustice. La faculté d'un professionnel du droit à le mettre en forme rend possible leur ralliement à l'action collective de type victimaire (chapitre 4). Il conviendra en effet de souligner que la publicisation des accidents n'est pas allée de pair avec la reconnaissance du statut de victimes des patients. En mettant en valeur des causalités existantes entre leur surirradiation et leur état de santé, ceux-ci obtiennent de premières indemnisations qui entérinent ce statut mais sérialisent leur cause. Le droit de la réparation médicale a ainsi des propriétés réductionnistes vis-à-vis des mobilisations de victimes qui se redoublent lorsque ces dernières investissent le terrain judiciaire (chapitre 5). L'accès des causes de victimes d'accidents sanitaires à la scène du procès se fait au prix d'une canalisation importante de leurs griefs, par l'organisation d'une gestion du dicible et de l'indicible propres à l'arène judiciaire (chapitre 6).

PREMIÈRE PARTIE.
Logique des précédents et activité de définition autour du problème des surriradiations

Pourquoi des accidents médicaux tels que les surirradiations donnent lieu à une mobilisation extrêmement forte d'acteurs politiques au point que les traitements par rayons fassent l'objet d'une action publique au milieu des années 2000 ? L'hypothèse selon laquelle cette réactivité, plutôt que d'être uniquement le produit de la gravité des actes commis, est liée à l'existence préalable d'événements désignés indistinctement comme des crises, affaires ou scandales sanitaires[130], paraît plausible et mérite investigation. Emmanuel Henry souligne en effet qu'à mesure de leur succession ces dernières années, ces crises, affaires ou scandales sont devenus une « catégorie spécifique de définition des problèmes[131] » affectant la santé des populations. Ils ont pour point commun d'avoir donné lieu à un traitement médiatique important. Ils ont également été abordés sous l'angle d'actes répréhensibles d'acteurs qui, en « faisant prévaloir des intérêts économiques sur des préoccupations de santé publique[132] », ont touché « des victimes innocentes ». Cette critique publique n'a pas épargné le personnel politique. Un certain nombre de ministres ou de membres de cabinets ministériels ont en effet été mis en examen voire jugés devant des tribunaux pour leur implication[133].

Aussi, lorsque survient un phénomène sanitaire, les journalistes et les acteurs politiques sont désormais immédiatement en concurrence pour définir si celui-ci fait événement et sous quel angle[134]. La particularité du cas des surirradiations hospitalières est l'absence presque originelle d'une telle concurrence. Si le personnel politique réagit extrêmement rapidement dans ce dossier et est en première ligne dans sa gestion publique, il n'est pas soumis, comme lors des autres crises ou affaires sanitaires, à des investigations journalistiques qui tendent à le mettre en accusation.

Nous montrerons que cette spécificité naît de la publicisation des accidents par les acteurs politiques eux-mêmes. Celle-ci s'apparente à une activité de définition du problème posé par ces événements, en d'autres termes à une activité de problématisation. Les problèmes qui se donnent comme « publics » ne sont en effet « qu'une modalité de définition particulière d'une situation ou d'une condition sociale[135] ». En ce sens, définir le problème c'est autant se

[130] Il faudrait accoler systématiquement ces trois termes accolés les uns aux autres ainsi que mettre des guillemets pour montrer que ces qualifications sont interchangeables et sont le produit de mobilisations de différents acteurs pour qualifier ainsi un phénomène en santé. Toutefois, pour faciliter la lecture, ces termes ne sont pas entourés de guillemets dans la suite du texte.
[131] Henry (E.), « ''Du silence au scandale''. Des difficultés des médias d'information à se saisir de la question de l'amiante », *Réseaux*, 6 (122), 2003, p. 239.
[132] *Ibid*, p. 240.
[133] Ces mises en accusation sont détaillées ultérieurement.
[134] Sur la notion d'événement en sciences sociales, voir Champagne (P.), « L'événement comme enjeu », *Réseaux*, 18 (100), 2000, p. 403-426.
[135] Gilbert (C.), Henry (E.), « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, 53 (1), 2012, p. 37.

livrer à un travail de formulation qui concourt à son élaboration qu'identifier des solutions considérées comme pertinentes pour le résoudre. C'est, en d'autres termes, se faire les « propriétaires[136] » d'un problème et mettre ainsi à l'écart de sa définition des groupes concurrents, qui n'exercent alors qu'une influence marginale sur son cours.

La question est de comprendre les déterminants d'une telle activité tactique de la part du personnel politique dans le dossier des surdoses. Cela conduit à l'hypothèse suivante : la « logique de situation[137] » dans laquelle ces acteurs politiques s'inscrivent à l'époque est entièrement déterminée par les précédentes crises sanitaires. Elle agit fortement sur les perceptions et les lignes d'actions adoptées à l'encontre de ces accidents médicaux. La publicisation a, dans ces conditions, un objectif stratégique fort : il s'agit d'empêcher que les surdoses de rayons administrées aux patients ne deviennent une crise sanitaire et politique. La discontinuité introduite par les révélations publiques relatives à des cas de surdoses dans des hôpitaux français ne saurait effectivement faire oublier la continuité des expériences et des savoirs des acteurs politiques ou administratifs ayant eu la charge de ces accidents. Ceux-ci ont, pour la plupart, affronté des crises passées, ou appartiennent à des institutions marquées par ces crises. Ces dernières pèsent sur leur appréhension et leur compréhension de faits accidentels nouveaux.

L'activité de définition politique des surdoses de rayons et ses conséquences sur l'action publique menée sont ainsi au cœur de la première partie de la thèse. L'enjeu du premier chapitre est de restituer la spécificité de l'intervention du personnel politique dans le cas des surirradiations. Cette intervention est déterminée par des anticipations sur ce qui risque de se produire dans le dossier. Le second chapitre s'attache à étudier la position relativement inédite, car marginale, des journalistes vis-à-vis de ces accidents médicaux collectifs et leur alignement sur la définition institutionnelle du problème. Le troisième chapitre interroge le lien entre la position de « propriétaire » du problème détenue par le personnel politique et le cantonnement du problème dans le monde médical.

[136] Voir Gusfield (J.), *La Culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Économica, 2009 [1981], p. 10.
[137] Dobry (M.), « Ce dont sont faites les logiques de situation », *in* Favre (P.), Fillieule (O.), Jobard (F.), dir., *L'atelier du politiste*, *op. cit.*, p. 119-148.

CHAPITRE 1.

Du signal faible à l'alerte : l'activité du personnel politique



Accidents de radiothérapie à l'hôpital d'Epinal : un mort et treize cas de complications

L'EST RÉPUBLICAIN

VENDREDI 13 octobre 2006

MEURTHE-MOSELLE

0,90 €

Aujourd'hui La page CONSO

« Accidents de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal : un mort et treize cas de complications ».

Photographie de la Une de L'Est Républicain *du 13 octobre 2006.*

[Source : prise de vue à partir d'une consultation des archives de L'Est Républicain *à la Bibliothèque Nationale de France]*.

Le 12 octobre 2006, à l'occasion d'une conférence de presse organisée conjointement par les autorités politiques et administratives (Agence Régionale d'Hospitalisation[1] de Lorraine et ministère de la Santé), une vingtaine de cas de surirradiations de patients traités par radiothérapie pour des cancers au sein de l'hôpital d'Épinal sont rendus publics. Un mort est annoncé parmi les patients, en lien direct avec ces surdoses. Les autorités insistent sur le souci de transparence à l'origine de la démarche de communication et sur leur mobilisation soutenue dès lors qu'elles sont entrées en possession de premières informations alarmistes.

Cette intense mobilisation interpelle. Elle prend sens si l'on considère la succession de scandales sanitaires de ces dernières années, qui ont conduit des responsables politiques à être mis en accusation pour leur implication réelle ou supposée. De la même manière que « l'une des propriétés des scandales politiques […] réside en ce qu'ils se présentent comme des contextes d'intensification de la production de jugements sur la politique, émis par des acteurs hétérogènes suivant des logiques diversifiées[2] », les scandales sanitaires sont en effet liés à l'intensification des jugements portés sur les problèmes de santé et les responsabilités politiques engagées. Ces jugements émanent directement des victimes d'un État qui n'a pas su assurer sa mission régalienne de protection de la population, ou bien des professionnels de l'information de plus en plus intéressés à couvrir les politiques menées en santé comme l'a montré Brigitte Gaïti[3]. Patrick Champagne et Dominique Marchetti ont par ailleurs indiqué que la presse a contribué pour une part significative à la naissance du « premier scandale sanitaire français, celui du sang contaminé[4] » en imputant aux acteurs politiques une partie de la responsabilité de la situation des victimes. Elle a construit le scandale « en imposant, non sans conflits dans les rédactions, ses mots (''drame'', ''affaire'', ''crime'', ''génocide'', etc.), en essayant, dans la logique de la surenchère, de remonter la chaîne des responsabilités au plus haut niveau (ce que l'on pourrait appeler *l'effet Watergate*)[5] ». Depuis, les acteurs politiques se savent soumis aux investigations des journalistes et les problèmes sanitaires ont acquis une sensibilité politique extrême.

---

[1] Avant leur remplacement par les Agences Régionales de Santé – ARS – en 2010, les ARH étaient des groupements d'intérêt public constitués entre l'État et les organismes d'assurance maladie. Ces agences avaient pour mission de définir et mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers et d'analyser et coordonner l'activité des établissements de santé.

[2] Voir Roussel (V.), « Les magistrats dans les scandales politiques en France. Logiques d'action et jeux judiciaires locaux », *in* Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, p. 69.

[3] Gaïti (B.), « La publicisation des politiques de santé », *in* Mathien (M.), dir., *Médias, santé, politique*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 159-179.

[4] Marchetti (D.), Champagne (P.), « L'information médicale sous contrainte. À propos du scandale du sang contaminé », art. cité.

[5] *Ibid.*, p. 46. Souligné par les auteurs.

L'intérêt du cas des surirradiations est de montrer que, face à un problème émergent, cette sensibilité prend la forme d'une activité visant à prévenir et empêcher la transformation de ce problème en crise ou scandale. Cet objectif passe, dans le cas des surdoses, par des moyens insolites : la communication publique et la reconnaissance explicite d'un grave problème sanitaire au sein d'un hôpital.

La première section du chapitre examine comment la découverte des cas de surdoses de rayons par des médecins spécialistes en relation est perçue par les personnels des administrations de santé (hôpital, Agence régionale de l'hospitalisation) puis par le personnel politique (notamment les membres du cabinet du ministre de la Santé). En restituant leurs « expériences[6] » individuelles, en s'intéressant à leur insertion au sein d'institutions en état de veille permanent, nous donnerons à voir les déterminants de la prise en charge politique de ces accidents médicaux. La seconde partie du chapitre étudie l'activité singulière de définition du problème des surdoses dans laquelle se lance le ministre de la Santé et ses conseillers. En rendant publiques au moyen d'une conférence de presse les premières surirradiations survenues à l'hôpital d'Épinal, le personnel politique parvient paradoxalement à cantonner ce problème à sa dimension technique et médicale. La question devient celle des conséquences de sa position de propriétaire du problème des surdoses, dont la plus importante est sans conteste l'émission d'une alerte à l'égard des traitements par rayons.

[6] Entendues au sens d'Antoine Vauchez comme ensemble de savoir-faire qui définissent un mode de légitimation d'une activité. Voir Vauchez (A.), « Parler d'expérience(s) », *in* Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique*, *op. cit.*, p. 45-67.

1. Des autorités prémobilisées sur des signaux d'alerte en santé

« La carrière des problèmes publics s'amorce par un moment d'identification, de réalisation. Parce qu'elle perturbe l'expérience et suscite le malaise, parce qu'elle affecte des intérêts, met en branle des émotions ou se lit comme atteinte à des valeurs essentielles, une situation devient objet d'attention, de distance critique, de revendication[7] ». Par ce rappel, Erik Neveu signifie que, pour qu'un fait social devienne un événement susceptible d'attirer l'attention publique, il est d'abord nécessaire qu'une situation soit identifiée comme problématique. Or, dans le dossier des surirradiations hospitalières, c'est la découverte d'un *cluster* de personnes surdosées à partir du printemps 2005 qui attise l'inquiétude de médecins spécialistes. Prévenues à l'automne 2005, les autorités sanitaires locales (ARH de Lorraine, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales – DDASS[8] – des Vosges) se mobilisent sur une situation qui leur pose problème.

1.1. Découverte d'un cluster et réactivité des administrations locales de santé

Le terme « *cluster* » se rapporte à une épidémiologie d'intervention d'origine anglo-saxonne[9] mais les sciences sociales en ont également fait un objet de recherche, notamment dans les travaux de santé environnementale[10]. Le développement d'un questionnement à propos d'éventuels dangers sanitaires associés à un environnement est analysé au regard de la possibilité de s'appuyer sur la découverte, soit d'un « ''cluster'', c'est-à-dire un regroupement inhabituel dans le temps et dans l'espace d'une pathologie [...][11] » ; soit « d'une interrogation [portant] sur les conséquences d'une exposition à tel ou tel agent environnemental [...][12] ». La première aboutit à la « *[mise] en cause*[13] » de l'activité soumise à questionnement (cela passe alors par une modification de la qualification qui lui était originellement appliquée). La

[7] Neveu (E.), *Sociologie politique des problèmes publics*, *op. cit.*, p. 42.
[8] Les DDASS étaient des services déconcentrés de l'État chargés des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales. Dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP), celles-ci n'existent plus depuis avril 2010.
[9] Ce mot se traduit dans cette optique par « agrégat spatiotemporel » de symptômes ou de maladies.
[10] Sur ces travaux, voir Akrich (M.), Barthe (Y.), Rémy (C.), dir., *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes*, *op. cit.* Et également Calvez (M.), « Les signalements profanes de clusters de cancers : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale », *Sciences sociales et santé*, 27 (2), 2009, p. 79-106.
[11] Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité, p. 82.
[12] *Ibid*., p. 82.
[13] *Ibid*., p. 82.

seconde, en déclenchant une enquête visant à confirmer les interrogations sur des pathologies, conduit le cas échéant à « *victimiser* ceux qui en sont porteurs[14] ». Or, c'est bien la découverte d'un *cluster* de personnes surdosées au Centre hospitalier d'Épinal qui aboutit à la mise en cause d'activités thérapeutiques fondées sur l'utilisation de rayons.

Cette mise en cause prend en effet son origine dans le cours de l'année 2005, lorsque des médecins spécialistes – des gastro-entérologues vosgiens – reçoivent successivement en consultation plusieurs patients traités auparavant dans le service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal pour des cancers de la prostate.

Encadré 2. La radiothérapie, principe et histoire de la technique

Il existe trois catégories de thérapies destinées à soigner les cancers : la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. La radiothérapie, qu'elle soit interne (elle se nomme alors la curiethérapie) ou externe, traite chaque année environ 170 000 patients (contre 270 000 pour la chimiothérapie et 370 000 pour la chirurgie[15]). Elle consiste en externe à irradier – de façon volontaire – une tumeur en utilisant pour cela des faisceaux de rayonnements ionisants (appelés aussi rayons X), qui émettent de la radioactivité à haute dose. Ces rayons sont délivrés au patient par une machine (l'accélérateur de particules). L'objectif d'une telle irradiation est de tuer les cellules cancéreuses tout en épargnant les tissus sains environnants. Pour ce faire, la délivrance de la dose de rayons sur l'organe est étalée sur plusieurs séances de traitements. La radiothérapie externe se divise en plusieurs techniques : la plus communément utilisée dans les centres de soins est celle dite conformationnelle, avec, selon les cas, une modulation d'intensité. C'est avec cette technique que la plupart des patients d'Épinal surirradiés ont été traités. Mais il existe aussi la radiothérapie stéréotaxique (précisément celle qui a été utilisée à Toulouse), la tomothérapie, la radiothérapie asservie à la respiration et le Cyberknife.
En interne, la radiothérapie consiste à implanter dans le corps de la personne malade des sources radioactives sous forme de billes, de petits fils ou de grains, qui se logent au plus près de la tumeur et qui diffusent des rayons.

La prise en considération de l'efficacité de la radioactivité pour traiter de volumes tumoraux chez l'Homme remonte à la fin du XIX^{e} siècle et au début du XX^{e} siècle. L'histoire de l'utilisation des rayons en médecine est en effet indissociable de l'histoire de la lutte contre le cancer, comme l'a montré Patrice Pinell[16]. À cette époque le cancer constitue, pour les jeunes chercheurs-médecins, « un thème où il est bon de se faire un nom dans une stratégie de carrière[17] ». Une découverte dans le domaine de la physique favorise leurs desseins. En novembre 1895, Wilhelm Conrad Röntgen, physicien allemand[18], impressionne une plaque photographique au travers de corps interposés grâce à un rayon inconnu (appelé par conséquent X) émanant d'un tube de Crookes (un des premiers tubes à décharges électriques

[14] *Ibid*., p. 82.
[15] Chiffres de l'Institut national du cancer. Voir son site Internet à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-traitements.
[16] Pinell (P.), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940*, Paris, Métailié, 1992.
[17] *Ibid.*, p. 88.
[18] 1845-1923.

expérimentaux, inventé par le physicien britannique William Crookes[19]). Le 27 février 1896, le physicien français Henri Becquerel[20] découvre quant à lui la radioactivité lorsqu'une émission provenant d'un minerai, l'uranium, impressionne une plaque photographique.
Cette innovation dans le domaine de la physique est immédiatement utilisée en médecine. En 1896, le médecin français Victor Despeigne est le premier à traiter un malade cancéreux avec des rayons X. De son observation, « il ressort qu'un malade atteint d'une tumeur maligne de l'estomac [...], a été amélioré après huit jours de traitement, la tumeur s'est réduite, les douleurs ont diminué, l'amaigrissement s'est arrêté[21] ». Quelques jours plus tard, le malade décède. L'intérêt pour la nouvelle thérapeutique est cependant intact et les essais se multiplient.
En collectionnant ainsi les observations, la compréhension de l'action véritable des rayons sur le corps humain s'améliore. Si bien qu'un « classement rationnel[22] » des faits devient possible. Ce principe de classement rationnel est établi par Jean Bergonié, professeur d'électroradiologie à Bordeaux et par le médecin Louis Tribondeau dans les années 1904-1905. À partir d'expériences sur des testicules et des ovaires de rats, ils établissent une « loi de corrélation entre la fragilité roentgienne des cellules et leur activité reproductrice ». Son énoncé se divise en trois parties. La première indique qu'une cellule, quelle qu'elle soit, devient plus sensible aux radiations à partir du moment où elle entre dans un processus de reproduction. La deuxième partie de la loi souligne la sensibilité particulière des cellules qui, inscrites dans une lignée, se multiplient et se transforment en permanence. C'est le cas des cellules de beaucoup de cancers, comme le remarquent Bergonié et Tribondeau. D'où de nombreuses observations notant que les rayons X détruisent les cellules cancéreuses en épargnant les cellules saines. La troisième partie de la loi affirme que plus une cellule se différencie morphologiquement, plus la fonction multiplicatrice est reléguée à l'arrière-plan. Ce travail est d'une importance considérable : il fonde en théorie la technique de la radiothérapie. On peut en effet irradier une cellule cancéreuse avec la certitude que cette irradiation ait un effet puisque cette cellule est plus sensible que d'autres à l'action des rayons.

Si les machines de traitement ont considérablement gagné en précision depuis cette époque, l'utilisation à haute dose de radioactivité peut cependant générer des effets secondaires pour les patients. La délivrance de doses ciblées sur des organes entourés de tissus explique que le « risque zéro en radiothérapie n'existe pas[23] ». Des complications peuvent survenir au cours du traitement en fonction de la tolérance du patient aux rayons. Mais comme toute thérapeutique, ces effets s'estompent et surtout se soignent.
Il n'en va pas forcément de même lorsque, au lieu d'une irradiation, le patient subit une surirradiation ou son envers, une sous-irradiation. Dans les deux cas, la dose prescrite par le médecin-radiothérapeute au début du traitement pour traiter la tumeur n'est pas respectée. Il s'agit alors d'un accident de radiothérapie.
La publication 86 de la Commission internationale de protection radiologique (CIPR[24]) traite du risque accident en radiothérapie et de ses principaux facteurs. Ces derniers sont résumés

[19] 1832-1919.
[20] 1852-1908.
[21] Pinell (P.), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940, op. cit.*, p. 53.
[22] *Ibid.*, p. 64.
[23] Citation extraite du site Internet de l'IRSN, onglet radiothérapie.
www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/applicationsmedicales/radiotherapie/radiotherapiegeneralites/Pages/5risques_associes_radiotherapie.aspx?dId=6e1fc731-1657-4d9e-9fc3-a8d32aa39624&dwId=8356b74d-e023-43be-846b-30ddde57ca7e#.V1Uus7583IU.
[24] La CIPR est une organisation non gouvernementale créée en 1950 par des professionnels exerçants dans divers domaines d'activités utilisatrices des rayons ionisants. Elle est issue de l'ancien Comité international de protection

par l'IRSN sur son site Internet. « La maîtrise des risques dans ce domaine implique une très grande rigueur en raison : de l'utilisation de très fortes doses (20 à 80 Gy [Gray]) intentionnellement délivrées au ''volume-cible clinique'' ; de l'utilisation d'un faisceau de rayonnement directement focalisé sur le patient ou bien des sources radioactives placées au contact des tissus pour lesquels toute erreur significative dans le positionnement peut avoir des conséquences graves ; de nombreuses étapes et de nombreux intervenants pour réaliser le traitement depuis sa prescription jusqu'à la délivrance de la dose ; de la mise en œuvre de technologies sophistiquées (calculs par ordinateur et transferts de données) en parallèle d'activités manuelles (préparation de la protection de certains organes, de dispositifs d'immobilisation…)[25] ».
Les accidents sont cependant très rares en comparaison du nombre de patients traités. La publication 86 de la CIPR indique en effet que, depuis les années 1970, 2 000 patients ont été concernés par une surexposition aux rayons dans le monde.

a) Des médecins en relation

Adressés par des médecins généralistes, les patients du centre hospitalier d'Épinal traités par radiothérapie pour des cancers au milieu des années 2000 étaient, après plusieurs séances de radiothérapie, gravement affaiblis. Ils souffraient par ailleurs pour la plupart de rectites radiques sévères[26]. Pour avoir un avis supplémentaire et à des fins de traitements, nombre de gastro-entérologues adressent ces patients au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nancy, qui disposait d'un traitement spécifique de ces rectites radiques, le plasma d'argon. C'est ainsi que le 31 mai 2005, le chef de service de gastro-entérologie du CHU de Nancy, André Bigard, reçoit un premier patient en consultation.

contre les rayons X et le radium créé en 1928. Elle est composée de scientifiques (physiciens, radiothérapeutes) de plusieurs pays qui sont chargés d'édicter des recommandations en matière de radioprotection (c'est-à-dire de protection contre les rayons chez l'Homme). Ces recommandations sont incitatives et sont donc souvent traduites dans les législations nationales.
Sur l'histoire de l'organisation d'une radioprotection dans les activités ayant recours aux rayons, voir Boudia (S.), « Sur la dynamique de constitution des systèmes d'expertise scientifique : le cas des rayonnements ionisants », *Genèse*, 1 (70), 2008, p. 26-44. Et Godard (O.), Lochard (J.), « L'histoire de la radioprotection, un antécédent du principe de précaution », *Cahier-École Polytechnique*, 019, 2005. Disponible à l'adresse Internet suivante. https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00243007/document.

[25] Voir sur le Site Internet de l'IRSN l'adresse suivante :
www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/applications-medicales/accidents-sanitaires/accidents-radiotherapie/Pages/1-Qu_est-ce_qu_un_accident_de_radiotherapie.aspx?dId=2ecb1c79-375d-4849-9640-cd366950b6a5&dwId=22eb68db-0e12-49ba-a586-87439fbbb552#.V1K7lr583IV.

[26] La rectite radique est la complication rectale la plus fréquente de la radiothérapie de la prostate. Il s'agit d'une inflammation du rectum. Les symptômes apparents sont notamment des émissions de sang par l'anus qui peuvent être répétées.

> « Mais ce n'était pas du tout une rectite radique habituelle, c'est-à-dire que le patient avait une sténose[27] du rectum [...]. C'était vraiment inhabituel. Et la preuve c'est qu'il a fallu lui faire un anus artificiel au-dessus. Ce n'était pas du ressort du plasma d'argon ».
> [Entretien, 8 février 2012].

Suite à la consultation de mai 2005, le gastro-entérologue nancéen écrit ses observations dans le dossier du malade et le transmet au chef de service de radiothérapie d'Épinal, le docteur A.[28]. Dans le dossier figure l'hypothèse selon laquelle le patient subit un cas de surirradiation.

> « Quand vous avez une sténose du rectum après un cancer traité, il y a deux hypothèses. La première hypothèse c'est que le cancer ré-évolue. Mais vous savez qu'on a un dosage des PSA [*Prostate Specific Antigen*] qui nous dit si le cancer est encore là ou pas. Et le PSA de ce malade, il était à zéro. Donc ce n'est pas un ré-évolution du cancer. [...] Donc moi j'avais mis dans mon compte rendu qu'il s'agissait d'une rectite radique très sévère ».
> [Entretien, 8 février 2012].

Le professeur A. reçoit le compte rendu, mais ne se montre pas inquiet et est même en colère contre son confrère gastro-entérologue auteur du diagnostic.

> « Mon compte rendu lui est parvenu [...], il [le docteur A.] m'a téléphoné. […]. C'était dur parce que... C'est un coup de téléphone qui vous marque, parce que… J'ai quand même un certain âge, une certaine fonction et je me fais assez rarement engueuler. […]. Alors il s'est mis à m'engueuler en disant que je n'y connaissais strictement rien, que je ne savais pas ce que c'était qu'une rectite radique. Voilà. Je lui ai dit ‘‘écoutez, peut-être mais enfin quand même, ce sont des lésions tout à fait inhabituelles’’ ».
> [Entretien, 8 février 2012].

Les réticences initiales du chef de service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal à considérer les symptômes des patients comme des conséquences directes d'une radiothérapie dysfonctionnelle ont été levées progressivement. Il a fallu pour cela que le gastro-entérologue du CHU de Nancy rassemble en un même *cluster* les cas singuliers de plusieurs patients reçus en consultation.

---

[27] En médecine, phénomène de rétrécissement d'un canal de l'organisme.

[28] Les noms des médecins et personnels des établissements hospitaliers d'Épinal et de Toulouse qui apparaissent dans les entretiens menés lors de notre enquête sont rendus anonymes de cette manière dans cette thèse. Il en va de même des noms des patients surirradiés et de leurs familles avec lesquels nous nous sommes entretenus, ayant stipulé l'anonymat des propos avant les entretiens. En revanche, lorsque des personnes surirradiées ou des médecins sont nommément cités dans les archives (médias, ouvrages), nous avons laissé leurs noms, ceux-ci étant publics. S'agissant des autres enquêtés avec lesquels nous nous sommes entretenus, nous avons seulement rendu anonymes les noms des personnalités n'apparaissant pas déjà publiquement dans les dossiers de surirradiations hospitalières (presse écrite et audiovisuelle) : les conseillers techniques ministériels et une permanente associative.

> « Après le coup de téléphone, j'ai été amené à voir d'autres patients avec des rectites radiques sévères. […]. Il y a même un gastroentérologue qui m'a envoyé un patient en me disant que c'était une tumeur. Je lui ai dit : ''Non écoute, je crois que c'est l'irradiation, c'est une rectite radique''. Il m'a dit : ''Ce n'est pas possible, je n'ai jamais vu ça''. Je lui ai dit : ''Moi j'en ai vu, j'en ai vu un, c'est pour ça que… C'est le deuxième que je vois, je pense que c'est ça''. Mais il ne me croyait pas, il a écrit une lettre pour me dire : ''Non non, ce n'est pas possible''. Bon, vous voyez, ce n'est pas évident ».
> [Entretien, 8 février 2012].

L'insertion de ce diagnostic dans une série de diagnostics semblables conforte néanmoins la position du gastro-entérologue nancéen. Fin juin 2005, sept malades porteurs de rectites sévères sont répertoriés, « neuf en juillet et en août, dix[29] ». Le chef de service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal se résout à rédiger un rapport, adressé à la directrice de cet hôpital. Il fait une page et entérine l'existence de cas de surdoses au sein du service comme l'atteste la reproduction d'une partie de ce rapport dans un article de presse écrite.

> « Suite à diverses informations concernant des séquelles thérapeutiques chez quatre patients, nous avons rapproché ces données et procédé à une recherche approfondie dans les dossiers concernés. En élargissant nos recherches, nous avons constaté que ces quatre patients font partie d'un groupe de vingt-deux patients qui, entre mai 2004 et mai 2005, ont été traités par un coin dynamique […][30] ».

Dans un ouvrage retraçant la naissance de la « profession médicale[31] », le sociologue Eliot Freidson montre comment l'activité médicale est structurée par les relations avec les pairs, notamment lorsqu'il s'agit d'orienter un malade d'un médecin à un autre, d'une structure à l'autre (hôpital, cabinet etc.). C'est ce trait structurant de l'activité médicale qui favorise ici la mise en évidence d'une situation problématique à l'hôpital d'Épinal. L'échange entre le radiothérapeute et le gastro-entérologue, certes conflictuel, a néanmoins permis d'isoler des cas de surirradiations et de contraindre le chef de service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal et son collègue radiothérapeute, le docteur S., à en référer à leurs supérieurs hiérarchiques.

Dès lors, tout s'accélère. La directrice de l'hôpital contacte à son tour la DDASS et l'ARH de Lorraine. Une réunion est organisée le 5 octobre 2005 au siège de la DDASS avec

[29] Note de terrain à l'occasion de l'observation du procès en première instance des surirradiations d'Épinal. Témoignage de Françoise Lalande, inspectrice de l'IGAS. Tribunal de Grande Instance (TGI) de Paris, 25 septembre 2012.
[30] Extrait du rapport du chef de service de radiothérapie d'Épinal reproduit dans l'article de Favereau (É.), « Sachez, monsieur, que je fais de la radiothérapie de haut niveau », *Libération*, 13 juillet 2007.
[31] Freidson (E.), *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 [1970].

des membres de l'ARH, les radiothérapeutes et cette directrice. Cependant, de façon inattendue, aucune décision n'est véritablement prise lors de cette réunion. Il est clair, selon le témoignage d'une ex-inspectrice et médecin de l'IGAS recueilli au procès en première instance des surirradiations d'Épinal, que « l'affaire a été minimisée : on parlait d'erreur limitée, d'irradiation de quelques mois seulement[32] ». Les médecins, sans passer sous silence les cas de surdoses, ont pu tirer profit de la situation d'entre-soi induite par une telle réunion entre « responsables » pour donner à voir un problème limité à quelques patients et finalement terminé. En conséquence, aucun suivi médical global n'est mis en place officiellement. En outre, les autorités nationales ne sont pas informées contrairement aux obligations réglementaires (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS[33], IRSN, ASN, préfet, ministère de la Santé). Enfin, une partie seulement de la vingtaine de malades concernés est prévenue, parfois dans un délai de deux mois.

Cette première mobilisation, initialement importante au regard de la qualité des participants à la réunion du 5 octobre 2005 (directeur et directrice d'administrations de santé, directrice d'hôpital, médecins), aboutit en définitive à un premier confinement des surdoses de rayons au sein du monde médical. Si bien que les surirradiations dans l'hôpital vosgien continuent pendant près d'un an[34]. Quelle est la raison de la mobilisation soudaine des autorités de santé locales à l'été 2006, après une relative période d'inaction consécutive à la réunion d'octobre 2005 au siège de la DDASS à Nancy ? Cette réactivation de la mobilisation tient pour une grande part à un ensemble de connaissances et de savoir-faire acquis par certains protagonistes politiques et administratifs du dossier à l'occasion (ou du fait) des précédentes affaires de santé.

b) L'expérience d'un directeur d'une Agence locale de santé

En tant que participante à la réunion d'octobre 2005, la directrice de l'hôpital d'Épinal a connaissance des conséquences des actes de surirradiations sur la santé des patients soignés dans son hôpital. N'ayant eu de cesse d'accorder depuis lors de l'attention à la situation

[32] Note de terrain à l'occasion de l'observation du procès en première instance des surirradiations d'Épinal. Témoignage de Françoise Lalande, inspectrice de l'IGAS. TGI de Paris, 25 septembre 2012.
[33] Par une loi sur le renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé en date du 29 décembre 2011, l'AFSSAPS est devenue l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Celle-ci est impliquée dans le dossier des surdoses en vertu de ses prérogatives en matière de sécurité des traitements par rayons.
[34] Ces dernières se poursuivent pendant près d'an.

(notamment par sollicitation à l'égard des patients souffrants[35]), elle contribue au déclenchement d'une seconde mobilisation à l'été 2006. Cette dernière aura pour point d'orgue une conférence de presse organisée à l'ARH de Lorraine à l'automne.

En juillet 2006 en effet, la directrice vient d'assister à l'enterrement d'un des patients surdosés. Celle-ci signale de nouveau à l'ARH de Lorraine l'existence de surirradiations au sein de l'hôpital qu'elle dirige. L'information relative à ces surdoses attire cette fois l'attention d'un « médecin de l'ARH de Lorraine ayant eu vent d'accidents de radiothérapie à Lyon et Grenoble, [et qui s'aperçoit] que rien n'a été vraiment fait pour ceux d'Épinal[36] ». Ce professionnel de la médecine fait partie de l'équipe de l'ARH de Lorraine au même titre que de nombreux autres professionnels qui, par leurs compétences (statisticiens, juristes etc.), contribuaient à la qualité de l'expertise de ces administrations locales avant leur remplacement par les ARS en 2010. Sensibilisé professionnellement à la thématique des traitements par rayons et à la survenue récente de deux accidents de radiothérapie (l'un dans un hôpital de Lyon datait de trois mois et l'autre, grenoblois, de deux ans[37]), il examine manifestement le récit de la directrice avec beaucoup d'attention. D'autant plus que, à cette époque, un passage de relais est en cours dans cette institution entre l'ancienne direction de l'ARH et une nouvelle. Un autre directeur a été nommé à la tête de cette Agence, mais il n'est pas encore installé officiellement.

Dans ces circonstances, le médecin se tourne vers la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS[38]), qui prévient à son tour le nouveau directeur de l'ARH de Lorraine, Antoine Perrin, avant même son installation à la tête de l'Agence.

---

[35] Cet élément a été avancé par la directrice de l'hôpital elle-même et ses défenseurs lors du procès de certains cas de surirradiations qui s'est tenu en première instance au TGI de Paris à partir de septembre 2012. Elle a d'ailleurs été relaxée en janvier 2013 des charges de non-assistance à personne en danger pour lesquelles elle était amenée à comparaître.

[36] Extrait de l'article de Cazi (É.), « L'affaire des surirradiés d'Épinal renvoyée devant le tribunal correctionnel », *Le Monde*, 7 janvier 2012.

[37] Voir, pour l'accident de Lyon, Landrin (S.), « À Lyon, une surdose de rayons à l'origine du décès d'une patiente », *Le Monde*, 23 avril 2006. Pour l'accident de Grenoble, voir l'article suivant publié à l'occasion de la découverte des surdoses spinaliennes et qui évoque les précédents actes de surirradiations en France. Prieur (C.), « Accidents de radiothérapie : un mort et treize patients surirradiés », *Le Monde*, 14 octobre 2006. Les deux accidents concernaient à chaque fois une seule patiente. S'agissant du cas lyonnais, la patiente était décédée. La chef de service de radiothérapie de l'hôpital avait déclaré au *Monde* que cet accident était dû à « une erreur de transmission d'informations qui a conduit à une erreur de radiation sur un champ inadapté ».

[38] Avant son remplacement en 2010 par la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) la DHOS était une instance sous tutelle du ministère de la Santé. Celui-ci se divise en effet en plusieurs directions dont la DHOS n'était qu'une composante. Il existe également et à titre d'exemple la DGS – Direction générale de la Santé – ou la DAJ – Direction des affaires juridiques. La DHOS avait été créée en juillet 2000 (décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000) et remplaçait la Direction des hôpitaux créée en 1970. Elle avait pour mission générale d'organiser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national en articulant les soins dispensés en établissements de santé et les soins « de ville ». L'organigramme de la DHOS était composé d'une direction générale, avec un poste de directeur, des chefs de services, directeurs de projets, chargés de missions et des conseillers techniques. La DHOS se divisait en deux pôles (« organisation des soins, établissements et financement » et « professions de santé et

> « Avant d'aller en Lorraine [juste avant de prendre ses fonctions en septembre 2006] j'avais eu une information, par une conseillère, non pas du cabinet, mais de la Direction de l'hospitalisation. Elle m'a dit ‘‘il faudrait que tu ailles voir à Épinal, il y a quelque chose qui n'est pas clair en radiothérapie'' […]. Je crois que ça s'est passé en juillet [2006] et que, à ce moment-là, tout le monde s'est un petit peu réveillé : ‘‘qu'est-ce qui s'est passé'' ? Et moi je suis arrivé dans ce contexte-là, c'est-à-dire que l'information sortait au niveau de l'État. Personne ne savait. Moi j'avais été informé, mais je n'avais pas de notes, rien ».
> [Entretien, 31 janvier 2012].

La transmission de l'information relative à des cas de surdoses par la conseillère de la DHOS s'apparente à une alerte et est prise comme telle par le nouveau directeur de l'ARH. Il consacre par conséquent les premiers jours de sa prise de fonction à cette affaire.

> - Antoine Perrin : « Alors d'abord, il a fallu que je creuse parce que, arrivé à Nancy, j'ai été tout de suite à Épinal, j'ai demandé des informations. […].
> - Florian Pedrot : Vous êtes allé sur le terrain.
> - Ah oui tout de suite. J'ai demandé des infos. Et...
> - Donc à la direction de l'hôpital ?
> - À la direction de l'hôpital, dans le service de radiothérapie, je les ai convoqués, je leur ai demandé les dossiers. ‘‘Les dossiers ? On ne les a pas''. ‘‘Eh bien vous allez les trouver !''. Alors on me donne les dossiers et on m'a dit ‘‘Suivi médical : point d'interrogation''. J'ai dit ‘‘Comment ça ?''. Je me suis aperçu que des patients n'étaient pas suivis. Et puis on a fini par me donner un suivi médical : ‘‘va bien''. Le ‘‘va bien'' c'était ‘‘je n'ai pas d'information, donc je pense qu'il va bien, donc je mets qu'il va bien''. Donc si vous voulez, je me suis aperçu que c'était une crise qui n'avait pas été gérée par les services dont je prenais la suite, et surtout, localement, qui avait été totalement enterrée ».
> [Entretien, 31 janvier 2012].

Le caractère critique de la situation de nombreux patients et la non-gestion prolongée de ces surdoses préoccupe Antoine Perrin au plus haut point. Elle lui rappelle fortement une autre « crise », personnellement vécue peu de temps auparavant : celle du « chikungunya » à la Réunion en 2005.

affaires générales »). Chaque pôle présentait des sous-directions. Par exemple, au sein du premier pôle existait une sous-direction « qualité et sécurité des soins en établissements de santé ».

> « J'avais la mémoire […] de la gestion de crise, épouvantable, que nous avions eue à La Réunion sur le chikunghunya, de défiance de la population vis-à-vis des autorités sanitaires qui ne communiquent pas (et pour cause, elles ne savaient rien et elles étaient en retard sur l'information) ».
> [Entretien, 31 janvier 2012].

Avant de prendre ses fonctions en Lorraine, Antoine Perrin était en effet le directeur de l'ARH de La Réunion-Mayotte et avait à ce titre participé à la gestion de l'épidémie de chikungunya. Cette maladie virale jusqu'alors inconnue en France est apparue à La Réunion en mars 2005 et a d'abord affecté, dans une première phase de l'épidémie, 2 000 personnes. Présentant dans ses symptômes (fièvres, douleurs articulaires, hémorragies etc.) et son mode de transmission (par le moustique) de nombreux points communs avec la dengue qui faisait déjà l'objet d'une action publique, le chikungunya est rapidement assimilé à cette dernière par les autorités[39]. Les agences locales de Santé utilisent dès lors les procédures et dispositifs destinés à la dengue, reléguant les malades et leur problème de santé à la périphérie des discours publics. En juin 2006, le chiffre de 266 000 personnes touchées était atteint, « soit un tiers de la population réunionnaise[40] ». Du point de vue des autorités, le chikungunya représente ainsi une crise, non seulement parce que le nombre de personnes touchées est important, mais surtout parce que ces autorités ont saisi les contours de l'épidémie à travers une grille d'analyse qui laissait prise à l'émission de reproches publics et médiatisés. Martin G., ex-conseiller technique au « Pôle santé publique et crises sanitaires » du cabinet du ministre de la Santé de l'époque, Xavier Bertrand, est encore plus précis.

> « Dans ce dossier, il y avait tout pour que le ministre saute mais […] Xavier Bertrand est rentré dans l'arène, a géré tous les détails en allant souvent à La Réunion etc. […] ».
> [Entretien, 18 février 2014].

L'épisode du chikungunya a fortement marqué le directeur de l'Agence régionale de santé de La Réunion de l'époque. Antoine Perrin était pourtant expérimenté. Âgé de 45 ans en 2005, il a débuté sa carrière professionnelle comme chirurgien ORL. Il est nommé président de la conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers[41] en 1999. C'est en 2004 qu'il est nommé à la tête de l'ARH de La Réunion-

[39] Voir Metzger (P.), « L'épidémie de chikungunya : un problème de moustique ? », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, *op. cit.*, p. 175-193.
[40] *Ibid.*, p. 175.
[41] Cette instance a vocation à représenter les Commissions médicales des établissements hospitaliers français (des instances collégiales propres aux 750 établissements répartis sur le territoire), dont elle est l'émanation. La

Mayotte. Il la quitte deux ans plus tard pour prendre la direction de l'ARH de Lorraine d'octobre 2006 à mai 2007. Ce dont il prend connaissance lors de sa nomination en Lorraine par l'intermédiaire d'une conseillère fait, de son point de vue, étrangement écho à la situation Réunionnaise. Convaincu que les cas de surirradiations n'ont pas été pris en charge par les autorités et que cette histoire expose l'ARH de Lorraine dont il a pris la direction (voire le ministère de la Santé lui-même) à des critiques en inaction, il se mobilise fortement dès son entrée en fonction.

Ainsi, les précédentes crises sanitaires sont désormais envisagées par les acteurs institutionnels comme des expériences transposables et favorisent non seulement une perception rapide des enjeux – d'abord politiques puis sanitaires – des situations d'alerte mais également une prise en charge tout aussi rapide des problèmes émergents[42]. Ici, ces précédents pèsent sur les représentations qu'ont certains membres d'Agence ou de Direction de l'hospitalisation à l'égard des faits de surdoses. Ils portent ces acteurs à envisager ces accidents comme potentiellement menaçants pour leur propre carrière ou celle de leur ministre de tutelle.

1.2. La prise en compte d'un signal faible dans un ministère de la Santé en alerte

À l'été 2006, la conseillère de la DHOS n'alerte pas uniquement le nouveau directeur de l'ARH de Lorraine de l'existence d'un problème à l'hôpital d'Épinal, mais également Daniel N., conseiller technique chargé du « Plan cancer » auprès du ministre de la Santé Xavier Bertrand. Cancérologue de profession, il décrit en effet cet épisode significatif.

> « Un matin, j'étais à travailler à mon bureau. C'est la tradition dans les cabinets que l'on travaille porte ouverte car c'est un travail collectif. On ferme quand on reçoit. J'ai vu arriver quelqu'un d'important dans la hiérarchie de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins […] que je connaissais, qui m'a demandé, sans prendre de rendez-vous […] si elle pouvait échanger avec moi quelques instants sur un sujet assez grave. […] Il y avait derrière elle quelqu'un que je ne connaissais pas du tout, de l'administration. […].
> Ces deux personnes ont fermé la porte et [la première] m'a dit : ''Voilà, il faut que vous écoutiez cette personne, elle a quelque chose d'important à vous dire''. Et cette personne, c'est celle qui avait été jointe par sa collègue de Lorraine qui lui avait dit […] : ''J'ai l'impression qu'il se passe quelque chose […], je pense qu'il faut que

conférence est, au niveau national, l'interlocutrice du ministère de la Santé pour tous les domaines impliquant le corps médical des centres hospitaliers.

[42] Elles fonctionnement comme des savoir-faire qui légitiment l'action. Voir Vauchez (A.), « Parler d'expérience(s) », *in* Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique, op. cit.,* p. 45.

quelqu'un jette un œil là-dessus''. […] Elle m'a décrit la situation [soupir] j'ai trouvé que c'était étonnant, inadmissible pour les patients ».
[Entretien, 7 mars 2014].

a) Le ministère des crises

Deux membres de la DHOS entrent ainsi dans le bureau du conseiller ministériel de Xavier Bertrand durant l'été 2006. Les deux personnels de la DHOS sont en possession d'une information relative à des accidents de surirradiations dans un hôpital de l'Est de la France qu'ils tiennent d'une source travaillant en Lorraine. L'un des deux visiteurs de Daniel N. est membre de la direction ou d'un pôle spécifique de cette institution sanitaire (« quelqu'un d'important » selon notre interlocuteur, qui ne pouvait préciser davantage).

Daniel N. a 55 ans en 2006 lors de l'épisode des surirradiations. Avant d'intégrer le cabinet ministériel de Xavier Bertrand, il a été membre du cabinet du ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy.
Son recrutement au sein de ce cabinet ministériel est lié à « un concours de circonstances » comme il le décrit en entretien. Praticien hospitalier en radiothérapie et oncologie depuis 1974 à la Pitié Salpêtrière à Paris, il est également professeur associé de cancérologie à l'Université Paris VI. Lorsque Philippe Douste-Blazy est nommé ministre de la Santé par le Président Jacques Chirac en avril 2004, une partie de sa mission se rapporte à la mise en œuvre du premier « Plan Cancer » lancé officiellement en 2003. Le ministre souhaite recruter dans son cabinet une personnalité qui puisse l'épauler dans cette tâche et qui connaisse le domaine de la radiothérapie. Daniel N. fait partie des personnes qui ont le profil. Après réflexion, ce dernier accepte d'intégrer le cabinet du ministre en tant que « conseiller technique pour le Plan Cancer ».
En mai 2005, après un remaniement ministériel et la nomination de Xavier Bertrand ministre de la Santé, il est appelé à rester au cabinet pour continuer le travail engagé sur le Plan Cancer. C'est dans ce cadre qu'il reçoit en 2006 une alerte en provenance de l'hôpital d'Épinal. Sa qualité de praticien de la radiothérapie incite des membres de la DHOS à le contacter en priorité.

L'un des visiteurs du conseiller ministériel déclare avoir « l'habitude » des situations critiques auxquelles s'apparentent, selon lui, les surirradiations d'Épinal.

« Je n'ai pas tout de suite mesuré l'importance du travail à faire et c'est justement cette personne d'un rang hiérarchique important qui m'a dit : ''Moi j'ai un peu l'habitude. […] On va essayer de recueillir des informations et on va vous les transmettre en direct parce que ça pourrait être explosif. On pense que ce n'est pas la peine que cela emprunte le suivi hiérarchique habituel''. […] ''Et si, collectivement […], on estime que le sujet est suffisamment grave, on en parle au ministre'' ».
[Entretien, 7 mars 2014].

Les déclarations du conseiller de la DHOS démontrent que les précédentes affaires sanitaires font référence (négativement) parmi les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et de ses subdivisons. En particulier, les affaires du sang contaminé de 1991 et de la canicule de 2003[43] forment, selon Daniel N., non seulement des précédents qu'il s'agit absolument pour le ministère de la Santé et ses directions affiliées de ne pas reproduire, mais déterminent également fortement les représentations et les lignes d'actions adoptées quand émerge désormais un « signal » tel que celui d'accidents médicaux collectifs.

> « En 2003, il y a eu la canicule, qui a coûté la vie politique à un ministre. Il y a eu dans les années 1990 l'affaire du sang contaminé et cette affaire […] elle suinte des murs du ministère. C'est-à-dire qu'un jour, on sait qu'il peut y avoir un signal faible […] qui peut, pour des raisons objectives […] ou pour des raisons autres qu'objectives (le fait que la presse s'en empare, qu'il y ait une affaire par derrière […]), mettre en danger la carrière du ministre ».
> [Entretien, 7 mars 2014].

Tableau 1.

Les crises sanitaires qui « suintent des murs du ministère » de la Santé[44]

Épisode	Date de l'émergence de la crise[45]	Description	Conséquences sanitaires et politiques
Sang contaminé	1991	La presse révèle la contamination de personnes hémophiles par le VIH suite à des transfusions d'un dérivé du sang.	Le bilan officiel est de près de 2 500 personnes contaminées. Plusieurs procédures judiciaires dans ce dossier ont visé des personnalités politiques de premier plan. Laurent Fabius, Georgina Dufoix et Edmond Hervé, respectivement Premier ministre, ministre des Affaires sociales et de la solidarité nationale et secrétaire d'État à la Santé, ont été

[43] Pour une analyse sociologique de cet épisode, voir par exemple Laroche (H.), « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », *in* Gilbert (C.), Henry (E.) dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, *op. cit.*, p. 73-87. Ou Brard (D.), *La fabrique médiatique de la canicule d'août 2003 comme problème public*, mémoire pour le diplôme d'études approfondies de sociologie politique, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, Paris, 2004.

[44] Ce tableau s'appuie sur l'entretien réalisé avec Daniel N. conseiller technique « pour le Plan cancer » au cabinet du ministre de la Santé Xavier Bertrand. Pour une recension des crises sanitaires françaises, voir également Gilbert (C.), « Les différentes facettes des crises sanitaires », art. cité, p. 2.

[45] Entendue au sens de sa publicisation.

			renvoyés devant la Cour de Justice de la République (CJR) pour homicides involontaires et atteintes involontaires à l'intégrité des personnes physiques. En mars 1999, la CJR a relaxé Laurent Fabius et Georgina Dufoix, mais condamné Edmond Hervé pour faute d'imprudence ou de négligence et manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par le code de la santé publique, tout en le dispensant de peine. Des procédures ont encore eu lieu le 18 juin et le 6 novembre 2003 dans ce même dossier, notamment contre des conseillers ministériels et contre Claude Évin, ministre de la Santé de 1988 à 1991, accusé du non-rappel systématique de personnes transfusées au cours de sa période d'exercice. Elles aboutissent à des non-lieux. Claude Évin a de nouveau été jugé par le tribunal correctionnel de Paris en 2009, pour « avoir indirectement exercé des pressions sur les parents d'une victime dans l'affaire du sang contaminé pour qu'ils retirent leur plainte devant la Cour de justice de la République[46] ». Il a été relaxé.
Canicule	2003	Des enquêtes journalistiques rendent visible une surmortalité, en particulier des personnes âgées, en août 2003. Un épisode de canicule traverse alors la France.	Le nombre de décès estimé en excès eu égard à ces circonstances est de 15 000. Au début du mois d'août 2003, le 8 exactement, l'Institut national de veille sanitaire (InVS), chargé de la surveillance des maladies sur le territoire, est mobilisé sur un tout autre sujet : des cas de pneumonie à Montpellier. Du 6 au 8 août pourtant, des médecins font remonter à divers endroits (DDASS, DHOS), des informations sur des décès liés à des coups de chaleur ou à des services saturés. Le 9 août, un article du *Parisien* réalisé par Marc Payet questionne un membre de la DGS sur la canicule et son impact sanitaire. Le

[46] Voir, Non signé, « Accusé d'avoir fait pression sur des victimes du sang contaminé, Claude Évin est relaxé », *Le Monde.fr*, 5 mai 2009.

			10 août, les reportages de presse se multiplient, alarmistes, mais la communication officielle est toujours marginale. Et pour cause, « le 11 août, le ministre, Jean-François Mattei, en vacances dans le sud de la France a récupéré […] des informations plutôt ‘‘rassurantes’’[47] ». Le pic de chaleur est pourtant atteint le 11 et le 12 août, aggravant la situation dans les hôpitaux et cabinets médicaux. Le 13 août est annoncé par la DGS le chiffre de 3 000 morts « lors de la réunion de crise qui se tient au ministère de la Santé et qui est filmée par […] *France 2* en direct[48] ». Le 14 août, les températures baissent et le ton de la presse « se fait de plus en plus accusateur[49] ». Le 17 août, le directeur de l'InVS chargé de la cellule sanitaire, à peine rentré de vacances, communique un chiffre de 5 000 décès sans en avoir informé le ministre au préalable. Il est reçu dans le bureau du ministre le soir même ainsi que le Directeur général de la Santé, Lucien Abenhaim (qui démissionne). Le ministre de la Santé Jean-François Mattei a été vivement critiqué par plusieurs acteurs (personnels médicaux, politiques, journalistes-éditorialistes) pour sa gestion de la crise. Il en a finalement fait les frais en n'étant pas reconduit au sein du gouvernement de Jean-Pierre Raffarin lors du remaniement ministériel de mars 2004 (gouvernement dit « Raffarin III »).

Les critiques publiques et accusations judiciaires auxquelles ces deux affaires ont donné lieu incitent désormais les personnels politiques à envisager le domaine de la santé ainsi que le ministère dédié comme très exposés à des crises récurrentes et « mortelles politiquement » pour un gouvernement.

[47] Crémieux (A.-C.), *Gouverner l'imprévisible, op. cit.*, p. 29.
[48] *Ibid.*, p. 31.
[49] *Ibid.*, p. 33.

Aussi, dans les années 2000, plusieurs dispositions sont prises par le ministère de la Santé pour renforcer ses moyens de vigilance à l'encontre des problèmes en santé. Après la canicule de l'été 2003, des services spécialement dédiés aux situations de crises sont créés. Il en va ainsi du « département des situations d'urgence sanitaire (Desus, aujourd'hui DUS [Département des urgences sanitaires])[50] », créé par un arrêté du 14 octobre 2004 auprès de la Direction générale de la santé[51] et qui a pour mission de réceptionner les alertes sanitaires de niveau national ou international. Le cabinet du ministre de la Santé s'étoffe également de postes voire de pôles spécifiquement dédiés aux crises sanitaires durant cette période du début des années 2000. En effet, si les cabinets des ministres de la Santé Jean-François Mattei (mai 2002 à mars 2004) et Philippe Douste-Blazy (avril 2004 à mai 2005) présentaient des postes de « conseiller technique chargé de la veille et de la sécurité sanitaire » et de « conseiller santé publique et sécurité sanitaire », les cabinets des ministres ultérieurs, ceux de Xavier Bertrand (juin 2005 à mars 2007), de Philippe Bas (mars 2007 à mai 2007) et de Roselyne Bachelot (mai 2007 à novembre 2010), disposent pour les deux premiers d'un « conseiller technique crises sanitaires » et pour le troisième, d'un large « pôle gestion des alertes et crises sanitaires ».

Encadré 3. Comment devient-on « conseiller technique pour les crises sanitaires » ?

Martin G., « conseiller technique pour les crises sanitaires » des ministres de la Santé Xavier Bertrand puis Philippe Bas, a officié durant l'épisode des surirradiations hospitalières. Diplômé de l'École polytechnique, ingénieur en chef des ponts, des eaux et des forêts et diplômé du *Massachusetts Institute of Technology* (*MIT*), il n'a pas de formation initiale en santé. En lien avec son statut d'ingénieur des ponts, il a d'abord travaillé sur des sujets en rapport avec l'environnement. En 2000, il fait partie de la délégation française du ministère de l'Environnement lors des négociations internationales sur la lutte contre le changement climatique. Il entre ensuite à la Direction régionale de l'industrie et de la recherche (DRIRE) de Picardie comme chef du service régional de l'environnement. En 2003, il devient responsable de la politique financière pour la zone Afrique du Nord/Moyen-Orient à la direction du Trésor du ministère des Finances. En décembre 2004, il est nommé pour la première fois « conseiller technique santé environnement » dans un cabinet ministériel, celui du ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy. Son recrutement est lié à son appartenance au corps des eaux et forêts et à son profil de spécialiste de l'environnement.

> « Mon corps ponts-eaux et forêts, a des ingénieurs généraux chargés de suivre la carrière des jeunes. Un jour j'ai été contacté (ce n'est pas moi qui l'ai fait) pour un rendez-vous de suivi normal. Il m'a dit : ''Moi je suis responsable de ceux qui sont au ministère des Finances. Connaissons-nous''. Très bien. Et il remplissait ses fiches et dans ses fiches il y a « est-ce que cela vous intéresse d'être un jour en cabinet ministériel ? ». Pourquoi pas, pas de raison de dire non. […] Il me demande mes

[50] Zylberman (P.), « Crises sanitaires, crises politiques », *Les Tribunes de la santé*, 1 (34), 2012, p. 45.
[51] La Direction Générale de la Santé (DGS) est une direction du ministère de la Santé qui prépare la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre.

appétences. Et voilà, c'est noté et c'est fini. J'oublie et quelques mois après […], au cabinet de Philippe Douste-Blazy, quelqu'un est parti, qui était de ce même corps. Et comme il y a une concurrence entre les corps pour avoir ce genre de fonction, immédiatement, l'ingénieur me passe un coup de fil […]. Et puis voilà, c'est comme cela que je suis entré. Et je suis parti au ministère de la Santé pour les sujets de santé-environnement. Cela veut dire que c'était le poste environnement dans le ministère de la Santé. Le non-médical, l'ingénieur. C'est assez classique au ministère de la Santé ».
[Entretien, 18 février 2014].

Après deux ans au cabinet de Philippe Douste-Blazy, Martin G. devient membre du cabinet de Xavier Bertrand au sein du même ministère, du mois de juin 2005 à mars 2007. Il doit son affectation au poste de conseiller « crises sanitaires » à un épisode de pandémie grippale qui occupait le premier titulaire de la fonction à plein temps.

« Xavier Bertrand m'a gardé [après le départ de Philippe Douste-Blazy]. Il était secrétaire d'État avant [à l'Assurance maladie] et on se connaissait un peu en fait. Et, quand est arrivée la crise du chikungunya, l'homme qui aurait dû être l'homme des crises, c'était Julien E. […]. Il était médecin de santé publique et l'homme idéal pour cela […]. Sauf qu'il était sursaturé avec le dossier de la pandémie. […] Donc il fallait quelqu'un d'autre et Xavier Bertrand a dit : ''C'est toi'' ».
[Entretien, 18 février 2014].

Si en effet la pandémie grippale avait mobilisé le ministère de la Santé dirigé par Philippe Douste-Blazy dès 2004[52], ce n'est que le 25 août 2005, sous la mandature de Xavier Bertrand, que le Président de la République Jacques Chirac demande au gouvernement, sur la foi d'informations relatives à la survenue de cas de contamination grippale au H5N1 dans le monde, « d'appliquer pleinement le principe de précaution ». Il s'agit d'envisager toutes les mesures de protection nécessaires face à ce virus. En octobre 2005, le gouvernement provisionne des doses de vaccin *Tamiflu*, suivant en cela les recommandations de la Commission Européenne. Le ministre de la Santé Xavier Bertrand et son cabinet sont ainsi extrêmement mobilisés par cette affaire et celle-ci les éprouve au point que le cabinet ait besoin d'un autre conseiller « crises sanitaires ». Martin G. accepte le poste.

L'avènement de ces postes de conseillers techniques spécialisés dans les « crises sanitaires » au sein des cabinets ministériels souligne combien les ministres de la Santé sont désormais en alerte et en état de veille par rapport à des dangers sanitaires perçus aussi comme des dangers politiques, comme le précise Martin G. :

« Comment dire ? C'est stressant d'être ministre. On peut ''sauter'' quand on est ministre de la Santé, tous les jours. Donc lui, Xavier Bertrand, il voulait tout savoir, ''boulimique'' d'informations. Il voulait tout comprendre […], il m'appelait souvent lors de ces crises chaudes pour qu'on les suive de manière très précise. […]. Il a fait lui-

[52] Pour un récit de cette crise « de l'intérieur » du ministère, voir le témoignage écrit d'Anne-Claude Crémieux, ex-conseillère des ministres de la Santé Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand de janvier 2003 à août 2005. Crémieux (A.-C.), *Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires*, *op. cit.*, p. 37 et suivantes.

même construire un ‘‘blockhaus’’ dans la ‘‘cave’’ du ministère. Bon, la salle qu’on avait avant, elle était au troisième étage, plein sud. Et la crise de la ‘‘canicule’’ a été gérée là-dedans ! N’importe quoi, il faisait au moins 50 degrés dedans, c’était insupportable. Eh bien la cave, on a compris que c’était mieux tempéré ! Et la cave, c’est aussi que c’est hors de la vue de tout le monde, il n’y a pas de circulation etc. ».
[Entretien, 18 février 2014].

Ainsi le passage de Xavier Bertrand au ministère de la Santé s’est accompagné de la création d’un « blockhaus » spécialement dédié à la gestion des situations de crises. Cette sensibilité ne résulte pas d’une spécialisation antérieure du ministre sur les questions de santé.

Xavier Bertrand a 41 ans en 2006[53] lorsque le sujet des surirradiations émerge au ministère de la Santé. Titulaire d’une maîtrise de droit public à l’Université de Reims et d’un Diplôme d’études supérieures spécialisées (DESS) en administrations locales, il milite depuis l’âge de 16 ans au Rassemblement pour la République (RPR).
Assureur de profession, il est repéré par le sénateur de l’Aisne Jacques Braconnier qui en fait son assistant parlementaire en 1987. En 1989, Xavier Bertrand est élu conseiller municipal de Saint-Quentin (Yvelines) tout en restant assistant parlementaire. Après un bref retour à la profession d’assureur au cours duquel il demeure conseiller municipal, il est nommé adjoint au maire de Saint-Quentin en 1995.
En 2002, il se fait élire député de l’Aisne. Il est nommé secrétaire d’État à l’Assurance maladie en 2004 sous le gouvernement de Dominique de Villepin. Il devient ministre pour la première fois en 2005 en récupérant le portefeuille de la Santé et des Solidarités de Philippe Douste-Blazy, nommé ministre des Affaires étrangères, toujours sous le gouvernement de Dominique de Villepin.

La sensibilité de Xavier Bertrand à la thématique des crises sanitaires résulte ainsi de son immersion au sein d’un ministère pour lequel une alerte, même faible au départ, est immédiatement interprétée comme sensible politiquement depuis que des ministres ont été mis en accusation. Martin G., ne laisse subsister aucune ambiguïté.

« Cela marche très bien les sujets ‘‘santé’’, ‘‘morts’’ dans notre société. Donc forcément, le sujet santé a une réactivité qui est quand même assez incomparable à d’autres sujets. […] Le ministère de la Santé est un ministère de crises ».
[Entretien, 18 février 2014].

[53] Les informations biographiques sont issues du reportage consacré par *France 3* Picardie à Xavier Bertrand dans le cadre des élections régionales de 2015 et du site Internet du *Point*. Voir respectivement france3-regions.francetvinfo.fr/picardie/aisne/saint-quentin/biographie-express-qui-est-xavier-bertrand-le-nouveau-president-de-la-region-npdcp-885187.html) ; www.lepoint.fr/tags/xavier-bertrand.

b) La prise en charge d'un signal d'alerte

Compte-tenu des précédents scandales et des mises en cause de ministres, la probabilité était forte de voir l'information en provenance d'Épinal prise très au sérieux lorsqu'elle émerge à l'été 2006. Elle est interprétée comme un « signal » d'alerte au ministère de la Santé et donne lieu à un travail d'investigation immédiat et accéléré comme le précise le conseiller technique ministériel qui la reçoit, Daniel N.

> « J'ai reçu un certain nombre d'informations. Je crois que j'ai été informé le mardi matin et le vendredi, il était clair pour moi que l'on était au-devant de quelque chose d'énorme. […]. En lien avec mon activité à l'hôpital, j'étais en relation de camaraderie avec un certain nombre de collègues avec lesquels j'avais des liens suffisamment proches pour pouvoir échanger de façon raisonnablement confidentielle. […] J'ai passé le week-end à travailler dessus et j'ai surtout appelé monsieur Bertrand […] en lui disant qu'il y avait ''un sujet sanitaire potentiellement important. Qu'il n'y avait pas que moi mais une ligne hiérarchique […] qui avait fourni un certain nombre de documents et qu'il fallait que je le voie''. Il m'a reçu le lundi matin à sept heures trente. Je lui ai présenté une note ».
> [Entretien, 7 mars 2014].

Les relations entre le ministre et les conseillers mobilisés deviennent fréquentes avec l'émergence d'une alerte et ne suivent plus les procédures habituelles. Des réunions peuvent être organisées dans l'urgence. L'enjeu est médiatique, ainsi que le spécifie le conseiller « crises sanitaires » de Xavier Bertrand.

> - Martin G. : « Quand une information comme celle-là arrive, le ministre ''hurle'' ! […]. La première réaction c'est : ''Qui, que, quoi ? J'ai besoin de comprendre''. On est dans un temps médiatique. Quand il y a ce genre d'événements, il y a toujours la crainte que cela fasse la Une des journaux. Donc il faut aller très, très vite. Les conférences de presse, c'est à 11 h le matin parce que sinon, ils n'ont pas le temps, derrière. Le journal de ''20 heures'', pour un sujet classique, s'arrête à 16 h. Bon, l'urgence, ils peuvent la traiter en dernière minute mais, normalement, ils s'arrêtent à 16 h. Et à minuit, vous avez la fin pour la publication des journaux du matin.
> - Florian Pedrot : vous avez le timing en tête…
> - Oui, on est rythmé par ça quand même. Les sujets santé, cela sort soit sur *TF1*. Enfin, *TF1*, c'est un très bon endroit, c'est même le meilleur pour les crises. Ils ont un très bon service et c'est eux qui donnent le ''la''. S'ils mettent un sujet en ouverture du ''20 heures'', ça va être traité par *Le Monde* le lendemain. […]. C'est la télévision qui donne le ''la'' ».
> [Entretien, 18 février 2014].

Ce panorama précis du champ journalistique réalisé par Martin G. indique que les membres des cabinets ministériels de Santé ont peu à peu appris à faire avec l'attention

médiatique, anticipant l'activité des journalistes et les reprises possibles d'un sujet de santé. Dans le cas des surirradiations, le circuit officiel emprunté par l'information en provenance d'Épinal permet au ministère, et en particulier aux conseillers techniques « pour les crises sanitaires » et « pour le Plan cancer », de mener les premières enquêtes à l'abri des investigations journalistiques.

> « Sur le plan pratique, on a essayé d'en savoir plus sur ce qui se passait. De mémoire, […] surtout Martin G. au départ, qui avait la connaissance beaucoup plus importante que la mienne de tous les rouages de l'État, a dit que ''cette affaire ne peut pas être si importante car il y a quand même tout un ensemble d'acteurs en santé publique qui gèrent la qualité, la sécurité des pratiques de soins, il y a des agences comme l'AFSSAPS pour le matériel, comme l'ASN et l'IRSN''. Et, comme on avait la pression du ministre, […] on les a reçus ».
> [Entretien, Daniel N., 7 mars 2014].

En s'intéressant au travail de production des « décisions » en cabinet ministériel, Jérôme Nollet montre que ces dernières, loin d'être le produit de la volonté d'un seul (en l'espèce le ministre) s'insèrent « dans une vaste chaîne d'interdépendances[54] » dans laquelle, aux côtés du ministre, interviennent des conseillers techniques et un directeur de cabinet. Dans cette chaîne, le travail des conseillers ministériels se situe en amont et en aval de la décision. Il prend en effet la forme d'une « triple activité d'expertise spécialisée sur un secteur d'action publique, de supervision d'un travail collectif (avec les services du ministère, mais aussi les acteurs socio-économiques ressortissants de l'action publique du ministère) et de communication politique[55] ». En situation d'alerte – c'est le cas avec les surirradiations –, leur expertise du secteur sanitaire dans son ensemble (et ici, de celui de la radiothérapie en particulier) permet d'organiser un ensemble de réunions destinées à faire le point sur la situation. Dans le dossier des surdoses de rayons, des réunions avec les principaux organismes de contrôle des pratiques en radiothérapie sont organisées. Des éléments explicatifs de la situation sont identifiés : confiance extrême dans l'efficacité des procédures, manque d'interrelation entre les parties.

L'officialisation publique des cas de surdoses devient alors possible et même, urgente. Les informations récoltées (en particulier celles relatives aux défaillances institutionnelles et administratives liées à la réunion d'octobre 2005) laissaient craindre, du point de vue du ministère, des mobilisations à même de traduire ces dysfonctionnements en « scandale » de

[54] Nollet (J.), « Le travail politique de production des décisions ministérielles. La gestion de la ''vache folle'' dans les cabinets ministériels », communication au Congrès AFSP, section thématique 40 : « Le travail politique », Strasbourg, 2011, p. 1.
[55] *Ibid.*, p. 2.

santé : des victimes qui rendent publiques leurs situations, des investigations de journalistes à la recherche d'un scoop. Les travaux spécifiquement menés sur les « scandales » ont effectivement montré que ces derniers relèvent d'une activité menée par des acteurs qui orientent dans un sens scandaleux l'interprétation d'un fait[56]. Dans cette perspective, la désignation d'un phénomène comme un scandale dépend de la réussite d'une opération de dévoilement menée sur ce fait tandis que la non-émergence du scandale est le produit de la réussite des mobilisations destinées à occulter les caractéristiques les plus propices à une telle transformation. C'est précisément pour éviter que l'alerte ne se transforme en scandale que le ministère de la Santé décide de l'organisation d'une conférence de presse.

2. Quand la définition du problème émergent devient un enjeu

Après les investigations menées en interne (à l'ARH de Lorraine, au ministère de la Santé) et la découverte des défaillances institutionnelles en matière de transmission des informations, le personnel politique se résout lui-même à agir. Sa réaction tient dans un premier temps dans l'organisation d'une communication. Une conférence de presse à son initiative se tient le 1er octobre 2006 à l'ARH de Lorraine, afin de rendre publics les cas de surirradiations d'Épinal. La « définition » du problème posé par ces surirradiations promue à cette occasion instaure « un cadre[57] » des événements spécifique : celui d'accidents médicaux d'ampleur mais pris en charge par « l'État, et plus particulièrement l'établissement, [qui] ''assumeront leurs

[56] C'est la perspective stratégiste des scandales, que l'ouvrage de Michel Offerlé sur les groupes d'intérêts condense. Offerlé (M.), *Les groupes d'intérêts*, Paris, Montchrestien, 1988. Pour une approche pragmatique des situations de scandale et plus généralement un panorama des approches existantes en la matière, voir Hamidi (C.), « Le scandale n'aura pas lieu ou l'affaire Pechiney saisie par la presse », *Revue française de sociologie*, 50 (1), 2009, p. 91-121.

[57] La notion de cadre (*frame*) provient initialement du travail d'Erving Goffman. Pour le sociologue, les interactions quotidiennes sont rendues possibles par l'existence en chacun des individus de schémas interprétatifs (des cadres) qui permettent l'appréhension du monde environnant et l'action, sans forcément avoir pleinement connaissance de ces cadres. La notion de cadrage a ensuite fait l'objet d'autres usages en sciences sociales. Elle a été importée dans la sociologie de l'action collective – notamment par des sociologues comme Robert D. Benford ou David A. Snow – et dans la sociologie des médias et des problèmes publics. Dans cette perspective, l'article de William A. Gamson et Andre Modigliani sur la manière dont a été cadrée l'information sur l'usage du nucléaire depuis les années 1950 est un bon exemple de ces études ayant participé à l'extension de l'analyse des cadres à la sociologie des problèmes publics. Après avoir été dominée par le cadre du « progrès », l'énergie nucléaire a été soumise à des cadres interrogatifs dans les années 1960, puis à des cadres franchement critiques à partir des années 1970-1980. Sur les travaux cités, se reporter respectivement à Goffman (E.), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit, 1991 [1974]. Snow (D.), Rochford (B.), Worden (S.), Benford (R.), « Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation », *American sociological review*, 51 (4), 1986, p. 464-480. Gamson (W.), Modigliani (A.), « Media Discourse and Public Opinion on Nuclear Power : A Constructionist Approach », *American Journal of Sociology*, 1 (95), 1989, p. 1-37.

responsabilités jusqu'au bout''[58] ». Contrairement à ce que pourrait indiquer cette déclaration, cette appropriation du problème par les acteurs politiques ne les dessert pas. Elle permet de restreindre le problème à une question technique et médicale. Néanmoins, liés à ce cadre, les acteurs politiques adoptent des comportements inhabituels et inattendus.

2.1. Devenir « propriétaire » du problème des surirradiations en le rendant public

Tout comme le ministre de la Santé et ses conseillers, le nouveau directeur de l'ARH de Lorraine Antoine Perrin, a mené des investigations sur les faits de surdoses dans l'hôpital d'Épinal. Rapidement convaincu que ces faits étaient menaçants pour les autorités sanitaires, il prévient le ministère avec cette intention de lui donner les moyens de garder « la gestion de la crise ».

> « J'avais la connaissance de l'information. La presse n'était pas au courant. Des personnes à Épinal […] commençaient à s'animer, mais commençaient seulement. Elles-mêmes n'avaient pas suffisamment d'éléments pour agir. [...] Dès que j'ai eu suffisamment d'informations, j'ai tout de suite prévenu le cabinet du ministre, en leur disant : ''voilà ce que j'ai découvert, je ne sais pas tout, mais il faut qu'on communique le plus vite possible'' ; [à défaut] on aurait perdu la gestion de la crise ».
> [Entretien, 31 janvier 2012].

Emmanuel Henry et Claude Gilbert ont souligné que « les luttes autour des définitions de problème constituent […] une part importante de l'activité des acteurs qui, au sein de différentes organisations ou aux points de jonction entre organisations, prêtent une attention particulière à ces définitions, à leurs possibles évolutions, et ce d'autant plus qu'ils sont souvent très conscients des enjeux qui sont liés aux transformations de ces définitions[59] ». Le dossier des surirradiations donne l'occasion d'illustrer en pratique cette proposition. Les surdoses de rayons pouvaient en effet à ce stade recevoir une définition en termes de « scandale » sanitaire, promue par les victimes et relayée par les journalistes, puisque tous « s'animaient » à l'époque comme l'indique le directeur de l'ARH. Ou bien ces surdoses pouvaient être définies d'une manière moins préjudiciable pour les autorités sanitaires. C'est précisément afin d'éviter d'être

[58] Déclaration du directeur de l'ARH de l'époque retranscrite dans la presse. Voir, Non signé, « Radiothérapie fatale : l'ARH joue la transparence », *Est Républicain*, 14 octobre 2006.
[59] Gilbert (C.), Henry (E.), « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.,* p. 16.

pris de cours par des enquêtes journalistiques et des témoignages de victimes que le ministère de la Santé donne son accord à l'organisation d'une conférence de presse le 12 octobre 2006.

a) L'importance de la communication

En communiquant, il s'agissait pour les acteurs politiques et administratifs de se donner les moyens d'agir sur la définition du problème, comme l'indique Antoine Perrin, le directeur de l'ARH de Lorraine.

> « Je suis arrivé à Nancy le 18 septembre [2006] – je n'ai pas oublié – et ma communication, ce sera le 12 octobre [2006]. Je n'ai pas oublié ces deux dates. […] Je crois que j'ai communiqué à 10 h du matin, et le cabinet du ministre sortait un communiqué à 11 h. On avait calé ça : c'est-à-dire que je parlais en premier, mais c'était relayé par le cabinet du ministre. C'était très bien organisé notre intervention. L'information c'était : ''Il y a une crise grave, il y a 23 malades, on ne sait pas tout, on met un numéro vert, on vous dira tout au fur et à mesure. Et on assumera nos responsabilités'' ».
> [Entretien, 31 janvier 2012].

Le récit d'Antoine Perrin résume parfaitement sa communication du 12 octobre 2006 ainsi que la manière dont elle a été retranscrite dans les médias. Les reportages relatifs à cette conférence de presse permettent en effet d'avoir accès à la façon dont le directeur de l'ARH avait présenté les choses à l'époque. « ''Dans un souci de transparence et de clarté''[60] », ce dernier avait fait part de la découverte d'« ''accidents de radiothérapie'' à l'hôpital d'Épinal[61] ». Ceux-ci avaient « ''entraîné un décès et des complications chez treize patients traités pour des cancers de la prostate'' ». Il était précisé que « ''au total, entre mai 2004 et mai 2005, vingt-trois malades atteints d'un cancer de la prostate ont été victimes d'une surexposition de rayonnements''[62] ». Il était également expliqué que ces « accidents » étaient imputables à une « ''mauvaise utilisation'' d'un nouveau logiciel destiné à piloter l'appareil, installé en 2004. L'ARH pointe aussi des erreurs de paramétrages et ''un manque de maîtrise technique'' d'une partie du personnel[63] ». Les défauts étaient présentés comme multiples[64].

[60] Rahmelow (D.), « Les manipulateurs radio appuyaient sur le mauvais bouton... », art. cité.
[61] Non signé, « La ''mauvaise utilisation'' d'un logiciel à l'origine d'accidents de radiothérapie à Épinal », *Le Monde.fr*, 13 octobre 2006.
[62] Non signé, « Épinal : Surexposition mortelle de rayonnement à l'hôpital », *Libération*, 13 octobre 2006.
[63] Non signé, « Radiothérapie : un mort, 13 surirradiés », *La Dépêche du Midi*, 13 octobre 2006.
[64] Ils sont effectivement plus importants que dans les précédentes affaires de surdoses françaises qui, pour rappel, ne concernaient à Lyon et Grenoble qu'une seule patiente.

Cependant, les autorités signalaient pour finir – et cela a été repris par l'ensemble des compte rendus médiatiques – que « ‘‘tous les patients surirradiés sont surveillés et leurs droits à recours et réparation leur ont été signifiés, y compris à la famille du patient décédé’’[65] ». Cette définition des surirradiations par les autorités et le traitement médiatique auquel elles ont donné lieu sont bien éloignés des caractéristiques propres aux contextes de scandales sanitaires, où priment dans les discours politiques et médiatiques des controverses autour des comportements de négligence volontaire d'acteurs. Il s'agit ici exclusivement d'accidents médicaux subis par des patients tous identifiés et engagés dans des procédures de réparations du préjudice subi.

Les mécanismes de la reprise médiatique de cette définition du problème sont étudiés ultérieurement[66]. L'important ici est de souligner qu'en communiquant rapidement et sous cette forme, les pouvoirs publics avaient de grande chance de voir leur définition du problème reprise et diffusée. Bien dotés en informations sur les événements, ils avaient en la matière une longueur d'avance sur les journalistes des rédactions locales et nationales présents en conférence de presse. Ces derniers n'avaient pas eu accès au terrain hospitalier et étaient par conséquent entièrement dépendants de la définition institutionnelle de la situation. En d'autres termes, en conviant des journalistes à une réunion de communication sur les surdoses de rayons, le personnel politique se rendait victorieux des « luttes définitionnelles » qui entourent, à plus ou moins brève échéance, les questions sanitaires[67]. En particulier, il écartait les interprétations en termes de scandale, crise ou affaire de santé publique.

b) Être dans la « survérité »

Tout problème social peut s'analyser comme le résultat d'une lutte de définitions. La différenciation des sociétés contemporaines en plusieurs secteurs d'activités, espaces sociaux ou champs, entérine en effet une inégale distribution des ressources informationnelles entre groupes sociaux. Cette inégale distribution se renforce dans certains cas sous l'effet de l'activité d'acteurs qui s'efforcent de se ménager un accès privilégié aux informations. C'est le cas du personnel politique dans le dossier des surdoses.

[65] Prieur (C.), « Accidents de radiothérapie : un mort et treize patients sur-irradiés », art. cité.
[66] Se reporter au chapitre 2.
[67] Pour des exemples voir Carricaburu (D.), « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de périnatalité et des infections nosocomiales », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.*, p. 55-71.

La monopolisation est ici telle qu'il est possible de voir dans les protagonistes politiques les uniques « propriétaires[68] » du problème posé par les surdoses, c'est-à-dire les acteurs qui comptent dans le traitement de celui-ci, qui ont la maîtrise de sa définition. Cette dernière cantonne les surdosages de rayons à une affaire technique et médicale. La probabilité qu'une définition alternative des événements émerge était d'autant plus faible que la communication publique mettait en avant « le souci de transparence » total qui animait les autorités. Antoine Perrin, le directeur de l'ARH de Lorraine, insiste en entretien sur la volonté affirmée des autorités « d'assumer, [de] prendre [leurs] responsabilités » à cette période. Martin G., le conseiller pour les crises sanitaires au cabinet du ministre Xavier Bertrand, abonde en ce sens.

> « Chaque crise rejoue les crises précédentes. […] Les médias ont ces schémas en tête, même sans savoir exactement les événements qui se sont passés. Mais on rejoue toujours ces histoires-là. […] On rejoue ‘‘Tchernobyl : le politique nous ment, il ne vous dit pas la vérité’’. Donc, et c'est clairement la ligne du ministre Xavier Bertrand mais, je crois, d'un peu tous : ils sont dans la survérité, je dis bien la survérité et pas seulement la vérité ».
> [Entretien, 18 février 2014].

L'exigence de « survérité » que le personnel politique s'impose désormais face à une alerte sanitaire – soit la communication publique précoce – s'apparente à un « coup » tactique au sens où l'entend Michel Dobry, c'est-à-dire un ensemble d'« actes et […] comportements » qui sont destinés à affecter « les attentes des protagonistes[69] » d'une situation. En l'espèce, le « coup » tactique consiste à définir les surdoses sous la forme d'un problème grave, mais strictement médical et technique. Élaborée pour satisfaire aux attentes des journalistes, cette définition permet aux acteurs politiques de se faire les propriétaires de la définition du problème. Cependant, cette position les contraint à adopter des comportements de « lanceurs d'alertes » peu mis en évidence jusqu'alors dans les travaux sur les affaires sanitaires.

2.2. Les acteurs politiques lanceurs d'alerte

L'anticipation des entreprises de scandalisation sur les cas de surdoses est à l'origine de l'activité de définition du problème posé par les surrirradiations et de la position de « propriétaire » occupée par les acteurs politiques. Après la conférence de presse de l'ARH de

[68] Gusfield (J.), *La Culture des problèmes publics, op. cit.*, p. 10.
[69] Dobry (M.), *Sociologie des crises politiques, op. cit.*, p. 11.

Lorraine, ce problème sanitaire se présente comme un accident médical très sérieux portant sur plusieurs patients et impliquant un certain nombre d'erreurs commises au sein du service de radiothérapie de l'hôpital spinalien. En conséquence, et compte-tenu des informations à leur disposition, les autorités sanitaires entendent, disent-elles, assumer « leurs responsabilités ».

Prises dans un tel « cadrage » (qu'elles ont elles-mêmes installé), ces autorités sanitaires s'assignaient de fait la position centrale et déjà balisée de commanditaires d'enquêtes officielles. Chaque définition d'un problème « correspond en effet non seulement à un mode de construction spécifique […], mais aussi, de façon étroitement liée, à un mode d'appropriation pratique – en acte ou en projet – également spécifique[70] ». Martin G. revient sur cette phase d'enquêtes post-communication.

> « Très rapidement, l'Autorité de sûreté nucléaire a été mandatée. […] Il doit bien y avoir un courrier du ministre donnant un ordre à l'ASN. J'ai dû lui faire signer ce courrier donnant l'ordre à l'ASN d'aller faire une inspection sur place au plus vite et de faire son rapport de recommandation. Deuxièmement, on a fait un courrier à l'Inspection générale des affaires sociales, parce que dès le départ on a senti qu'il y avait un problème disciplinaire dans cette affaire. L'IGAS devait donc faire une inspection d'organisation de l'hôpital pour mettre au clair la chaîne des responsabilités. Et le ministre a eu des propos, classiques, du type ''je sanctionnerai les fautes commises'' ».
> [Entretien, 18 février 2014].

a) Le temps des enquêtes

Ainsi, suite à la conférence de presse d'octobre 2006, le cabinet du ministère de la Santé sollicite la conduite d'investigations auprès d'un organisme ministériel (l'IGAS) et d'une autorité administrative indépendante du ministère (l'ASN). Les deux enquêtes sont menées en un temps record (cinq mois seulement). C'est que, loin de se désintéresser de ces enquêtes, le cabinet du ministère de la Santé s'y est fortement impliqué comme le précise un de ses membres, Daniel N. :

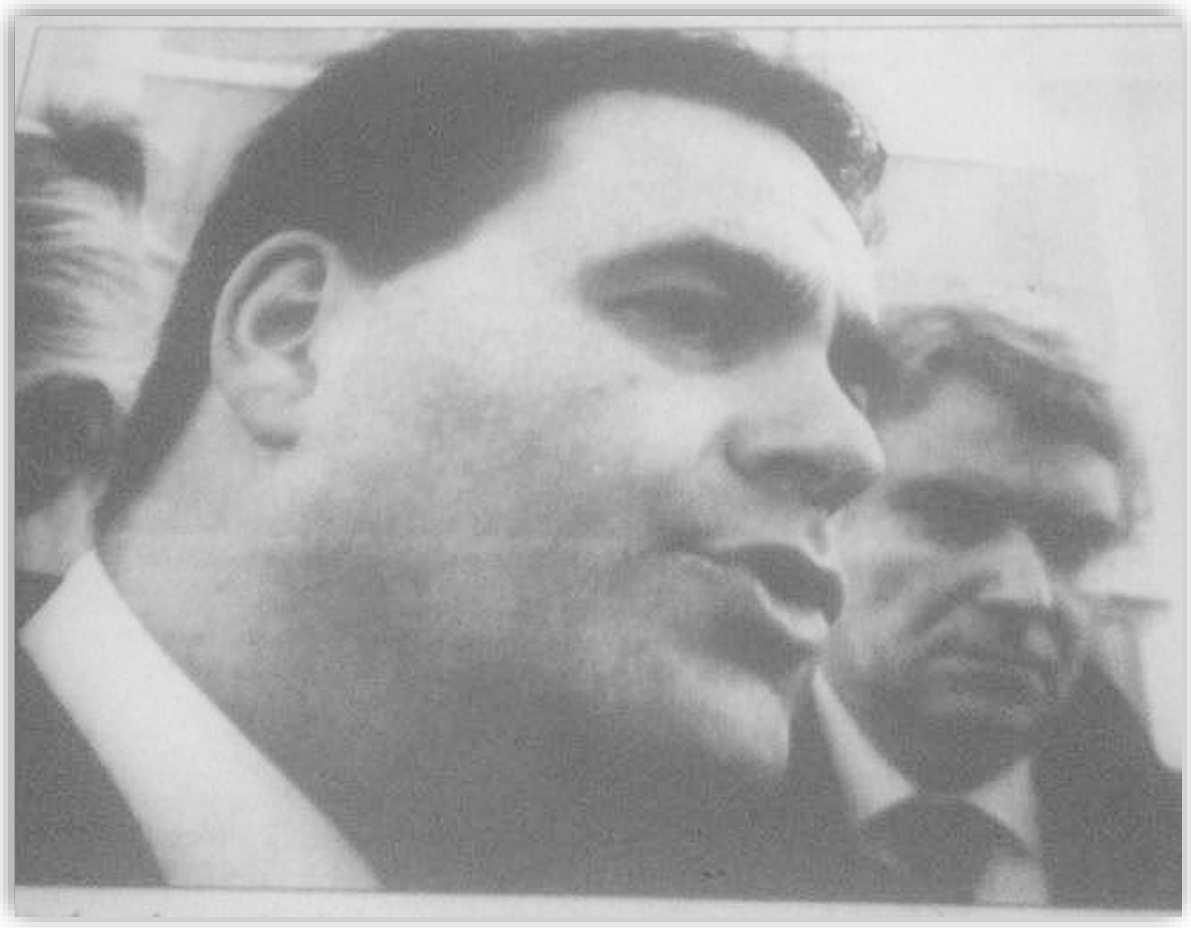
> « Progressivement, avec toute la hiérarchie du cabinet […] l'on a régulièrement pris conscience que les choses devenaient de plus en plus graves. […] Et ça a été le déclenchement de la visite officielle du ministre à Épinal en décembre ».
> [Entretien, 7 mars 2014]

[70] Gilbert (C.), Henry (E.), « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », art. cité, p. 43.

En décembre 2006, compte tenu des informations résultant des premières investigations de l'IGAS et de l'ASN (découverte d'autres cas de surdoses, état de santé extrêmement dégradé des patients), une visite ministérielle s'organise au sein du service de radiothérapie d'Épinal. Par ce déplacement soudain, le ministre (accompagné de membres de son cabinet et de personnels de l'IRSN) souhaitait se faire son propre avis sur la situation et surtout montrer son implication, puisque la presse locale était présente et qu'une rencontre avec le député-maire d'Épinal, Michel Heinrich était programmée[71]. Du point de vue des informations récoltées, la visite s'avère fructueuse mais alarmante politiquement, comme le relate Daniel N., présent en tant que conseiller technique du ministre mais également pour ses compétences en radiothérapie.

> « Au moment d'entrer à l'hôpital, le ministre m'a dit ''pas besoin que vous me ''colliez''. […] Donc je me suis ''fait perdre'' dans le service […]. J'ai discuté avec les manipulateurs radio. Alors, j'ai été dans ma carrière chef de service de radiothérapie donc je connais un peu ce personnel mais, surtout, j'ai commencé ma carrière comme agent hospitalier. Donc j'ai une relation particulière à ces équipes soignantes. […] Et au bout de 35 ans d'activité, il y a des choses qu'on repère […] Donc j'ai repéré un certain nombre de choses qui m'ont quand même énormément inquiété. Ce qui fait que, quand on est sorti, j'ai rejoint le ministre dans la salle des machines. Il y avait eu des choses d'expliquées qui, d'ailleurs, m'ont confirmé qu'il y avait des événements plutôt importants. Donc quand on est sorti, le ministre a ralenti, s'est isolé avec moi et m'a dit : ''Tu en penses quoi ?''. Je lui ai dit – c'est assez trivial mais nous étions assez libres avec le ministre […] – ''Monsieur le ministre, nous sommes dans la merde !'' ».
> [Entretien, 7 mars 2014].

[71] Voir Girardet (C.), « Ne pas oublier les irradiés vosgiens », art. cité.



Le ministre de la Santé entouré de ses conseillers lors de la visite du service de radiothérapie d'Épinal en décembre 2006.

[Source : prise de vue à partir d'une consultation des archives de L'Est Républicain *à la Bibliothèque Nationale de France*[72]*].*

Le déroulé de la visite confirme les craintes initiales du ministre et ses conseillers sur le caractère à maints égards problématiques des événements, tant dans leurs dimensions médicales qu'administratives. Ce sentiment est corroboré par un autre événement intervenant durant la visite officielle dont Daniel N. entreprend le récit.

> « La goutte d'eau qui a fait déborder le vase c'est qu'ensuite, le préfet avait organisé, à la demande du ministre, la visite de deux des victimes […]. Le ministre a demandé à ce que je l'accompagne puisqu'il voulait qu'il y ait un médecin avec lui. Et, sans rentrer dans les détails, ce que nous avons découvert par rapport à l'importance des

[72] Photographie issue de l'article de Cortey (L.), « Des sanctions mais pas de fermeture », *L'Est Républicain*, 6 mars 2007.

> complications, la façon dont n'avait pas été appréciée cette importance, la faiblesse de la prise en charge à la fois des patients et de leurs proches, le manque de professionnalisme et d'humanité dans tout ça, nous a mis dans un état d'énervement. […] Le ministre était très choqué. Sur le plan humain, c'était très choquant. […] Dans l'avion, il nous a dit, à Martin G., au professeur de l'IRSN et à moi : ''On a une heure et demie pour rentrer, on se dit tout […]''. Cela allait dans le même sens et donc le ministre m'a chargé de trouver une solution pour sortir par le haut ».
> [Entretien, 7 mars 2014].

La mesure du traitement réservé aux victimes (retard dans l'information, retard dans la réaction) fait craindre le pire (en l'espèce, des mises en accusation publiques de la part d'acteurs tels que les journalistes). Il s'agit par conséquent, comme le demande le ministre à son conseiller Daniel N., de « sortir par le haut » de cette affaire. Le conseiller « pour le Plan cancer » et son collègue des « crises sanitaires » prennent dès lors en main la rédaction des rapports d'enquête que l'IGAS et l'ASN devaient rendre après leurs investigations respectives.

b) La rédaction d'un rapport officiel

Au lieu de deux rapports distincts, les conclusions font l'objet d'un seul et même document.

> « Les rapports officiels nous ont été remis au mois de février [2007]. […] Ça c'est la réalité officielle. Officieusement, ces rapports ont été travaillés avec [Martin G.] et moi ».
> [Entretien, Daniel N., 7 mars 2014].

Ainsi, le cabinet du ministre n'a pas délégué complètement la rédaction du document final aux organismes mandatés. Ce compte-rendu est perçu à ce point essentiel qu'il fait effectivement l'objet d'une co-écriture avec les organismes prestataires. Les travaux de sciences sociales sur les rapports officiels parus après la survenue d'événements critiques[73] ont montré que leurs commanditaires leur assignent généralement trois objectifs, poursuivis à divers degrés suivant les cas mais orientés autant vers les « décideurs » que vers les médias d'informations et

[73] Parmi ces travaux figure notamment celui de Laroche (H.), « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.*, p. 73-89. Voir aussi Borraz (O.), Gilbert (C.), « Quand l'État prend des risques », *in* Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques. La France dans la gouvernance européenne, op. cit.*, p. 337-357.

la population. Le premier est un objectif d'« apprentissage[74] » de la compréhension des causes des faits incriminés. Ces rapports officiels, qui suivent la publicisation de faits dramatiques, s'efforcent en effet d'établir précisément les circonstances qui entourent les faits, leurs déterminants. Ils contiennent ainsi un catalogue des dysfonctionnements à l'œuvre. « La caractéristique commune [de tels] rapports est d'appréhender les problèmes survenus comme un écart entre ce qui avait été anticipé, via des règles, normes et procédures, et la réalité des pratiques[75] ». Ce bilan permettrait aux autorités d'éviter d'autres « événements » similaires à l'avenir. La seconde approche qui traverse ces rapports est une approche « politique[76] », dans la mesure où ces textes officiels établissent les responsabilités des uns et des autres dans la survenue du drame et les rendent publiques. Enfin, une perspective « symbolique[77] » peut également guider la rédaction de documents de ce type. Le passage à l'écrit est envisagé comme un moyen de restaurer « symboliquement », auprès des médias et de la population, un ordre socio-politique et des institutions ébranlés par la crise. Faire figurer la chronologie de l'accident (un début et une fin) peut y contribuer, tout comme la présentation d'une interprétation admissible par tous les acteurs.

Le rapport IGAS/ASN sur les surirradiations d'Épinal rendu public en mars 2007 condense ces trois objectifs. La première et la seconde partie du rapport ont effectivement une visée indissociablement instructive *et* politique. Il s'agit de restituer les circonstances des accidents et les responsabilités en la matière. La troisième et la quatrième partie poursuivent quant à elles l'objectif de restauration du secteur des traitements par rayons en proposant des mesures globales à destination des centres de soins.

[74] Laroche (H.), « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, *op. cit.*, p. 77.
[75] Borraz (O.), Gilbert (C.), « Quand l'État prend des risques », *in* Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques. La France dans la gouvernance européenne*, *op. cit.*, p. 343.
[76] Laroche (H.), « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, *op. cit.*, p. 81.
[77] *Ibid.*, p. 83.

Encadré 4. Résumé d'un rapport d'expertise : le rapport IGAS/ASN de mars 2007

Le rapport IGAS/ASN sur l'accident de radiothérapie d'Épinal[78] situe d'abord les surirradiations dans leur « contexte[79] » comme en atteste le titre de sa première partie. Les surdoses apparaissent comme le produit d'une décision non « préparée » de modifier « le protocole de radiothérapie conformationnelle appliqué aux tumeurs de la prostate ». Une ligne de défense comme la « dosimétrie in vivo », qui permet de mesurer la dose reçue par le malade en temps réel, a été « enlevée » du fait du passage à la technique des « coins dynamiques ». Les manipulateurs radio n'ont également « pas été formés correctement à la modification effectuée » et ne disposent pas de « guide d'utilisation en français ». En conséquence de quoi, vingt-trois malades ont été surirradiés « entre le 6 mai 2004 et le 1er août 2005 » avant qu'un nouveau logiciel informatique ne soit mis en place sur la machine de traitement. L'établissement de santé vosgien souffrait par ailleurs de « handicaps » tels des « tensions entre médecins et direction » notamment.

Dans la deuxième partie du rapport, il est précisé que « l'assistance aux victimes » n'était pas organisée « de façon concertée ». Certains des patients ont ainsi été exposés « à des errances diagnostiques ainsi qu'à des examens inutiles, voire formellement contre-indiqués ». Par ailleurs, après enquête, il s'avère que quarante-quatre autres patients, en plus des vingt-trois identifiés, sont atteints de rectites radiques et que « la liste n'est pas close ».

La troisième partie du rapport a pour titre « les enseignements de la crise ». Ceux-ci se divisent en trois points et ont surtout une visée restauratrice. Premièrement, « l'assurance qualité » n'était pas dans le service une « notion suffisamment connue et assimilée ». Deuxièmement, « l'examen des événements a révélé des défaillances que l'on ne croyait plus possibles dans la gestion de crise. Les différents maillons de la chaîne sanitaire, qui doivent permettre d'éviter les crises ou de les gérer au mieux, ont tous successivement lâché ». En particulier, « les effets de l'accident ont été constamment minimisés », les personnels ont « longtemps tenu les autorités dans l'ignorance de la nature réelle des problèmes », « les malades sont restés livrés à eux-mêmes », « la direction de l'établissement a tenu une approche plus compassionnelle qu'organisée », « la tutelle locale » n'a pas « vérifi[é] » les informations et n'a donc pas mis en place d'actions véritables. La « raison structurelle » de ce comportement tient dans le « flou des attributions entre, d'une part, le préfet de département et la DDASS et, d'autre part, l'ARH, pour la gestion des crises sanitaires, problème déjà signalé par divers rapports ». Il est également signalé un problème qui concerne le secteur de la radiothérapie : « de façon plus générale, la radiovigilance et le suivi des complications iatrogènes de la radiothérapie sont insuffisamment organisés ».

La quatrième et dernière partie du rapport est consacrée aux « propositions ». Au niveau local, il est proposé de « faire preuve de transparence » à l'adresse des victimes, de « sanctionner les fautes manifestes ». Au niveau national, il est avancé que « plusieurs chantiers sont à ouvrir ». Le premier identifié est celui « jamais fini, des crises sanitaires. L'accident a montré une fois de plus que la surveillance des complications iatrogènes devait être renforcée ». Le second « chantier » identifié est celui de « l'assurance qualité dans le domaine de la radiothérapie ». En plus des actions entreprises depuis 2002 notamment par l'ASN dans le domaine de la radioprotection, « la mission recommande d'amplifier les initiatives en faveur du développement […] des bonnes pratiques ou des normes englobant les normes ISO 9000 d'assurance qualité ».

[78] « Rapport ASN n° 2006 ENSTR 019 - IGAS n° RM 2007-015P sur l'accident de radiothérapie d'Épinal », *op. cit.*

[79] Les mots et phrases entre guillemets sont extraits du résumé du rapport.

En poursuivant successivement les objectifs d'apprentissage, de partage des responsabilités et de restauration de la radiothérapie, le rapport de l'IGAS et de l'ASN fournit au ministre un récit cohérent des faits sur lequel il puisse s'appuyer pour communiquer dans les médias. Ce récit repose sur une déclinaison. Il fait peu à peu glisser le centre de l'analyse des faits de surirradiations à celui des « chantiers à ouvrir » en radiothérapie. Incidemment, le problème des surirradiations se transforme. Ce problème devient celui d'une activité thérapeutique qui nécessiterait la conception d'un ensemble de mesures destinées à mieux l'encadrer et vis-à-vis desquelles une réflexion est engagée.

Cette représentation de la situation se diffuse dans les médias à mesure de la progression de la communication ministérielle au sujet de ce rapport. Celui-ci n'est effectivement pas rendu dans l'anonymat le 6 mars 2007. De nombreux articles de presse lui sont consacrés[80] et des reportages sont diffusés dans les journaux télévisés[81]. La communication ministérielle s'organise autour de deux axes. Le premier se caractérise par l'annonce de sanctions à l'encontre de certains responsables des accidents et notamment les médecins radiothérapeutes et le radiophysicien. C'est la conclusion de l'article du *Monde* par exemple. Après avoir indiqué que « les causes de cet accident ''le plus important impliquant les rayonnements ionisants en France'' sont multiples[82] », le journal précise pour finir que Xavier Bertrand « a engagé des procédures disciplinaires et administratives à l'égard de plusieurs agents. Les deux radiothérapeutes et le radiophysicien sont suspendus ».

Le second axe de communication concerne « la surveillance » du secteur de la radiothérapie qui « va se renforcer » indique la journaliste de *France 2* en conclusion de son reportage diffusé au journal de « 20 heures » le 6 mars 2007. L'interview de Xavier Bertrand parue le jour même dans *L'Est Républicain* permet de préciser les contours des mesures envisagées par le ministère.

> - Journaliste de *L'Est Républicain* : « Au niveau national, le rapport préconise de mieux suivre les suites des radiothérapies. Est-ce envisagé et comment ?
> - Xavier Bertrand : Tout d'abord, il reste cinq centres de radiothérapie équipés de logiciels en anglais alors que c'est interdit. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est chargée de vérifier leur remplacement. Dans l'immédiat, je rends obligatoire avant fin 2007 dans chaque service ce que l'on appelle la dosimétrie in-vivo,

[80] Raux (M.), « Surirradiation : un rapport souligne une chaîne de défaillances », *Le Monde*, 8 mars 2007. Calinon (T.), « À Épinal : les erreurs en série du service de radiothérapie », *Libération*, 07 mars 2007. Payet (M.), « Rapport accablant sur les irradiations à l'hôpital d'Épinal », *Le Parisien*, 7 mars 2007. Cortey (L.), « Un rapport accablant », *L'Est Républicain*, 6 mars 2007. Cortey (L.), « Des sanctions mais pas de fermeture », art. cité.
[81] Des reportages de plusieurs minutes sont en effet présentés dans les deux « 13 heures » et « 20 heures » de *TF1* et *France 2* le 6 mars 2007.
[82] Raux (M.), « Surirradiation : un rapport souligne une chaîne de défaillances », art. cité.

> c'est-à-dire le contrôle en temps réel de la dose délivrée. Je réunis, dès la semaine prochaine, un groupe de travail avec les experts et l'ensemble des professionnels concernés qui devra d'ici six semaines faire des propositions concrètes pour définir les moyens humains et techniques nécessaires à une prise en charge de qualité en radiothérapie, qu'il s'agisse du traitement lui-même, du suivi des effets secondaires, de l'information du patient, du contrôle qualité, des procédures de veille et de signalement des événements graves et de radiovigilance. L'application des normes d'assurance qualité est rendue difficile en raison du déficit démographique des professionnels. J'ai demandé à la Société française de radiothérapie oncologique avec les syndicats des professionnels concernés de faire d'ici huit semaines des propositions spécifiques sur ce point[83] ».

La position de propriétaire du problème des surirradiations détenue par le ministère de la Santé a finalement des conséquences inattendues et insolites. Après avoir défini les surdoses d'Épinal comme un problème médical et technique, le personnel politique se transforme en *lanceur d'alerte* à l'encontre d'un secteur de soin en manque de procédures et de « professionnels » à même d'assurer une « qualité » des traitements.

Encadré 5. Les lanceurs d'alerte : une généalogie du terme[84]

En France, c'est l'ouvrage de sociologie de Francis Chateauraynaud et Didier Torny qui popularise cette expression à la fin des années 1990 et au début des années 2000[85]. Des chercheurs en épidémiologie ou des associations (comme la Fondation sciences citoyennes) se saisissent alors de la notion et défendent l'idée que, si des protections juridiques existent pour des personnes qui divulguent des informations, leurs principes sont dispersés dans plusieurs codes (code du travail, code de procédure pénale etc.). Leur mobilisation aboutit au vote d'une première loi qui consacre l'existence juridique du lanceur d'alerte dans le domaine de la santé et de l'environnement. Il s'agit de la loi du 16 avril 2013 « relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte ».
À la faveur d'événements politiques faisant l'objet d'une forte attention de la part des journalistes, le statut de lanceur d'alerte s'extrait du strict champ de la santé et de l'environnement pour s'appliquer aux sujets des conflits d'intérêts d'élus ou de membres du gouvernement (par la loi du 11 octobre 2013 « relative à la transparence de la vie publique »), de la fraude fiscale (par la loi du 6 décembre 2013 « relative à la lutte contre la fraude fiscale et la grande délinquance économique et financière » et la présentation d'un projet de loi sur « la transparence, la lutte contre la corruption et la modernisation de la vie économique » débattu à l'Assemblée à compter du 7 juin 2016).
Cette reconnaissance du statut de lanceur d'alerte puise elle-même dans le droit anglo-saxon. Aux États-Unis, les activités économiques, financières et environnementales sont soumises à une réglementation dans laquelle le *whistleblower* (littéralement « auteur d'un coup de sifflet ») a un statut protégé. Au Royaume-Uni, c'est le droit du travail qui incorpore cette notion.

[83] Cortey (L.), « Des sanctions mais pas de fermeture », art. cité.
[84] Cet encadré s'appuie sur Leclerc (O.), « Lanceur d'alerte », *in* Henry (E.), Gilbert (C.), Jouzel (J.-N.), Marichalar (P.), *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 194-202.
[85] Chateauraynaud (F.), Torny (D.), *Les sombres précurseurs. Une Sociologie pragmatique de l'alerte et du risque, op. cit.*

« Dans un sens premier, un lanceur d'alerte désigne une personne physique ou morale qui entend attirer l'attention sur un danger ou sur un risque, actuel ou potentiel. Dans un sens plus large, l'expression est aussi employée pour qualifier celui qui dénonce une irrégularité ou un comportement illicite imputable à une autre personne[86] ». Les travaux sur les lanceurs d'alerte ont jusqu'à présent indiqué que ce rôle était surtout endossé par des personnes ou des associations qui entendaient « dénoncer l'existence d'un risque pour la santé ou l'environnement[87] ». À tel point que, dans la littérature, la transformation d'un individu ou d'un groupe en lanceur d'alerte est étroitement liée à la défaillance des autorités en matière d'évaluation ou de gestion des risques, face à laquelle le lanceur d'alerte « s'érige en substitut[88] ».

Le cas des surirradiations hospitalières invite à étendre le périmètre des acteurs susceptibles de devenir des « lanceurs d'alertes » au personnel politique et en l'espèce, au ministre de la Santé et aux membres de son cabinet. Ce n'est pas l'opposition aux autorités qui caractérise en propre le lanceur d'alerte mais le signal qu'il déclenche puisqu'il peut précisément être émis par elles. Il existe néanmoins des conditions de possibilité pour que cette activité d'alerte soit le fait des plus hautes autorités. Dans le cas des surirradiations, cette éventualité s'est présentée à elles et n'a pu se réaliser que dans la mesure où d'autres acteurs (les journalistes en particulier), ne se sont pas mobilisés et n'ont pas cherché à définir le problème autrement.

[86] Leclerc (O.), « Lanceur d'alerte », *in* Henry (E.), Gilbert (C.), Jouzel (J.-N.), Marichalar (P.), *Dictionnaire critique de l'expertise*, *op. cit.*, p. 194.
[87] *Ibid.*, p. 194-195.
[88] *Ibid*., p. 197.

Conclusion du chapitre 1

Les précédents épisodes de crises, d'affaires ou de scandales sanitaires ont sensibilisé les personnels politiques et administratifs exerçant dans le domaine de la santé aux risques – politiques – qu'elles génèrent. Dans le dossier des surdoses, après la mobilisation de gastro-entérologues au sujet de la découverte d'un *cluste*r de patients présentant des symptômes sévères et tous traités auparavant par radiothérapie au sein du service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal, une première réunion se tient au siège de la DDASS de Lorraine en octobre 2005. Y participent également le directeur de l'ARH, la directrice de l'hôpital et les deux radiothérapeutes du service incriminé. Si la situation demeure finalement confinée entre ces acteurs, les problèmes de santé des patients et des décès provoquent l'inquiétude de la directrice de l'hôpital qui alerte une sous-division du ministère de la Santé un an plus tard, à l'été 2006. Cette dernière prévient le nouveau directeur de l'Agence régionale de santé de Lorraine ainsi qu'un conseiller ministériel.

Porteur d'une expérience en matière de gestion de crise sanitaire appréhendée comme contre-exemple absolu – celle de la crise du chikungunya qui a touché La Réunion en 2005-2006 – ce nouveau directeur envisage l'information relative aux surirradiations comme une alerte sérieuse et menaçante tant sur le plan sanitaire que politique. L'ARH de Lorraine cherche dès lors à obtenir des informations et se met en relation avec le ministère de la Santé. En état de veille permanent depuis que certaines crises des années 1990 ont affecté la carrière de ministres et de leurs collaborateurs, les personnels du ministère de la Santé et de ses subdivisions prennent désormais au sérieux le moindre « signal » d'alerte en provenance des établissements hospitaliers, à l'instar des cas de surirradiations de patients. Ces précédents, et en particulier l'affaire du sang contaminé, fournissent un ensemble de savoir-faire mobilisables et transférables à toute alerte. Violaine Roussel a déjà mis en évidence la place de référent négatif occupé par l'affaire dite du sang contaminé dans divers espaces sociaux. Ce dossier « joue rapidement, en raison de l'importance qu'[il] prend dans les médias notamment, le rôle de point focal, autour duquel se structurent les anticipations des acteurs et auquel ils se réfèrent pour évaluer les situations comme ‘‘risquées’’ ou non, comme exigeant ou non des mesures spécifiques de ‘‘précaution’’, comme potentiellement porteuses de ‘‘problèmes de responsabilité’’[89] ». Dès lors, s'agissant des cas de surirradiations, des investigations sont menées, des réunions sont organisées. Il s'agit de se procurer les informations sur la situation

[89] Roussel (V.), « Scandales et redéfinitions de la responsabilité politique. La dynamique des affaires de santé et de sécurité publiques », art. cité, p. 965.

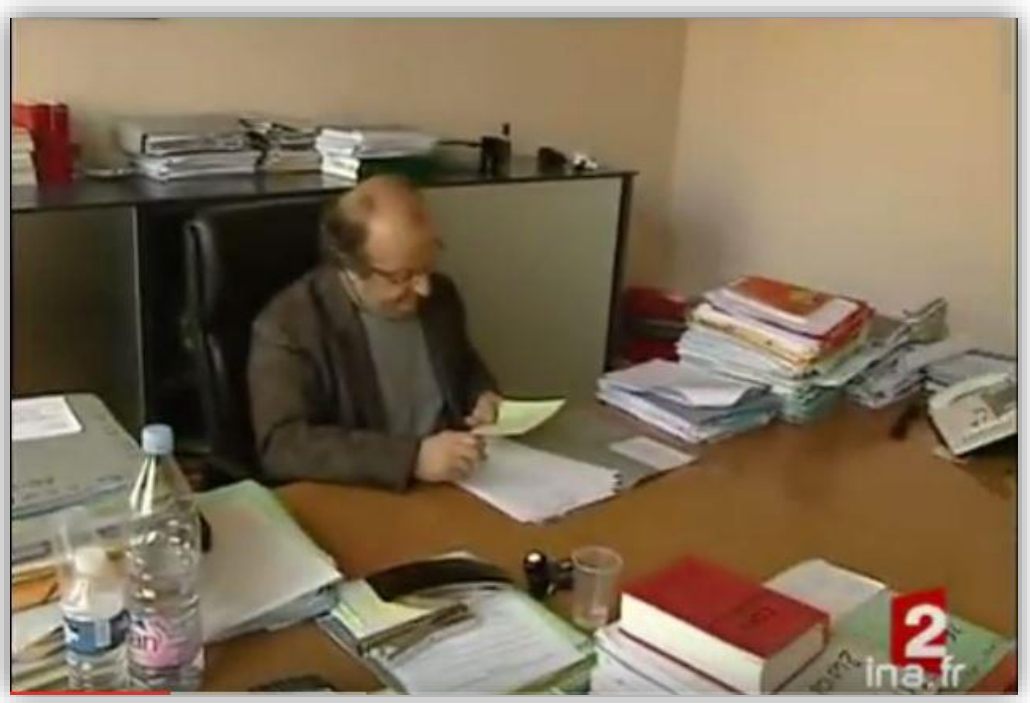
avant les journalistes et, le cas échéant, de communiquer sur les faits avant que les professionnels de l'information ne s'en emparent.

Dans un tel cas de figure, le personnel politique s'érige en propriétaire du problème sanitaire et peut de la sorte agir sur sa définition pour empêcher sa transformation en scandale. Dans l'histoire des surdoses, cet objectif est obtenu en cantonnant le problème au secteur des traitements médicaux par rayons. Préparé à la gestion de « crises » par la structuration même de son cabinet (qui présente notamment des postes de conseillers techniques pour les crises sanitaires), le ministre profite du déconfinement du problème qu'il a lui-même initié pour ordonner, après la communication d'octobre 2006, des enquêtes médicales et administratives. La supervision du rapport d'enquête par ses conseillers a des conséquences inattendues : le ministère de la Santé se fait lui-même « lanceur d'alerte » sur la question des traitements des cancers par rayons, en indiquant la nécessité de mettre en œuvre des dispositions destinées à les améliorer. Si cette position permet de maintenir le confinement du problème à une dimension strictement technique et médicale, une question toutefois demeure : celle de la facilité avec laquelle ces acteurs politiques sont parvenus non seulement à devancer mais également à orienter l'activité des autres protagonistes du dossier des surirradiations et en particulier celle des journalistes.

* * * *

CHAPITRE 2.

Des accidents médicaux à l'affaire judiciaire : Le traitement médiatique des surirradiations



L'avocat Gérard Welzer, défenseur de surirradiés de l'hôpital d'Épinal.

[Source : capture d'écran du JT du 24 février 2007, « 20 heures », France 2*]*.

En organisant une conférence de presse en octobre 2006, les autorités sanitaires rendaient publics les cas de surdoses et avec eux une définition du problème que ces actes posaient. Par cette publicisation, la définition des surdoses se diffuse au-delà des cercles administratifs et politiques. On assiste en effet à un alignement du traitement journalistique sur le cadrage politique de la situation. Les médias, tous supports et titres confondus, reprennent la définition de la situation selon laquelle a été découvert dans un hôpital vosgien un ensemble d'accidents de surirradiations très sérieux tant dans leur ampleur que dans leurs conséquences pour les patients, mais dont les autorités ont pris la mesure.

Cet alignement des médias sur la définition institutionnelle du problème est surprenant. Un journalisme de santé critique à l'égard des autorités médicales s'est pourtant développé depuis les années 1980. Les travaux de Dominique Marchetti ont en effet montré que l'épidémie de sida et les scandales liés (affaire du vaccin anti-hépatite B de 1983[1], affaire du sang contaminé de 1991[2]), correspondent à l'introduction dans le sous-champ du journalisme de santé de nouvelles modalités de sélection et de traitement des événements, liées elles-mêmes à des transformations significatives du champ journalistique à partir des années 1980.

Le journalisme, qui s'est constitué en « champ[3] » au XIX[e] siècle, s'est organisé historiquement autour « de l'opposition entre les journaux offrant avant tout des ''nouvelles'', de préférence ''sensationnelles'', ou, mieux, ''à sensation'', et des journaux proposant des analyses et des ''commentaires''[4] ». Soumis depuis sa création aux logiques de marché « à travers la sanction, directe, de la clientèle[5] », les journalistes sont néanmoins de plus en plus en concurrence entre eux du fait de la position centrale acquise par une télévision commerciale depuis la privatisation de *TF1* en 1986[6]. Sur le créneau de l'information, la télévision a concurrencé les organes de presse écrite les plus dominants (*Le Monde, Le Figaro*) et est désormais en position surplombante dans le champ journalistique[7]. Elle diffuse ses propres

[1] Voir Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique*, *op. cit.*, p. 83.
[2] Marchetti (D.), Champagne (P.), « L'information médicale sous contrainte. À propos du scandale du sang contaminé », art. cité.
[3] Au sens où l'entend Pierre Bourdieu, c'est-à-dire un espace social structuré, dans lequel des agents occupant des positions différentes s'affrontent pour transformer ou conserver en l'état la structure de cet espace et par conséquent, leurs positions. Pour une application de ce concept à l'activité journalistique voir en particulier Bourdieu (P.), « L'emprise du journalisme », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101 (1), 1994, p. 3-9.
[4] Bourdieu (P.), *Sur la télévision. Suivi de l'emprise du journalisme*, Paris, Raisons d'agir, 1998, p. 83.
[5] *Ibid*, p.84-85
[6] Sur l'importance de cette chaîne en France dans la production de l'information, *Ibid*., p. 44 et suivantes.
[7] On peut supposer que cette tendance s'accentue avec la création des chaînes d'information en continu dans les années 2000.

critères de classification de l'information, soumis à l'évaluation des attentes supposées du public (audimat), source de revenus via la rémunération publicitaire[8].

Tous les types de journalisme (économique, politique, social, judiciaire, religieux etc.) sont affectés par ces transformations[9]. Le journalisme médical ne fait pas exception d'autant que ce sous-champ spécialisé a été lui-même soumis à des transformations internes. Jusqu'à la fin des années 1970, ce type de journalisme « dans la presse professionnelle comme dans la grande presse[10] » était pratiquement inexistant (excepté dans une rubrique du *Monde*). Les journalistes étant peu en concurrence entre eux, les informations en santé étaient produites en étroite collaboration avec les praticiens hospitaliers et s'efforçaient surtout de décrire les grands exploits de la médecine. Mais à cette situation succède une autre où, sous l'effet d'un accroissement de la demande d'informations en santé et portant sur les maladies et les soins associés, de nombreux journalistes spécialisés dans ce domaine ont été recrutés dans les rédactions dans les années 1980 (des anciens étudiants en médecine en reconversion pour la plupart). À partir de leur traitement de l'épidémie de sida (qui émerge dans ces mêmes années), ces jeunes journalistes contribuent à rendre l'information en santé populaire au sein des journaux et magazines. La soumettant aux mêmes pratiques et à la même couverture que d'autres types d'informations (sujette aux scoops, aux révélations spectaculaires), ils la rendent aussi plus accusatrice, suspicieuse à l'égard des pouvoirs médicaux.

En définitive, l'information en santé est, depuis les années 1980, « davantage soumise aux lois ordinaires de production de l'information à destination du ''grand public''[11] », et bénéficie par conséquent d'un traitement le plus souvent rapproché « des faits divers ou des affaires politico-financières[12] ». En dépit de cette caractéristique du journalisme de santé contemporain, aucune réappropriation des événements de surirradiations par les journalistes ne se laisse observer, aucune tentative de promouvoir une définition en termes d'affaire ou de scandale n'est conduite. Pourtant, le fait que les cas de surirradiations aient été pris en charge politiquement *avant* de bénéficier d'une couverture médiatique n'est pas inédit et s'était produit

[8] Voir Bourdieu (P.), *Sur la télévision, op. cit.*, p. 62 et suivantes.
[9] Voir, pour un aperçu des travaux sur certains de ces sous-champs spécialisés, Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique, op. cit.*, p. 14.
[10] Marchetti (D.), Champagne (P.), « L'information médicale sous contrainte. À propos du scandale du sang contaminé », art. cité., p. 49.
[11] Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique*, p. 15.
[12] *Ibid.*, p. 15. Les affaires politico-financières ont elles aussi connu une fréquente médiatisation depuis ces mêmes années 1980, sous l'effet à la fois de l'intensification des luttes de concurrence entre membres du champ politique et des transformations dans les champs judiciaire et médiatique. Voir Marchetti (D.), « Le journalisme d'investigation. Genèse et consécration d'une spécialité journalistique », *in* Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique, op. cit.*, p. 171.

par exemple dans l'affaire du sang contaminé[13]. Or, ce dossier a été désigné dans les médias comme un scandale, une affaire ou une crise sanitaire. Il n'en va pas ainsi dans l'histoire des surdoses. Aussi, si le principe explicatif du développement des scandales ou affaires en santé est à relier en partie à l'irruption d'un journalisme plus critique à l'égard de la médecine et de ses représentants depuis les années 1980, il apparaît alors pertinent de faire l'hypothèse inverse et d'examiner dans quelle mesure la non-émergence médiatique du scandale ou de la crise des surirradiations hospitalières est liée dans les mêmes proportions aux logiques du microcosme professionnel des journalistes spécialisés en santé.

Ce second chapitre s'intéresse ainsi à l'activité inédite des journalistes à propos de ces événements de surirradiations. L'alignement des journalistes sur la définition institutionnelle des actes de surirradiations est traité dans sa première partie. Plutôt que d'être à l'initiative, plutôt que de construire le scandale en remontant les responsabilités comme dans le dossier du sang contaminé par exemple, ces acteurs étaient cette fois-ci en retrait. Le développement d'un intérêt journalistique davantage soutenu pour les victimes et les incidences judiciaires des accidents est examiné dans une seconde partie.

[13] C'est ce que note Dominique Marchetti dans sa contribution sur le journalisme d'investigation. Voir Marchetti (D.), « Le journalisme d'investigation. Genèse et consécration d'une spécialité journalistique », *in* Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique, op. cit.,* p. 173. L'auteur écrit : « Qu'une enquête journalistique déclenche une instruction judiciaire (ou un supplément d'enquête) ou administrative et qu'un journaliste donne des éléments qui alimentent le dossier d'un magistrat, demeure une configuration très exceptionnelle. Les affaires de dopage au tour de France cycliste 1998 ou celle du sang contaminé font voir à quel point les prises en charge judiciaire ou politique du problème précèdent la couverture journalistique ».

1. L'alignement journalistique sur la définition institutionnelle

La conférence de presse de l'ARH de Lorraine donne lieu à un grand nombre de comptes rendus médiatiques en octobre 2006. Les acteurs politiques et les journalistes sont en interaction et la mobilisation de l'un des groupes sociaux entraîne très souvent celle de l'autre. Revendiquant en effet tous deux « la capacité à s'adresser à l'ensemble de la société soit pour diffuser un discours d'information dans le cas des journalistes, soit pour gouverner dans le cas des acteurs politiques[14] », les prises de positions des politiques sont généralement relayées par les journalistes. Ce qui est en revanche moins banal dans l'affaire des surdoses, c'est l'alignement des comptes rendus médiatiques relatifs aux surirradiations sur la définition institutionnelle du problème qu'elles posent (en l'espèce, une situation certes dramatique, mais prise en charge et gérée dans la « transparence »). Le cas des surirradiations hospitalières permet ainsi de restituer comment le champ journalistique et en son sein, le sous-espace du journalisme en santé, mettent en forme les problèmes dans ce domaine. La production de l'information en santé est à envisager dans cette perspective comme tributaire des propres logiques internes au champ journalistique. Celles-ci pèsent sur les rapports que les journalistes entretiennent avec les personnels politiques et leur activité face aux phénomènes de santé.

1.1. L'effet d'entraînement de TF1 et du Monde

En termes de volume, la production journalistique qui suit la communication publique d'octobre 2006 est très importante. Il est vrai que dans la logique d'un champ journalistique « orienté vers la production de ce bien hautement périssable que sont les nouvelles, la concurrence pour la clientèle tend à prendre la forme d'une concurrence pour la priorité[15] ». Les supports sur lesquels paraissent les reportages sur ces événements de surdoses sont multiples. Ils vont des titres de la presse quotidienne nationale les plus dominants du champ journalistique[16], avec un lectorat fortement doté en capital culturel (*Le Monde, Libération*), à ceux ayant des publics plus populaires (*Le Parisien*), jusqu'à la presse quotidienne régionale

[14] Henry (E.), « Rapports de force et espaces de circulation de discours. Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, *op. cit.*, p. 163.
[15] Bourdieu (P.), « L'emprise du journalisme », art. cité, p. 5.
[16] Sur la hiérarchisation des médias au sein de l'espace médiatique, voir Champagne (P.), Marchetti (D.), « L'information médicale sous contraintes », art. cité, p. 59.

(*L'Est Républicain*). Les journaux télévisés de *TF1* et de *France 2* de « 13 heures » et « 20 heures » présentent également des reportages sur ces « accidents de surirradiations ».

a) Des accidents médicaux sans victime à interviewer

Au-delà de la différence entre les titres et les chaînes, les points de vue sur ces événements sont réduits et se rejoignent. *TF1*, dont le « 20 heures » est un support autant qu'un enjeu de communication crucial pour les autorités sanitaires[17], consacre un reportage à la conférence de presse de l'ARH de Lorraine dès le 12 octobre. Les faits rapportés dans ce reportage, réalisé par deux journalistes de la rédaction de *TF1* traitant habituellement des sujets de santé, ne sont pas traités sous l'angle du scandale. Le reportage s'efforce d'expliquer, avec le concours d'un professeur de l'IRSN, les causes de ces « accidents de radiothérapie ». Il comporte à cet effet beaucoup de prises de vues dans une salle de traitement non identifiée, avec des personnels en action non déterminés.

> - Patrick Poivre d'Arvor [présentateur] : « Santé à présent avec ces accidents de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal. Ils ont entraîné un décès et des complications sur 13 patients qui ont été traités pour des cancers de la prostate. Explications Caroline Bayle et Anne-Marie Blanchet.
> - Voix off : En juin dernier, un homme décède des suites d'une irradiation. Un an auparavant, il avait suivi une radiothérapie au centre hospitalier Jean-Monnet à Épinal, pour lutter contre un cancer de la prostate. Comme lui, ils seraient une vingtaine de patients à avoir reçu entre mai 2004 et mai 2005 une dose de rayons X 20 % supérieure à la normale.

[17] Le propos rapporté plus haut du conseiller technique de Xavier Bertrand « pour les crises sanitaires », Martin G., en est l'illustration.



Illustration du début de reportage de TF1 *sur les « accidents de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal ».*

[Source : capture d'écran du JT du 12 octobre 2006, « 20 heures », TF1[18]*].*

Un accident dû à une erreur de paramétrage du logiciel. L'enquête parle d'une formation insuffisante du personnel.
- [Interview, bandeau P[r] Patrick Gourmelon. Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire] : Il y a donc une difficulté d'avoir une adaptation de l'homme à la machine, à ces nouvelles techniques de radiothérapie. C'est lié à l'évolution technologique.
- Voix off : C'est le troisième accident de ce type en France ces dernières années. À Lyon, un malentendu entre des opérateurs avait transformé des millimètres en centimètres et provoqué la mort d'une femme. À Grenoble c'est encore une erreur de logiciel qui avait surexposé un patient. La radiothérapie reste pourtant une arme indispensable. Elle permet de guérir un cancer sur quatre ».

[18] Les images des JT que nous faisons figurer dans notre travail ont une visée illustrative. Nous avons voulu à travers elles donner à voir (et non pas seulement à lire) l'essentiel du propos du reportage.



Illustration de fin du reportage de TF1 *sur les « accidents de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal ».*

[Source : capture d'écran du JT du 12 octobre 2006, « 20 heures », TF1*].*

Le reportage de *TF1* est relativement prudent et s'en tient aux informations apportées par les autorités. Si une des journalistes auteure du sujet, Anne-Marie Blanchet, avait couvert pour *TF1* le scandale de l'amiante au milieu des années 1990[19], ici nul « scandale » ne ressort du sujet. À la différence de l'épisode de l'amiante, les cas de surirradiations n'ont pas été publicisés par les victimes. Aucun dépôt de plainte susceptible d'orienter le traitement médiatique dans un sens moins consensuel n'est enregistré. Aucune interview ne peut être faite et l'illustration du reportage est difficile. N'apparaissant pas comme un événement « pour la télévision », il fait l'objet d'un traitement sommaire, avec des images de patients se faisant soigner sur des machines, du début à la fin. Le 14 octobre (deux jours plus tard), *Le Monde* reprend l'information au sein d'un article pareillement factuel.

[19] Des retranscriptions de reportages réalisés par cette journaliste dans l'affaire de l'amiante figurent dans l'ouvrage d'Emmanuel Henry. Voir par exemple Henry (E.), *Amiante. Un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, *op. cit.*, p. 74.

> « Le ministère de la Santé a rendu publique, jeudi 12 octobre, la survenue d'‘‘accidents de radiothérapie'' au centre hospitalier Jean-Monnet d'Épinal (Vosges) qui ont entraîné un décès et des complications parmi treize patients traités pour des cancers de la prostate. ‘‘Tous les patients sur-irradiés sont surveillés et leurs droits à recours et réparation leur ont été signifiés, y compris à la famille du patient décédé'', a indiqué Antoine Perrin, directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Lorraine. Vingt-trois patients ont été exposés, de mai 2004 à mai 2005, à une dose de rayonnements d'environ 20 % supérieure à celle prévue pour leurs traitements.
> L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a provisoirement conclu, en septembre, à ‘‘une erreur de saisie informatique dans le logiciel de dosimétrie utilisé pour la préparation des traitements'', la ‘‘formation du personnel à l'utilisation de ce logiciel [ayant été] insuffisante''. De tels accidents de radiothérapie ont connu deux précédents en France : en novembre 2004, à Lyon, une patiente avait subi une surdose de rayonnements à la suite d'une erreur humaine de réglage de la zone d'irradiation. En 2003, une femme avait également été sur-irradiée après qu'un nouveau logiciel n'eut pas fonctionné correctement. À la suite de ces accidents, l'Autorité de sûreté nucléaire a lancé une campagne de contrôle des services de radiothérapie, et a incité les professionnels à déclarer tous les incidents, même ceux sans conséquences. Dans le cadre du Plan cancer, le nombre d'appareils de radiothérapie a augmenté de 358 en 2002 à 386 en 2006[20] ».

b) Des faits localisés pris en charge par les autorités

L'article du *Monde* est précédé du surtitre « santé ». Se fondant sur les déclarations des autorités selon lesquelles des « accidents de radiothérapie » ont été découverts, le quotidien inscrit ces derniers dans la filiation des précédentes surdoses individuelles de patients ayant eu lieu en France (comme l'avait fait *TF1* avant lui) et non dans la droite ligne des affaires ou des scandales de santé publique antérieurs. L'auteure de l'article est Cécile Prieur. Contrairement à certains de ses confrères du quotidien du soir spécialisés dans les sujets de santé (Paul Benkimoun par exemple[21]), elle n'est pas issue du monde médical.

> Cécile Prieur est diplômée du Centre universitaire d'enseignement du journalisme de Strasbourg en 1996. Elle entre au *Monde* et exerce au service « justice » jusqu'en 2003. Elle s'occupe ensuite des sujets de santé pendant six ans.

S'agissant des surirradiations d'Épinal en 2006 et à l'instar des journalistes de *TF1*, elle s'en tient aux informations institutionnelles dans son reportage. Le sujet est appréhendé par son versant technique et les causes et conséquences des erreurs sont au cœur du compte rendu.

[20] Prieur (C.), « Accidents de radiothérapie : un mort et treize patients sur-irradiés », art. cité.
[21] Ce journaliste rédigera quelques articles sur les surirradiations. Voir ci-après.

La domination du *Monde* sur le segment de l'information médicale, si elle a tendance à décroître, reste forte[22]. Des années 1950 aux années 1980, la rubrique « santé » du quotidien, créée par le docteur Claudine Escoffier-Lambiotte, suscitait systématiquement les reprises des confrères. Cette position quasi hégémonique s'estompe dans les années 1980. Non pas en raison d'un changement – réel – de traitement des sujets de santé au sein de la rubrique (moins proche d'une restitution des nouvelles médicales et plus critiques), mais parce que la télévision, en imposant la logique de l'audimat à l'ensemble du champ journalistique et sur des sujets jusqu'alors peu concurrentiels comme la santé, est parvenue à se situer comme référent parmi les producteurs d'informations. Il n'en demeure pas moins que, à elles deux, les rédactions de *TF1* et du *Monde* occupent encore dans les années 2000 une position dominante sur l'information en santé. Elles déterminent l'activité des acteurs politiques comme l'attestent les propos du conseiller pour « les crises sanitaires » au cabinet de Xavier Bertrand retranscrits ci-dessus. Elles influent également sur la production de cette information en santé pour l'ensemble des organes de presse et audiovisuels.

Aussi, en dépit d'un passif d'affaires sanitaires attribuées aux autorités, les autres titres de presse traitent les surirradiations comme des accidents médicaux localisés et bénéficiant en outre d'une enquête des autorités. Ainsi, *Libération* par exemple, après une brève parue le lendemain de la conférence de presse d'octobre 2006, ne produit aucun autre article sur ces événements de surirradiations avant mars 2007. Le traitement initial de ces événements par *Le Monde* et *TF1* ne fait pas monter le sujet en tête des informations à traiter en priorité en conférence de rédaction.

> « Des accidents de radiothérapie, dus à des ‘‘dysfonctionnements manifestes’’, ont entraîné le décès d'un patient et des complications chez treize autres à l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal (Vosges), a annoncé le ministère de la Santé, qui a diligenté une enquête de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN). Au total, entre mai 2004 et mai 2005, vingt-trois malades atteints d'un cancer de la prostate ont été victimes d'une surexposition de rayonnements[23] ».

Ce double alignement des médias (sur la définition institutionnelle de la situation pour *Le Monde* et *TF1* et sur ces derniers pour les autres titres), se laisse voir une nouvelle fois lors de la parution des articles relatifs aux enquêtes des autorités sanitaires sur les surdoses d'Épinal, rendues publiques en mars 2007.

---

[22] Voir Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique*, *op. cit.*, p. 39 et suivantes. Également Champagne (P.), Marchetti (D.), « L'information médicale sous contrainte », art. cité., p. 50.
[23] Non signé, « Épinal : Surexposition mortelle de rayonnements à l'hôpital », *Libération*, 13 octobre 2006.

L'article du *Monde* consacré au rapport de l'IGAS et de l'ASN est rédigé par une collaboratrice du journal travaillant au *Républicain Lorrain*, Monique Raux et non par une journaliste permanente du quotidien. Paru dans la rubrique « santé », il est une nouvelle fois très factuel, adossé aux conclusions du rapport et aux déclarations officielles relatives aux actions envisagées par le ministère « pour éviter de tels dysfonctionnements ». Les surirradiations ne sont pas présentées comme un scandale de santé, en dépit d'un rapport annoncé « accablant ».

> « L'inspection générale des services (IGAS) et l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) viennent de rendre les conclusions de leur rapport, commandé en octobre 2006 par le ministre de la santé, Xavier Bertrand, à propos de la surirradiation de patients à l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal. Entre mai 2004 et mai 2005, vingt-trois personnes traitées par radiothérapie pour un cancer de la prostate ont été victimes de surirradiation. Trois d'entre elles en sont mortes. Dix doivent vivre aujourd'hui avec des complications très invalidantes et douloureuses. En tout, quinze plaintes ont été déposées.
> Le rapport est accablant. Les causes de cet accident ''le plus important impliquant les rayonnements ionisants en France'' sont multiples. […]. Pour éviter de tels dysfonctionnements, un capteur sera installé sur chaque malade afin de mesurer la dosimétrie in vivo et vérifier si la dose reçue correspond bien à la dose prescrite. La Société française d'oncologie et de radiothérapie doit rendre des propositions pour sécuriser la discipline[24] ».

Le traitement du rapport par *Le Monde* se caractérise encore une fois par son alignement sur la définition institutionnelle du problème. En tant qu'« accidents », les surirradiations seraient une alerte et une incitation à agir dans le sens d'une plus grande « sécurisation » des traitements par rayons, ce que les pouvoirs publics s'engagent à faire. L'ensemble des titres de presse écrite relatent pareillement les conclusions du rapport IGAS/ASN, en détaillant les « procédures disciplinaires » engagées par le ministre de la Santé. Les jours qui suivent ne donnent lieu à aucun retour sur cette information. En cela, ces titres de presse s'inscrivent dans le sillage du *Monde* et surtout dans celui des chaînes de télévision *TF1* et *France 2*. En dépit de sujets cette fois construits et calibrés pour le JT (c'est-à-dire avec l'introduction de témoignages de victimes, plus illustratifs que les images relatives aux machines de radiothérapie), les deux chaînes s'astreignent à retranscrire scrupuleusement, au sein d'un seul reportage, les conclusions du rapport officiel et la mobilisation des pouvoirs publics pour renforcer « la surveillance » du secteur des soins par rayons.

[24] Extrait de l'article de Raux (M.), « Surirradiation : un rapport souligne une chaîne de défaillances », art. cité.

Le reportage du « 20 heures » de *France 2* du 6 mars 2007 est par exemple produit par Nathalie Sapénat, journaliste membre du service santé de la rédaction de *France 2*. Après avoir annoncé dans un sujet de février 2007 la parution prochaine du rapport IGAS/ASN (avec des images filmées auprès d'une famille de surirradié[25]), elle réalise un second reportage en mars 2007, à l'occasion de la remise des conclusions définitives des enquêtes aux autorités. Ce sujet est très descriptif dans le sens où il ne s'écarte pas de la restitution des leçons tirées par les autorités, de cet « accident grave ». L'incrustation d'un encart au milieu du reportage est significative de la teneur descriptive du reportage.



Le rapport de l'IGAS/ASN sur les surirradiations d'Épinal résumé par la rédaction de France 2.

[Source : capture d'écran du JT du 6 mars 2007, « 20 heures », France 2*]*.

Ainsi, malgré le témoignage de la « famille d'une victime décédée », *France 2* ne présente pas les surdoses comme un véritable scandale sanitaire. Immédiatement après la publicisation de ce premier rapport, une réévaluation du nombre de personnes touchées par des surirradiations à Épinal est rendue publique. Cette réévaluation (à la hausse) est le fait des autorités et, en tant que telle, ne contribue pas à une réorientation substantielle du traitement

[25] Voir JT de « 20 heures », *France 2*, 24 février 2007.

médiatique des surirradiations. Leur position de propriétaire du problème ayant été acquise en annonçant leur « transparence » totale lors de la conférence de presse d'octobre 2006, ces autorités (et en l'espèce, le ministère de la Santé) commandent en effet elles-mêmes une enquête complémentaire à l'IRSN en mars 2007, destinée à analyser plus précisément les conséquences médicales des surirradiations sur les patients spinaliens. Cet Institut dispose de personnels spécialisés sur le sujet (chercheurs en physique, en médecine). L'Institut établit que les surirradiations de l'ordre de 20 % à l'hôpital d'Épinal ne concernaient pas seulement vingt-trois patients, mais vingt-quatre. L'IRSN remarque aussi que 397 autres patients ont reçu des surdoses de l'ordre de 8 % et indique que le non-respect de « bonnes pratiques[26] » pourtant considérées comme élémentaires peuvent expliquer ces surdoses.

La réévaluation à la hausse du nombre de personnes touchées par les surirradiations est l'information principale que retiennent les journalistes de ce rapport. Les titres des articles l'attestent : « Plus de 400 patients ont été victimes de surirradiations à l'hôpital d'Épinal » (*Le Monde*[27]), « Diagnostic aggravé à Épinal » (*L'Est Républicain*[28]). De même *TF1*, dans le « 20 heures » du 23 octobre 2007, consacre une brève de 35 secondes à cette information illustrée d'images filmées antérieurement. Il est souligné qu'un vingt-quatrième patient est concerné par les surdoses de radiations et que plusieurs autres personnes ont été surirradiées. Mais le bref traitement auquel ces nouvelles informations donnent lieu signe la relative marginalité du sujet pour le service santé de *TF1*. Révélées par les autorités elles-mêmes, ces nouvelles surdoses ne justifient pas un traitement en termes de scandale ou d'affaire sanitaire. À l'instar de *TF1*, les médias se contentent une nouvelle fois de suivre et retranscrire les éléments communiqués par les autorités sanitaires, sans faire de ces événements un scandale sanitaire.

Il apparaît ainsi que ce sont autant les logiques journalistiques que l'activité du personnel politique qui expliquent que, dans le dossier des surdoses et en dépit de la multiplication des affaires dans le domaine de la santé, les pouvoirs publics se trouvent en position de « propriétaire » de ce qui fait problème. La focalisation initiale du ministre de la Santé et du directeur de l'ARH de Lorraine sur une publicisation incontrôlée des surdoses et les dangers de mise en accusation qu'elle implique les incitent, après la conférence de presse initiale, à commander des enquêtes sanitaires et administratives auprès d'organismes publics, à mettre en place des stratégies de communication dites « de crise » reposant sur la rédaction de

[26] IRSN, « Synthèse de l'expertise d'évaluation des pratiques de radiothérapie au centre hospitalier Jean-Monnet d'Épinal », 23 mars 2007, p. 3. Synthèse disponible sur le site Internet de l'IRSN, www.irsn.fr.
[27] Raux (M.), « Plus de 400 patients ont été victimes de surirradiations à l'hôpital d'Épinal », *Le Monde*, 27 mars 2007.
[28] Vannson (J.-P.), « Diagnostic aggravé à Épinal », 24 mars 2007.

rapports d'enquête. Leur remise officielle est l'occasion de faire « fuiter » des informations ayant de fortes probabilités d'apparaître « accablantes » aux yeux des médias et qui, toutefois, s'accompagnent d'une communication telle (mise en place de sanctions, annonce de mesures), que la monopolisation de la définition du problème est maintenue.

Cependant, cette monopolisation ne tient que parce qu'elle n'a pas été concurrencée par une activité de contre-enquête émanant des professionnels de l'information. « L'émergence progressive d'un journalisme de santé ''critique''[29] » à l'égard du monde médical n'a en rien soustrait la production de l'information en santé (même lorsqu'elle se rapporte à des accidents) aux logiques professionnelles propres au champ journalistique. La convocation des journalistes à une conférence de presse après deux mois d'enquêtes les précipite dans des « accidents de surirradiations » dont il leur est spécifié qu'ils font l'objet d'une prise en charge totale. En l'absence de mobilisations collectives organisées et d'associations de malades ayant « la capacité à agir comme groupes de pression[30] » ou capables de se doter d'une « expertise médico-scientifique[31] », les journalistes s'en remettent aux seules sources d'informations possibles : les sources institutionnelles. Les premiers reportages sont ainsi rédigés et construits dans l'urgence. Ils sont par conséquent très factuels, y compris au sein des médias en position dominante dans le segment de l'information en santé (*TF1, Le Monde*). Cette appréhension des surirradiations comme des « accidents médicaux » somme toute banals par les titres en position de surplomb dans le champ, ne pousse pas les autres titres à la surenchère. Ils s'alignent par conséquent eux-aussi sur la définition institutionnelle du dossier.

Le champ journalistique exerce son emprise « *d'abord sur les journalistes*[32] » remarquait Pierre Bourdieu. En toute rigueur, la parution deux mois plus tard d'un « scoop » révélant avant les autorités l'existence de 145 nouveaux cas de surirradiations au sein d'un hôpital toulousain, aurait dû conduire à la naissance d'interrogations médiatiques sur les thérapies par rayons, voire à des mises en accusation d'acteurs politiques ou scientifiques n'ayant pas fait le bon diagnostic à la suite des accidents d'Épinal. Il n'en a rien été.

[29] Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique*, *op. cit.*, p. 82.
[30] Rabeharisoa (V.), Callon (M.), « L'implication des malades dans les activités de recherche soutenues par l'Association française contre les myopathies », *Sciences sociales et Santé*, 16 (3), 1998, p. 41-65.
[31] Akrich (M.), Rabeharisoa (V.), « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé publique*, 24 (1), 2012, p. 69-74.
[32] Bourdieu (P.), « L'emprise du journalisme », art. cité, p. 3. Souligné par l'auteur.

1.2. Un « scoop » qui suscite les reprises mais ne bouleverse pas les interprétations

En mai 2007, *Le Parisien* publie en avant-première (c'est-à-dire avant les autorités et avant les autres organes de presse) l'information selon laquelle de nouveaux accidents de surirradiations collectifs ont été découverts dans un hôpital français. Aucun scandale de la radiothérapie qui ressemblerait à celui de l'amiante ou du sang contaminé ne naît de cette révélation. Rendre compte de la raison pour laquelle un « scoop » n'est pas parvenu à transformer la définition initiale du problème des surirradiations, implique une nouvelle fois de s'intéresser de près aux logiques professionnelles propres au champ médiatique et aux propriétés des journalistes qui les portent.

a) La notoriété d'un journaliste spécialisé en santé

L'auteur de l'article est un journaliste de presse écrite (et non de télévision) membre du pôle « enquête » du *Parisien* (et non du *Monde*). La probabilité que cette information soit initiatrice d'un scandale dépendait ainsi de la nature des « reprises » médiatiques dont elle allait faire l'objet (dans quel support, pour quel traitement ?). En sa faveur, cette information relative à de nouvelles surdoses collectives émane d'un journaliste ayant une certaine notoriété dans le domaine du journalisme de santé. En effet, Marc Payet a joué un rôle majeur dans la publicisation de la surmortalité des personnes âgées lors de la canicule de 2003 en France. Il est l'un des premiers journalistes « à alerter l'opinion publique sur les risques sanitaires provoqués par les fortes chaleurs[33] ». À ce titre, il est aussi le seul de sa profession à avoir été auditionné par la commission d'enquête parlementaire de 2004 mise en place après cet épisode[34].

> Après des études en classe préparatoire littéraire (hypokhâgne-khâgne) puis de journalisme au Centre d'études littéraires et scientifiques appliquées (CELSA, Paris-IV Sorbonne), Marc Payet débute sa carrière de journaliste en 1989 dans la chaîne de télévision *La Cinq*. Lorsque la chaîne s'arrête en 1992, il devient pigiste pour différents journaux, sur des sujets relatifs à l'humanitaire et à la santé. Il intègre *Le Parisien* en 2000, au sein du service « Société-Vivre mieux » dans lequel il traite de nombreux sujets de santé dont la canicule de 2003. En 2006, il entre dans le pôle « enquête/investigation » du journal et s'occupe plus spécifiquement des sujets de santé. Un an plus tard, il révèle que des patients ont été surirradiés dans un hôpital de Toulouse.

[33] Brard (D.), *La fabrique médiatique de la canicule d'août 2003 comme problème public*, mémoire cité, p. 25.
[34] *Ibid*., p. 25.

Son article portant sur de nouvelles surirradiations à l'hôpital de Toulouse n'est pas « le fruit d'une longue enquête antérieure » comme le journaliste le signale lui-même en entretien. Il le rédige dans l'urgence, même s'il avait auparavant fait paraître quelques articles sur les surdoses d'Épinal et était sensibilisé à ce sujet.

> « Toulouse, on est dans le cadre d'un scoop rapide, qui n'est pas le fruit d'une longue enquête antérieure, si ce n'est les papiers sur Épinal. Sur l'info elle-même, c'est un peu un ''coup de chance'' entre guillemets, lié un peu à mon carnet d'adresses, mais un coup de chance quand-même. Je l'apprends par une source, qui est confirmée par une deuxième source dans la journée (évidemment, parce que, sur une source, on n'aurait pas fait le papier). Donc deux sources, mais on est dans de la veille pour le lendemain. L'info, je ne l'ai que la veille, et même, je ne l'ai que dans l'après-midi. Et elle porte, je ne sais plus les termes employés, mais enfin sur des accidents d'irradiations à l'hôpital de Toulouse ».
> [Entretien, 30 janvier 2013].

Les sources qui alertent ce journaliste étaient informées que le service de radiochirurgie de l'hôpital Toulousain avait identifié un problème sur un certain nombre de traitements délivrés à des patients. Une erreur avait effectivement été découverte le 17 avril 2007 par le constructeur de l'accélérateur de radiothérapie[35]. Le lendemain, le 18 avril 2007, le CHU se mobilise. Il déclenche la procédure classique d'alerte auprès de la DDASS et de l'ASN. Une lettre est aussi envoyée aux patients par les médecins du CHU au début du mois de mai 2007. Celle-ci confirmait ou avançait des rendez-vous de contrôle déjà prévus. Mais le 23 mai 2007, l'article du *Parisien* révèle la découverte de cas de surirradiations au sein de ce CHU.

Le rythme de production de l'information dans la presse écrite s'est accéléré depuis les années 1980. Les journalistes des chaînes audiovisuelles entre eux et avec ceux des titres de presse écrite sont en concurrence, les premiers imposant leur temporalité aux seconds. L'information est en effet rythmée par les journaux télévisés, et si les titres de presse écrite souhaitent susciter les reprises (ce qui fait l'objet d'une « recherche désormais explicite[36] » dans les rédactions souligne Dominique Marchetti), alors la publication des informations exclusives (qui pourraient ne plus l'être dans un temps court) est urgente.

[35] Un article de *La Dépêche du Midi* reconstitue bien le fil des événements. Voir Monzat (H.), « Toulouse Rangueil. Comment ils ont été irradiés », *La Dépêche*, 24 mai 2007.
[36] Marchetti (D.), « Le journalisme d'investigation. Genèse et consécration d'une spécialité journalistique », *in* Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique, op. cit.,* p. 181.

Avec les surdoses d'Épinal, la rédaction du *Parisien* avait déjà constaté, pour reprendre les propos de Marc Payet en entretien, que « cela march[ait], c'est-à-dire qu'il y avait de la résonance médiatique ». En outre, son expérience de journaliste spécialisé en santé et le sens de « l'alerte » dont il avait fait preuve lors de la canicule de 2003 (qui s'était avéré fondé), incite Marc Payet à attribuer à ces nouvelles surdoses à Toulouse une valeur d'information[37] justifiant la rédaction d'un article et sa parution rapide. « On est quand même là pour vendre des journaux », précise-t-il encore. Cette information sur de nouvelles surdoses lui paraissait dans cette perspective être en adéquation avec les attentes et caractéristiques supposées du lectorat du *Parisien*, « intéressé par les questions de santé peut-être du fait de sa sociologie et peut-être parce qu'il est un petit peu plus âgé que certains journaux ».

[37] Pour un point en langue française sur la notion de valeur d'information, voir Neveu (E.), *Sociologie des problèmes publics, op. cit.*, p. 172.



LES **FAITS DIVERS**

145 malades irradiés à l'hôpital de Toulouse

ENQUETE. Traités pour des cancers, 145 patients ont reçu des doses excessives de rayonnement au CHU Rangueil de Toulouse. Après les dysfonctionnements constatés dans les hôpitaux d'Epinal, Lyon et Grenoble, cette affaire relance le débat sur la radiothérapie.

C'EST un nouvel accident de radiothérapie dans un hôpital français. Après le drame de l'hôpital d'Epinal, qui a fait 4 morts et 24 blessés en raison de l'excès de rayons en quantité excessive sur des malades, c'est l'hôpital de Toulouse, le CHU Rangueil, qui est malheureux touché par un problème de dysfonctionnement de sa radiothérapie. Selon nos informations, 145 malades traités avec des rayons ont reçu des doses supérieures à la normale, alors qu'ils étaient soignés dans le service de neurochirurgie. L'accident s'est produit il y a quelques mois, au début de l'année 2007. « Il n'y a pas de décès. Pour l'instant, les patients autopsiés n'ont pas de symptômes particuliers. Mais une enquête sanitaire est en cours pour savoir exactement quelles seront les conséquences sur leur état physique », explique une source proche du dossier. A Epinal, c'était la prostate des patients qui avait été irradiée à la suite d'une surdose de rayons, entraînant chez eux des souffrances urinaires insupportables.

A Toulouse, ce sont les cerveaux des malades qui ont été exposés à des doses de rayonnement excessives. Jusqu'à présent, le silence a été total sur ces événements graves. « Les 145 patients sont convoqués un par un pour faire un bilan de santé. Il leur sera précisément communiqué quoi ils souffrent », ajoute un spécialiste.

TOULOUSE (HAUTE-GARONNE). *Le CHU de Rangueil a soigné 145 malades traités par radiothérapie [illegible]*

Déficience informatique

Saisie de ce dossier, l'Autorité de sûreté nucléaire déclare qu'elle va « très prochainement communiquer sur ce sujet ». Ce problème du nucléaire civil a pour mission d'améliorer la sûreté de la radiothérapie en France. Depuis trois semaines, leurs inquiéteurs sont sur place. Mais, jusqu'à présent, le ministère de la Santé n'a pas communiqué sur le sujet. « Les radiothérapeutes ne trouvent pas trop à en parler, mais il faut pourtant le faire. Le culte du secret n'a plus lieu d'être dans le domaine de la santé », ajoute un spécialiste de la radiothérapie. Contrairement à ce qui s'est passé à l'hôpital d'Epinal, où il n'est pas un problème de logiciel « mal traduit de l'anglais » qui aurait entraîné l'accident. En revanche, c'est encore une fois une défaillance de l'informatique qui serait en cause. « Le constructeur de l'appareil, qui installe ces machines un peu partout dans le monde, s'est rendu compte récemment que l'étalonnage était mal fait, entraînant des rayonnements trop élevés. C'est pour cela que des doses bien supérieures à la normale ont été envoyées à ces 145 patients », ajoute un proche de l'enquête.

En toile de fond de ce drame sanitaire, c'est un trou de fric qui se joue entre les partisans de la tomothérapie et des modificateurs des règles de bonnes pratiques, et une partie des radiothérapeutes qui rechignent à changer leurs modes de fonctionnement. Précédemment, d'autres cas graves ont été signalés. A Lyon, au CHU Henri-Mondor, une patiente avait décédé à la suite d'une irradiation jugée excessive et précédemment, à Grenoble, un patient avait été gravement surexposé. Après l'accident d'Epinal, l'ex-ministre de la Santé Xavier Bertrand avait décidé de modifier les conditions de fonctionnement de la radiothérapie, en renforçant les contrôles.

MARC PAYET

A Epinal et ailleurs, d'autres cas suspects

[illegible] PUBLIC. Il a pris [illegible] des dangers du médicament [illegible] Parisien. Aujourd'hui, [illegible] dernier. Notre journal [illegible] révélait [illegible] Jean-Marie [illegible] d'Epinal. Un hôpital [illegible] globale des affaires sociales, [illegible] des [illegible] de quatre [illegible] et de vingt [illegible] entre [illegible] et le 8 [illegible] 2004 et le 1er août 2005. A l'origine de ce dysfonctionnement, un changement de protocole de radiothérapie mis au point à l'hôpital d'Epinal. Jusqu'à présent, l'enquête d'Epinal concentre exclusivement sur des personnes soignées pour un cancer de la prostate à un stade précoce.

■ **De nouvelles plaintes.** Les investigations portent maintenant sur des patientes prises en charge pour des cancers du sein ou de l'utérus. Deux nouvelles plaintes, une pour cancer [illegible] et une pour tumeur [illegible], déposées par la famille de deux femmes [illegible] viennent s'ajouter à celle déposée par la famille de la Bisontine d'Epinal. Parmi les victimes figure Michelle [illegible], décédée à 41 ans dans des conditions troublantes. Son mari a déposé plainte. L'instruction devra déterminer si il y a eu une faute caractérisée du centre hospitalier. Des experts ont été nommés pour répondre à cette question. Le rapport de l'Igas notait que les changements de paramètres de la radiothérapie n'étaient pas préparés. « De plus, les manipulateurs ne disposent d'aucun guide d'utilisation en français adapté à leur pratique quotidienne (...). La direction de l'établissement a développé une approche plus organisationnelle qu'organisatrice et ne s'est pas donné les moyens de répondre à la crise », souligne le rapport. Cet accident a été signalé au départ par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), une agence indépendante qui supervise les questions de santé dans le nucléaire civil.

■ **Plusieurs incidents en France.** Dans le reste du pays, l'Autorité de sûreté nucléaire a relevé d'autres incidents, survenus en 2006 et qui ont donné lieu à des inspections. Le 2 juin, un [illegible] a été oublié sur un patient soigné à Amiens. Celui-ci a été exposé à des doses [illegible] beaucoup trop fortes. Depuis, il est suivi sur le plan médical. Le 30 juin, à Saint-Etienne, une patiente a subi une irradiation de l'encéphale par erreur, à l'hôpital de cancérologie de la Loire, alors qu'elle suivait un traitement médicamenteux. En 2005, à l'hôpital de Lyon, un patient est décédé à la suite de l'irradiation d'une dose cent fois trop forte.

C'est quatre-vingt mille personnes passent chaque année une radiothérapie. Un nombre en augmentation depuis la mise en place du plan Cancer. Face aux éventuelles nouvelles plaintes qui risquent d'émerger dans toute la France, le pôle santé du parquet de Paris envisage de se saisir de ces affaires de sondages thérapeutiques.

FRANÇOIS VIGNOLLE

FLOREMONT (VOSGES), JANVIER 2007. *Le mari de Michelle Geruy, décédée dans des conditions troublantes, a déposé plainte.*

Vers des contrôles plus stricts

LE DÉPARTEMENT de [illegible] radiothérapie [illegible] de médicaments [illegible] autorisé [illegible] syndicalisé [illegible] un laxisme [illegible] un plus important [illegible] pour [illegible] contrôles. [illegible] les [illegible] jeudi ses vœux [illegible] ? [illegible] viennent à la fois [illegible] [illegible] qui consiste en une [illegible] un [illegible] médicaments pour soigner les tumeurs, les rayons sont [illegible] pour détruire directement les cellules cancéreuses. Il faut bien évidemment que l'intensité du rayonnement soit finement calculée pour qu'elle ne détruise pas trop de cellules saines autour de la tumeur, voire provoque des cancers plus tard en détruisant des organes vitaux à côté.

■ **Les appareils de radiothérapie sont-ils suffisamment performants ?** Pour [illegible] les patients, des logiciels spécifiques calculent la dose à envoyer au patient, en fonction de données fournies par le médecin [illegible] Hôpital. Il s'agit d'une opération complexe, nécessitant un savoir-faire spécifique. A l'hôpital d'Epinal, des problèmes de traduction d'un logiciel en anglais ont entraîné des erreurs [illegible] dans le calcul des doses. Ces erreurs se sont répétées pour 24 malades. A Toulouse, 145 personnes ont été concernées.

■ **Comment éviter des contrôles plus stricts ?** L'action [illegible] de la Santé Xavier Bertrand [illegible] décidé à la suite [illegible] d'une mission générale des affaires sociales [illegible] Igas] en [illegible] 2007, de renforcer les contrôles. Mais [illegible] politiques veillent à éviter un [illegible] Enfin, la tutelle a décidé que [illegible] tous les services de radiothérapie devaient mesurer la radioactivité [illegible] et in vivo. Cela signifie que [illegible] médecins radiologues doivent effectuer systématiquement un double contrôle, pour obtenir de mesurer la dose réelle de rayons reçue véritablement par le patient, et ne plus se fier uniquement à ce que dit la machine. Ce système existe déjà dans certains établissements, mais pas partout. Rétrospectivement, l'explosion de cette mesure est la preuve du dysfonctionnement du système actuel.

■ **Comment rassurer les malades ?** L'enjeu est fondamental pour 800 000 personnes qui passent des radiothérapies chaque année, notamment dans le cadre du plan Cancer. Ces dysfonctionnements graves, dans certains services, ne doivent pas dissuader les patients d'aller se faire [illegible] leurs tumeurs ou soigner leur cancer. Bien évidemment, dans son ensemble, le système de soins français, en particulier la prise en charge des cancers, est de bonne qualité et a été renforcé par la mise en place du plan Cancer.

M.P.

Article de Marc Payet, « 145 malades irradiés à l'hôpital de Toulouse »,

Le Parisien, *23 mai 2007.*

[Source : scan de l'article original].

L'article de Marc Payet paraît dans l'édition nationale du *Parisien* le 23 mai 2007. Compte-tenu de l'origine des informations (des sources autres que les victimes elles-mêmes), cet article se concentre essentiellement sur les causes de « l'accident de radiothérapie » qui concerne 145 patients et sur sa gestion en interne. Si l'article aborde également la question des conséquences pour la santé des personnes traitées, il le fait de manière rapide et sans les illustrer par des interviews. Le début de l'article restitue sa tonalité générale.

> « C'est un nouvel accident de radiothérapie dans un hôpital français. Après le drame de l'hôpital d'Épinal, qui a fait quatre morts et vingt-quatre blessés en raison de l'envoi de rayons en quantité excessive sur des malades, c'est l'hôpital de Toulouse, le CHU Rangueil, qui est maintenant touché par un problème de dysfonctionnement de sa radiothérapie. Selon nos informations, 145 malades traités avec des rayons ont reçu des doses supérieures à la normale, alors qu'ils étaient soignés dans le service de neurochirurgie. L'accident s'est produit il y a quelques mois, au début de l'année 2007. ''Il n'y a pas de décès. Pour l'instant, les patients surexposés n'ont pas de symptômes particuliers. Mais une enquête sanitaire est en cours pour savoir exactement quelles seront les conséquences sur leur état physique'', explique une source proche du dossier. À Épinal, c'était la prostate des patients qui avait été irradiée à la suite d'une surdose de rayons, entraînant chez eux des souffrances souvent insupportables. À Toulouse, ce sont les cerveaux des malades qui ont été exposés à des doses de rayonnement excessives[38] ».

En fin d'article, Marc Payet contextualise ces nouveaux accidents en les inscrivant dans une suite d'événements similaires survenus en France et qui ont incité « l'ex-ministre de la Santé Xavier Bertrand » (remplacé par Philipe Bas), à « modifier les conditions de fonctionnement de la radiothérapie ». Dans un encart adossé à l'article, le journaliste détaille cette orientation nouvelle.

> « L'ancien ministre de la Santé Xavier Bertrand a décidé, à la suite des conclusions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur Épinal, en 2007, de modifier les règles du jeu. Mais ces dispositions tardent à entrer en pratique. En clair, le ministre a décidé que maintenant tous les services de radiothérapie devaient mesurer la radiothérapie ''in-vivo''. Cela veut dire que les médecins radiologues doivent effectuer maintenant un double contrôle, permettant de mesurer la dose réelle de rayons reçus véritablement par le patient, et ne plus se fier uniquement à ce que dit la machine. Ce système existe déjà dans certains établissements, mais pas partout. Rétrospectivement, l'adoption de cette mesure est la preuve du dysfonctionnement du système antérieur[39] ».

[38] Payet (M.), « 145 malades irradiés à l'hôpital de Toulouse », art. cité.
[39] *Ibid.*

Pour le journaliste du *Parisien,* les « dispositions » prises à la suite des accidents d'Épinal peuvent permettre d'éviter des accidents comme ceux de Toulouse, à condition que celles-ci se mettent en place rapidement. En d'autres termes, comme dans le cas d'Épinal, la définition institutionnelle du problème est reprise et les surdoses hospitalières à répétition que connaît la France ne ressortent pas d'un scandale sanitaire. Ces surirradiations sont le reflet d'un déficit de mesures que les plus hautes autorités s'emploient à combler.

L'article du *Parisien* fait l'objet de nombreuses reprises de la part des titres et chaînes d'informations pré-mobilisés et sensibilisés à la question des surirradiations hospitalières depuis sept mois, avec la révélation des premiers cas à Épinal. *Le Monde, Libération, L'Est Républicain, La Dépêche du Midi* ainsi que le journal télévisé de « 13 heures » de *TF1* et les « 20 heures » des deux premières chaînes, *TF1* et *France 2,* consacrent le jour même ou le lendemain, un sujet à ces « nouveaux accidents de surirradiations » de Toulouse.

En dépit de ces reprises, le sujet des surirradiations, loin d'être traité comme un scandale sanitaire naissant, donne lieu à des reportages anglés de manière similaire à l'article du journaliste du *Parisien*. Cet alignement pourrait être interprété comme le produit de la nature des articles : ceux-ci sont de simples reprises de l'article initial, agrémentées dans nombre de cas par des éléments obtenus lors de la conférence de presse organisée par le CHU incriminé le jour même de sa parution. Cependant, l'absence de suivi de cette information toulousaine le lendemain par la majorité des organes de presse (à l'exception du *Parisien*[40] et du quotidien régional *La Dépêche*[41]) révèle que ces nouvelles surdoses ne modifient pas les catégories de perception des journalistes (et en particulier des organes majeurs du champ) à leur égard. Celles-ci demeurent des accidents médicaux localisés et dont les causes sont identifiées.

b) Les reprises prudentes du *Monde* et de *TF1*

Il en va ainsi du *Monde*. Après un premier article paru le lendemain du « scoop » du *Parisien* le 24 mai 2007, le quotidien ne s'intéressera de nouveau au sujet des surirradiations que trois semaines plus tard. L'auteur de l'article du 24 mai est le journaliste spécialisé en santé du *Monde,* Paul Benkimoun. Prenant soin de mettre l'information au conditionnel dès le titre de l'article (« 145 patients du CHU Rangueil de Toulouse auraient été ''irradiés'' »), le

[40] Par exemple, le lendemain, Payet (M.), « Tous les centres de radiothérapie vont être inspectés », *Le Parisien*, 24 mai 2007.
[41] Par exemple, le lendemain, Monzat (H.), « Toulouse Rangueil. Comment ils ont été irradiés », art. cité.

journaliste convoque des sources institutionnelles et médicales (le directeur du CHU et un radiothérapeute de l'établissement).

> « D'après nos informations, 145 malades souffrant, à une exception près, de tumeurs du cerveau, pour la plupart bénignes, ont reçu des doses de rayons dépassant celles prévues dans le cadre d'une radiothérapie. L'ensemble des patients concernés a été convoqué et un suivi médical a été mis en place[42] ».

Le journaliste du *Monde* retranscrit pour finir les propos rassurants du directeur de l'hôpital selon lequel, « le 3 mai », l'ASN a effectué une inspection sur place et « a autorisé l'établissement à reprendre l'activité de radiothérapie après que des ajustements ont été faits sur l'appareil ».

> Paul Benkimoun est un ancien médecin de la Protection maternelle infantile (PMI). Après avoir exercé pendant cinq ans, il quitte la médecine pour le journalisme médical. Travaillant d'abord pour la presse spécialisée (le *Journal international de médecine*, le *Quotidien du médecin*, *Impact médecin hebdo*), il entre au *Monde* en 1999 et intègre le service « santé » du quotidien.

Si des bouleversements ont affecté le sous-champ du journalisme spécialisé en santé depuis les années 1980 et que des journalistes passés par des études de médecine adoptent plus volontiers une perspective critique vis-à-vis des institutions médicales comme l'a montré Dominique Marchetti[43], il n'en demeure pas moins que ce journalisme d'humeur anti-institutionnel ne supplante pas en toutes circonstances un journalisme de routine s'appuyant sur des sources émanant des autorités médicales ou sanitaires et, de ce fait, peu propice à la transformation d'un « accident » en « scandale ».

Un traitement semblable, proche des sources institutionnelles, est réalisé dans les journaux télévisés et dans celui de *TF1* en particulier. Le reportage que la première chaîne diffuse par exemple lors du journal télévisé de « 13 heures » le jour même de la parution du scoop du *Parisien* le 23 mai 2007 est produit par deux correspondants locaux de la chaîne, Sylvain Dhollande et Paul-Etienne Zahn. Ce reportage (sans interview de patients surdosés) se concluait par l'information selon laquelle, après un mois d'arrêt des traitements à l'hôpital de

[42] Benkimoun (P.), « 145 patients du CHU Rangueil de Toulouse auraient été ''irradiés'' », *Le Monde*, 24 mai 2007.
[43] Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique*, *op. cit.*

Toulouse, il n'existait « plus de risque pour les patients et l'Autorité de sûreté nucléaire vient d'autoriser la reprise des activités de radiochirurgie[44] ».

La communication des sources institutionnelles est ainsi relayée par les journalistes, qu'ils soient spécialisés en santé ou non et est propice à un traitement relativement consensuel du sujet des surdoses hospitalières. Celles-ci, même après l'épisode toulousain, sont perçues comme le produit de dysfonctionnements matériels et de comportements erratiques et non comme révélatrices d'un scandale sanitaire.

2. Drames humains et logique du droit au cœur du journalisme en santé

Si les journalistes, ne sont pas dans une logique de scandale face à ces événements de surdoses à répétition, ils sont en revanche intéressés à retranscrire les souffrances physiques et morales des surirradiés. Cet intérêt est entièrement dépendant des mobilisations individuelles puis collectives de personnes accidentées et de leurs proches. Dès lors, les journalistes réactivent à propos des surdoses les schémas d'appréhension et de traitement des faits déjà usités lors des précédentes affaires sanitaires. Ils anticipent dans ce dossier de futures procédures judiciaires des victimes regroupées en associations.

2.1. L'intérêt médiatique pour les victimes souffrantes : les conditions d'une généralisation

Des reportages sont très vite consacrés aux victimes et à leurs familles dans ce dossier sanitaire. Ils sont néanmoins d'abord cantonnés à la presse écrite.

a) Une famille vindicative

Cinq jours seulement après la conférence de presse des autorités du 12 octobre 2006, un quotidien de la presse écrite régionale, *L'Est Républicain*, publie un article portant sur la situation d'une famille d'un surirradié décédé[45]. Celle-ci entreprenait elle-même de rendre

[44] JT « 13 heures », *TF1*, 23 mai 2007.
[45] Bablée (K.), « Irradiation fatale d'Épinal, les premières plaintes », *L'Est Républicain*, 17 octobre 2006. Un article était bien paru dans ce même quotidien un jour auparavant et qui évoquait deux patients qui avaient refusé les indemnisations proposées (Non signé, « Deux nouveaux patients surirradiés refusent les indemnisations

publique sa situation en annonçant la convocation d'une conférence de presse qui devait se tenir le lendemain. Une journaliste du quotidien régional se rend à cette conférence de presse et lui consacre un second article. Le sujet débute en insistant sur le « coup de grâce » que représente, pour la famille, le décès du proche.

> « Ils avaient plein de projets pour leur retraite. Des idées de voyages. Et puis, c'est le coup de grâce. Françoise Voirin qui a fait valoir ses droits à la retraite en septembre dernier enterrait son époux Michel, moins de trois semaines après. Officiellement, Michel Voirin, 71 ans – très dynamique et qui ne faisait pas son âge précise aussitôt Olivier, son fils – décède d'un arrêt cardiaque. Alors que la famille entame son long travail de deuil, coup de théâtre. Début octobre, la directrice de l'hôpital Jean-Monnet où Michel Voirin avait été suivi par radiothérapie pour un cancer à la prostate, sollicite un entretien auprès de la famille. Et lui fait savoir avec émotion que son époux a ''été, dès l'origine du signalement de l'erreur en radiothérapie, intégré au sein de la liste des patients surdosés transmise à la compagnie d'assurance de l'établissement... Et que, face aux problèmes rencontrés par votre époux qui apparaissent dans la description, similaires à ceux rencontrés par les patients ayant rencontrés des complications, face aux dommages subis par votre époux dont le lien de causalité avec l'irradiation vous apparaît évident, différentes voies de recours vous sont possibles aux fins de faire valoir vos droits''[46] ».

L'article souligne ensuite que la famille « apporte un démenti formel aux affirmations de l'ARH et de l'hôpital spinalien » sur la transparence dont ils auraient fait preuve. La famille a effectivement été prévenue de la situation de son proche seulement « deux jours avant l'annonce fracassante de l'ARH, de la direction de l'hôpital et de la DDASS auprès des médias ». L'article précise par ailleurs que « Françoise, entourée de ses deux enfants, Olivier et Rachel, s'est tournée vers l'Association d'aide aux victimes d'accidents corporels (AAVAC), présidée par le D[r] Dominique Courtois ». Enfin, il est annoncé l'intention de la famille et de l'avocat de l'association de « déposer une plainte au pénal ». *Le Parisien* consacre aussi un article à cette conférence de presse[47]. L'angle est sensiblement le même. Aucun autre quotidien ne traite du cas de cette famille, pas plus que de journal télévisé.

Il demeure que, à partir de cette période, les victimes de surdoses d'Épinal auparavant sans existence autre qu'abstraite (c'est-à-dire décrites par les propos du directeur de l'ARH de Lorraine et définies par leur nombre et non leur situation vécue), se rendent accessibles à un traitement journalistique autonome. C'est la mobilisation d'une famille d'un surirradié vosgien

proposées », *L'Est Républicain*, 16 octobre 2006). Mais il s'agissait davantage d'un résumé que d'un véritable reportage. Aucun propos de ces patients n'était mentionné, à la différence de l'article du 17 octobre.

[46] Bablée (K.), « Irradiation fatale d'Épinal, les premières plaintes », art. cité.

[47] Rahmelow (D.), « La famille d'une nouvelle victime accable l'hôpital d'Épinal », *Le Parisien*, 18.10.2006.

et son sentiment d'avoir été trompée qui détache progressivement les victimes des discours officiels et incite les journalistes à s'intéresser à leur situation. L'opportunité pour les professionnels de l'information d'« angler » leurs articles sur cette situation et non pas sur le seul domaine des traitements par rayons, les aide indirectement à défendre le sujet des surirradiations hospitalières en conférence de rédaction. Une victime donne une valeur ajoutée indéniable aux reportages journalistiques comme le signale le journaliste du *Parisien* Marc Payet.

> « Une victime est quelqu'un qui est autorisé à s'exprimer, et donc du point de vue du média, évidemment, on peut l'appeler […]. Par son témoignage, elle permet aussi de faire comprendre à un lectorat la réalité des souffrances, donc il peut y avoir éventuellement une empathie qui se crée ».
> [Entretien, 30 janvier 2013].

Une victime est ainsi une ressource pour le travail journalistique de restitution des événements. Non seulement elle facilite l'élaboration de reportages consacrés à un sujet technique comme les surirradiations en lui adjoignant une dimension humaine, mais elle permet également d'initier auprès du lecteur une identification avec celui qui souffre, une « sympathie[48] » pour l'affliction d'autrui, bien faite pour susciter un intérêt pour le sujet et par conséquent de l'audimat ou des ventes.

La progression des enquêtes administratives et médicales sur le terrain d'Épinal donne lieu à des reportages qui allient ainsi informations sur les investigations et la situation des victimes. Cantonnés d'abord dans la presse régionale (*L'Est Républicain*) et populaire (*Le Parisien*), ces reportages gagnent progressivement d'autres médias mais de manière encore marginale. Ni *Le Monde,* ni *TF1* ne font paraître de tels reportages illustrés par des témoignages de victimes. Nathalie Sapénat, la journaliste du service santé de la rédaction de *France 2* conçoit néanmoins, à quelques jours de la parution du rapport de l'IGAS/ASN de mars 2007, un reportage construit autour d'une famille d'un patient surirradié[49]. Diffusé le 24 février 2007, il s'agit du premier reportage de télévision qui fait s'exprimer un accidenté. Il est interviewé sur son lit d'hôpital[50].

[48] Boltanski (L.), *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, 1993, p. 58-87.
[49] La journaliste en diffuse un second le 6 mars 2007 consacré à ce rapport, comme nous l'avons constaté ci-dessus.
[50] Nous ne faisons figurer dans notre extrait du reportage aucune image du patient filmé de face, par égard pour la famille de cette personne décédée.

Béatrice Schönberg [présentatrice] : « Je vous le disais en titre, par précaution, le service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal est fermé après plusieurs accidents de surirradiations. Une personne est morte, treize ont été blessées, d'autres dysfonctionnements sont évoqués, les familles ont décidé de porter plainte. Frédéric Monteil, Nathalie Sapénat, Patrick Achéré.
- Voix off : À Épinal, par précaution, plus aucun nouveau malade n'est accepté dans cette salle. Dans ce service de radiothérapie, entre mai 2004 et mai 2005, vingt-trois patients ont été surexposés aux radiations. L'un d'entre eux est mort, treize autres souffrent de complications comme Marcel Levrey, 65 ans. Il était venu pour un cancer de la prostate. Cancer guéri, mais suite aux radiations trop importantes, il a perdu quinze kilos, il ne marche plus et vit avec un anus artificiel.



Extrait du premier JT dans lequel la situation d'un surirradié est évoquée.

[Source : capture d'écran du JT du 24 février 2007, « 20 heures », France 2*].*

- [Interview, bandeau : Marcel Levrey. Patient en cancérologie] : Au début cela passait, mais aujourd'hui, j'ai de la haine envers ça, j'ai de la haine.
- Journaliste : Envers l'hôpital ?
- Patient : Oui. Oui. Et je voudrais qu'ils soient punis, qu'ils comprennent qu'ils ont fait du mal. […].

Ce reportage en date de février 2007 s'efforce de mettre en avant les conséquences humaines des accidents de surirradiations et les sentiments d'un « patient en cancérologie » sur sa situation (dénomination qui, pour l'ensemble des malades, s'estompe ensuite dans les

comptes rendus médiatiques au profit des mots « victime » ou « surirradié »). En d'autres termes, la journaliste ne propose pas de contre-enquête sur les faits de surdoses et cherche seulement à évaluer les répercussions sanitaires de ces derniers.

b) Les associations de victimes comme vivier de portraits journalistiques

Les rédactions du *Monde* puis de *TF1* élaborent de tels reportages plus tardivement. Pour le quotidien du soir, il faut attendre le mois de juin 2007 et pour la première chaîne, le mois de septembre 2007.

Une journaliste du service « société » en charge des sujets de santé au *Monde*, Sandrine Blanchard, se rend ainsi à l'été 2007 dans les Vosges pour rencontrer les « victimes des rayons[51] » de l'hôpital d'Épinal. Basé essentiellement sur des témoignages de patients surirradiés, son reportage fait entendre les souffrances et les désirs des victimes pour la première fois dans le quotidien du soir depuis les révélations de l'ARH de Lorraine en octobre 2006. Son article contraste ainsi avec ceux parus jusqu'à présent sous la plume de son confrère spécialisé en médecine du *Monde*, rédigés à partir d'éléments recueillis à l'occasion des communications et enquêtes des autorités. Sandrine Blanchard a un profil différent de l'ancien médecin Paul Benkimoun. Après avoir travaillé dans l'édition, elle entre au *Monde* en 1993 pour traiter des sujets d'éducation au sein du service « société ». En 2001, elle se voit attribuer les questions de santé au sein du même service.

Dans ce cadre, elle se rend dans les Vosges pour rencontrer les personnes surirradiées et leurs familles à la fin du mois de juin 2007. Il ne s'agit cependant aucunement d'une contre-enquête visant à démontrer l'existence d'un scandale, seulement d'un article consacré au quotidien des « victimes » du « plus grave accident provoqué par la radiothérapie » en France, avec des portraits photographiques. Lorsque la journaliste se rend à Épinal, l'association des victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal (AVSHE) existe depuis peu. Une réunion avait eu lieu le 22 juin 2007, à l'initiative d'un avocat spinalien, Gérard Welzer, et avait rassemblé une trentaine de personnes surirradiées et leurs proches, entrées en contact avec ce dernier après les révélations publiques des accidents.

[51] Blanchard (S.), « Victimes des rayons », *Le Monde*, 26 juin 2007.

C'est par l'entremise de cet avocat que la journaliste du *Monde* est mise en relation avec pas moins de six surirradiés ou membres de leurs familles. Son article débute par le témoignage du « patient en cancérologie » du reportage de *France 2* de février 2007.

> « Longtemps resté secret, le plus grave accident provoqué par la radiothérapie a déjà fait cinq morts. Soignées pour un cancer de la prostate à Épinal, les victimes ont été surirradiées.
> S'il reste un peu trop longtemps debout, sa poche urinaire se remplit de sang. Alors, ses journées, il les passe allongé sur son lit de l'hôpital intercommunal de Golbey, une petite commune à la sortie d'Épinal, dans les Vosges. Marcel Levrey en a gros sur le cœur. À 65 ans, cet ancien agent de quai d'une entreprise de transport, qui a passé sa vie professionnelle à charger et décharger des camions, ne peut ''plus rien faire''. Il aimait tant s'occuper de son jardin : ''Ce qui me manque le plus, dit-il, c'est mon chez-moi.'' M. Levrey ne cache rien de ses intimes souffrances. Il a ''une poche pour les selles, une poche pour les urines'', son sexe et son ''derrière'' lui font ''souvent mal'', sans compter les fréquentes infections urinaires.
> Son calvaire a commencé à la fin de l'année 2005, quelques mois après ses séances de radiothérapie au centre hospitalier Jean-Monnet d'Épinal. ''Tout allait bien'', jusqu'au jour où une prise de sang ''de routine'' révèle un taux élevé de PSA (marqueur biologique de la glande prostatique). M. Levrey subit alors une ablation de la prostate. L'opération se passe très bien, mais son médecin lui prescrit ''39 séances de rayons pour être sûr qu'il n'y ait plus de cancer''. Quelques mois plus tard, un matin qu'il n'oubliera jamais, ''crac, je me vidais de tous les côtés, du sang, j'ai eu peur, je me demandais ce qui m'arrivait''. En 2006, son médecin traitant lui apprend qu'il est ''dans le lot''. Le ''lot'' des surirradiés du centre hospitalier Jean-Monnet d'Épinal. M. Levrey est l'une des victimes du ''plus important accident impliquant les rayonnements ionisants survenu en France'', selon les termes du rapport accablant de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) rendu public le 6 mars […][52] ».

D'autres portraits de victimes agrémentent l'article. Ainsi, une production journalistique différente, davantage faite de portraits et de témoignages de surirradiés se donne à voir à l'été 2007 dans *Le Monde*, en lien avec le regroupement de surirradiés au sein d'une association. Son président n'est pas interviewé dans le premier papier mais un portrait détaillé lui est consacré deux mois plus tard, réalisé également par Sandrine Blanchard[53].

TF1 réoriente aussi son traitement des accidents de surirradiations, quoique de manière encore plus tardive. Le premier reportage dans lequel des « victimes » se font entendre lors d'un journal télévisé de la chaîne est celui réalisé au début du mois de septembre 2007 par Jean-Baptiste Bouvet, journaliste au service société de la rédaction de *TF1* et Joseph Gordillo, correspondant de *TF1* pour la région Lorraine. L'actualité du dossier des surirradiations d'Épinal – la découverte de 300 nouveaux cas de surdoses dans l'hôpital vosgien et la

[52] Blanchard (S.), « Victimes des rayons », art. cité.
[53] Blanchard (S.), « Philippe [S.] : une brûlure irréparable », *Le Monde*, 12 octobre 2007.

probabilité que près de 4 800 personnes soient en réalité concernées sur une période de presque 20 ans – est illustrée par les interviews de deux personnes surirradiées membres de l'association des victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal (AVSHE). Il est fait état des problèmes de santé des accidentés (« hémorragies, saignements intestinaux, incontinences »), de leur souhait de comprendre les raisons des accidents et d'être indemnisés[54].

Ainsi, à partir du milieu de l'année 2007, les reportages écrits et audiovisuels restituent les traces laissées par les surdoses de rayons sur les patients et leurs familles. Traces physiques (hémorragie etc.), traces psychologiques aussi (inquiétudes, angoisses, désespoir). Didier Fassin et Richard Rechtman[55] ont montré que la notion de traumatisme, conçue comme emprunte laissée sur un individu du fait du vécu d'un événement douloureux, relève depuis une trentaine d'années du sens commun. Elle désigne aussi bien la situation vécue par les personnes sinistrées par un attentat, un tremblement de terre, un accident, que la situation de l'ancien combattant, ou encore du civil dont la famille a connu un massacre, ou bien de la personne ayant subi un abus sexuel. En tant qu'accident médical collectif, avec des victimes qui manifestent désormais leur mécontentement, les surirradiations sont assimilées par les journalistes à un événement tragique qui laisse et imprime des marques autant physiques que psychologiques. Ils reconnaissent d'emblée aux personnes soumises au traumatisme un statut social, celui de victimes, et celles-ci sont décrites avec le lexique de la souffrance.

Ce recentrement des reportages sur les surdoses comme situation traumatique a une conséquence singulière sur leur teneur. Ils s'apparentent de plus en plus à des points de droit, voire à des chroniques judiciaires.

2.2. Les journalistes pris par la logique du droit

En rendant compte de la situation des victimes de surirradiations, les journalistes prennent acte de l'aspect juridique du dossier. À l'instar de ce surirradié interviewé par *TF1* déclarant « se battre » pour obtenir une indemnité « des assurances[56] », les membres des associations de victimes de surirradiations d'Épinal et de Toulouse créées toutes deux au mois de juin 2007[57] font effectivement part en interview de leur souhait d'obtenir réparation du

[54] JT de « 20 heures », *TF1*, 8 septembre 2007.
[55] Fassin (D.), Rechtman (R.), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime, op. cit.*
[56] JT de « 20 heures », *TF1*, 8 septembre 2007.
[57] L'association SOS Irradiés 31 (Toulouse) est créée le 12 juin 2007 et l'association des victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal (AVSHE) le 22 juin 2007.

préjudice subi. Chemin faisant, après le versement d'indemnisations, deux autres sujets s'imposent progressivement dans les comptes rendus médiatiques : le dépôt de plaintes et la progression de l'enquête judiciaire jusqu'à un éventuel procès. Cette orientation du traitement médiatique indique que, pour les journalistes, les affaires de santé sont aussi (et surtout ici) des affaires de droit. Ce dossier des surirradiations, s'il n'est en rien un scandale de santé publique comparable à l'amiante par exemple, pose néanmoins, pour les professionnels de l'information, des questions de droit et en particulier de réparations.

a) Les indemnisations des victimes au « 20 heures »

Les étapes menant au versement des indemnisations sont ainsi examinées avec attention par les professionnels de l'information. Lorsque ce versement se produit, il est abondement traité : « Bachelot : ''10 000 euros pour chaque irradié d'Épinal''[58] », titre *Le Parisien.* « Une avance de 10 000 euros pour les victimes[59] » annonce *Le Monde*. « Surirradiés de Rangueil : le CHU va débloquer une avance[60] » informe *La Dépêche*.

L'article du *Monde* consacré au versement de la provision d'indemnisation de 10 000 euros aux surirradiés d'Épinal est lié à un reportage de Monique Raux (collaboratrice du quotidien pour l'Est de la France) sur la comparution des « radiothérapeutes des irradiés d'Épinal devant leurs pairs[61] » (c'est-à-dire devant le conseil de l'Ordre). Les deux articles traduisent l'évolution du traitement des surirradiations hospitalières dans le quotidien. Après avoir été appréhendées comme des accidents médicaux générateurs de souffrances, les surdoses de rayons ont pour enjeu désormais la réparation des victimes.

TF1 s'intéresse également au versement d'une provision d'indemnisation aux surirradiés d'Épinal. Deux reportages sur ces indemnisations sont en effet diffusés à quelques jours d'intervalle dans le « 20 heures » de la première chaîne en décembre 2007[62]. Dans le reportage de Vincent Dietsch, correspondant de la chaîne à Metz, diffusé le 7 décembre, le versement est présenté comme un « geste » de l'État anticipant les indemnités qui pourraient être perçues par les victimes devant « la justice ».

[58] Payet (M.), *Le Parisien*, 7 décembre 2007.
[59] Non signé, *Le Monde*, 11 décembre 2007.
[60] Non signé, *La Dépêche*, 23 décembre 2007
[61] Raux (M.), *Le Monde*, 11 décembre 2007.
[62] JT de « 20 heures », *TF1*, 7 décembre 2007 et 28 décembre 2007.

« Quelques victimes seulement des surirradiations à l'hôpital d'Épinal étaient présentes ce matin à la préfecture des Vosges. Mais toutes attendaient ce moment avec impatience.



Les surirradiés d'Épinal informés par les autorités sanitaires de leur indemnisation.

[Source : capture d'écran du JT du 7 décembre 2007, « 20 heures », TF1*].*

Un geste de l'État dans la douloureuse affaire qui les concerne. Une provision de 10 000 euros va leur être versée, avant d'éventuelles autres indemnisations décidées par la justice. […] Les victimes, certaines en très mauvaise santé, et les familles des malades décédés attendent désormais que la justice avance dans son travail de recherche de responsabilité. Mais cela risque de prendre beaucoup plus de temps que le versement d'une première indemnité[63] ».

Le fait que ce dossier sanitaire soit significativement gagné par le droit et les questions de réparation des victimes contribue ainsi au maintien de sa médiatisation dans les journaux télévisés.

[63] Extrait du JT de « 20 heures », *TF1*, 7 décembre 2007.

b) Un dossier judiciaire

Après le suivi des indemnisations, les journalistes, en particulier de presse écrite, s'efforcent de restituer précisément le nombre des plaintes déposées en publiant plusieurs articles ayant ces plaintes pour sujet principal (« Irradiations fatales d'Épinal, les premières plaintes[64] », « Dans l'affaire des irradiés d'Épinal, 63 plaintes ont été déposées pour homicides ou blessures involontaires[65] », « Première plainte des irradiés de Toulouse[66] », « Rangueil : 46 irradiés déposent plainte[67] »). Dans ce dernier article relatif au cas toulousain, c'est un véritable compte rendu du travail de l'avocat qui est effectué.

> « ''Coups et blessures involontaires, mise en danger de la vie d'autrui, homicides involontaires'', c'est sur ces trois points essentiels que M^e^ Christophe Lèguevaques a fondé la plainte qu'il a déposé hier en début d'après-midi sur le bureau du procureur de la République. Une plainte contre X, formée au nom de quarante-six des 145 victimes des surdoses de radiations subies en 2006 et 2007 lors de leurs soins à l'hôpital de Rangueil […]. Et ''c'est bien dans ce but que cette plainte a été déposée'', souligne M^e^ Lèguevaques, en traînant derrière lui une volumineuse valise noire à roulettes qui renferme les nombreuses pièces qu'il entend verser au dossier. Un énorme travail de compilation accompli pendant plusieurs mois pour rassembler ''le maximum de renseignements et d'informations techniques'' portant aussi bien sur la méthode de soins par radiations, que sur le fonctionnement des appareils livrés à cet effet à l'hôpital, que, enfin, sur la manière dont les médecins, au terme de leur formation, les ont utilisés. Car, en prenant bien garde de ''cibler'' leurs griefs sur le seul CHU (centre hospitalo-universitaire) de Toulouse, les plaignants souhaitent que ''toutes les responsabilités soient examinées''. Un véritable mémorandum, donc, qui fait aussi le point sur les ''dommages subis''[68] ».

Le journal télévisé de *France 2* a lui aussi consacré un sujet sur le « tiers » des 145 patients surirradiés de Toulouse qui envisageaient alors « de déposer plainte contre X[69] ». Si, pour les journalistes, le dossier des surirradiations n'est pas une crise sanitaire, il est néanmoins traversé par des enjeux de réparation judiciaire similaires à ceux de telles crises. Aussi, à partir du milieu de l'année 2007, les professionnels de l'information anticipent les procédures judiciaires à venir et relatent minutieusement les perquisitions ordonnées par les juges

[64] Bablée (K.), *L'Est Républicain*, 17 octobre 2006.
[65] Blanchard (S.), Morin (H.), *Le Monde*, 9 septembre 2007.
[66] Payet (M.), *Le Parisien*, 15 janvier 2008.
[67] Rouch (J.-J.), *La Dépêche*, 19 janvier 2008.
[68] *Ibid*.
[69] JT de « 13 heures », *France 2*, 2 octobre 2007.

d'instruction dans les affaires d'Épinal et de Toulouse[70]. Les mises en examen, quand elles interviennent comme dans l'affaire d'Épinal, sont abondamment traitées[71]. Lorsque les investigations judiciaires débouchent sur un procès comme pour le cas spinalien, sa couverture est forte[72].

L'accroissement du volume des émissions de télévisions – hors JT – consacrées aux surirradiations correspond à cette appréhension journalistique du dossier des surdoses sous l'angle judiciaire. En dehors des journaux télévisés de *TF1* et *France 2*, neuf émissions de télévision ont été répertoriées sur la période 2006-2015 dont le sujet a trait aux surirradiations. Deux émissions ont été diffusées avant juin 2007 et l'avènement des associations de victimes[73]. Le reste des émissions est par conséquent postérieur à ce moment de regroupement et toutes, avec une plus ou moins grande amplitude, mettent en scène des victimes qui font part de leur parcours de réparation et en particulier des démarches judiciaires entreprises[74]. Parmi ces reportages donnant à voir les surirradiations d'Épinal et de Toulouse comme une affaire judiciaire concentrant un certain nombre de fautes pénalement répréhensibles et d'enjeux de réparation de victimes, les plus emblématiques sont ceux retransmis dans l'émission « Pièces à conviction » de la journaliste Élise Lucet, ayant pour titre « Surirradiés à l'hôpital : la série noire ». Celle-ci est diffusée le vendredi 8 février 2008. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet de décryptage des questions posées par ce « plus grave accident de radiothérapie au monde » pour reprendre le propos de la présentatrice lors du lancement de l'émission.

Encadré 6. Élise Lucet et l'émission « Pièces à conviction »

Élise Lucet a 45 ans en 2008, lorsque les reportages sur les surirradiations sont diffusés dans « Pièces à conviction ». Elle est titulaire d'un bac scientifique obtenu, précise-t-elle « au rattrapage, avec 1 en math et 3 en physique[75] ». Elle devient stagiaire à *Radio France Caen* en 1982 à l'âge de 19 ans après avoir sollicité elle-même la station. Elle y couvre l'actualité locale, du sport aux sujets économiques. Elle entre à *France 3* deux ans plus tard en 1984, introduite par Henri Sannier, journaliste sportif, pour réaliser des reportages généralistes. En

[70] Par exemple : Non signé, « Affaire des surirradiés : perquisition à l'hôpital Rangueil de Toulouse », *L'Est Républicain*, 18 juillet 2008. Payet (M.), « Une perquisition a eu lieu au ministère de la Santé, à Paris, dans l'affaire des irradiés de l'hôpital d'Épinal », *Le Parisien*, 1 juillet 2008.

[71] Par exemple : Non signé (dépêche Agence France Presse), « Surirradiés d'Épinal : l'hôpital mis en examen », *Le Monde*, 07 juin 2008. Aubriat (P.), « Surirradiés d'Épinal : trois nouvelles mises en examen », *L'Est Républicain*, 3 juin 2008.

[72] Par exemple : Cazi (É), « L'affaire des surirradiés d'Épinal renvoyée devant le tribunal correctionnel », *Le Monde*, 6 janvier 2012. Favereau (É), « La justice au chevet des irradiés d'Épinal », *Libération*, 21 septembre 2012.

[73] « La vérité sur les erreurs médicales », C dans l'air, *France 5*, 13 décembre 2006. « Les irradiés d'Épinal », C dans l'air, *France 5*, 9 mars 2007.

[74] Voir les annexes pour les références des émissions.

[75] Extrait de l'article de Riffaudeau (H.), propos recueillis par, « Élise Lucet : ''Pas question de se laisser dicter notre conduite par des communicants'' », *Téléobs*, 20 décembre 2014.

1987, elle quitte la chaine et collabore pour des reportages avec la radio *France Inter* puis avec *Antenne 2* pour l'émission « La Marche du siècle » présentée par Jean-Marie Cavada. Elle entre de nouveau à *France 3* pour présenter l'édition nationale du journal de la chaîne en alternance avec un autre journaliste, puis devient la présentatrice titulaire de 1990 à 2005, avant de rejoindre le « 13 heures » de *France 2*, qu'elle présente en semaine. C'est en parallèle de cette activité qu'elle devient présentatrice de plusieurs émissions scientifiques sur la 3 (« Nimbus », « Les aventuriers de la science ») et de « Pièces à conviction » à partir du mois d'octobre 2000.
« Pièces à conviction » est un magazine télévisé diffusé sur *France 3* en deuxième partie de soirée. Créé et présenté de 2000 à 2011 par cette journaliste, il se voulait être à son lancement un « magazine d'investigation[76] », avec des « décryptages » ou des « contre-enquêtes » sur des « affaires ». La première émission du magazine le 26 octobre 2000 portait sur une « affaire » politique : l'affaire Jean-Claude Mery du nom de l'ancien trésorier du RPR dont un témoignage posthume avait été découvert. La seconde émission a porté sur un fait divers, « l'affaire Dils », du nom d'un condamné à la perpétuité pour le meurtre de deux enfants, Patrick Dils, et qui clamait à l'époque son innocence.

L'émission du 8 février 2008, dont la durée est d'une heure trente environ, présente deux reportages, l'un sur les surirradiations d'Épinal (28 minutes environ) et l'autre sur celles de Toulouse (28 minutes également). Le point de départ de ces reportages est identique et bien résumé par le journaliste auteur du reportage sur les surirradiations d'Épinal, Christophe Nardini, membre de l'équipe du magazine à l'époque. « Ce qui est affreux, c'est que ces gens sont venus se faire soigner pour un cancer et sont repartis avec un mal encore pire[77] ». En d'autres termes, le magazine propose une interprétation de la « catastrophe » des surirradiations, preuves à l'appui, dans laquelle il englobe indistinctement les accidents d'Épinal et de Toulouse comme en atteste l'ouverture de l'émission.

> - Élise Lucet [Présentatrice] : « Bonsoir. C'est le plus grave accident de radiothérapie au monde et c'est en France que cela s'est produit. Une catastrophe sanitaire, le mot n'est pas trop fort, où se mêlent incompétence, manque d'informations, défauts de surveillance et parfois même mensonges. Les victimes ? Des malades du cancer qui ont fait une entière confiance à leurs médecins et au traitement prescrit, la radiothérapie.
> - [Lancement du sujet de présentation]. Voix off : C'est l'histoire d'une catastrophe. Des milliers de patient surirradiés à Épinal et à Toulouse. Brûlés de l'intérieur après avoir reçu une dose trop importante de rayons. L'histoire d'un paradoxe dramatique.
> - [Extrait d'une interview d'un patient].
> - Voix off : Erreurs de réglage et mauvaises manipulations, quelque fois pendant vingt ans, sans que personne ne s'en aperçoive.
> - [Extrait d'une interview].

[76] Dassonville (A.), propos recueillis par, « Les ''Pièces à conviction'' d'Élise Lucet », *Le Parisien*, 9 novembre 2000. Les mots entre guillemets qui suivent sont aussi issus de cet article.
[77] Citation extraite d'un article de l'hebdomadaire de télévision *Télé star* qui consacre une page à l'émission « Pièces à conviction » sur les surirradiations d'Épinal et de Toulouse. Voir Petri (B.), « Le scandale des irradiés d'Épinal », *Télé star*, semaine du 4 au 10 février 2008, p. 121.

- Voix off : Et devant des médecins qui auraient manqué à tous leurs devoirs, les victimes sont démunies.
- [Extrait d'une interview].
- Voix off : Gravement malades, elles ont décidé de se battre et de porter plainte devant les tribunaux.
- [Extrait d'une interview].
- Voix off : Enquête sur la série noire qui frappe les centres de radiothérapie.
- [Extrait d'une interview].
- Voix off : Ce soir, « Pièces à conviction » essaye de comprendre pourquoi certains patients seraient morts d'avoir voulu guérir.
- [Retour plateau] Élise Lucet : Dans l'œil du cyclone, deux centres hospitaliers, à Toulouse et surtout Épinal. Pendant près de vingt ans dans cette ville, des milliers de patients ont potentiellement reçu des surdoses de rayons X. Ils ont souffert sans pouvoir identifier les causes de leur mal, subi des examens et, pour certains d'entre eux, vécu le martyr. En octobre 2006 les médecins du service et les autorités sanitaires locales découvrent qu'il s'agit bien d'un accident de radiothérapie mais ils ne sonnent pas l'alerte. À ce jour, cinq patients sont morts [Lancement du sujet sur Épinal][78] ».

« Des médecins qui auraient manqué à tous leurs devoirs » et auraient commis des fautes, des « victimes [qui] ont décidé de se battre » et d'obtenir réparation. C'est ce que retiennent des surrirradiations les membres de l'équipe de « Pièces à conviction ». Il s'agit d'affaires judiciaires, qui posent des questions de réparation. De nombreux surirradiés ou leurs proches sont interviewés dans les deux reportages, souvent à leur domicile mais également à l'hôpital. Elles retracent le déroulement du traitement, l'apparition des premiers symptômes, les souffrances ensuite et elles répondent aux questions sur ce qu'elles « souhaitent » désormais (« comprendre », « de la prison » pour les responsables). Des personnels ou ex-personnels de l'hôpital d'Épinal et de Toulouse témoignent également (les radiophysiciens des centres de soins incriminés, l'ex-directrice de l'hôpital vosgien par exemple). Les plans relatifs aux interviews de ces personnels, s'ils ne sont pas réalisés en caméra cachée, sont parfois coupés de telle sorte que l'on ne distingue que les jambes ou les chaussures (comme pour le radiophysicien d'Épinal ou la directrice de cet hôpital). Les interviews comportent également des plans séquences dans lesquels une tension se dessine souvent entre le journaliste, son caméraman d'un côté et les protagonistes hospitaliers de l'autre. C'est le cas dans l'extrait ci-dessous, avec le radiophysicien de Toulouse filmé et interrogé par le journaliste de « Pièces à conviction », Fabrice Turpin, à l'occasion d'une réunion d'équipe organisée pour l'émission au sein de l'établissement hospitalier. Les personnels sont tous en blouses hospitalières.

[78] Retranscription de l'ouverture de l'émission « Pièces à conviction » du 8 février 2008.

- Voix off : « Pour tenter de comprendre ce qui s'est passé, nous demandons à voir le mode d'emploi de la machine.
- Radiophysicien : Vous filmez là ? [Avec un mouvement de la main vers l'objectif de la caméra].
- Journaliste : Oui, on fait quelques plans là.
- Caméraman : Je fais des images.
- Radiophysicien : Vous pourriez juste le dire.
- Journaliste : Ou vous nous faites confiance ou…
- Radiophysicien : Non mais vous pourriez juste le dire, vous pourriez juste le dire.
- Voix off : Le radiophysicien est sur la défensive. Et pour cause : le manuel est anglais alors qu'il devrait être en français. Première anomalie[79] ».

Le journaliste du magazine reprend dans cet échange une des conclusions issues des premières recherches menées par l'ARH de Lorraine et le ministère de la Santé à l'été 2006 au sein de l'établissement d'Épinal. Ces recherches avaient identifié comme cause non-unique des surdoses la présence d'un manuel d'utilisation des machines en anglais. Le journaliste se fait par conséquent enquêteur judiciaire. Cherchant à « comprendre ce qui s'est passé » à Toulouse, il est amené à pointer des erreurs qui pourraient apparaître comme des fautes.

Cette caractéristique des reportages comme moment d'imputation « d'anomalies » est transposée sur le plateau au cours de l'émission. Les deux chroniques sur les accidents d'Épinal et de Toulouse sont en effet entrecoupées d'un temps de questions-réponses entre Élise Lucet et trois invités, ainsi que de l'interview en fin d'émission de la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot. L'interlude avec les trois invités dure 25 minutes quand l'interview de la ministre dure une dizaine de minutes. Ces temps de questions sont de part en part traversés par le présupposé que les deux affaires soulèvent des problèmes de droit (problèmes de responsabilité professionnelle si ce n'est pénale, problème indemnitaire). L'analyse du temps de questions-réponses de 25 minutes qui marque la transition entre le reportage consacré au cas d'Épinal et celui relatif à Toulouse met au jour la détermination de ce moment par la logique de l'imputation et par conséquent du droit. Les pratiques hospitalières qui ont conduit aux surirradiations passent en jugement à la télévision.

Encadré 7. Le procès télévisuel de « la série noire » des surirradiations

Le dispositif télévisuel que « Pièces à conviction » adopte permet, au cours de la soirée, de faire passer à plusieurs reprises les pratiques propres aux services de traitements par rayons d'Épinal et de Toulouse en jugement. Les « anomalies » ne sont pas seulement évoquées et pointées lors des reportages mais également à l'occasion du moment de questions-réponses du milieu d'émission ainsi que lors de l'interview avec la ministre de la Santé.

[79] « Pièces à conviction », *France 3*, 8 février 2008.

Lors du premier interlude, qui réunit trois invités autour d'un plateau, se met ainsi en place une scène qui s'apparente à celle d'un procès. Celle-ci se donne à voir dès la présentation des invités.

Élise Lucet introduit d'abord deux personnalités. « Patrick Gourmelon. Vous dirigez une équipe de chercheurs à l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, spécialiste des accidents d'irradiations. On vous présente d'ailleurs parfois comme le ''pompier de l'atome'' ». Ensuite, « à côté de vous » se trouve le « Professeur Jean-Marc Cosset, professeur-radiothérapeute et cancérologue à l'Institut Curie. Vous êtes aussi, monsieur Cosset, membre de la Commission internationale de le protection radiologique ». Ces deux personnes ainsi introduites représentent les professionnels des soins par rayons. Habillées en costumes et portant une cravate, elles font face, physiquement sur le plateau, à « Jean-Claude Lercier » qui se voit d'emblée remercié pour sa présence par Élise Lucet à l'inverse des deux autres invités.



De gauche à droite : le patient, les deux représentants du corps médical et Élise Lucet sur le plateau de « Pièces à conviction ».

[Source : capture d'écran de l'émission « Pièces à conviction », 8 février 2008, France 3*].*

« Merci, vraiment, d'être avec nous. Vous êtes venus pour témoigner. Vous faites partie des malades surirradiés à l'hôpital d'Épinal. Vous avez reçu des doses 8 % supérieures à celles que vous auriez dû recevoir ». Nulle mention n'est faite de l'association des surirradiés d'Épinal, dont il est membre. La parole lui est immédiatement donnée, au moyen d'une question très ouverte sur son état de santé (« comment allez-vous aujourd'hui ? ») et en lui précisant que « c'est une question toute simple ». Le ton est bienveillant.
Endossant le rôle de malade accidenté qui lui est prêté (« vous êtes venu pour témoigner »), Jean-Claude Lercier, en chemise et veste, répond en détaillant sa « vie quotidienne assez difficile », avec « des selles quatre fois par jour, aller uriner 20 à 25 fois par 24 heures […], des douleurs intestinales et puis des saignements assez fréquents ». La présentatrice le relance

en lui demandant si cela signifie que sa « vie a été totalement bouleversée par l'accident ? ». Le surirradié répond en détaillant la manière dont ces « séquelles » se sont peu à peu manifestées. La journaliste lui pose alors une question relativement fermée : « Et vous devez avoir peur que votre état s'aggrave ? ». La réponse est affirmative, ce qui permet à Élise Lucet de demander au malade s'il « en veut aux médecins ? » La réponse est là encore affirmative et inclut dans les griefs « la hiérarchie hospitalière ». « L'hôpital ne vous a prévenu que très tard » précise Élise Lucet. Malgré la confirmation du malade, Élise Lucet relance : « Est-ce que vous avez eu l'impression d'avoir été traité comme un numéro ? ». Le malade acquiesce et ajoute que « c'est à ce moment-là que j'ai décidé de porter plainte ». Élise Lucet remarque que « vous dites ça avec une voix très douce, pas de haine *a priori* ». Elle lui pose « justement » la question de ses attentes envers « la justice ». Le patient répond que la justice « demande d'abord » à ce que l'on soigne les séquelles des surirradiations et conclut que « c'est ce que les malades attendent ». L'interview se termine sur l'évocation de la provision d'indemnisation versée aux « surirradiés ».

Après ce portrait d'une victime innocente, digne car « sans haine », Élise Lucet poursuit l'émission en interviewant les deux professionnels présents sur le plateau. Ces interviews s'apparentent plus à des interrogatoires qu'à des échanges. « Patrick Gourmelon, je me tourne vers vous. C'est votre équipe qui a été chargée de faire un rapport sur les accidents [de] l'hôpital d'Épinal, comment est-ce que vous qualifiez cette catastrophe ? ».
En la qualifiant elle-même, la journaliste incite le « professeur » à débuter son intervention par une confidence : « C'est une catastrophe que je ne suis pas près d'oublier personnellement, parce que je me souviendrais toujours quand la première fois, je suis allé voir les patients à domicile […] j'avoue que […], avec les troubles que vous avez présenté à l'écran, c'est une expérience personnelle que je ne suis pas près d'oublier ». Après cette remarque préalable, Patrick Gourmelon peut développer le point de vue de l'Institut auquel il appartient (l'IRSN) sur ces accidents. « Quoiqu'il en soit, Épinal ce n'est pas trois accidents, c'est un accident (c'est ''Épinal 1'') et ''Épinal 2'' – c'est le cas de monsieur [en se tournant vers le malade] – où il y a eu des dérives des pratiques. […] Et fort heureusement, le niveau de complication de cette cohorte est quand même moins grave que celle de l'accident. L'accident est survenu sur un lit de dérives des pratiques ».
Élise Lucet, comme une juge d'instruction qui cherche à comprendre et connaître les circonstances d'un fait, relance le professeur. Le ton de l'interview est offensif : « C'est ça que vous voulez nous dire en fait, c'est qu'il y avait un vrai problème de fonctionnement dans ce service ? Comprenez-bien que nous, qui ne sommes pas des spécialistes comme vous, on a du mal à comprendre qu'il y ait ce genre de dérives dans des services où on travaille avec de la très haute technologie et des instruments extrêmement dangereux. Comment cela a pu se passer ? ». N'ayant pas interrompu ou reformulé les réponses du malade, la présentatrice est incitée cette fois à le faire par le dispositif de jugement qu'elle a, avec son équipe, elle-même installé. Renvoyant le professeur de médecine et de physique du côté des « spécialistes » des rayons, elle les somme d'expliquer et de s'expliquer sur les « dérives » observées, pour un « nous », c'est-à-dire elle, les victimes et les téléspectateurs-profanes.
Après une réponse de Patrick Gourmelon argumentée sur « des technologies de plus en plus performantes, puissantes […] » qui génèrent des problèmes « d'interface homme-machine », Élise Lucet reprend la parole. « D'accord, mais là je vous trouve très sympathique. Excusez-moi je vais au bout : je vous trouve très sympathique parce que ces appareils ont été implantés dans d'autres centres, il y a eu les formations nécessaires […] donc je vous trouve étonnement ''sympathique'' entre guillemets avec les gens qui dirigeaient le service ? ».
Le professeur répond qu'il n'en est rien et qu'il « explique les conditions qui font que, quand des gens ont des déficits de compétences, comme ils sont sur des machines aussi

sophistiquées, à ce moment-là vous arrivez à des catastrophes. […] Nous avons un problème entre ces nouvelles machines et disons, l'environnement qui les utilise ».

Élise Lucet regarde alors ses notes et s'adresse au « professeur Jean-Marc Cosset » qui, précise-t-elle, « exerce à l'Institut Curie, c'est vraiment le temple de la radiothérapie ». Sa première question consiste à s'enquérir de sa réaction lorsque ce médecin a appris les accidents successifs de l'hôpital d'Épinal.
La réponse du médecin-radiothérapeute ne se fait pas attendre : « Écoutez c'est effarant, je fais de la radiothérapie depuis 37 ans. Je ne reconnais pas ma radiothérapie. […] Et un peu comme le dit Patrick Gourmelon, c'est vrai que je suis extrêmement étonné d'avoir vu […] que le centre d'Épinal avait mis en place des techniques hyper sophistiquées, avant nous, alors qu'on pensait quand même avoir davantage de moyens humains, matériels ».
Élise Lucet l'interrompt. « Mais vous êtes en train de nous dire quoi ? Qu'il y avait une espèce de course à la performance ? ». « Peut-être, peut-être » répond son interlocuteur. Si la faute pénale n'est pas prouvée, il se dessine néanmoins, sur le plateau de télévision, une faute morale (un orgueil). L'interview du radiothérapeute se poursuit par la double évocation de la probabilité ou non que « des erreurs comme celles qui se sont produites » à Épinal existent ailleurs ainsi que des pratiques de travail dans son centre d'exercice.
La séance en plateau se détache alors quelque peu d'une situation « d'audience judiciaire » pour s'achever sur l'évocation des solutions qui existent pour traiter les complications des patients en radiothérapie, l'importance des traitements par radiothérapie pour traiter les cancers et la sûreté des installations.

Les surirradiations sont ainsi devenues dans les médias, dès le milieu de l'année 2007 et la structuration des associations de victimes, un dossier ayant pour enjeu exclusif la réparation des surirradiés (et notamment leur réparation judiciaire). Pour les journalistes, ces accidents médicaux sont avant tout une affaire de droit et de dédommagements. Les précédentes affaires sanitaires qui, bien avant l'épisode des surirradiations se sont conclues au tribunal, pèsent sur les professionnels de l'information et modèlent leur perception des événements accidentels en santé, au point de les traiter moins comme des scandales que comme des faits divers sanitaires.

Conclusion du chapitre 2

La médiatisation du phénomène des surirradiations présente un aspect insolite par rapport à d'autres dossiers de santé publique. Elle se caractérise par un alignement de l'ensemble des journalistes, tous médias et titres confondus, sur la définition institutionnelle des surirradiations comme situation accidentelle prise en charge et gérée dans la transparence.

Si cet alignement est d'abord le produit de l'activité politique à laquelle ont donné lieu ces accidents comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, il s'est agi de souligner ici, à la suite de Dominique Marchetti, que les contenus journalistiques en santé obéissent néanmoins « à des logiques sociales professionnelles[80] ». C'est dire en d'autres termes que l'alignement du traitement médiatique des surirradiations sur la définition proposée par le « propriétaire » du problème résulte en partie de l'emprise des mécanismes de fonctionnement du champ journalistique sur les professionnels de l'information eux-mêmes.

Pris de court dès le départ par la communication institutionnelle organisée pour les cas de surdoses vosgiens, les journalistes exerçant au sein des « organe[s] mineur[s][81] » du champ (un quotidien de la presse écrite régionale par exemple), comme des organes majeurs (le JT de *TF1*), réalisent leurs premiers reportages dans l'urgence, sans avoir accès au terrain. Les comptes rendus sont très factuels et fortement adossés aux informations officielles. Les mobilisations au départ marginales et éparses de certaines victimes, l'annonce par les pouvoirs publics de la conduite d'enquêtes dont les conclusions tombent très rapidement, sont davantage propices à l'attentisme et au suivisme médiatique qu'à la surenchère investigatrice.

La survenue de nouvelles surirradiations dans un hôpital toulousain et leur révélation par un quotidien de la presse populaire (*Le Parisien*) donnent ensuite lieu à des reprises, notamment dans les grands médias (*Le Monde*, journal télévisé de *TF1*). Mais, qu'elles soient produites par des journalistes spécialisés en santé ou des correspondants locaux, ces reprises se fondent sur des informations institutionnelles qui ne sont pas de nature à modifier le traitement médiatique de ces accidents médicaux, vus comme étant liés à des dysfonctionnements dont le diagnostic originel a été établi à Épinal et dont les solutions se mettent en place progressivement dans les centres de soins. Aucune contre-enquête s'efforçant de reconstruire ces accidents comme un scandale sanitaire n'émane finalement du champ journalistique.

En revanche, on assiste à la naissance d'un intérêt journalistique pour la situation des victimes et leurs souffrances. Dès les premières révélations publiques relatives à des cas de

[80] Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique, op. cit.*, p. 82
[81] Bourdieu (P.), « L'emprise du journalisme », art. cité, p. 4.

surdoses de rayons au sein d'un hôpital vosgien, leurs conséquences en propre sur la santé des personnes atteintes sont en effet relatées par certains journalistes, d'abord cantonnées à un quotidien régional (*L'Est Républicain*) et à un quotidien populaire (*Le Parisien*). Les situations de nombre de victimes et de leurs familles, caractérisées par la souffrance et le traumatisme, le regroupement de ces individus au sein d'associations surtout, finissent par généraliser ce traitement à l'ensemble des organes de presse.

La question des incidences judiciaires des actes de surdoses est investie par les journalistes de manière quasi-simultanée à celle des conséquences sanitaires de la surirradiation. S'efforçant de décrire les souffrances des victimes, les professionnels de l'information prennent acte des revendications de réparations indemnitaires et judiciaires des surirradiés. Si bien que des journalistes spécialisés en santé traitent largement les actions menées avec l'appui du droit dans ce dossier. Ils ont manifestement acquis, par leur investissement dans la couverture des scandales sanitaires successifs, des compétences en matière de droit et tendent à adopter désormais une grille de lecture juridique des événements de santé, même en l'absence d'un scandale sanitaire.

Les enjeux liés à la problématique des traitements par rayons n'occupent bientôt plus l'essentiel des comptes rendus médiatiques à partir du milieu de l'année 2007. Pourtant, l'activité dans ce domaine s'avère importante avec la présentation ministérielle d'un plan pour sécuriser les traitements par rayons. Il s'agit désormais d'examiner dans quelle mesure la mobilisation ministérielle en faveur de la radiothérapie a participé à l'entretien d'un certain statu quo sur la définition médiatique du problème des surdoses et, partant, sur sa non-transformation en crise sanitaire.

* * * *

CHAPITRE 3.

Les enjeux politiques de l'action publique



Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, lors de la présentation des mesures pour la radiothérapie en novembre 2007.

[Source : capture d'écran du JT du 29 novembre 2007, « 13 heures », France 2*].*

Propriétaire initial de la définition du problème posé par les surirradiations, lanceur d'alerte sur le sujet des traitements par rayons, le ministère de la Santé a lui-même pointé les dysfonctionnements du secteur de la radiothérapie et la nécessité d'engager une réflexion à caractère réformateur. Ce constat surprend si l'on prend en compte le fait qu'il existe des détenteurs de l'expertise technique sur la radiothérapie. La pratique des traitements par rayons est en effet dépendante de recommandations et de normes promues et défendues par des commissions, des sociétés savantes, toutes détentrices de connaissances spécifiques sur les traitements. Les professionnels de l'usage médical des rayonnements jouent historiquement un rôle central et exclusif dans les normes techniques encadrant la délivrance des rayons ionisants à des fins thérapeutiques.

Comment comprendre cette « mise en politique[1] » de la radiothérapie ? Comme l'a montré Yannick Barthe[2], certains domaines d'actions publiques donnent lieu à une « indécision » volontaire de la part des acteurs gouvernementaux, propice à la conduite d'activités d'investigations et à la promotion de nouvelles mesures aptes à nourrir une future décision. Ainsi, s'agissant de la question de la gestion des déchets nucléaires étudiée par l'auteur, ce sont les acteurs du nucléaire qui ont d'abord imposé une solution, le stockage géologique des déchets dans les années 1970. C'est une solution pensée comme irréversible puisque le stockage se réalise dans des couches de terre stables. Mais, face à des oppositions locales qui se multiplient, le gouvernement du Premier ministre Michel Rocard prend en main le dossier à la fin des années 1980 et décide d'une enquête parlementaire. Une loi est votée, celle du 30 décembre 1991 sur « la recherche relative à la gestion des déchets nucléaires ». Elle met fin à la décision antérieure et impose de reprendre le dossier, de mener une réflexion à partir d'autres hypothèses. Cette révision est interprétée médiatiquement comme une reprise en main du politique. Pourtant, comme le montre l'auteur, la révision de la décision correspond plutôt à une « prise d'indécision » dans le sens où le pouvoir en réalité ne tranche pas et instaure en fait une phase d'étude et d'expérimentation.

Pour notre propos, il est possible de retenir de cette enquête que, en plus des situations de « décision » (où le pouvoir tranche sans le recours à des acteurs externes) et de « non-décision » où il s'agit de « ne rien faire ou ne rien changer[3] », les plus hautes autorités confrontées à un problème, même lorsqu'elles en sont les propriétaires, peuvent opposer un

[1] Barthe (Y.), *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires*, *op. cit*., p. 124-153
[2] Outre l'ouvrage ci-dessus, voir également Barthe (Y.), « Le recours au politique ou la problématisation politique "par défaut" », *in* Lagroye (J.), dir., *La politisation*, Paris, Belin, 2003, p. 475-492.
[3] Barthe (Y.), *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires, op. cit*., p. 213.

« pouvoir d'indécision ». Il a pour conséquence l'examen d'un dossier sous un nouveau jour, par l'enrôlement d'acteurs dans un processus de réflexion. C'est précisément ce qui s'est produit dans le dossier des surirradiations hospitalières, avec le ralliement des acteurs des traitements médicaux par rayons à l'action publique post-surdoses. Ceux-ci participent progressivement, aux côtés du personnel politique, à une technicisation du dossier, en faisant des surdoses le support d'une réforme globale des procédures de sécurité et de qualité des traitements par rayons. Cette technicisation est essentielle aux acteurs politiques, dans le sens où elle leur permet de prolonger l'inscription du problème des surirradiations dans le monde médical. La question est de comprendre les déterminants de l'adhésion des acteurs de la radiothérapie à cette définition politique du problème des surdoses.

Les opportunités politiques offertes par la position de propriétaire du problème des surirradiations sont ainsi au cœur de la première partie de ce chapitre. Cette position de propriétaire occupée par le ministère de la Santé permet d'abord, en conviant les acteurs de la radiothérapie à participer à sa résolution, de confiner le problème dans des espaces de discussions qui favorisent le statu quo sur son diagnostic initial. En mesure dès lors de faire valoir un pouvoir d'indécision, le politique leur délègue finalement l'initiative de la conception des « réponses » à apporter au problème. La deuxième partie du chapitre met en exergue les vertus politiques de la technicisation d'un dossier sanitaire. Devenus un enjeu d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en radiothérapie du fait même de l'investissement des acteurs de la radiothérapie dans la gestion du dossier des surirradiations, ces accidents sanitaires, contre toute-attente, servent d'outil de légitimation politique pour deux successeurs de Xavier Bertrand au ministère de la Santé.

1. Déléguer la solution au problème en demeurant son propriétaire

Le ministère de la Santé, et à travers lui l'État, en déployant des stratégies pour monopoliser la définition du problème posé par les surirradiations a très vite anticipé les conséquences éventuelles que cette situation pouvait avoir en termes de responsabilité (mise en cause de son action ou en l'espèce, de son inaction de départ). Les surirradiations ont été présentées dès la fin de l'année 2006 comme porteuses d'un enjeu global d'amélioration des traitements en radiothérapie. Cette définition du problème supposait toutefois que les acteurs du domaine d'activité incriminé s'enrôlent dans sa résolution. Or, c'est précisément ce qui se produit en 2007. Ces acteurs, conviés par le personnel politique à participer à de premières réunions de consultations acceptent ensuite de rallier un groupe de travail sur la radiothérapie. Chemin faisant, le personnel politique étend et impose ses propres contraintes de résolution du problème.

1.1. Faire perdurer le statu quo sur le problème

Lorsque l'information portant sur des accidents de surirradiations à Épinal parvient au ministère de la Santé, celui-ci, pour rappel, se mobilise rapidement. Le ministre de l'époque, Xavier Bertrand, se rend à l'hôpital d'Épinal en décembre 2006. Après cette visite, il donne l'ordre à ses conseillers « de sortir par le haut » de ces accidents. En d'autres termes, il s'agit de conserver la propriété du problème des surirradiations hospitalières acquise dès octobre 2006 par l'activité de communication.

a) Des réunions de cadrage

L'activité des conseillers de Xavier Bertrand consiste d'abord à prendre contact avec les acteurs professionnels du secteur de soins incriminé (organismes de contrôle des traitements et d'expertise, syndicats professionnels etc.). Des réunions restreintes sont organisées, destinées à mettre en place un groupe de travail officiel. Daniel N., conseiller ministériel « pour le Plan cancer » prend en main l'organisation de ces réunions. En tant que radiothérapeute, il était considéré comme « l'homme de la situation » pour reprendre les propos de son collègue conseiller pour les crises sanitaires, Martin G., en entretien. Daniel N. souligne pourtant la difficulté de la tâche à laquelle il était confrontée.

> « J'avoue que je ne savais pas comment faire. J'ai été conseillé, vraiment, par quelqu'un de l'administration, à qui j'en ai parlé et qui m'a donné un mode d'organisation du travail qui a donné lieu à des réunions itératives ».
> [Entretien, 7 mars 2014].

Ces réunions préparatoires se sont déroulées au ministère, de janvier à mars 2007, et se tenaient de manière collective ou non suivant les sujets. Elles s'apparentent à des « instruments d'action publique[4] » si l'on entend ce concept dans son acceptation large, c'est-à-dire non pas seulement des objets de mesure, des taux, mais un « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur[5] ». Sont principalement conviés à ces réunions les organismes de contrôle et de recherche sur l'utilisation de la radioactivité (ASN, IRSN etc.), les représentants des sociétés savantes de radiothérapie ou de radiophysique, les syndicats professionnels. Des tensions apparaissent au cours de ces rencontres. « Il y a de la sociologie là-dedans », avance Martin G.

> « Toute la ‘‘caste’’ du monde médical joue à plein dans ces moments. Et là, avec la radiothérapie, c'était la ‘‘caste’’ supérieure des médecins. Ils se connaissent tous […]. Donc il fallait à la fois ne pas les braquer, ne pas jeter l'opprobre sur toute la profession (et c'est vrai, ces accidents ne remettaient pas en cause les traitements). […]. Mais ils voulaient autogérer ce moment. Ça, on a dit non ».
> [Entretien, 18 février 2014].

Aucune association nationale d'accidentés médicaux n'est conviée à participer à ces premières rencontres, pas plus que d'associations de malades du cancer. Si les conseillers ministériels sont « structurellement en interaction avec les groupes professionnels et sociaux du secteur d'action publique dont ils ont la charge[6] », en situation d'alerte, tous les groupes sociaux ne sont néanmoins pas amenés à entrer en relation avec les acteurs politiques. La qualité des participants aux réunions post-accidentelles est dans ce dossier des surdoses à mettre en lien avec l'enjeu politique qui le traverse : sa non-transformation en crise sanitaire et politique. Convier les seuls acteurs professionnels des traitements par rayons à la conception d'une action

[4] Lascoumes (P.), Le Galès (P.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.
[5] *Ibid.*, p. 13.
[6] Nollet (J.), « Le travail politique de production des décisions ministérielles. La gestion de la ‘‘vache folle’’ dans les cabinets ministériels », communication citée, p. 6.

publique post-accident est un moyen d'y parvenir. « Quatre constats » ressortent finalement des réunions organisées au ministère de la Santé avec ce cercle de participants restreint.

> « Les textes existent. Dans le meilleur des cas ils sont connus, mais pas toujours respectés. Les nombreux acteurs ne se connaissent pas toujours, travaillent peu ensemble et il existe […] un cloisonnement, parfois une concurrence, en termes de périmètres de compétences. De nombreux centres sont en limite sur le plan de la qualité et de la sécurité, parfois pour des raisons qui peuvent s'entendre, à défaut de pouvoir être acceptées[7] ».

Ainsi, les participants aux réunions menées sous l'égide du ministère situent l'origine des accidents de radiothérapie d'Épinal dans un double manque : celui d'une synergie entre les institutions œuvrant dans le secteur des soins par rayons et celui d'une mobilisation coordonnée au sujet de la sécurité et de la qualité des traitements. En d'autres termes, les accidents d'Épinal ressortent non pas seulement de comportements individuels mais surtout de problèmes propres au domaine d'activité de la radiothérapie. Ce constat peut surprendre en ce qu'il avait la propriété d'élargir considérablement le périmètre des « solutions » qu'il conviendrait d'apporter aux accidents de surdoses. Sanctionner simplement des comportements fautifs ne saurait manifestement suffire. Il s'agit plus fondamentalement d'engager le secteur des soins par rayons dans son entier dans une réflexion globale en matière de sécurité et qualité des traitements des patients.

b) Le problème de la sécurité et de la qualité des traitements

Si ces deux thématiques sont mises en avant après la succession de surirradiations des années 2000, c'est qu'elles correspondaient à des préoccupations structurelles et encore contemporaines du secteur des soins par rayons. Des travaux de sciences sociales et de médecine sur l'organisation d'une protection radiologique des patients d'une part[8] et

[7] Retranscription de l'intervention de Daniel N. aux « rencontres de la cancérologie française 2010 », 18 novembre 2010. Vidéo de l'intervention disponible sur Dailymotion à l'adresse suivante : www.dailymotion.com/video/xtsjg8_042-rcfr-2010-pluridisciplinarite-qualite-et-evaluation-des-pratiques-medicales-le-modele-de-la-canc_tech.

[8] Pour une histoire de la radioprotection en radiothérapie, voir Pinell (P.), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940*, *op. cit.* Pour une histoire de la radioprotection des patients rédigée par des praticiens des traitements par rayons, voir Cordoliani (Y.-S.), Foehrenbach (H.), *Radioprotection en milieu médical. Principes et mise en pratique*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008. Il s'agit de distinguer ces travaux sur la radioprotection des patients dans le secteur médical de ceux menés sur la radioprotection à destination des personnels des centrales nucléaires. Pour cette thématique, voir Jobin (P.), « Qui est protégé par la radioprotection ? », *Ébisu*, 47, 2012, p. 121-131. Également Thébaud-Mony (A.), « Risques industriels, effets différés et

l'introduction des démarches de « sécurité » et de « qualité » des soins en milieu hospitalier d'autre part[9], montrent en effet la structuration croissante des pratiques professionnelles du secteur de soins par rayons, et plus généralement de l'ensemble des disciplines hospitalières, par des obligations réglementaires en la matière.

Encadré 8. Une histoire de la qualité et de la sécurité des traitements en radiothérapie

La qualité et la sécurité des traitements en radiothérapie sont indissociables de l'organisation d'une protection face aux rayons (la radioprotection). La préoccupation des praticiens pour assurer la qualité de leur traitement est ancienne[10], bien que la radioprotection des patients ne fasse l'objet d'une réglementation qu'à partir du début des années 2000.

Si en effet les premières utilisations des rayons X sur le corps humain à la fin du XIX^{e} siècle se faisaient « sans précaution particulière[11] », des conséquences inattendues se manifestent et ne manquent pas d'interroger les utilisateurs. Un panel d'effets se laisse observer, comme le souligne Patrice Pinell citant un article du médecin Jean Bergonié de 1897. Ces effets vont « de la simple épilation à la rougeur de la peau, jusqu'à la brûlure au troisième degré et à la nécrose des tissus[12] ».

Ces dommages se manifestent tant sur les malades que sur les médecins. « C'est avec l'extension massive de l'emploi de la radiologie pendant et après la Première Guerre mondiale que le problème a commencé à revêtir une dimension publique. Des articles de presse et des actualités cinématographiques, comme celles de Gaumont, images à l'appui, narrent le sort et le sacrifice de plusieurs médecins à qui leur pratique de soin vaut des amputations de doigts ou de bras à cause des rayons X utilisés en radiologie[13] ». Cette publicisation débouche sur la création d'un Comité international de protection des rayons X et du radium en 1928 au congrès de radiologie de Londres. Cependant, les premières limites

probabilistes : quels critères pour quelle preuve ? », *in* Thébaud-Mony (A.), Daubas-Letourneux (V.), Figul (N.), Jobin (P.), dir., *Santé au travail. Approches critiques*, Paris, La Découverte, 2012, p. 22-39.

[9] Pour une histoire de l'implantation d'une politique publique relative à la qualité des soins en milieu hospitalier, voir Fache (P.), Minvielle (É.), Sicotte (C.), Waelli (M.), « Le déploiement d'une politique publique d'évaluation de la qualité par les indicateurs hospitaliers : genèse et développement du cas français », *Quadern*i, 85, 2014, p. 9-27. Voir plus généralement l'ensemble du dossier thématique consacré à « la régulation de la qualité dans le secteur de la santé ».

Pour une histoire du développement d'une politique publique de sécurité des soins en milieu hospitalier du point de vue de praticiens médicaux et une distinction entre sécurité et qualité des soins, voir Brami (J.), Amalberti (R.), *La sécurité du patient en médecine générale*, Paris, Springer, 2010. Pour un récit états-unien de la conception d'une politique publique de sécurité des soins en milieu hospitalier en Amérique du Nord par un de ses concepteurs, voir Leape, (L. L.), « Making Health Care Safe : Are We Up to it *? Journal of Pediatric Surgery*, 39 (3), 2004, p. 258-266.

Pour la description des pratiques de sécurité et qualité en radiothérapie du point de vue d'une ergonome, voir Nascimento (A.), *Produire la santé, produire la sécurité. Développer une culture collective de sécurité en radiothérapie*, thèse pour le doctorat d'ergonomie, CNAM, Paris, 2009. Cette description de la sécurité et la qualité en radiothérapie peut être mise en comparaison avec la description du développement des technologies de traitements en radiothérapie. Voir Wambersie (A.), « La radiothérapie. Du radium aux accélérateurs linéaires et ions lourds dans le traitement du cancer : apport de l'UCL », 2001, p. 1-24. Document Internet consultable à l'adresse suivante : http://www.md.ucl.ac.be/histoire/livre/Rth.pdf.

[10] Voir Nascimento (A.), *Produire la santé, produire la sécurité. Développer une culture collective de sécurité en radiothérapie*, thèse citée, p. 42.

[11] Pinell (P.), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940, op. cit.*, p. 52.

[12] *Ibid.*, p. 50.

[13] Boudia (S.), « Sur la dynamique de constitution des systèmes d'expertise scientifique : le cas des rayonnements ionisants », art. cité., p. 29.

annuelles d'exposition édictées concernent uniquement les personnels en contact avec les rayons et non les patients[14].

Les médecins utilisateurs des rayons s'efforcent néanmoins de développer très tôt des moyens de mesure des doses délivrées sur le corps humain, qui bénéficient aux patients. Ils se sont d'abord référé au « coup de soleil » pour mesurer ces effets, c'est-à-dire aux conséquences cutanées observées, à partir d'une dose délivrée en une fois : « c'était la dose érythème[15] ». La création d'instruments de mesure de pénétration des rayons (un des premiers est le « spintermètre » inventé par le médecin Français Antoine Béclère en 1900) ainsi que le développement des usages médicaux des rayons, ont peu à peu enseigné aux praticiens qu'une telle dose délivrée par petites fractions sur un an ne provoquait aucun effet observable. Dans les années 1950 et 1960, les praticiens accèdent aux rayonnements de haute énergie, « ceux dont l'énergie dépasse 1 MeV (million d'électron-volt)[16] ». Les sources artificielles de cobalt-60 ainsi que l'apparition des premiers accélérateurs linéaires de particules donnent la possibilité d'irradier avec précision et efficacité tous types de tumeurs, même les plus profondes. La dose délivrée aux patients peut être quantifiée (c'est la dosimétrie).

Dans les années 1970, la CIPR préconise, dans sa publication numéro 26 de 1977[17], d'adopter le raisonnement selon lequel les expositions humaines aux rayons, qu'elles soient médicales ou non, doivent être « aussi bas[ses] que raisonnablement possible compte tenu des facteurs économiques et sociaux[18] ». Ce raisonnement est connu sous son acronyme anglais « ALARA », pour *As Low As Reasonably Achievable* (aussi bas que raisonnablement possible). « Si l'on considère que certaines activités génératrices de risques doivent néanmoins être maintenues, voire développées, compte tenu des avantages qu'elles apportent à la collectivité, il convient alors non de les évincer, mais d'organiser une prise de risque responsable[19] ». Pour organiser cette prise de risque, la CIPR a ainsi établi que les activités utilisatrices de rayons doivent être organisées autour de trois principes, toujours en vigueur actuellement. Un premier principe est celui de la justification de l'utilisation des rayonnements pour l'usage projeté[20]. Le second principe est le principe d'optimisation[21] et le troisième le principe de limitation[22]. Dans le domaine de la médecine par rayons, la justification et l'optimisation doivent être respectées, mais non la limitation. « Il n'est pas envisageable d'introduire de limitation dans l'usage médical des rayonnements ionisants, car certains diagnostics ou thérapeutiques nécessitent des expositions importantes. La nécessité de respecter un ordre de grandeur de dose lors des explorations les plus courantes a cependant conduit à la notion de niveaux de

[14] Il faut attendre l'année 1958 pour qu'une limite annuelle de dose concerne d'autres individus que les personnels utilisateurs des rayons. Elle ne se rapporte pas aux patients traités par radiothérapie mais au « grand public », en lien avec l'extension de l'usage de l'énergie nucléaire dans le domaine militaire notamment. Voir Boudia (S.) « Les problèmes de santé publique de longue durée. Les effets des faibles doses de radioactivité », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, *op. cit.*, p. 37-53. Et Godard (O.), Lochard (J.), « L'histoire de la radioprotection, un antécédent du principe de précaution », art. cité.

[15] Cordoliani (Y.-S.), Foehrenbach (H.), *Radioprotection en milieu médical. Principes et mise en pratique, op. cit.*, p. 2.

[16] Wambersie (A.), « La radiothérapie. Du radium aux accélérateurs linéaires et ions lourds dans le traitement du cancer : apport de l'UCL », art. cité, p. 5.

[17] International Commission on Radiological Protection, *Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. ICRP Publication 26 (Adopted January 17, 1977)*, Oxford, Pergamon Press.

[18] *Ibid.*

[19] Godard (O.), Lochard (J.), « L'histoire de la radioprotection », art. cité, p. 5.

[20] Cela signifie qu'une prise de risque n'est justifiée que s'il y a un bénéfice attendu. Des risques sans contrepartie, même s'ils sont faibles, ne sont pas justifiables.

[21] C'est-à-dire la recherche systématique du rapport maximal entre les avantages et les inconvénients, en amplifiant les premiers et en diminuant les seconds autant que possible.

[22] Qui impose de limiter au maximum les doses reçues, en respectant pour cela les limites de doses.

référence[23] » de dose par organe du corps humain. Dans certains cas, des protections physiques sont apposées également sur le corps du patient, afin d'empêcher les rayons de pénétrer des zones délimitées du corps.



Pose d'un casque de protection contre les rayons sur un patient.

[Source : capture d'écran du JT du 12 octobre 2006, « 20 heures », France 2[24]*].*

La détermination des principes de justification et d'optimisation applicables aux activités médicales utilisatrices de rayons et la détermination de niveaux de référence de dose par organes dans les centres de soins, permettent une nouvelle amélioration de la radioprotection des patients traités par rayons. Actualisés en 1990 à l'occasion de la publication numéro 60 de la CIPR[25], ces principes fondent le socle de la réglementation sur la sécurité et la qualité dans le secteur de la radiothérapie, développée essentiellement au début des années 2000. En 2002 en effet, la Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR) – remplacée en 2006 par l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) – se voit attribuer par le décret 2002-255 du 22 février 2002 le contrôle de la radioprotection dans le domaine médical. Ce contrôle par voie d'inspection dans les centres de soins a cependant été officiellement inscrit

[23] Cordoliani (Y.-S.), Foehrenbach (H.), *Radioprotection en milieu médical. Principes et mise en pratique, op. cit.*, p. 2.
[24] Il s'agit du reportage que la chaîne publique consacre à la découverte des premières surdoses à l'hôpital d'Épinal.
[25] International Commission on Radiological Protection, *Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. ICRP Publication 60 (Adopted 1990),* Oxford, Pergamon Press.

dans la loi de santé publique du 9 août 2004 « et le décret d'application date de 2006[26] ». Ces contrôles permettent de s'assurer que les obligations réglementaires en matière de radioprotection des patients en radiothérapie (qui garantissent leur sécurité et la qualité des traitements) soient assurées : respect de la justification et de l'optimisation des pratiques, des niveaux de référence de dose, des renseignements des données dosimétriques dans le dossier du patient, adoption de mesures « d'assurance qualité » focalisées « sur les contrôles des matériels et plans de traitement individuels[27] », dispositif de déclaration des événements indésirables liés aux soins (accidents) etc.

En se dotant de dispositions réglementaires sur la radioprotection des patients au début des années 2000, le secteur de la radiothérapie s'inscrivait dans le mouvement général de développement de la sécurité dans le domaine de la santé.

Encadré 9. Les origines d'une politique de sécurité des soins en milieu hospitalier

La sécurité s'est érigée en concept dans le domaine de la médecine de manière récente. Son implantation est en effet liée à une analyse des établissements de santé en termes de systèmes complexes pouvant être facteurs de surmorbidité (prévalence d'une maladie) ou de surmortalité. La préoccupation pour cette thématique est le produit de l'importation dans les années 1990 au sein des unités hospitalières des pratiques de gestion des risques dans l'industrie.
La croissance des industries pétrolifères, nucléaires et aéronautiques à partir des années 1960 est en effet allée de pair avec un développement de l'ingénierie. Cette activité présente plusieurs branches d'application dont celle dite de la « fiabilité des systèmes[28] » qui se crée et se développe dans les années 1970-1980. Elle s'implante particulièrement dans le domaine de l'aéronautique en raison de l'automatisation croissante des avions et d'accidents aériens comme celui ayant eu lieu le 27 mars 1977 à l'aéroport de Tenerife, dans les îles Canaries. « Deux Boeing 747 se heurtent au décollage causant la mort de 583 personnes[29] ». La thématique des erreurs, et par conséquent de la sécurité, devient simultanément un enjeu de recherche en aéronautique. Les erreurs sont progressivement analysées comme le produit, non d'une simple panne d'un système, mais comme une mauvaise adéquation entre le système et l'équipage. En d'autres termes, les défaillances des systèmes peuvent avoir leur origine dans le « facteur humain ». La réglementation en matière aéronautique fut modifiée pour tenir compte de cette avancée des connaissances dans les années 1980 et a considérablement « augmenté dans une visée très prescriptive de suivi des procédures[30] ».

Les recherches sur le « facteur humain » et la sécurité rencontrent un écho inattendu au sein d'un autre secteur que l'aéronautique : celui du médical. Cette importation des réflexions en la matière est liée à l'activité d'un ancien chirurgien pédiatrique états-unien, Lucian L. Leape, reconverti analyste des politiques de santé dans les années 1980. Ce praticien joue un rôle

[26] Voir Nascimento (A.), *Produire la santé, produire la sécurité. Développer une culture collective de sécurité en radiothérapie*, thèse citée, p. 43.
[27] *Ibid.*, p. 42.
[28] Brami (J.), Amalberti (R.), *La sécurité du patient en médecine générale, op. cit.*, p. 28.
[29] *Ibid.*, p. 29.
[30] *Ibid.*, p. 30.

« d'entrepreneur de morale[31] », en contribuant à l'institutionnalisation d'une réflexion sur la sécurité des soins en médecine au niveau international.

Après avoir exercé en tant que médecin, Leape obtient en 1986 une bourse professionnelle qui lui permet d'étudier pendant un an l'économie, la statistique et la qualité des soins à Santa-Monica, en Californie. Au terme de cette année de formation, il intègre en 1987 une recherche collective sur la pratique médicale, la *Harvard Medical Practice Study*. Cette étude est financée par l'État de New York et porte sur les conséquences de la faute en médecine, nommée dans la recherche « événement indésirable » (*adverse event*). Ce dernier est défini comme « une blessure invalidante causée par un traitement médical[32] ». Les dossiers de plus de 30 000 patients de 51 hôpitaux de l'État de New York sont sondés. « Nous voulions une estimation de la proportion de blessures médicales » précise Leape, en tant que participant de l'étude. L'enquête révèle que 3,7 % des patients hospitalisés ont subi un événement indésirable lié au soin. « Parmi ceux-ci, 14 % étaient mortels […]. En extrapolant aux États-Unis dans leur ensemble, nous avons estimé le bilan annuel à 1,3 millions de blessés et 180 000 décès liés à des traitements conçus pour soigner les patients, et deux tiers d'entre eux étaient potentiellement évitables[33] ».

Lucian Leape, après s'être formé à « la littérature sur les facteurs humains[34] » fait ensuite paraître seul, en 1994, un article intitulé *Error In Medicine*[35]. C'est alors qu'un événement survient aux États-Unis qui contribue à sortir la thématique de la sécurité des soins du cercle des seuls chercheurs. En mars 1995, une femme de 39 ans atteinte d'un cancer du sein, journaliste médicale pour le quotidien *The Boston Globe*, décède d'une surdose de rayons après un traitement au *Dana-Farber Cancer Institute* de Boston. Leape précise que « chacun, journaliste ou non, a commencé à s'intéresser à la façon de prévenir ce genre de tragédie et à découvrir la théorie des systèmes[36] ».

Après cet événement, Leape participe à une conférence sur l'erreur en médecine « aux côtés de représentants de l'Association américaine pour l'avancement des sciences (*AAAS*), de la Commission mixte pour l'accréditation des organismes de santé (*JCAHO*), de l'Association américaine de médecine (*AMA*) et de la Fondation Annenberg[37] ». Mais la thématique de la sécurité des patients n'était pas encore « reconnue nationalement[38] », de l'aveu de Leape lui-même.

C'est en 1999 que la sécurité des patients devient « un enjeu majeur de la politique de santé[39] » aux États-Unis. L'*Institute of Medicine* (*IOM*), rattaché à l'Académie nationale des sciences américaines, reprend dans son rapport « *To err is human*[40] » les chiffres de la première étude à laquelle a participé Leape à partir de 1987, consacrée aux « événements indésirables » (la *Harvard Medical Practice Study*). « Dès la publication du rapport, le Congrès américain demande des auditions et le président Clinton met en place une *task force* pour l'analyser[41] ». Un travail s'engage dans les hôpitaux dans deux directions : « l'amélioration globale et

[31] Au sens de Howard Becker comme acteur créant une norme. Voir Becker (H.), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 [1963], p. 171.

[32] Leape (L. L.), « Making Health Care Safe : Are We Up to it ? », art. cité, p. 258. Notre traduction.

[33] *Ibid.*, p. 258. Notre traduction.

[34] *Ibid.*, p. 259. Notre traduction.

[35] Leape (L. L.), « Error In Medicine », *Journal Of the American Medical Association*, 272 (23), 1994, p. 1851-1857.

[36] Leape (L. L.), « Making Health Care Safe : Are We Up to it ? », art. cité, p. 260. Notre traduction.

[37] *Ibid.*, p. 261. Notre traduction.

[38] *Ibid.*, p. 261. Notre traduction.

[39] *Ibid.*, p. 261. Notre traduction.

[40] Littéralement « L'erreur est humaine ». Voir Kohn (L.), Corrigan (J.), Donaldson (M.), *To err is human : building a safer health system*, Committee on quality in America, Institute of Medicine, Washington DC, National Academic Press, 1999.

[41] Brami (J.), Amalberti (R.), *La sécurité du patient en médecine générale, op. cit.*, p. 42.

continue de la qualité des soins […] ; l'amélioration de la culture de sécurité des professionnels de santé, via la mobilisation de ces professionnels sur le thème du travail collectif et de l'auto-évaluation[42] ».
Cette mobilisation sur la question des événements indésirables en médecine gagne rapidement l'Europe par l'intermédiaire du Royaume-Uni d'abord. « Deux chercheurs [spécialisés] dans le domaine de l'erreur en médecine, James Reason et Charles Vincent[43] », portent cette thématique auprès des institutions. Deux rapports commandés par le *National Health Service* (*NHS*), sont publiés en 2000 et 2004. Le premier rapport[44] aboutit à la mise en place d'un système national de recueil des événements indésirables au Royaume-Uni[45].
En France, la sécurité du patient, si elle est une préoccupation au sein des établissements de santé, ne fait pas l'objet d'une action publique autonome. « Le sujet de la sécurité est vu comme intégré de facto aux actions conduites par les différentes agences, directions et bureaux dans leurs propres programmes[46] » (DGOS, Haute Autorité de Santé etc.). En 1997, ce sont même « des assureurs professionnels[47] » (des établissements et professionnels de santé), qui organisent pour la première fois un colloque international sur les risques en santé. Il faut attendre le milieu des années 2000 et la parution de l'enquête nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) sur les événements indésirables graves liés aux soins, pour voir se détacher une action publique spécifique à la sécurité des soins[48].

La mise en œuvre d'une politique publique globale d'évaluation de la qualité à l'hôpital en France a en revanche été plus précoce que celle relative à la sécurité des soins[49] . De premiers indicateurs ont en effet été conçus dès le début des années 1990 mais non appliqués dans les établissements : « Dossier médical, sécurité transfusionnelle, sécurité anesthésique, sécurité du circuit du médicament, gestion des risques iatrogènes, luttes contre les infections nosocomiales, satisfaction des patients, prise en charge de la douleur des patients accueillis, politique d'évaluation[50] ». Une partie de ces indicateurs est reprise à partir de 2003[51] dans le cadre d'une recherche menée conjointement par la Direction de l'hospitalisation du ministère de la Santé et

[42] *Ibid.*, p. 42.
[43] *Ibid.*, p. 48.
[44] *An organization with a memory : Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*, Department of Health Expert Group (Chairman, CMO), The Stationery Office Limited, 2000.
[45] La référence du second rapport est la suivante : Smith (J.), *Building a safer NHS for patients : improving medication safety*, London, Crown, 2004.
[46] Brami (J.), Amalberti (R.), *La sécurité du patient en médecine générale, op. cit.*, p. 56.
[47] *Ibid.*, p. 50
[48] Pour un premier compte rendu de l'enquête, voir DRESS, « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », *Études et résultats*, 398, 2005.
[49] Voir Fache (P.), Minvielle (É.), Sicotte (C.), Waelli (M.), « Le déploiement d'une politique publique d'évaluation de la qualité par les indicateurs hospitaliers : genèse et développement du cas français », art. cité.
[50] *Ibid.*, p. 12.
[51] Voir Weckert (E.), Bartillot (H.), « La régulation de la qualité dans le secteur de la santé », Quaderni, 85, 2014, p. 39-52.

l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES[52]). À partir de 2006, ces indicateurs se diffusent dans les établissements de santé.

Le détour par l'histoire d'une radioprotection en radiothérapie d'une part et par celle du développement d'une politique publique relative à la sécurité et la qualité en milieu hospitalier d'autre part, permet de mieux comprendre pourquoi, lors des premières entrevues entre le ministère de la Santé et les acteurs de la radiothérapie, les deux parties mettent surtout en avant les thématiques de la sécurité et de la qualité des traitements pour répondre à la succession de surirradiations à Épinal et Toulouse. Il s'agit tout à la fois de politiques publiques et de préoccupations des disciplines médicales et des professionnels des traitements par rayons en particulier.

Pour le personnel politique, le diagnostic avait l'avantage de s'inscrire dans la définition strictement médicale du problème des surirradiations qu'il promeut depuis la publicisation des « accidents » d'Épinal. En d'autres termes, la mise en place de réunions de travail avec les acteurs de la radiothérapie au ministère s'apparente à un « confinement » du problème posé par les surdoses. La notion de confinement, dans sa signification sociologique renvoie en effet, comme l'a montré Emmanuel Henry, non à l'organisation d'un silence à l'encontre d'un phénomène mais à « la réduction des espaces de circulation des discours[53] » à son propos. C'est bien ce qui se produit avec ces réunions de travail. La corporation des radiothérapeutes (qui voulait au départ « autogérer » l'épisode des surirradiations comme l'a précisé un conseiller technique), leurs organisations professionnelles, les institutions ayant des prérogatives réglementaires en matière de soins par rayons, intègrent tous le processus de travail mis en place par le ministère. Chemin faisant, le problème des surdoses devient un problème de sécurité et de qualité des traitements par rayons. Le ministère obtient ainsi le *statu quo*[54] sur ce problème. Relevant de façon certaine de questions techniques et médicales, les surirradiations ne sont pas présentées comme la résultante, par exemple, d'un manque de réactivité des autorités et en particulier de l'ASN, chargée du contrôle de la sécurité et de la qualité des traitements en radiothérapie[55]. Le statu quo sur la définition du problème des surdoses rendait en définitive

[52] Créée en 1997, elle se substitue à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). En 2004, l'ANAES devient la Haute autorité de Santé.

[53] Henry (E.), « Rapports de force et espaces de circulation de discours. Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.*, p. 156.

[54] Voir Henry (E.), « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, 2 (70), 2005, p. 29-50.

[55] Deux journalistes spécialisés en santé et dans les questions scientifiques du *Monde* s'étaient interrogés sur la « temporisation » de cette Agence dans un article. Mais leur remarque n'a pas occasionné un réaménagement du traitement des faits de surdoses par la suite. « Depuis plusieurs années, l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), qui a englobé le contrôle des activités médicales en 2002, disait suspecter des problèmes de rigueur dans ce secteur

plus difficile encore le surgissement éventuel de stratégies de scandalisation que des groupes mobilisés (des personnes se revendiquant victimes par exemple) auraient pu déployer, fondées sur la dénonciation de la responsabilité des autorités.

1.2. Les vertus du pouvoir d'indécision

La propriété d'un problème sanitaire, si elle est recherchée par les plus hautes autorités, n'apparaît ainsi tenable sur le long terme que s'il est possible de communiquer sur son aspect « *techniquement soluble*[56] ». Pour cela, le ministère de la Santé s'assure l'enrôlement des acteurs de la radiothérapie dans la conception de l'action publique post-surdoses. D'abord en organisant de premières réunions informelles, ce qui lui permet de maintenir le statu quo sur la définition du problème des surdoses. Puis, très vite, en organisant une indécision au profit des professionnels de la radiothérapie, par l'institutionnalisation d'un groupe de travail pérenne sur la radiothérapie.

a) L'extension de la contrainte de résolution du problème

Après les premières réunions tenues au ministère de la Santé entre janvier et mars 2007,

> « … le ministre de la Santé qui souhaite suivre en personne le sujet, demande la création d'un groupe de travail où tous les acteurs [de la radiothérapie] participeront à la réflexion, à la rédaction, puis à la mise en œuvre et au suivi de recommandations [en matière de sécurité et qualité des traitements]. Ces recommandations doivent être rédigées sous la forme de mesures précisant l'objectif, le pilote, le calendrier [de mise en œuvre], le financement, les indicateurs [d'évaluation][57] ».

Ce groupe de travail est instauré le 7 mars 2007. Ses participants sont très nombreux et représentent, outre l'intégralité des institutions du secteur des soins par rayons, des organismes

[…]. Elle a pu cependant donner l'impression de temporiser et de ne prendre réellement la mesure du problème qu'après la révélation du drame d'Épinal. […]. L'ASN ne dispose d'inspecteurs en radioprotection – une soixantaine – que depuis septembre 2006 ». Voir Benkimoun (P.), Morin (H.), « Médecine nucléaire et culture de sûreté », *Le Monde*, 04 juillet 2007.

[56] Barthe (Y.), « Le recours au politique ou la problématisation politique "par défaut" », *in* Lagroye (J.), dir., *La politisation*, *op. cit.*, p. 479. Souligné par nous.

[57] Retranscription de l'intervention de Daniel N. aux « rencontres de la cancérologie française 2010 », 18 novembre 2010. Vidéo de l'intervention disponible sur www.dailymotion.com.

de santé privés et les directions d'État[58] : l'INCa, l'ASN, la HAS, l'IRSN, l'AFSSAPS, l'InVS, la SFRO, la Société française de physique médicale (SFPM), le Syndicat national des radiothérapeutes (SNRO), la Société française d'oncologie médicale (SFOG), l'Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPE), la Société française de psycho-oncologie (SFPO), le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP), la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER). Enfin, le cabinet du ministère de la Santé était représenté aussi bien que ses directions (DHOS, DGS).

Nombre de ces institutions avaient des responsabilités en matière de sécurité des traitements par rayons ou disposaient d'une expertise sur ce sujet.

Encadré 10. Réglementation du secteur des soins par rayons et prérogatives des organismes

Les responsabilités d'un certain nombre d'organismes conviés au groupe de travail post-surirradiations en 2007 en matière de protection des patients leur sont confiées par la législation.
Les recommandations émises par la CIPR au sujet de l'utilisation des rayons sont en effet transposées une première fois sous la forme de directives européennes élaborées par la Communauté européenne de l'énergie atomique (Euratom), puis une seconde fois dans les législations nationales. Les deux principales directives européennes qui faisaient référence en 2007 en France – les directives Euratom 96/29 et 97/43 de 1996 et 1997 – sont la traduction des recommandations de la publication numéro 60 de la CIPR de 1991. La transposition de la directive Euratom 97-43 (qui a donné lieu à la création de la section 6 du chapitre III « Rayonnements ionisants » du Code de la santé publique) précise une partie des dispositions ayant trait à la protection des patients. L'article L. 1333-3 mentionne ainsi que les établissements de soins par rayons, via la personne compétente en radioprotection (article L. 1333-11), sont tenus « de déclarer sans délai à l'Autorité de sûreté nucléaire et au représentant de l'État dans le département tout incident ou accident susceptible de porter atteinte à la santé des personnes par exposition aux rayonnements ionisants ».
Cela signifie que l'ASN, qui participait aux réunions post-surdoses, était en charge du contrôle du respect de la réglementation des expositions aux rayonnements dans le domaine médical.
En matière de dispositifs médicaux, c'est la directive européenne 93/42 du 14 juin 1993 qui prévalait au milieu des années 2000. Les articles L. 5211-4 et R. 5211-6 du CSP précisent qu'il revient à l'AFSSAPS de contrôler les appareils de radiothérapie à leur mise en service. Cette agence participe ainsi aux réunions mises en place sous l'égide du ministère de la Santé. Tout comme l'IRSN, qui recueillait dans le milieu des années 2000 les déclarations d'acquisition de sources radioactives.

[58] Seules les institutions ayant déjà été nommées dans ce travail se présentent sous leurs acronymes.

L'INCa, convié aussi aux réunions ministérielles de 2007, avait mené une réflexion interne sur l'élaboration de « référentiels d'agrément pour les établissements ou les services[59] » de soins des cancers par rayons. Afin d'élaborer ces référentiels, « dix réunions de travail[60] » avaient eu lieu, dont huit en 2005 avec la Société savante de radiothérapie (la SFRO). Dix-huit critères d'agrément des centres avaient finalement été dégagés. Neuf de ces critères concernaient « la qualité de la prise en charge » des patients et neuf « la sécurité ».
Parallèlement, prolongeant en cela la préoccupation des premiers radiologues vis-à-vis de la sécurisation des traitements par rayons, les sociétés savantes du secteur (SFRO, SFPM, SNRO, SFOG, AFPE) et certains professionnels avaient, dès le début des années 2000, pris l'initiative d'actions visant à « améliorer la sécurité des traitements[61] ». Certes non formalisées législativement, ces initiatives n'en demeurent pas moins importantes. Ainsi, « en 2002-2003, lorsque l'activité est devenue plus complexe avec l'apparition des nouvelles technologies, certains professionnels ont sollicité l'appui d'*Air France Consulting* pour les aider à définir une démarche de sécurité[62] ». Si la radiothérapie s'était déjà complexifiée dans les années 1990 avec l'apparition de la technique conformationnelle[63], sa technicité s'accroit davantage encore dans ces années 2000 avec l'arrivée de la radiothérapie avec modulation d'intensité de dose (IMRT) ainsi que la tomothérapie. Les membres des sociétés savantes de médecine et de radiophysique nouent ainsi des liens avec des praticiens de l'aéronautique pour penser les défaillances de fonctionnement des machines ou de communication entre personnels.

En conviant ces organismes investis dans la sécurité et la qualité des traitements à participer à la rédaction et la mise en œuvre de mesures de recommandations en radiothérapie, le ministère de la Santé faisait volontairement jouer son « pouvoir d'indécision[64] » après les accidents de surirradiations. Il étendait la contrainte de résolution du problème sanitaire qui était la sienne. Le groupe de travail est en d'autres termes un « méta-choix[65] » de la part du personnel politique. Ce dernier décide du choix de la résolution du problème plus que de la solution en elle-même. Les participants au groupe de travail s'investissent fortement et proposent de nombreuses solutions techniques, précise le conseiller ministériel Daniel N. :

[59] Voir le document « Cancer. Le plan de mobilisation nationale », Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007, p. 40. Disponible sur le site Internet du ministère de la Santé. www.sante.gouv.fr.
[60] Voir Bolla (M.), « La culture de radioprotection en radiothérapie. Enseignement des incidents et accidents », communication aux rencontres « nucléaire et santé », Neuilly, 25 janvier 2008. Document disponible à l'adresse : www-sante.ujf-grenoble.fr.
[61] Thellier (S.), « Les professionnels de la radiothérapie face à l'obligation d'améliorer la sécurité des traitements », Rapport IRSN/DIR/2011-01, p. 16. Rapport disponible à l'adresse suivante : www.irsn.fr/FR/expertise/rapports_expertise/Documents/radioprotection/IRSN_Rapport2011-01_surete-radioprotection.pdf.
[62] *Ibid.*, p. 17.
[63] Elle consiste en une irradiation transcutanée dans laquelle le volume de tissu traité est adapté au volume cible, reconstruit en trois dimensions. Voir le site Internet de l'IRSN pour des précisions sur les techniques de radiothérapie. www.irsn.fr.
[64] Voir Barthe (Y.), *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires*, *op. cit.*, p. 124 et suivantes.
[65] *Ibid*., p. 138.

« Quand on travaille sur un plan de santé publique, on s'aperçoit que les services ont, sur un certain nombre de sujets, travaillé depuis des années. Chaque fois qu'on pose une question, ils essayent de vendre ce sur quoi ils ont travaillé. Ils vendent à l'échelon politique, donc au cabinet, le produit sur lequel ils travaillent. Le produit est ''acheté'' ou non mais régulièrement, les personnes essayent de trouver une ''locomotive'' pour porter leur sujet. Le jour où l'on s'est mis à travailler sur les surirradiations, les services ont ''fait la queue'' devant notre bureau […] pour dire, par exemple : ''Nous on a quelque chose sur la formation des radiophysiciens, nous on a quelque chose sur la qualité de ceci'' ».
[Entretien, 7 mars 2014].

b) Les opportunités des professionnels de la radiothérapie

Le pouvoir d'indécision génère des « fenêtres d'opportunités[66] » pour les acteurs de la radiothérapie. Au cours de ces réunions, l'ASN en partenariat avec la SFRO proposent par exemple, outre le recrutement de personnels dans les services de radiothérapie, la conception d'une échelle de classement des événements accidentels en matière de radiothérapie.

L'ASN reprenait en cela une mesure déjà opérationnelle pour les accidents intervenus dans les centrales nucléaires, fruit d'une réflexion internationale à laquelle elle avait participé. L'ancêtre de l'Agence, la DGSNR avait en effet contribué dès 1990 à l'élaboration d'une échelle de classement des accidents nucléaires semblable à l'échelle de Richter pour les tremblements de terre. Cette réflexion avait été initiée suite à l'accident survenu en Ukraine en 1984, au sein de la centrale de Tchernobyl. Une échelle de classement des accidents avait vu le jour sous le nom d'échelle INES (*International Nuclear Event Scale*[67]). L'ASN, en suggérant l'élaboration d'une échelle similaire pour les accidents de radiothérapie, introduisait une solution qu'elle estimait probante en de telles circonstances. Dans un article du *Monde*[68], l'échelle est en effet présentée comme une réponse à « l'accumulation d'accidents et d'incidents survenus ces derniers mois dans plusieurs centres de radiothérapie français[69] » et a pour objectif de permettre de « mieux hiérarchiser la gravité de ces dysfonctionnements ».

[66] Cette expression renvoie aux théories de la mise à l'agenda politique d'un problème. Voir Kingdon (J.), *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little Brown and company, 2003 [1984].
[67] Voir sur ce point l'intervention de Godet (J.-L.), Krembel (D.), « Renforcer le contrôle de la sûreté en radiothérapie », *communication ASN*, Bruxelles, 24 novembre 2007. Disponible à l'adresse Internet suivante : http://www.fanc.fgov.be/CWS/GED/pop_View.aspx?LG=1&ID=1037.
[68] Morin (H.), « Une échelle expérimentale permettra de classer la sévérité des accidents de radiothérapie », *Le Monde*, 7 juillet 2007.
[69] *Ibid*.

Evénement (imprévu, inattendu)	Cause	Conséquences (grade CTCAE V3.0)	Niveau
Décès	Dose (ou volume irradié) très supérieur(e) à la normale entrainant des complications ou séquelles non compatibles avec la vie	Décès	5 à 7 (1)
Evénement **grave** mettant la vie en danger, complication ou séquelle invalidante	Dose ou volume irradié très supérieur(e) aux doses ou volumes tolérables	Effet aigu ou tardif grave, inattendu ou imprévisible, de grade 4	4 (2)
Evénement occasionnant une altération **sévère** d'un ou plusieurs organes ou fonctions	Dose ou volume irradié supérieur(e) aux doses ou volumes tolérables	Effet aigu ou tardif sévère, inattendu ou imprévisible, de grade 3	3 (2)
Evénement occasionnant ou susceptible d'occasionner une altération **modérée** d'un organe ou fonction	Dose supérieure aux doses recommandées, ou irradiation d'un volume pouvant entrainer des complications inattendues, restant modérées	Effet aigu ou tardif modéré, inattendu ou imprévisible , de grade 2, altération minime ou nulle de la qualité de la vie	2 (2)
Evénement avec **conséquence dosimétrique mais sans conséquence clinique attendue**	Erreur de dose ou de volume (par ex erreur de dose ou erreur de cible sur une séance non compensable sur la totalité du traitement)	Aucun symptôme attendu	1
Evénement sans aucune **conséquence** pour le patient.	Erreur de dose (nombre d'unités moniteurs, filtre…) compensée sur la totalité du traitement Erreur d'identification de patient traité pour une même pathologie (compensable)		0

(1) En cas de décès de plusieurs patients :

- **le niveau minimal 5 est porté à 6 si le nombre de patients est supérieur à 1 mais inférieur ou égal à 10 ;**
- **le niveau minimal 5 est porté à 7 si le nombre de patients est supérieur à 10.**

(2) Si le nombre de patients est supérieur à 1, il est ajouté un signe + au niveau retenu (exemple : 3 devient 3+).

L'échelle ASN-SFRO pour la prise en compte des événements de radioprotection affectant des patients dans le cadre d'une procédure médicale de radiothérapie – version de 2008.

[Source : site Internet de l'ASN[70]].

[70] Ce document est disponible sur le site Internet de l'ASN à la page suivante : www.asn.fr/Informer/Actualites/ASN-SFRO-bilan-de-son-utilisation-et-presentation-de-l-echelle-revisee.

Le personnel politique, en ralliant à lui les acteurs de la radiothérapie, se donnait ainsi les moyens d'inscrire la solution au problème des surdoses dans la longue histoire de la progression de la sécurité et de la qualité en matière d'utilisation des rayons à des fins médicales. Les participants au groupe de travail utilisent quant à eux de la « mise en politique » qui leur est proposée pour promouvoir leur propre expertise relative à la qualité et la sécurité en radiothérapie et voir ainsi entériner des mesures défendues de longue date. Parmi les modèles de l'expertise distingués dans les travaux de Jürgen Habermas[71], c'est ainsi le modèle « décisionniste » qui caractérise le mieux le cas des surirradiations. Dans ce modèle, les connaissances produites par l'expert sont subordonnées à la demande du personnel politique[72]. La subordination de l'expertise à la politique, loin d'être contrainte, rencontre l'intérêt des acteurs de la radiothérapie qui y voient l'opportunité de promouvoir des revendications spécifiques et qui y parviennent effectivement.

2. Technicisation d'un dossier sanitaire et légitimation politique

Le groupe de travail sur la radiothérapie instauré par le ministère de la Santé fait émerger de multiples mesures se rapportant à la sécurité ou à la qualité des traitements par rayonnements. Ce faisant, la définition originelle des propriétaires du problème selon laquelle ces surirradiations relèvent d'une question médicale et technique est confortée. Délesté de toute menace de transformation en scandale, le dossier des surdoses de rayons fait alors l'objet d'un investissement politique renouvelé.

Ce dernier se donne à voir à deux reprises. D'abord à la fin du mois de mars 2007 lorsque, après le départ de Xavier Bertrand du ministère de la Santé, son successeur, Philippe Bas, fait du dossier de la radiothérapie une de ses priorités pour son mandat de deux mois. Ensuite, en mai 2007, lorsque la nouvelle ministre de la Santé Roselyne Bachelot, confrontée à la révélation par la presse de nouveaux cas de surirradiations à Toulouse, reprend le travail de ses prédécesseurs et finalise un plan national d'actions pour la radiothérapie. Ainsi, l'hypothèse peut être faite que la technicisation d'un dossier sanitaire (entendue au sens de cantonnement

[71] Habermas (J.), *La technique et la science comme idéologie*, Paris, Gallimard, 1973 [1968].
[72] Dans le modèle « technocratique » au contraire, le politique est selon Habermas dépendant des experts tandis que dans le modèle « pragmatique », les acteurs politiques font face au rôle d'intermédiaire que jouent les experts avec les citoyens.

des enjeux de l'action publique dans des forums techniques[73]), n'est pas sa dépolitisation mais bien « un outil de légitimation *politique*[74] ».

2.1. Acter politiquement des réponses techniques à un problème sanitaire

À peine un mois après l'installation du groupe de travail sur la radiothérapie, le ministre de tutelle Xavier Bertrand quitte ses fonctions pour mener la campagne présidentielle du candidat de l'Union pour un Mouvement Populaire (UMP), Nicolas Sarkozy. Il laisse sa place au ministre délégué à la Famille Philippe Bas, nommé ministre de la Santé à compter du 26 mars 2007.

> Philippe Bas, né en 1958, est un ancien élève de l'École Nationale d'Administration (ENA)[75]. Classé dans « la botte » de sa promotion[76] il entre au Conseil d'État en 1984. De 1989 à 1992, il exerce auprès du président du Sénégal Abdou Diouf, en tant que conseiller juridique. En 1993, il devient directeur de cabinet adjoint de la ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la Ville, Simone Veil. Il exerce cette fonction jusqu'en 1995, date à laquelle il devient directeur de cabinet de Jacques Barrot au ministère du Travail et des Affaires sociales. En 1997, il est nommé conseiller social du président de la République Jacques Chirac, puis secrétaire général adjoint de l'Élysée en 2000 et enfin secrétaire général de 2002 à 2005. Après un remaniement ministériel, il est nommé ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, de 2005 à 2007. Lorsque Xavier Bertrand quitte son poste au ministère de la Santé en mars 2007, ses responsabilités sont élargies à la Santé et aux Solidarités. Le portrait que lui consacre *Les Échos*[77] signale qu'il a « le social et le médical comme domaines de prédilection : bioéthique, transfusion sanguine, agence du médicament, dépendance, amiante, handicap, protection sociale, licenciement, permanence des soins... La liste est longue des dossiers passés dans les mains de Philipe Bas ».

Or, lorsque celui-ci prend ses fonctions au ministère de la Santé, il découvre précisément un dossier sanitaire et médical en cours de finalisation. Il s'agit de celui de la radiothérapie. Daniel N., qui est reconduit dans ses fonctions de conseiller technique du ministre précise :

---

[73] Voir Callon (M.), Lascoumes (P.), Barthe (Y.), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, 2001.

[74] C'est la thèse défendue par Hélène Dufournet dans son article consacré à la mise en politique des armes à sous-munitions. Voir Dufournet (H.), « Quand techniciser c'est faire de la politique ''sans le dire''. Récit d'une ''technicisation réussie'' au ministère de la Défense », *Gouvernement et action publique*, 1 (1), 2014, p. 43. Souligné par l'auteure.

[75] Renseignements provenant du site Internet de Philippe Bas tenu dans le cadre de ses fonctions de sénateur et président du Conseil départemental de la Manche. http://www.philippe-bas.fr.

[76] C'est-à-dire parmi les quinze premiers.

[77] Portrait figurant en intégralité sur le site Internet de Philippe Bas. Voir Bliman (M.), « Philippe Bas. Un ex-ministre à la présidence de l'ANSES », *Les Échos*, 23 février 2011.

> « Il y a un vrai enjeu […] lorsqu'on arrive en fin de cycle comme ça. Que deviennent les dossiers comme celui de la radiothérapie où des choses ont été engagées mais ne sont pas encore finalisées ? »
> [Entretien, 7 mars 2014].

a) L'action publique comme source de légitimation politique

Le nouveau ministre décide de reprendre à son compte le dossier de la radiothérapie, non du fait d'un concours de circonstances mais suivant une logique de légitimation politique. Les politiques publiques sont en effet, insiste Patrick Hassenteufel, « en elles-mêmes des ressources politiques contribuant à la légitimité des élus[78] ». Comme l'a montré Christian Le Bart, à l'échelon national, les gouvernants, parce qu'ils doivent leur position à l'élection sont soumis dans leur activité à une logique d'imputation causale[79]. La responsabilité d'une politique et de ses effets est, selon la position occupée, revendiquée ou critiquée. Ces imputations causales sont particulièrement à l'œuvre à propos de domaine d'actions publiques ayant une forte visibilité comme la santé. Cela signifie que la compétition électorale exerce une influence sur la construction de l'action publique.

Dans des travaux antérieurs, le politiste américain Kent Weaver[80] a montré que, du point de vue des gouvernants, la mise en œuvre d'une politique publique relève de trois types de motivations. Le premier type est celui de la *good policy* (en d'autres termes, défendre une politique parce qu'elle semble juste sans considérer la question des gains ou pertes électorales). Le second principe est celui du *credit claming* (c'est-à-dire de la recherche de gains électoraux) et le troisième de la *blame avoidance* (autrement dit de l'évitement d'une sanction électorale). Dans le cas de Philippe Bas, ce sont les trois types de motivations entremêlées qui incitent le nouveau ministre à s'emparer du dossier, si l'on se réfère aux propos de Daniel N. :

> « Quand Philippe Bas est arrivé […] il a annoncé […] qu'il ne serait là que pour deux mois mais qu'en deux mois, il y avait plein de choses à faire. On nous avait demandé, par correction, à ceux d'entre nous qui n'avions pas encore de postes ailleurs, de rester [au cabinet après le départ de Xavier Bertrand]. Il a alors demandé […] aux ''survivants'' de présenter les dossiers sur lesquels ils avaient travaillé. […]. Et puis 24 ou 48 heures après, son collaborateur m'a demandé de les rejoindre […] et le ministre

[78] Hassenteufel (P.), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011 [2e édition], p. 171.
[79] Le Bart (C.), « Le système des attributions causales dans le discours des candidats à l'élection présidentielle de 1988 », *Revue française de sciences politiques*, 40 (2), 1990, p. 212-229.
[80] Weaver (R. K.), « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, 6 (4), 1986, p. 371-398.

m'a dit : ''Nous avons identifié trois ou quatre sujets sur lesquels on peut faire quelque chose. La radiothérapie en est un. J'aimerais qu'on en parle'' ».
[Entretien, 7 mars 2014].

Le fait que le ministre ne dispose que de très peu de temps pour « faire des choses » au ministère de la Santé a joué en faveur du dossier de la radiothérapie. Lorsque Philippe Bas prend ses fonctions, un travail de concertation sur cette thématique avait été mis en place, les différends entre les participants étaient aplanis et la réflexion en matière de qualité et de sécurité des traitements en ce domaine était bien avancée. Afin d'évaluer dans quelle mesure ce dossier pouvait faire l'objet d'une action de sa part, Philippe Bas convoque néanmoins en entretien le principal instigateur de la dynamique de travail sur la radiothérapie, resté membre du cabinet au ministère, Daniel N. :

« On a eu une conversation d'environ deux heures en tête à tête dans son bureau en présence de son collaborateur. Le ministre m'a dit ensuite : ''Vous me donnez la journée, je réfléchis''. […] Le lendemain, dans l'après-midi […] le ministre me demandait ni plus ni moins de lui faire un cours sur la radiothérapie […]. J'ai fait un cours particulier sur le sujet qui a duré quatre heures. […]. Il m'a bluffé […]. Il m'a dit ensuite : ''Vous me redonnez quarante-huit heures'' et a fixé un rendez-vous. Il est arrivé avec des notes […] et sa technique à lui, c'est-à-dire du surlignage en trois couleurs et des coups de ciseau […]. Il m'a dit : ''Je vous fais une proposition : on va travailler trois jours pour faire en sorte de synthétiser tout le travail déjà fait et anticiper le travail qui doit être fait. Et on va trouver une solution pour que les successeurs après l'élection présidentielle, qu'ils soient de droite ou de gauche, n'aient pas d'autres choix que de reprendre le dossier de la radiothérapie''. Le résultat a été la rédaction d'un communiqué de presse […] de sept pages. Donc c'était une sorte de legs sur le sujet ».
[Entretien, 7 mars 2014].

Progressivement convaincu par les échanges avec son conseiller technique de l'importance intrinsèque de la thématique de la sécurité et de la qualité des soins en radiothérapie (*good policy*), par conséquent de la capacité de l'action publique engagée en la matière à légitimer politiquement un ministre nommé provisoirement (*credit claming*) et dans le même mouvement, du caractère préjudiciable politiquement de l'inaction sur ce sujet (*blame avoidance*), Philippe Bas transforme les premières réflexions du groupe de travail sur la radiothérapie en axes d'une réforme globale de la radiothérapie.

Des réunions sont en effet organisées entre le nouveau ministre et son conseiller pour synthétiser les propositions élaborées dans le cadre du groupe de travail installé en mars 2007 par Xavier Bertrand. Un communiqué de presse signé du ministre est finalement rédigé et transmis aux médias le 9 mai 2007, soit une semaine avant la fin de sa prise de fonction pour

cause d'élection présidentielle. Ce communiqué comportait le détail des « mesures » destinées au secteur de la radiothérapie et présentées comme devant être intégralement appliquées au « 31 décembre 2007[81] ».

b) Des mesures pour la radiothérapie

Parmi ces mesures, certaines avaient déjà été annoncées par Xavier Bertrand (l'obligation légale d'instaurer, par exemple, la dosimétrie *in-vivo* dans les centres). Mais de nouvelles mesures figurent également, parmi lesquelles la définition d'un « plateau technique » minimum de personnels dans les services de soins, l'augmentation des effectifs de formation des radiophysiciens, le renforcement de la surveillance médicale des patients en cours de traitement par l'extension du suivi aux internistes, l'application de la certification aux services de radiothérapie en exercice libéral…

Pour mettre en œuvre ces mesures, un calendrier précis est établi et prend la forme d'une « feuille de route pour la radiothérapie ».

Encadré 11. Une réponse publique originale… sur la forme

Les accidents de surirradiations ne sont pas les premiers accidents thérapeutiques auxquels les pouvoirs publics ont été confrontés. Dans les années 1980, la transfusion de dérivés du sang contaminés par le sida à plus d'un millier de personnes hémophiles, qui débouche en 1991 sur l'affaire du sang contaminé, était également un problème affectant spécifiquement le domaine des soins et sa sécurité. De même, au début de ces mêmes années 1980, l'administration d'hormones de croissance extractives contaminées par la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) à quelque 1 500 enfants (une centaine d'entre eux en sont morts depuis 1991) est également une question de sécurité des soins[82].
Or, face à ces accidents thérapeutiques successifs, la réaction des pouvoirs publics a consisté en la création d'une Agence sanitaire chargée du médicament (nommée dans la loi du 4 janvier 1993 et le décret du 8 mars 1993 « Agence du médicament[83] »). Après l'Agence du médicament, deux autres Agences sanitaires ayant le statut de groupement d'intérêt public (établissement public à caractère administratif) ont été créées[84].
La fondation de ces agences correspond à la volonté des acteurs étatiques de réaffirmer les missions régaliennes de protection de la sécurité des populations après la survenue des crises

[81] Cortey (L.), « Renforcer la sécurité de la radiothérapie », *L'Est Républicain*, 10 mai 2007.
[82] Dodier (N.), Barbot (J.), « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », *in* Périlleux (T.), Cultiaux (J.), *Destins politiques de la souffrance*, Érès, 2009, p. 99-117.
[83] Devenue AFSSAPS en 1999 et ANSM en 2012.
[84] Une agence relative à la santé publique a ainsi été mise en place en 1992, l'Institut national de veille sanitaire (InVS). Une Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSeS) a également été créée en 1998 en lien avec la crise de la vache folle en 1996.

sanitaires[85]. Les surirradiations hospitalières des années 2000 ne formant pas une crise sanitaire, la forme Agence n'est pas convoquée. Il est également possible de faire l'hypothèse selon laquelle l'existence d'un secteur de traitements par rayons organisé autour d'institutions détentrices du monopole de l'expertise d'une part, et le pouvoir d'indécision dont a fait preuve le ministère de la Santé dans ce dossier d'autre part, favorisent une réponse publique davantage technique qu'institutionnelle, autour d'un « plan de mesures ».

Le communiqué de Philippe Bas, en annonçant des « mesures » pour la radiothérapie, étoffait considérablement la réponse publique d'abord annoncée par Xavier Bertrand au sujet de la sécurité et de la qualité des traitements. Avant la mise en place du groupe de travail avec les acteurs des traitements par rayons, cette réponse tenait essentiellement dans la généralisation de la dosimétrie *in-vivo*[86]. Avec l'intervention de Philippe Bas, cette mesure fait partie d'un ensemble global de dispositions à destination des établissements de soins par rayons et de renforcement de la formation des professionnels. Il s'agissait, selon le communiqué de presse du ministre, de « prendre immédiatement des mesures permettant, de façon rapide, de renforcer la sécurité des pratiques[87] » en radiothérapie. À la fin du mois de mai 2007, le personnel politique est confronté à la survenue de nouveaux accidents à l'hôpital de Toulouse. La technicisation en cours du dossier s'avère précieuse.

[85] Voir par exemple Voir Borraz (O.), Gilbert (C.), « Quand l'État prend des risques », *in* Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques. La France dans la gouvernance européenne, op. cit.*

[86] Le ministre déclarait en effet le 6 mars 2007 : « Dans l'immédiat, je rends obligatoire avant fin 2007 dans chaque service ce que l'on appelle la dosimétrie in-vivo, c'est-à-dire le contrôle en temps réel de la dose délivrée ». Voir Cortey (L.), « Des sanctions mais pas de fermeture », art. cité.

[87] Citation du communiqué de presse du ministère de la Santé extraite d'un article de la Société française de physique médicale (SFPM) figurant sur son site Internet. Voir http://proces-epinal.membres-sfpm.fr/revue-de-presse/philippe-bas-met-en-place-des-mesures-pour-renforcer-la-securite-des-pratiques-de.

2.2 La technicisation comme ressource d'action face à de nouveaux accidents

Les mesures pour la radiothérapie annoncées par le ministre de la Santé Philippe Bas au début du mois de mai 2007 s'accompagnent de la conception d'un calendrier de mise en œuvre. Ce calendrier prend la forme d'une « feuille de route pour la radiothérapie », avec des objectifs délimités pour chaque institution. Il revient par exemple à l'ASN « la responsabilité de développer le système d'alerte » dans les centres[88]. L'INCa est chargé de « l'élaboration de critères d'agrément constitutifs de l'autorisation des centres de radiothérapie ». L'AFSSAPS se voit attribuer l'amélioration de la sécurité des installations de radiothérapie. Des points de suivi réguliers sont prévus afin de vérifier la bonne application des mesures édictées.

a) Un troisième ministre de la Santé pour le dossier

Après la victoire du candidat de l'UMP Nicolas Sarkozy à l'élection présidentielle de 2007, Roselyne Bachelot est nommée ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports, au sein du gouvernement du Premier ministre François Fillon installé le 18 mai 2007.

> Alors secrétaire générale adjointe de l'UMP, Roselyne Bachelot obtient ainsi, à 60 ans, sa deuxième nomination à la tête d'un ministère après avoir été ministre de l'Écologie et du développement durable de 2002 à 2004, dans le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin I et II. Comme le signale *Le Monde*, elle a, au cours de ce dernier mandat, mesuré l'extrême sensibilité des questions de santé puisque c'est une « bourde » relative à la canicule de l'été 2003 en France qui lui a « coûté son portefeuille dans le troisième gouvernement de Jean-Pierre Raffarin[89] ». Auparavant, cette docteure en pharmacie avait exercé des mandats locaux et nationaux de conseillère générale du Maine-et-Loire (de 1982 à 1988), de conseillère régionale des Pays de la Loire (de 1986 à 2007) puis de députée du Maine-et-Loire (de 1988 à 2002).

Cinq jours après sa nomination au ministère de la Santé, les médias révèlent que 145 personnes ont subi des surirradiations à l'hôpital de Toulouse. Cette révélation prend de court la nouvelle ministre qui n'avait fait aucune déclaration sur le sujet de la radiothérapie depuis sa

[88] C'est précisément dans ce cadre qu'elle propose la création d'une échelle de mesure de la gravité des accidents en radiothérapie.

[89] Voir Bordenave (Y.), « Roselyne Bachelot, ou l'audace verbale à la santé et aux sports », *Le Monde*, 18 mai 2007. La phrase intégrale est celle-ci : « À l'été 2003, pendant la canicule, alors qu'elle occupait le ministère de l'environnement, de l'écologie et du développement durable, elle avait manqué de discernement en conseillant aux automobilistes de ''garer leur voiture à l'ombre'' pour se protéger de la chaleur. Cette bourde, ajoutée à la déroute des élections régionales, lui avaient coûté son portefeuille dans le troisième gouvernement de Jean-Pierre Raffarin ».

nomination. Celle-ci ne communique en outre publiquement sur ces phénomènes que deux semaines après leur révélation, le 8 juin 2007, à l'occasion d'une interview donnée au *Parisien*.

> « Roselyne Bachelot s'exprime pour la première fois sur les dérapages intervenus lors de traitements aux rayons X dans plusieurs hôpitaux […].
> - Journaliste : Quel est votre commentaire sur le rapport de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) concernant l'accident de radiothérapie à l'hôpital de Toulouse, qui indique qu'il faut ''expertiser plus en profondeur'' l'état de santé de six patients irradiés ?
> - Roselyne Bachelot : Je veux rappeler mon principe d'action dans ce ministère : agir dans la transparence la plus totale. Le rapport de l'Autorité de sûreté nucléaire sera accessible à tous. Nous allons lancer effectivement des investigations plus poussées pour chacun de ces six patients, afin de rechercher d'éventuels effets secondaires de l'irradiation. […]. Enfin, j'ai aussi chargé l'Autorité de sûreté nucléaire de réfléchir à un classement des accidents de radiothérapie par niveaux de risque, comme pour les centrales nucléaires. […]. Je souhaite donc que les professionnels anticipent et appliquent les nouvelles règles de bonne pratique professionnelle, définies par une circulaire parue le 15 mai dernier. Le contrôle de la dose de rayons réelle par le patient doit maintenant être systématique, et la surveillance médicale des patients pendant et après le traitement doit être constante[90] ».

La brève allusion de la ministre aux « règles de bonnes pratiques » pour la radiothérapie définies en mai 2007 par son prédécesseur Philippe Bas, montre que le dossier de la radiothérapie se trouve, avec cette publicisation de nouvelles surirradiations à Toulouse, être de nouveau une priorité du ministère de la Santé. La mobilisation de la ministre sur ce sujet au milieu de l'année 2007 se fait dès lors plus précise. Deux semaines après cette première prise de parole publique, elle donne une interview au *Monde* sur un tout autre sujet que la radiothérapie, à savoir les dépenses de santé. Néanmoins, en préambule de l'interview, la ministre évoque les accidents de radiothérapie. Si elle y décrit un secteur de la radiothérapie en état de « crise », c'est pour mieux indiquer les actions que son ministère envisage à ce sujet.

> « La ministre de la Santé veut continuer à dérembourser des médicaments et relancer le dossier médical. Face aux accidents de radiothérapie, elle propose de doubler le nombre de radiophysiciens.
> - Journaliste : Quelle réponse allez-vous apporter à la succession d'accidents de radiothérapie ?
> - Roselyne Bachelot : Au-delà de la catastrophe d'Épinal, nous sommes face à une crise systémique qui nécessite à la fois d'améliorer l'information des patients et de renforcer les moyens et la qualité de la radiothérapie. La vision globale de la situation nous fait défaut. Un état des lieux est nécessaire. J'ai demandé à la Société française de radiothérapie et d'oncologie et à une structure indépendante d'évaluer en six mois les besoins humains et matériels de l'ensemble des 182 centres de radiothérapie en France.

[90] Payet (M.), « Roselyne Bachelot : ''Nous sommes face à une catastrophe sanitaire'' », *Le Parisien*, 8 juin 2007.

> Un numéro vert d'information sur la radiothérapie sera lancé en septembre pour le grand public ainsi qu'un site Internet. Les différents accidents ont montré un manque de professionnels. Je veux doubler en cinq ans le nombre de radiophysiciens, en le portant de 300 à 600, et lancer une campagne de valorisation de ces métiers. […][91] ».

L'annonce au sein de cette interview de l'existence d'une « crise systémique » de la radiothérapie par la ministre est étrange si on considère son moment d'émission. Elle intervient bien après la liste de mesures pour la radiothérapie présentée par son prédécesseur en mai 2007. Cependant, et précisément en ce sens, elle révèle l'activité de la nouvelle ministre pour empêcher que de nouveaux accidents de surirradiations survenus au début de son mandat ne déclenchent une crise sanitaire et politique. Le fait que le terme de « crise systémique » figure dans les archives de son cabinet déposées au ministère de la Santé, atteste en effet que l'expression est utilisée à dessein et relève d'un principe d'action dans ce dossier sanitaire.

> « Dès ma prise de fonction, j'ai été confrontée à l'accident de radiothérapie de Toulouse qui, bien qu'étant très différent, venait après celui d'Épinal. J'ai immédiatement considéré que la radiothérapie est confrontée à une crise systémique[92] ».

Énoncer la « crise » de la radiothérapie après les accidents de Toulouse revenait à maintenir le cantonnement des surdoses dans le domaine médical. La création antérieure d'une « feuille de route » pour la radiothérapie, avec des actions délimitées et des échéances précises, autorise la ministre à décréter cette crise. Son diagnostic était en effet déjà établi et clair : cette crise « nécessite à la fois d'améliorer l'information des patients et de renforcer les moyens et la qualité de la radiothérapie », comme annoncé dans *Le Monde*. En d'autres termes, la technicisation du dossier des surirradiations (soit le déplacement des enjeux de l'action publique au sein d'un groupe de travail restreint aux acteurs de la radiothérapie dans lequel sont échangés des arguments techniques), fournit à la nouvelle ministre de la Santé confrontée à la survenue d'accidents de surirradiations des « ressources d'action publique[93] ». Elle s'y appuie pour mettre en valeur sa prise en charge du problème et prévenir de la sorte toute transformation de la situation en crise sanitaire.

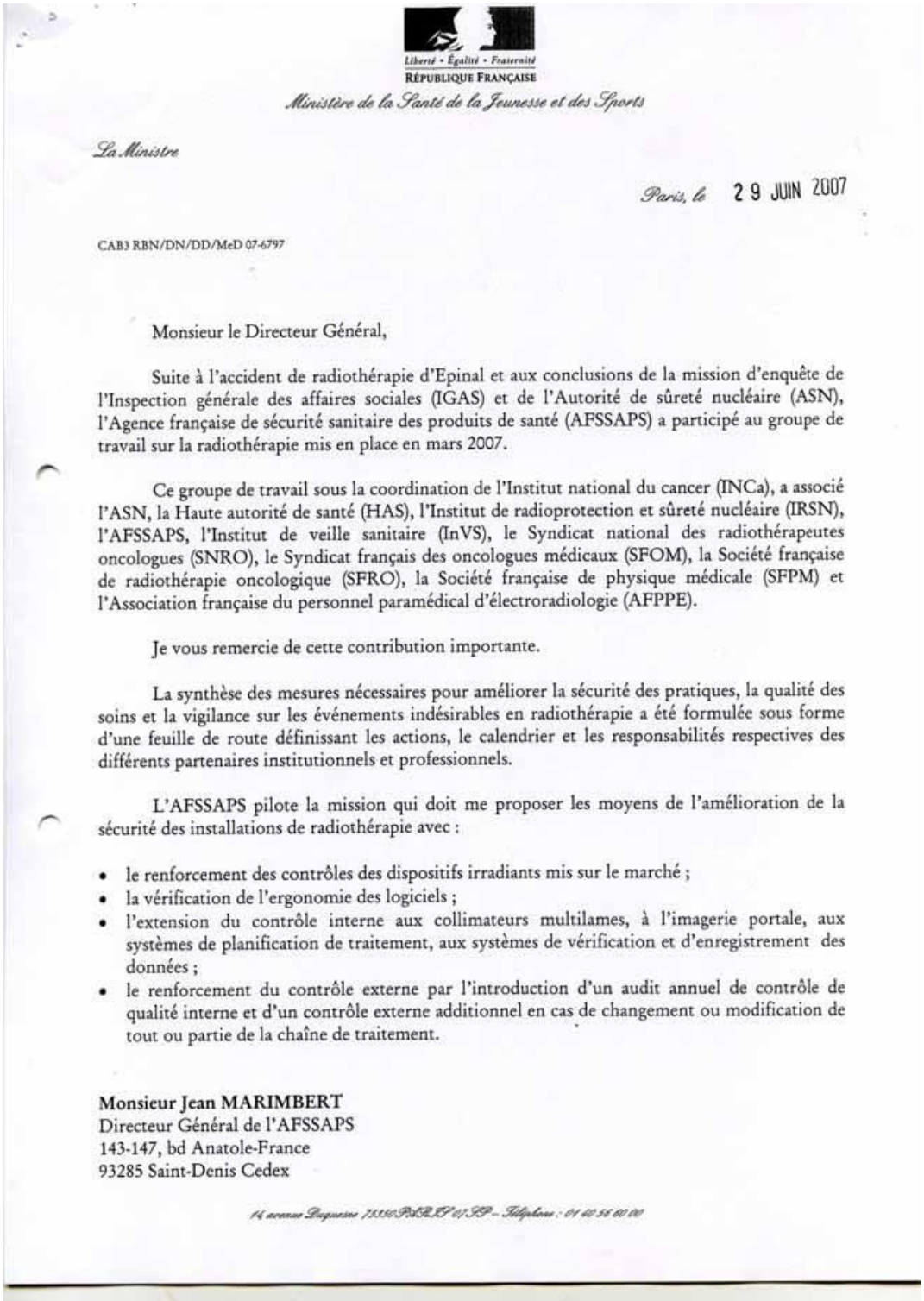
---

[91] Benkimoun (P.), Blanchard (S.), Delberghe (M.), « On ne peut pas lier mécaniquement dépenses et performances du système de santé », *Le Monde.fr*, 21 juin 2007.

[92] Discours de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, préparé pour une visite à Toulouse. Extrait des archives du cabinet ministériel de Roselyne Bachelot consultables au ministère de la Santé. « Fiche : Irradiations et radiothérapie », CAB/2010/006, boîte 14, chemise « visite de la ministre Mme Roselyne Bachelot-Narquin – Toul., 18 décembre 2008 ».

[93] Voir les travaux de Knoepfel (P.), Larrue (C.), Varone (F.), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Genève, Helbing et Lichtenhahn, 2001.

Roselyne Bachelot s'inscrit dès lors dans la prolongation de l'action de ses prédécesseurs en sollicitant à son tour les organismes identifiés comme porteurs de missions de sécurité et de qualité des traitements par rayons, soit principalement l'ASN, l'InVS, l'INCa ou encore l'AFSSAPS. L'objectif n'est pas tant de répondre aux nouvelles surdoses que de mettre en œuvre « des mesures nécessaires pour assurer la sécurité des pratiques », comme indiqué dans la lettre de mission adressée à l'AFSSAPS.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports

La Ministre

Paris, le 29 JUIN 2007

CAB3 RBN/DN/DD/MeD 07-6797

Monsieur le Directeur Général,

Suite à l'accident de radiothérapie d'Epinal et aux conclusions de la mission d'enquête de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a participé au groupe de travail sur la radiothérapie mis en place en mars 2007.

Ce groupe de travail sous la coordination de l'Institut national du cancer (INCa), a associé l'ASN, la Haute autorité de santé (HAS), l'Institut de radioprotection et sûreté nucléaire (IRSN), l'AFSSAPS, l'Institut de veille sanitaire (InVS), le Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO), le Syndicat français des oncologues médicaux (SFOM), la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), la Société française de physique médicale (SFPM) et l'Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE).

Je vous remercie de cette contribution importante.

La synthèse des mesures nécessaires pour améliorer la sécurité des pratiques, la qualité des soins et la vigilance sur les événements indésirables en radiothérapie a été formulée sous forme d'une feuille de route définissant les actions, le calendrier et les responsabilités respectives des différents partenaires institutionnels et professionnels.

L'AFSSAPS pilote la mission qui doit me proposer les moyens de l'amélioration de la sécurité des installations de radiothérapie avec :

- le renforcement des contrôles des dispositifs irradiants mis sur le marché ;
- la vérification de l'ergonomie des logiciels ;
- l'extension du contrôle interne aux collimateurs multilames, à l'imagerie portale, aux systèmes de planification de traitement, aux systèmes de vérification et d'enregistrement des données ;
- le renforcement du contrôle externe par l'introduction d'un audit annuel de contrôle de qualité interne et d'un contrôle externe additionnel en cas de changement ou modification de tout ou partie de la chaîne de traitement.

Monsieur Jean MARIMBERT
Directeur Général de l'AFSSAPS
143-147, bd Anatole-France
93285 Saint-Denis Cedex

14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP – Téléphone : 01 42 75 00 00

Extrait de la lettre de mission adressée après les accidents de Toulouse à l'AFSSAPS par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot le 29 juin 2007[94].

[94] Les lettres de missions adressées par Roselyne Bachelot à différents organismes figurent au sein du document rédigé sous la responsabilité du ministère de la Santé et intitulé « Mesures nationales pour la radiothérapie. Travail collectif des missions » disponible sur Internet. C'est le cas de la lettre de mission de l'AFSSAPS reproduite ci-dessus. Voir www.oncobretagne.fr/wp-content/uploads/2015/01/mesures-radiotherapie.pdf.

b) Un dossier rendu apolitique

Par ces lettres de mission, la nouvelle ministre assurait la continuité de l'action publique en matière de radiothérapie entreprise par ses prédécesseurs, Xavier Bertrand et Philippe Bas. Chemin faisant, elle gardait aussi la position de propriétaire du problème des surdoses acquise par le ministère de la Santé depuis la communication d'octobre 2006 à l'ARH de Lorraine. En novembre 2007, après plusieurs réunions destinées à faire le point sur l'avancée des travaux engagés par les organismes missionnés, Roselyne Bachelot présente officiellement un ensemble de « mesures nationales pour la radiothérapie » regroupées sous une « feuille de route » et que plusieurs médias rebaptisent, à l'instar de *Libération,* « plan de qualité sur la radiothérapie ».

> « Il y a le feu au lac. Et c'est en urgence que Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, a présenté, hier matin, son plan de qualité sur la radiothérapie en France. Après les accidents d'Épinal (5 morts) et de Toulouse (4 morts), les experts se sont rendu compte que, au-delà des spécificités de chacune de ces affaires, c'est toute la radiothérapie française qui mérite d'être auscultée, et redéfinie. […]. ''Sur les 280 000 nouveaux malades atteints d'un cancer, 200 000 seront traités chaque année par radiothérapie, en France'', a noté, hier, la ministre, précisant que ''l'utilisation croissante d'irradiations de haute précision permet d'optimiser le traitement de la cible tumorale et de diminuer ainsi très substantiellement les doses reçues sur les tissus sains adjacents''. […]. Sur les 32 mesures proposées par la ministre de la Santé, la plus nécessaire sera assurément ''l'obligation de recourir à la dosimétrie in vivo'', soit la possibilité de mesurer en direct, pendant la séance d'irradiation, ''la dose réellement reçue par le patient''. […]. Plus généralement, les centres devront désormais être agréés. ''Et disposer d'une autorisation spécifique'', selon Roselyne Bachelot […]. ''Sur les 32 actions de notre feuille de route, 24 seront mises en œuvre avant la fin de janvier 2008, les autres pour 2010'', a conclu Roselyne Bachelot. Un comité de suivi va être mis en place. […][95] ».

Plusieurs reportages sont consacrés à cette feuille de route pour la radiothérapie dans les médias[96]. Largement inspiré du travail mené sous la mandature de son prédécesseur Philippe Bas, l'assemblage combine à la fois des normes réglementaires relatives à la qualité et la sécurité des traitements (critères d'agrément des centres par exemple), des recommandations en termes de ressources (formation continue, recrutement en personnels mais également rédaction de guides de bonnes pratiques) et des programmes d'étude de la discipline (enquêtes sur la radiothérapie au niveau national etc.).

[95] Favereau (É.), « Un plan pour une radiothérapie plus sûre », *Libération,* 30 novembre 2007.
[96] Par exemple. Payet (M.), « Un centre sur cinq pourrait fermer », *Le Parisien,* 29 novembre 2007. Le 13 « heures » de *France 2* du 29 novembre 2007 a également traité de cette action publique.

Encadré 12. La feuille de route pour la radiothérapie présentée par Roselyne Bachelot en novembre 2007[97]

PARTIE 1 : Qualité et sécurité des pratiques – Assurance qualité.
1.1 Publier un référentiel d'assurance qualité en radiothérapie de type ISO 9000.
1.2 Élaborer, diffuser et évaluer l'implémentation des critères d'agrément en radiothérapie y compris la dosimétrie in vivo.
1.3 Élaborer les critères d'évaluation des services autorisés : arrêté ministériel à partir des indicateurs qualité INCa.
1.4 Établir des recommandations cliniques en cancérologie intégrant les indications de la radiothérapie et leur place dans les stratégies de prise en charge des malades.
1.5 Établir un guide des procédures de radiothérapie externe.
1.6 Intégrer dans la certification des établissements des critères de la démarche qualité en radiothérapie.
1.7 Soutenir les centres de radiothérapie dans l'intégration de la démarche qualité et sécurité.
1.8 Établir un guide de bonnes pratiques en physique médicale.

PARTIE 2 : Mettre en place un système de radiovigilance.
2.1 Établir des procédures qui garantissent la cohérence de l'ensemble des procédures de radiovigilance en radiothérapie et élaborer un guide des obligations réglementaires de déclaration.
2.2 Diffuser un guide à l'usage des professionnels sur la déclaration des événements de radioprotection.
2.3 Établir une échelle de classement des incidents pour les besoins de la communication vers le public.
2.4 Mettre en place l'expérimentation de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins qui concerne toutes les spécialités médicales et dont un volet porte sur la radiothérapie.

PARTIE 3 : Ressources Humaines – formation.
3.1 Réaliser une mission sur la démographie des professionnels de la radiothérapie (radiothérapeutes, physiciens médicaux et manipulateurs).
3.2 Établir la reconnaissance des cabinets de radiothérapie libérale sur un statut similaire à celui des établissements de santé.
3.3 Publier un décret et un arrêté visant à mieux reconnaître les physiciens médicaux dans les établissements publics.
3.4 Augmentation du nombre de physiciens médicaux en formation (année de diplôme de qualification en physique Radiologique et médicale).
3.5 Améliorer la place accordée aux manipulateurs d'électroradiologie en radiothérapie.
3.6 Élaborer un programme de formation continue et un module sur l'analyse à la gestion des risques en radiothérapie pour les professionnels de santé.
3.7 Mettre à jour le référentiel de formation initiale des physiciens médicaux et renforcer la formation continue.

PARTIE 4 : Sécurité des installations.
4.1. Améliorer la sécurité des logiciels.
4.2. Renforcer les contrôles des dispositifs irradiants mis sur le marché (appareils et logiciels), en particulier renforcer les contrôles de la langue des logiciels et des manuels.

[97] Document figurant dans Thellier (S.), « Les professionnels de la radiothérapie face à l'obligation d'améliorer la sécurité des traitements », rapport cité, p. 95.

4.3 Renforcer le contrôle de qualité externe.
4.4 Étendre le contrôle interne aux collimateurs multi lames, à l'imagerie portale, aux systèmes de planification de traitement, aux systèmes de vérification et d'enregistrement des données.
4.5. Améliorer les conditions de recette des installations de radiothérapie.

PARTIE 5 : Relation avec les patients et les publics.
5.1 Informer le public : élaborer un document d'information à destination du grand public.
5.2 Informer les médecins généralistes.
5.3 Établir des recommandations sur la communication de l'établissement et des autorités auprès des patients concernés et des publics (ou public) – communication de gestion des crises (recommandations IGAS/ASN).
5.4 Groupe de réflexion à mettre en place concernant les réponses à apporter aux patients, familles, associations sur les conséquences des traitements par radiothérapie.

PARTIE 6 : Inspections et contrôles.
6.1 Renforcer le programme d'inspection de l'ASN.

PARTIE 7 : Connaissance de la discipline.
7.1 Bilan des inspections ASN.
7.2 Observatoire de la radiothérapie.
7.3 Enquête pluriannuelle sur les pratiques de radiothérapie.
7.4 Bilan des déclarations au titre de la vigilance.

Adossé à cette feuille de route, un « comité national de suivi des mesures pour la radiothérapie » est créé dont la fonction est de s'assurer de l'effectivité du renforcement de la qualité et de la sécurité de la radiothérapie dans les centres. Il se compose de nombreux représentants des organismes ayant participé au groupe de travail mis en place sous la mandature de Xavier Bertrand, soit l'INCa, l'ASN, l'AFSSAPS, la HAS, la SFRO, la SFPM, le CISS, le ministère de la Santé et la DGS. Ce comité de suivi est créé par un arrêté de la ministre le 8 juillet 2008 et se réunit pour la première fois le 15 décembre 2008, soit un an après la présentation officielle des mesures par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot. Il rend compte régulièrement des avancées ou retards éventuellement observés à l'occasion de rapports confiés aux pouvoirs publics de 2008 à 2012, avant que ce comité ne soit officiellement remplacé par un « groupe de suivi » intégré au « Plan Cancer 2009-2013[98] ».

Cet épilogue montre en définitive que la technicisation d'un problème sanitaire (en tant que résultante de l'intervention des acteurs politiques et non d'une imposition de problématique par des « experts » détenteurs de compétences techniques) est un moyen de légitimation politique. L'avènement de mesures nationales pour la radiothérapie sous l'égide du ministère

[98] Le rapport final du comité de suivi a été publié en 2012 et est disponible sur le site Internet de l'INCa à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Comite-national-de-suivi-des-mesures-pour-la-radiotherapie-2008-2011-rapport-final.

de la Santé dirigé par Roselyne Bachelot résulte en effet de la mobilisation renouvelée et finalement non démentie du personnel politique pour permettre aux acteurs des soins par rayons de faire des propositions en matière de sécurité et qualité des traitements. Cette mobilisation s'initie avec l'activité originelle du ministère de la Santé dirigé par Xavier Bertrand pour installer un groupe de travail sur ces questions. Elle s'étend avec l'investissement du cabinet ministériel de Philippe Bas dans le dossier de la radiothérapie et se finalise dans la présentation officielle de la « feuille de route » pour la radiothérapie par Roselyne Bachelot.

Leurs actions provoquent *in fine* une « a-politisation » du dossier des surirradiations[99]. De façon paradoxale, mettre en politique la question des surirradiations revient à rendre ce dossier sanitaire apolitique, c'est-à-dire à le présenter comme porteur d'enjeux strictement sanitaires et techniques, et non politiques. Il arrive que les acteurs politiques fassent en effet « de la politique sans le dire […] mais aussi sans le savoir…[100] ». S'agissant des surirradiations, il est permis de conclure que le personnel politique envisage son intervention d'abord comme politique – il s'agit de « sortir par le haut » de la situation d'Épinal, intime le ministre Xavier Bertrand à ses conseillers dès décembre 2006 –. Mais cette intervention est également destinée à « ''taire'' ou évacuer la dimension politique de son action[101] », de manière à éviter toute possibilité de mise en cause de celle-ci.

L'entreprise est réussie puisque, après la présentation par la ministre Roselyne Bachelot des mesures nationales pour la radiothérapie, ce sont les professionnels des soins par rayons qui se font le plus entendre pour louer l'action publique menée et non d'autres groupes sociaux qui auraient pu exercer un regard critique sur la gestion du dossier (victimes et journalistes principalement). Les acteurs professionnels, après novembre 2007, font en effet part publiquement de l'amélioration de la sécurité et la qualité des soins en radiothérapie. L'Autorité de sûreté nucléaire, dès 2007, souligne par exemple dans son bilan que l'année a été marquée par des accidents de radiothérapie mais qui ont donné l'occasion de multiplier les opérations d'inspection dans les centres de radiothérapie. « 800 inspections[102] » ont ainsi été menées cette année-là précise l'Autorité au *Monde*. Pour l'oncologue Michel Bolla, qui s'exprime dans un colloque professionnel en janvier 2008, « les accidents de surexposition avec leur cortège de

[99] Voir Baisnée (O.), Smith (A.), « Pour une sociologie de l'"apolitique" : acteurs, institutions et représentations au cœur du gouvernement de l'Union européenne », *in* Cohen (A.), Lacroix (B.), Riutort (P.) dir., *Les Formes de l'activité politique. Éléments d'analyse sociologique XVIIIe-XX^e siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 2006, p. 335-354.
[100] *Ibid*., p. 342.
[101] *Ibid.*, p. 342.
[102] Voir l'article de Morin (H.), « Bilan 2007 contrasté pour la sûreté nucléaire en France », *Le Monde*, 10 avril 2008.

douleur et d'angoisse auront pour ultime conséquence, grâce à l'effort de tous, une sécurité et une qualité accrues[103] ».

Moins d'un an après la présentation de la feuille de route, la ministre Roselyne Bachelot peut finalement se déplacer à Épinal afin de communiquer sur des accidents qui ont servi de « leçons », sans risque d'être contredite par les victimes de surdoses à qui elle s'adresse en priorité puisqu'un certain nombre d'actions ont effectivement été menées.

> « ''Ce dont vous avez souffert ne doit plus se reproduire. Les leçons [...] ont été prises en compte'', a déclaré Roselyne Bachelot à une vingtaine de surirradiés, présents hier à sa visite de l'hôpital d'Épinal, dont le service de radiothérapie a rouvert en février. Les matériels des services de radiothérapie des 180 centres en France ont été ''vérifiés'' et ''reparamétrés'', selon la ministre. La durée de formation des radiophysiciens a été augmentée d'un an, passant de deux à trois ans, alors que leur nombre doit doubler d'ici à quatre ans, pour atteindre 600 spécialistes[104] ».

La résolution du problème des surdoses par la promotion de mesures techniques relatives à la sécurité et la qualité des soins ne résolvait pourtant en rien la situation objective des victimes et les problèmes rencontrés dans leur parcours de réparation. Ceci est révélateur du décalage entre la résolution politique d'un accident sanitaire et sa résolution individuelle, renvoyée à la responsabilité des acteurs assurantiels voire judiciaires.

[103] Intervention de Michel Bolla aux rencontres « nucléaire et santé » de janvier 2008 (Neuilly). Voir Bolla (M.), « La culture de radioprotection en radiothérapie. Enseignement des incidents et accidents », communication citée.
[104] AFP, « Hôpital d'Épinal : Bachelot révèle le chiffre de 5 500 irradiés », *Libération*, 22 avril 2008.

Conclusion du chapitre 3

La multiplication des affaires sanitaires à partir des années 1990 et les premières mises en accusation judiciaire de responsables politiques n'ont pas occasionné de quelconque retrait de l'État en matière de gestion des risques affectant la santé des populations. Au contraire, s'agissant du dossier des surirradiations, après avoir acquis la position de propriétaires de la définition du problème posé par ces dernières en réagissant rapidement et en mettant en scène un processus d'enquêtes transparent, le personnel politique s'efforce d'être à l'instigation des solutions à lui apporter.

Loin d'être une période de « conjoncture fluide[105] » où tout peut être remis en cause, les situations d'alerte sanitaire, lorsqu'elles sont prises en charge par les pouvoirs publics, tendent ainsi au contraire à être marquées par la stabilité et la conservation des rôles sociaux de chacun des protagonistes. Dans le dossier des surdoses, le personnel politique peut compter sur l'avantage stratégique que lui procure sa position de propriétaire du problème.

Elle lui permet dans un premier temps, par l'organisation d'une routine institutionnelle post-accidentelle (réunions, entretiens avec différents acteurs du secteur d'activité concerné) et le confinement du discours sur les solutions qui en résulte, de maintenir le statu quo sur le diagnostic de la situation. Ce discours est caractérisé par une attribution des causes de l'accident à des problèmes d'ordre interne à la radiothérapie. Dans un second temps, la position de propriétaire du problème permet au personnel politique de faire jouer un pouvoir d'indécision qui facilite l'enrôlement des professionnels des traitements par rayons dans la résolution du problème des surdoses. Leur participation aboutit à des « solutions » qui se rapportent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, confinant ainsi définitivement le problème des surirradiations dans le monde médical et rendant impossible sa transformation en crise. La promotion de telles mesures techniques ne dépolitise néanmoins nullement le dossier des surirradiations hospitalières. Cette technicisation de la réponse publique aux surirradiations sert effectivement de légitimation politique pour des ministres nouvellement nommés et confrontés, soit au temps court de l'action politique, soit à la survenue d'accidents de surirradiations similaires qui pourraient faire peser une menace sur la poursuite de leur mandat. Si bien que techniciser un dossier sanitaire, c'est surtout le rendre a-politique (c'est-à-dire exclure toute possibilité de transformation en crise sanitaire et politique).

* * * *

[105] Dobry (M.), *Sociologie des crises politiques*, p. 125.

Conclusion de la première partie

Dans les administrations de santé, le ministère de tutelle et ses sous-directions, les précédents scandales sanitaires incitent à considérer la survenue d'accidents médicaux au sein d'un hôpital comme un signal d'alerte qui nécessite une prise en charge immédiate. Les cas de contamination de transfusés au début des années 1990 (soit le scandale du sang contaminé) et les morts liés à l'épisode de canicule de 2003 en particulier, font office de précédents négatifs et ont sensibilisé aux risques politiques auxquels exposent les dossiers sanitaires. Ayant abouti à des procès de responsables politiques de premier plan (des ministres, des secrétaires d'État) ou à l'interruption de carrière de ministres, ces précédents sont à l'origine d'anticipations fortes des personnels politiques exerçant dans le domaine de la santé. C'est ainsi que, en possession de l'information selon laquelle des patients ont été surirradiés à la suite du traitement de leurs cancers par rayons dans un hôpital vosgien, une direction d'ARH, une sous-direction du ministère de la Santé (la DHOS) et le cabinet du ministre de la Santé se mobilisent. Anticipant le devenir de cette alerte à partir des précédentes crises sanitaires, les personnels de ces institutions se lancent immédiatement dans un travail de recoupement d'informations et d'investigations. L'expérience acquise par certains de ces personnels à l'occasion des crises sanitaires passées sert à décrypter les enjeux de la situation : ceux-ci sont essentiellement politiques et consistent à empêcher que ces surirradiations ne se transforment en crise sanitaire et politique.

Communiquer publiquement sur les accidents devient dès lors primordial pour le ministère de la Santé. Il s'agit de définir la situation de telle sorte qu'elle demeure confinée au milieu médical, dans une affaire strictement technique. À l'inverse des précédentes crises sanitaires et en particulier des épisodes du sang contaminé ou de l'amiante, les médias, pris dans ce cadrage politique initial du problème des surirradiations, n'ont pas cherché à le changer. L'impossibilité d'avoir accès au terrain avant les autorités dans le cas des surdoses d'Épinal a d'emblée créé un phénomène d'alignement journalistique précoce sur la définition institutionnelle du problème des surirradiations, que la révélation de cas similaires dans un hôpital toulousain par un confrère d'un quotidien de la presse populaire (*Le Parisien*) n'est pas parvenue à défaire. L'actualité régulière sur ce dossier, essentiellement liée aux « coups » joués par le personnel politique (publicisation des résultats d'enquêtes hospitalières, groupe de travail sur la sécurisation de la radiothérapie), a ainsi pour effet de rendre apolitique le dossier des surdoses hospitalières, c'est-à-dire d'évacuer toute possibilité de mise en cause de la

responsabilité politique dans les accidents. Aux yeux des journalistes, ce dossier sanitaire est avant tout un dossier judiciaire.

Accédant aisément aux médias en comparaison d'autres personnes affectées par un problème de santé, les surirradiés et leurs familles, d'abord individuellement puis collectivement, prennent conscience d'une situation d'injustice liée à leur traitement et se réalisent victimes de surirradiations. Il reste à savoir si cette réalisation en victimes est seulement le produit de la médiatisation des cas de surdoses (et par conséquent de l'activité politique initiale qui a rendu possible cette médiatisation). La partie suivante est précisément consacrée à l'émergence de revendications de type victimaire chez les surirradiés et à leur expression sous la forme de mobilisations collective.

DEUXIÈME PARTIE

Se réaliser victime d'accident médical

Deux approches caractérisent les études sociologiques consacrées aux « victimes ». La première consiste à aborder cet objet comme irréductible à d'autres, nécessitant une grille d'analyse particulière en raison de la « mémoire douloureuse » qui marquerait les victimes. Qu'elle soit envisagée comme le produit d'une situation d'injustice objective faite de « violence, [de] préjudice (en particulier illégal), [d'] injustice[1] », ou bien comme la conséquence d'un « régime de véridiction » lié au vécu d'une « expérience qui suscite la sympathie et appelle une indemnisation[2] », la condition de victime est ainsi abordée d'abord comme une condition de souffrance. Et c'est en tant que telle qu'elle mérite d'être examinée. La seconde approche traite les victimes sous l'angle de « la sociologie des mouvements sociaux[3] » ou de « l'action collective[4] ». Optant pour une « banalisation de l'objet[5] », posant « une égalité de traitement entre des associations dites ''de victimes'' et des mobilisations connexes ou concurrentes[6] », les études rassemblées sous cette approche ont pour point commun de focaliser l'attention sur les déterminants du passage à l'action collective de groupes d'individus touchés par une expérience dramatique (accident, maladie etc.).

Le cas des surirradiés hospitaliers d'Épinal et de Toulouse se prête particulièrement à la dernière perspective analytique, qui s'efforce de restituer comment des personnes deviennent victimes et se mobilisent pour le faire reconnaître. En effet, ces patients n'ont pas été à l'origine de la découverte et de la mise en évidence de leurs problèmes de santé. Leurs mobilisations interviennent avec retard par rapport à d'autres cas étudiés en sociologie des problèmes de santé publique ou de santé environnementale. Elles prennent leur essor après la prise en charge politique des accidents et leur médiatisation. Si tel est le cas, c'est aussi que ces accidentés sont victimes d'un environnement hospitalier censé les soigner. Les problèmes de santé qui les touchent n'auraient par conséquent jamais dû se produire. Pourquoi des patients soignés pour des cancers et affectés par des souffrances s'orienteraient effectivement plus volontiers vers la

[1] Bogalska-Martin (E.), dir., *Victimes du présent, victimes du passé. Vers la sociologie des victimes*, Paris, L'Harmattan, 2004, p. 11.
[2] Fassin (D.), Rechtman (R.), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, *op. cit.*, p. 16.
[3] Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*.
[4] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée.
[5] Lefranc (S.), Mathieu (L.), « De si probables mobilisations de victimes », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 13.
[6] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 51.

protestation (*voice*[7]) dès la découverte de leurs accidents, et non vers la loyauté – *loyalty* – envers le corps médical ou l'accablement et l'abandon de toute perspective revendicative – *exit* ? Pourquoi protesteraient-ils contre le personnel soignant garant d'un traitement qui constitue objectivement le seul espoir de survie face au cancer ?

L'exemple des surirradiés est par conséquent un cas particulier qui permet d'examiner sous un angle nouveau la manière dont des individus deviennent victimes et se mobilisent pour le faire reconnaître. Les travaux de sciences sociales qui insistent sur la difficulté à se reconnaître victime sont aujourd'hui nombreux et contredisent les constats les plus alarmistes sur l'existence d'un temps ou d'une société de victimes, concurrentes entre elles et portées à la surenchère victimaire[8]. La particularité de l'objet d'étude des surirradiés permet cependant d'aller au-delà de la seule objection de la complexité de la transformation d'individus en victimes. Les associations de victimes de surirradiations se sont en effet créées après la publicisation des accidents et, pourtant, le travail de mise en valeur des causes d'un état de santé dégradé habituellement mené par des malades pour rendre publics leurs problèmes a été mené. Ces mobilisations d'accidentés médicaux surviennent en fait après d'autres mobilisations de victimes de problèmes sanitaires, qui créent des précédents pour certains acteurs et, au premier chef, des avocats. L'enquête met ainsi en évidence que ces derniers acteurs, en présence d'accidents sanitaires, se mobilisent désormais rapidement et orientent leurs activités et leurs conseils en fonction de ces précédentes affaires. Face à des accidentés médicaux rétifs à se considérer victimes et des institutions hospitalières qui se protègent, les professionnels du droit s'efforcent de plus en plus de créer des associations et de faciliter ainsi un enrôlement dans l'action collective victimaire. La création d'un tel collectif, en permettant de mettre en exergue les causes des problèmes de santé de ses membres, rend finalement visible une cause politique propice à la délivrance du statut de victimes.

Aussi, notre enquête s'inscrit dans le sillage des travaux de Yannick Barthe[9] qui invitent à considérer le devenir victimaire d'individus sous l'angle *d'un travail de réalisation*. Se réaliser victime, c'est à la fois prendre connaissance d'un lien de causalité entre son état et un environnement ou une activité, puis le faire advenir et reconnaître, en menant un travail sur les

[7] Pour reprendre le triptyque Hirschmanien. Voir Hirschman (A.), *Exit, voice, loyalty. Défection et prise de parole*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2011 [1970].
[8] Sur ces constats, voir respectivement Eliacheff (C.), Soulez-Larivière (D.), *Le temps des victimes*, Paris, Albin Michel, 2007. Erner (G.), *La société des victimes*, Paris, La Découverte, 2006. Chaumont (J.-M.), *La concurrence des victimes*, Paris, La Découverte, 2010 [2002].
[9] Voir en premier lieu Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité. Voir également Akrich (M.), Barthe (Y.), Rémy (C.), dir., *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes, op. cit.*

causes[10] qui fonde une cause politique commune. En cela, notre thèse se distingue des travaux existants sur les victimes d'accident médical qui se sont centrés, soit sur les modes d'entrée de collectifs de victimes dans la seule action judiciaire[11], soit sur les plaintes de patients déjà formalisées et adressées à un dispositif de règlement amiable[12]. Dans les deux cas, les auteurs adoptent pour point de départ la tentative de réparation des individus face à un accident médical, et non leur réalisation en victimes en tant que telle. Les trois chapitres qui organisent cette deuxième partie sont rédigés dans une optique de sociologie des mobilisations collectives et du droit, précisément pour restituer l'ampleur du travail nécessaire à des patients surirradiés en milieu hospitalier pour se réaliser victimes.

Le quatrième chapitre de la thèse traite ainsi du moment où ces patients ont réexaminé leurs thérapies (et, pour nombre d'entre eux, leurs symptômes) à l'aune des révélations publiques portant sur des cas de surirradiations dans les hôpitaux dans lesquels ils avaient été soignés. Cette orientation de la focale de l'analyse sur cette période cruciale permet de mieux saisir comment un sentiment d'injustice naît parmi certains surirradiés et leurs familles au moment où sont révélés publiquement les cas de surdoses. Le cinquième chapitre s'intéresse à l'orientation des patients vers le droit – via les contacts établis avec un avocat – après la connaissance de leur état d'accidenté. Quels en sont ses déterminants ? Nous montrerons ensuite qu'avoir recours au droit dans ce cas de figure, c'est – de manière contre-intuitive – créer un collectif et mener un travail sur les causes de son état d'accidenté. Cette propriété du terrain d'enquête conduit à se demander pour quelle raison et comment une cause de victimes en vient, après avoir obtenu satisfaction sur le terrain indemnitaire, à investir l'action judiciaire. Le sixième chapitre est précisément consacré au déplacement de la cause des surirradiés de la première arène de confrontation à la seconde. Ce déplacement donne l'occasion de mettre en évidence ce que le recours au droit pénal fait aux victimes et à leurs causes.

[10] Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité.

[11] En l'espèce, il est possible de mentionner le cas déjà évoqué de l'administration d'un agent pathogène à des enfants souffrant de troubles de la croissance dans les années 1980 et qui a donné lieu à l'affaire de l'hormone de croissance. Dodier (N.), Barbot (J.), « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », *in* Périlleux (T.), Cultiaux (J.), *Destins politiques de la souffrance*, *op. cit.*

[12] Barbot (J.), Winance (M.), Parizot (I.), « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale », *Sciences sociales et santé*, 33 (2), 2015, p. 76-115.

CHAPITRE 4.

De la confiance en la médecine à l'intérêt pour le droit



M^e Welzer devant des patients surirradiés à l'hôpital d'Épinal.

[Source : capture d'écran du JT du 17 octobre 2007, « 19/20 », France 3 Lorraine*].*

Une particularité majeure du cas des surirradiations hospitalières est la création très tardive de collectifs de victimes mobilisées pour obtenir le statut correspondant à leur état. L'association de victimes des surirradiations de l'hôpital d'Épinal se crée par exemple huit mois après la révélation par le personnel politique et les médias de l'existence de premiers accidents de surirradiations au sein du service de radiothérapie. À Toulouse, il a fallu attendre un article dans la presse pour que certains patients commencent à se mobiliser collectivement.

Certes, les travaux réalisés en sociologie du droit sur l'émergence des litiges ont souligné le caractère pour le moins progressif du processus qui conduit un individu à prendre connaissance du caractère offensant d'une situation, puis à solliciter la réparation du préjudice subi. William Felstiner, Richard Abel et Austin Sarat[1] ont en effet montré que l'émergence d'un litige passait par la connaissance du dommage associé à une expérience. Les trois auteurs insistent ainsi sur la « première transformation » qui intervient avant l'émergence effective d'une cause et qui consiste à « se dire à soi-même qu'une expérience particulière a constitué une offense[2] ». Une dynamique protestataire s'initie ainsi souvent dans un sentiment d'injustice lié à cette offense (*naming*). Cette dynamique se poursuit ensuite si le ou les personnes s'estimant offensées pointent la responsabilité d'un ou plusieurs individus (*blaming*) et cherchent à obtenir réparation d'un préjudice formalisé (*claming*).

De même, la sociologie de l'action collective et des mouvements sociaux a mis en évidence que les causes collectives naissent souvent avec l'appui d'acteurs externes[3] et reposent sur l'adoption d'un répertoire d'actions qui permet de structurer la mobilisation et de la faire durer[4]. Certains travaux de sociologie des mobilisations de victimes ont mis en évidence de façon similaire la forte dépendance de ce type de mobilisations à l'égard d'acteurs dotés des ressources nécessaires à la mise en valeur d'un préjudice et des moyens d'obtenir sa réparation (professionnels du droit, scientifiques, militants). En particulier – et en réaction plus ou moins

[1] Felstiner (W. L.), Abel (R. L.), Sarat (A.), « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », art. cité.
[2] *Ibid.*, p. 42.
[3] Nous faisons référence aux travaux relatifs à la « mobilisation des ressources » qui postulent que des individus peuvent être amenés à se mobiliser collectivement grâce aux ressources d'alliés, sympathisants de la cause. Pour une entrée en matière, voir par exemple le chapitre consacré à cette théorie dans Neveu (E), *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, 2015 [1996], p. 48 et suivantes. Voir également Mathieu (L.), *Comment lutter ? Sociologie et mouvements sociaux*, Paris, Textuel, 2004, p. 89. Voir aussi Fillieule (O.), « Émergence et développement des mobilisations », *in* Cohen (A.), Lacroix (B.), Riutort (P.), dir., *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 514-528.
[4] L'historien américain Charles Tilly a montré comment la dimension collective d'une mobilisation dépendait de l'adoption ou non par les individus mobilisés d'un répertoire d'actions. Voir Tilly (C.), *La France conteste de 1600 à nos jours*, *op. cit.*

prononcée à d'autres travaux en ce domaine[5] – des enquêtes ont exploré et mis en relief l'ancrage des mobilisations de victimes dans des interventions d'acteurs extérieurs aux groupes de victimes. Cette perspective est au cœur d'enquêtes relatives aux victimes d'accident industriel[6], de violence politique[7], de substances toxiques[8].

Mais elle l'est d'une façon beaucoup plus marginale dans les travaux consacrés aux victimes d'accidents médicaux. En effet, dans ce dernier domaine d'étude, la thématique de la plainte du patient a longtemps été analysée, soulignent Janine Barbot et Isabelle Cailbault[9], dans le cadre de la relation thérapeutique médecin-patient[10]. Depuis quelques années, la focale par laquelle cette plainte du patient est étudiée s'est cependant élargie. Cette dernière est envisagée comme le révélateur, soit de transformations du système de santé[11], soit d'une modification des modalités par lesquelles des patients et leurs proches cherchent à faire réparer une souffrance[12], avec un recours de plus en plus fréquent aux professionnels du droit[13] et la médiation de tiers

[5] Sur les divergences d'analyse entre les travaux relatifs aux mobilisations de victimes du point de vue de la restitution de leur genèse, voir Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 45.

[6] *Ibid.* En s'intéressant au cas de l'explosion d'une usine chimique à Toulouse au début des années 2000, l'auteur a mis en évidence de quelle manière certaines mobilisations de victimes s'inscrivent dans des réseaux militants déjà là.

[7] L'ouvrage dirigé par Sandrine Lefranc et Lilian Mathieu sur les mobilisations de victimes comporte, dans sa première partie, de nombreux exemples dans lesquels des acteurs extérieurs interviennent aux côtés de personnes se revendiquant victimes de telles violences. Par exemple Cuadros Garland (D.), « Engagement et expertise des droits de l'homme. Trente ans de mobilisations au nom des victimes de la dictature chilienne », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit.*, 2009, p. 37-52. Ou Mouralis (G.), « Des victimes effacées. Le cas des procès d'épuration dans l'Allemagne post-communiste », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 53-68. Ou encore Valluy (J.), « Les mobilisations de défense des exilés affaiblies par les politiques d'accueil de demandeurs d'asile », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 83-98.

[8] Akrich (M.), Barthe (Y.), Rémy (C.), dir., *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes, op. cit.* Voir aussi Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides. Émergence et évolution d'une coalition improbable », *Politix*, 3 (111), 2015, p. 175-196. Et Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « De l'intoxication à l'indignation », *Terrains & travaux*, 1 (22), 2013, p. 59-76.

[9] Barbot (J.), Cailbault (I.), « ''Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps''. Quand la chirurgie esthétique se donne à voir », *Politix*, 2 (90), 2010, p. 91-113.

[10] Pour un aperçu, voir Barbot (J.), « How to Build an ''Active'' Patient ? », *Social Science and Medicine*, 62 (3), 2006.

[11] Les mobilisations des malades du sida ont en particulier donné lieu à des analyses de ce type. Par exemple, Dodier (N.), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003. Ou encore Pinell (P.), Broqua (C.), de Busscher (P.-O.), Jauffret (M.), Thiaudière (C.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, Presses universitaires de France, 2002.

[12] Barbot (J.), Fillion (E.), « La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion) », art. cité.

[13] Voir par exemple Cantelli (F.), « How to Analyse the ''Citizen Turn'' in Public Policy ? Patient's Voices Between Criticisms and Empowerment », communication au *American Political Science Association Meeting (APSA)*, 104th Annual Meeting, Boston University, 28-31 août 2008. Ou Dodier (N.), Barbot (J.), « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », *in* Périlleux (T.), Cultiaux (J.), *Destins politiques de la souffrance*, *op. cit*. Dans ce dernier article, la figure de l'avocat est aux côtés des familles et des médecins, un acteur majeur du cheminement vers l'action pénale des familles d'enfants contaminés par la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

« experts[14] ». Si, dans ce dernier cas de figure, il a été souligné que la reconnaissance d'un individu en victime était tributaire d'une capacité à qualifier le traumatisme subi, ces travaux sur les victimes d'accidents médicaux ont globalement peu insisté sur les obstacles à la connaissance d'un état d'accidenté, partie intégrante de la réalisation de soi en victime.

Beaucoup de surirradiés ont souffert physiquement des surdoses de rayons dès leurs séances de traitements. Pourtant, ces patients ont mis du temps à prendre connaissance de leur état, à incriminer la radiothérapie comme responsable de leurs problèmes de santé. Et encore plus de temps pour se mobiliser collectivement en tant que victimes. Ce chapitre a, par conséquent, pour ambition d'examiner dans quelle mesure et sous quel angle la découverte du caractère défaillant d'un traitement thérapeutique est propice au ralliement à une revendication de type victimaire, qu'elle soit individuelle ou collective. Dans une première partie, l'enquête se concentre sur les obstacles durables qui ont entravé la possibilité, pour les patients soignés par rayons, de connaître leur état d'accidenté. La connaissance de cet état par l'intermédiaire des médias ou de l'hôpital atteint profondément le patient et la représentation de la relation de confiance qu'il pensait avoir nouée avec son médecin. L'entourage familial est alors primordial pour surmonter cette nouvelle. Ensemble, le patient et sa famille cheminent vers un sentiment d'injustice et commencent à s'identifier en victimes. Dans une seconde partie, il s'agit d'examiner l'émergence et la structuration de griefs proprement victimaires et de mettre en évidence comment cette émergence est dépendante de l'intervention d'associations nationales d'accidentés et des avocats. Ce sont de tels acteurs qui créent les victimes mobilisées collectivement.

[14] Voir Dodier (N.), « Experts et victimes face à face », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 29-36. Et Ponet (P.), « Devenir cause : les logiques pratiques de production du ‘‘nombre de’’. Le moment de l'expertise médicale des victimes de dommages corporels », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 69-82.

1. Traitement médical du cancer et obstacles à la protestation

Dans les médias, la création d'associations de victimes de surdoses au milieu de l'année 2007 est traitée comme la conséquence de patients qui veulent « s'unir pour savoir[15] » après « l'incident survenu au centre hospitalier »[16]. Les conditions de possibilité du « combat » que les surirradiés mènent pour obtenir un statut de victimes ne sont pas interrogées en tant que telles par les professionnels de l'information.

Pourtant, l'avènement de l'Association de victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal (AVSHE) n'est pas contemporain des premières révélations publiques des surirradiations à l'hôpital Jean-Monnet. Et l'assemblée constitutive de l'association SOS Irradiés 31 se déroule dans un cabinet d'avocats à Toulouse. L'émotion suscitée par la révélation des surirradiations n'apparaît pas si automatique et intense au point de susciter des collectifs mobilisés. Comprendre pourquoi les accidents de surirradiations n'ont pas donné immédiatement lieu à la création de tels collectifs nécessite de revenir sur la période qui précède la publicisation, c'est-à-dire celle des traitements. La relation entre un patient et son médecin est une relation de confiance, très individualisée et d'autant plus difficile à rompre que le patient est engagé dans un combat contre une maladie comme le cancer. Dans ces conditions, son ralliement à l'action de protestation est étroitement lié aux circonstances de la découverte de sa surirradiation et à la façon dont lui et ses proches accueillent la nouvelle de l'accident.

1.1. Une confiance forte et durable envers la médecine et ses représentants

La mobilisation de nombreux patients surirradiés des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse au sein d'associations de victimes n'est pas le résultat direct des révélations publiques relatives à leurs traitements défaillants. Sans rupture avec un milieu médical porteur d'un espoir de guérison, aucun ralliement à l'action ne se serait donné à voir. Or, les conditions propices à cette rupture ont longtemps fait défaut aux personnes pourtant objectivement surirradiées. Trois types d'explications peuvent être avancés. Le premier se rapporte à la nature de la maladie traitée (le cancer) et à la thérapie suivie, propices au renforcement des attentes familiales envers le corps médical. Le second type d'explication renvoie aux erreurs de diagnostic rendues

[15] Cortey (L.), « ''S'unir pour savoir'' », *L'Est Républicain*, 23 juin 2007.
[16] Voir par exemple Laparade (L.), « L'association ''SOS irradiés 31'' sera créée mercredi », *La Dépêche*, 7 juin 2007.

possibles à la fois par la façon dont l'irradiation par rayons affecte la santé des patients et – en particulier dans le cas spinalien – par leur non-suivi systématique. Le troisième type d'explication s'origine dans une relation médicale structurée dès le départ par une distance sociale forte entre les médecins et les patients (en particulier pour les patients vosgiens), non propice aux partages d'informations et aux échanges entre les deux parties.

a) Le cancer : une maladie qui renforce les attentes envers les médecins

Le dépistage du cancer chez un individu représente un choc bien décrit dans la littérature. « L'entrée dans la maladie cancéreuse se fait par le diagnostic qui prend ici une teneur spécifique […] dans le sens où l'annonce survient assez fréquemment dans un contexte où la personne ne se sent pas malade, du fait d'une pathologie d'abord asymptomatique, c'est-à-dire uniquement visible dans les résultats d'examens médicaux, sans être accompagnés d'un retentissement dans l'expérience du sujet[17] ». Beaucoup de surirradiés interviewés évoquent dans le détail la façon dont ils ont découvert leur tumeur, ou ses premiers signes avant-coureurs.

> Florian Pedrot : « Et alors, vous souffriez de quoi ?
> William S. : Un schwannome [près de l'oreille]. Ce sont les cellules qui forment la gaine nerveuse. […]. Et un schwannome, c'est quand ces cellules deviennent mutantes et font des grosseurs. […]. On s'en est aperçu de façon tout à fait fortuite. […]. J'ai attrapé une paralysie faciale au côté droit. Bon, j'étais motard. Et donc je ne sais pas, un coup d'air, un virus qui traînait… J'ai été voir mon généraliste qui m'a dit : ''Oui, il y en a pas mal en ce moment. Il faut attendre''. Il m'a donné un petit traitement. Et comme j'avais un ami qui est radiologue, je l'ai appelé. Je lui ai dit : ''J'ai ça mais je ne voudrais pas qu'il y ait autre chose, tu peux me regarder ça ?''. Donc il m'a passé sous le scan. Il m'a dit : ''Il n'y a rien, t'inquiète pas. Par contre, côté gauche, je vois quelque chose qui me gêne, donc je te fais passer un IRM''. Et c'est là qu'il s'est aperçu qu'il y avait un schwannome ».
> [Entretien. William S., 46 ans, surirradié à l'hôpital de Toulouse, ex-adhérent de SOS Irradié 31. 18 novembre 2012].

> « Moi, quand j'ai eu mon cancer de la prostate à 52 ans, je vous garantis, avec ma femme et mes enfants on en a pris plein la figure. Il n'y a pas d'autres mots, il ne faut pas tourner autour du pot hein, plein la figure. Et même si vous vous révoltez… ».
> [Entretien. Philippe S., 59 ans, surirradié à l'hôpital d'Épinal, président de l'Association des victimes de surirradiations de l'Hôpital d'Épinal (AVSHE). 23 septembre 2011].

[17] Derbez (B.), Rollin (Z.), *Sociologie du cancer,* Paris, La Découverte, 2016, p. 76-77.

Encadré 13. Évolution des représentations médicales et sociales associées au cancer

Dans ses travaux sur le cancer, Patrice Pinell[18] précise que contrairement à une idée reçue, cette maladie n'est pas apparue avec la civilisation moderne. Comme catégorie de savoir médical, son histoire débute dans la Grèce antique. La définition du cancer est évolutive et liée aux cadres théoriques à partir desquels les médecins envisagent son étiologie. La maladie a ainsi longtemps été rattachée à la mélancolie parce que provoquée par un excès de « bile noire ». À la fin du XIII^{e} siècle, le cancer est pris dans un nouveau registre d'interprétation et devient une pathologie dont le point de départ est local puis, au XIX^{e} siècle, cellulaire, dans le sens où le dérèglement à l'origine du cancer est identifié dans la cellule. C'est encore sur cette base que se pense aujourd'hui cette maladie.
La représentation sociale du cancer sur le long terme est restée quant à elle longtemps la même. Le mal est terrifiant parce qu'il est incurable. Durant de longues années, une unique solution était apportée aux malades cancéreux : leur regroupement au sein d'asiles « pour incurables », créés dès le XVII^{e} siècle. Le premier « hôpital pour cancéreux » est créé « dans le courant de l'année 1742[19] », à Reims. Au début du XX^{e} siècle, la représentation de la maladie évolue. Elle revêt la dimension d'un « fléau social » avec l'avènement des premières enquêtes médicales sur le cancer. Celles-ci mettent en évidence une maladie qui atteint l'ensemble des classes sociales. Aussi, une Ligue contre le cancer naît en 1918 sous le patronage de notables et scientifiques. Les progrès liés à l'utilisation des rayons X favorisent la création des premiers services spécifiquement dédiés aux traitements des cancers au sein des hôpitaux dans les années 1920. Les Centres de lutte contre le cancer, établissements de santé privés à but non lucratif et de caractère hospitalo-universitaire naissent en 1945 et participent, aux côtés des services des hôpitaux publics, à la cure de cette maladie.
Dans les années 1980, la maladie est toujours considérée comme un fléau comme l'a montré Maria Pourchet à partir d'une étude sur le traitement médiatique de la maladie[20]. La mise en avant de thérapies innovantes, porteuses d'espoir, est caractéristique des années 1990 et s'intensifie dans les années 2000, à côté d'un discours centré sur l'expérience individuelle et familiale de la maladie. Malgré cette amélioration de la prise en charge médicale des cancers, le rapport récent de l'Institut national du cancer (INCa, 2014) met en évidence un nombre de décès par cancers estimé à 148 000 en 2012, année de l'enquête[21]. Sur ce nombre total de décès, le cancer de la prostate chez l'homme, dont beaucoup de patients surirradiés d'Épinal souffraient, représente 8 876 décès en 2012. S'agissant du cancer du sein chez la femme, dont des patientes d'Épinal étaient atteintes, il est à l'origine de 11 886 décès. Aussi peut-on conclure avec Benjamin Derbez et Zoé Rollin qu'actuellement, « malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation qui ont cherché à banaliser la maladie et à en montrer le caractère curable, cette dernière est toujours profondément crainte et redoutée[22] ».

Le cancer touche chaque année 355 000 personnes en France métropolitaine dont 200 000 hommes et 155 000 femmes selon le septième rapport « Les cancers en France. Édition

[18] Pinell (P.), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940, op. cit.*
[19] *Ibid.*, p. 21.
[20] Pouchet (M.), *Le cancer dans les médias. 1980-2007*, Boulogne-Billancourt, INCa, 2007.
[21] « Les cancers en France. Les données, INCa, janvier 2014 ». Disponible sur le site Internet des centres de luttes contre le cancer. www.unicancer.fr.
[22] Derbez (B.), Rollin (Z.), *Sociologie du cancer, op. cit.*, p. 74.

2014[23] » de l'INCa. L'annonce de la maladie est rapidement suivie de la mise en œuvre du traitement, parfois réajusté en fonction des résultats par le médecin, en accord avec le patient. Philippe S. raconte par exemple comment, après une première opération en 2004, il accepte de s'orienter vers un traitement par rayons.

> « J'ai été opéré de la prostate, d'une prostatectomie totale en 2004, j'avais 52 ans. Et puis après bon, les morceaux de cancer, ‘‘le crabe’’ comme je dis, s'est réveillé. Le taux de PSA [des marqueurs biologiques] avait augmenté. Donc mon urologue m'a dit : ‘‘Monsieur S. : il faut faire des rayons’’. Je lui ai dit : ‘‘On y va’’. Moi, attendez, ce que je veux, c'est vivre. On fait confiance. […] Et donc je suis parti pour trente-cinq séances de rayons, de janvier à mars 2006 ».
> [Entretien. 23 septembre 2011].

L'engagement dans les thérapeutiques relatives aux cancers relève d'un « ordre négocié[24] » entre le malade et le médecin. Même avec une maladie comme le cancer, le malade a son mot à dire sur le traitement. « Malgré les difficultés qui l'attendent, le patient s'engage quasiment toujours. […] Le malade est ‘‘pris’’ dans l'action, et celle-ci constitue un soulagement[25] ». La relation médicale entre un médecin et un patient, qui est avant tout affaire de confiance[26], s'en trouve renforcée. Ainsi, lorsqu'à l'occasion de leur traitement (ou, selon les patients, quelque temps après celui-ci) des douleurs ou des manifestations étranges se produisent (paralysie pour certains patients toulousains, perte de sang par l'anus pour des patients spinaliens), les cadres interprétatifs utilisés par les personnes soignées pour comprendre ces symptômes n'étaient pas en premier lieu vindicatifs mais interrogatifs.

> - André F. : « Après avoir été opéré de la prostate une première fois, j'ai fait des rayons. Le chirurgien m'avait dit : ‘‘Ça s'est bien passé votre opération, mais vous savez, quand on opère, on n'enlève pas tout’’.
> Et donc il m'a préconisé des séances de rayons. […]. J'ai fait trente-cinq séances, mais au bout de la quatrième séance, je me sentais très, très mal. Alors je voulais voir le médecin qui me traitait. C'était impossible de l'avoir. Je demandais juste un rendez-vous pour qu'il m'explique pourquoi je souffrais. J'avais des souffrances dans l'abdomen.
> - Florian Pedrot : Et est-ce que vous avez réussi à le voir ?

[23] « Les cancers en France. Les données, INCa, janvier 2014 », *op. cit.*
[24] Voir Strauss (A., L.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.
[25] Ménoret (M.), *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Éditions, 1999, p. 150.
[26] Pour une analyse en ce sens, voir Jaunait (A.), « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. », *Raisons politiques*, 3 (11), 2003, p. 59-79. L'auteur y examine ce que la confiance dans la relation médicale veut dire alors même que la tradition paternaliste de la médecine a été profondément remise en cause par l'avènement de la notion de consentement du patient dans le code de déontologie médicale en 1995.

- J’ai vu des remplaçants qui me disaient : ‘‘Mais ça va bien, vous avez bonne mine’’ ». [Entretien. André F., 75 ans, surirradié à l’hôpital d’Épinal, adhérent de l’AVSHE. 30 novembre 2011].

Les patients confrontés à des symptômes essayaient de se renseigner auprès du corps médical responsable du traitement. Loin de les détacher des professionnels du soin, ces symptômes alimentaient plutôt leurs attentes envers eux. Ils considéraient les médecins comme des alliés pour obtenir la guérison et demandaient des rendez-vous pour évoquer leur traitement. Certains patients d’Épinal en obtiendront ou bénéficieront d’entrevues avec leurs médecins radiothérapeutes. Mais lors de ces entrevues, ces médecins spécialistes des rayons se montrent rassurants sur les problèmes rencontrés. À Épinal notamment, les radiothérapeutes garantissaient qu’il s’agissait là d’effets secondaires normaux de la radiothérapie, qui allaient nécessairement s’estomper.

André F. : « Alors j’ai fini par voir le radiothérapeute à la fin du traitement. Et il m’a dit : ‘‘Oh, vous en avez encore pour un mois et demi de douleurs comme ça, mais ça va se terminer, c’est normal’’ ».
[Entretien. 30 novembre 2011].

À Toulouse, les interrogations de nombre de patients sur leurs problèmes pendant le traitement ne trouvaient pas non plus de réponses auprès des professionnels du soin. C’est le cas pour William S.

- William S. : « Je suis resté 20 minutes [en traitement], après j’ai eu un mal de tête et ça ne m’a pas quitté.
- Florian Pedrot : Mais quand ça, tout de suite ?
- Oui, de suite, au début je pensais que c’était le casque, parce que le casque, il est vissé avec une clé et des écrous à pointes, il se pique dans l’os, pour tenir. On vous fait ça sous anesthésie, ce n’est pas très douloureux, on ne sent rien. Et on m’enlève le casque, et ça allait de pire en pire. Et il me dit [le chirurgien] : ‘‘Je t’ai compressé le crâne avec le casque, ceci cela’’. Et puis après, j’ai repris le boulot, mais avec des maux de tête de fou furieux. J’ai été le revoir un mois après, au mois d’avril, il m’a dit : ‘‘Mais je ne comprends pas, normalement il n’y a rien’’ ».
[Entretien. 18 novembre 2012].

b) Les complications non spécifiques de la radiothérapie

Lorsque, pour avoir des informations complémentaires à celles délivrées en petite quantité par leurs radiothérapeutes ou radiochirurgiens, ces patients s'adressaient à leurs médecins traitants, peu de précisions leur étaient apportées. Non spécialistes des traitements par rayons, ces généralistes étaient démunis devant les pathologies des patients. Ils avaient toutes les raisons de se fonder sur le diagnostic de leur collègue radiothérapeute ou radiochirurgien selon lequel ces pathologies étaient des effets secondaires normaux de la radiothérapie ou de la radiochirurgie et non des séquelles vouées à marquer durablement les patients. Les complications des radiothérapies n'ont effectivement pas de « spécificité » comme le précise l'IRSN sur son site Internet[27]. Aux yeux de non-spécialistes, de réelles séquelles peuvent donc tout à fait se confondre avec des effets secondaires provisoires.

Par exemple, une personne traitée par radiothérapie pour un cancer de la prostate et dont le traitement se passe « normalement » (c'est-à-dire sans accident de surirradiation ou de sous-irradiation) peut, après la trentaine de séances prescrites, être soumise à des effets secondaires. Compte tenu de la localisation de son cancer, la zone sur laquelle les rayons sont délivrés se situe sur le bas ventre. Les effets secondaires sont par conséquent des problèmes intestinaux (douleurs, diarrhées) ou des rectites (complications rectales). Ces complications ne surviennent pas systématiquement mais lorsqu'elles apparaissent, elles se soignent relativement bien. Cependant, un patient soigné également par radiothérapie pour un cancer de la prostate et qui aurait été surirradié peut développer de semblables pathologies : rectites radiques, douleurs abdominales, diarrhées. La différence réside dans le caractère potentiellement aigu et prolongé (voire définitif) des lésions induites. Il existe en effet des critères médicaux de gravité définis dans la littérature internationale pour le cas des lésions radiques post-radiothérapie, que le site Internet de l'IRSN reproduit.

[27] Voir la rubrique intitulée « les risques de la radiothérapie ». www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/applications-medicales/radiotherapie/radiotherapie-generalites/Pages/5-risques_associes_radiotherapie.aspx?dId=6e1fc731-1657-4d9e-9fc3-a8d32aa39624&dwId=8356b74d-e023-43be-846b-30ddde57ca7e#.V2BerTV83IU.

	Grade I	Grade II	Grade III	Grade IV
Ténesme	Occasionnelle	Intermittente	Persistante	Réfractaire
Fréquence des selles	2 à 4/jour	4 à 8/jour	>8/jour	Diarrhées non contrôlées
Douleur	Occasionnelle	Intermittente	Persistante	Réfractaire
Rectorragies	Occultés	Occasionnelles, >2/semaine	Persistantes, journalière	Hémorragie
Ulcération	Superficielle (<2 cm²)	Superficielle (>1 cm²)	Ulcère profond	Perforation, fistule
Nécrose	<1/3 du diamètre normal	1/3 à 2/3 du diamètre normal	>2/3 du diamètre normal	Obstruction complète

Critères de gravité des lésions radiques au niveau du système gastrointestinal (Coia et al., 1995).

[Source : capture d'écran du site Internet de l'IRSN[28]*]*

Les symptômes rencontrés par certains patients les plus gravement surirradiés à Épinal, c'est-à-dire ceux relevant de l'accident dit « Épinal 1 » (des hommes traités pour des cancers de la prostate, avec des taux de surdoses de l'ordre de 28 % et plus) relevaient de symptômes aigus. Ce sont ces symptômes qui ont alerté des gastro-entérologues de la région de l'existence d'un problème au sein du service de radiothérapie d'Épinal en 2005[29].

Les autres patients d'Épinal, souffrant de symptômes moindres, ont pour leur part été desservis par l'absence de « signature spécifique[30] » de l'irradiation sur le corps humain qui, associée à un suivi médical défaillant, ont tous deux durablement brouillé le lien de causalité que les patients et leurs médecins traitants auraient pu établir entre leurs problèmes de santé quotidiens et un surdosage de rayons. Comme le procès de certains cas de surdoses à Épinal l'a mis en évidence, le comportement des radiothérapeutes (qui n'ont pas organisé le suivi

[28] *Ibid.*
[29] Voir la partie 1 de la thèse.
[30] Pour reprendre l'expression de l'IRSN sur son site Internet. www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/applications-medicales/radiotherapie/radiotherapie-generalites/Pages/5-risques_associes_radiotherapie.aspx?dId=6e1fc731-1657-4d9e-9fc3-a8d32aa39624&dwId=8356b74d-e023-43be-846b-30ddde57ca7e#.V2ulWTV83IU.

systématique des patients au sein du service de l'hôpital vosgien), a en grande partie rendu possible de telles errances de diagnostic[31].

Encadré 14. Les surirradiations d'Épinal : des taux de surdoses élevés majoritairement chez des patients hommes

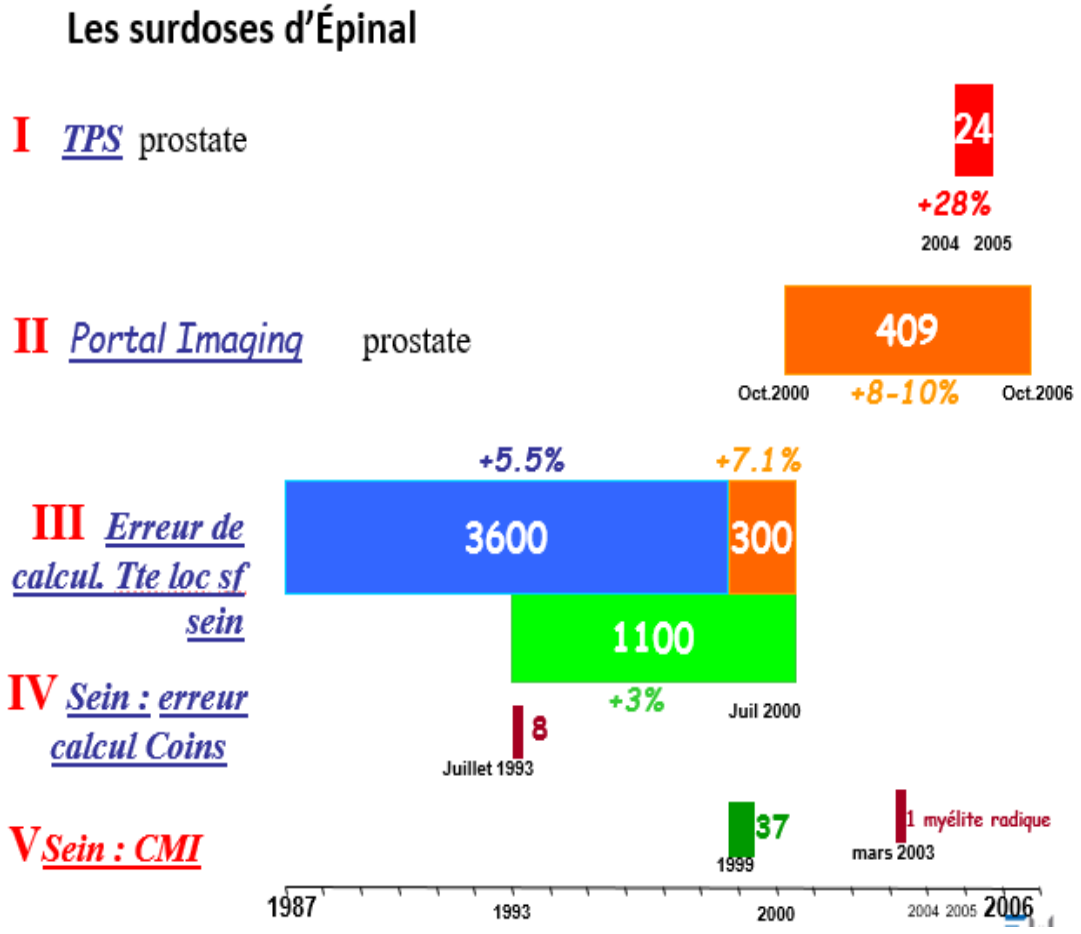


Schéma des cohortes d'accidentés à Épinal.

[Source : Document du radiothérapeute Jean-Marc Simon. Entretien, 20 février 2013[32]]

Pour rappel, cinq épisodes de surdoses ont eu lieu de la fin des années 1980 au milieu des années 2000 dans l'hôpital d'Épinal. Les patients surirradiés ont été classés par les sociétés savantes de radiothérapie et de radiophysique (SFRO, SFPM), les organismes de contrôle et de recherche sur l'utilisation des rayons (ASN, IRSN) en plusieurs cohortes.

[31] Les deux médecins radiothérapeutes du service ont en effet été condamnés au procès en appel en juillet 2015 à 18 mois de prison avec sursis, notamment pour homicides et blessures involontaires. Des « manquements coupables » dans le suivi des patients ont été relevés par la Cour.

[32] Complété avec Bourguignon (M.), « Radiothérapie. Les leçons à tirer de l'accident d'Épinal », communication au 7ème congrès de la Société française de radioprotection, Angers, 16 juin 2009. Diaporama de l'intervention disponible sur le site Internet de l'IRSN à l'adresse suivante : www.irsn.fr/FR/professionnels_sante/documentation/Documents/lecons_epinal.pdf.

Le médecin Jean-Marc Simon, radiothérapeute à la Pitié-Salpêtrière depuis 1992 et désigné en 2007 par la SFRO – elle-même sollicitée par le ministère de la Santé – pour assurer la continuité des soins après la suspension des deux radiothérapeutes du service d'Épinal, en mars 2007, insiste :

> « Entre 1987 et fin 2006, il y a eu seulement trois mois de traitement sans erreur, de juillet 2000 à octobre 2000. […] Ce qui est frappant, c'est qu'on a des accidents sériels qui se sont étalés sur vingt ans et dont je n'ai pas toutes les explications encore aujourd'hui. Sauf qu'il y a des choses qui se sont produites dans les années 1990, qui ont été manifestement corrigées mais qui se sont reproduites ensuite. Notamment pour l'accident numéro 1 qui a fait les plus graves victimes. […] Il y a des erreurs qui ont été faites et qui ont conduit à ''Épinal 1'', qui s'étaient déjà produites pour les séries précédentes. […] On a une équipe de professionnels confinée, et qui se mettent à dysfonctionner, avec un système d'acceptation de ce dysfonctionnement qui est trop facile. C'est-à-dire qu'il n'y a pas d'analyse critique de la situation[33] ».

La cohorte « Épinal 1 » rassemble vingt-quatre patients hommes surirradiés à 28 % et plus entre mai 2004 et août 2005 et atteints de cancers de la prostate. L'origine de l'accident est principalement attribuée à une erreur de paramétrage d'un logiciel de radiothérapie.
La cohorte « Épinal 2 » concerne des patients traités entre octobre 2000 et octobre 2006, surirradiés à 8 % et jusqu'à 10 % (409 patients hommes souffrant d'un cancer de la prostate). Ces surdoses relèvent d'une non-prise en compte des doses de rayons adressées au patient dans la phase dite de *matching* (doses délivrées en amont du traitement).
« Épinal 3 » désigne un ensemble de surdoses pour lesquelles n'existent que « des estimations » pour reprendre l'expression de Jean-Marc Simon en entretien. Il s'agit de personnes traitées pour des tumeurs « toute localisation », exceptées sur le sein. Cette précision permet d'émettre l'hypothèse selon laquelle il existe une surreprésentation de patients hommes parmi cette cohorte. 300 personnes ont ainsi été surirradiées à 7,1 % et plus en 2000 pour une erreur de calcul de doses. 3 600 personnes ont également été surirradiées à 5,5 % entre 1987 et 1999 et 1 100 personnes à 3 % et plus (entre 1993 et 2000).
Les cohortes de patients dites « Épinal 4 » et « Épinal 5 » relèvent pour leur majorité de taux de surdosage estimés par le radiothérapeute Jean-Marc Simon plus « importants » que ceux « d'Épinal 3 » et concernent respectivement 8 femmes traitées en 1994 pour des cancers du sein (pour lesquelles des « coins » destinés à filtrer les rayons n'ont pas été bien « calculés ») et 37 autres traitées en 1999 (plus une en 2003).
En définitive, cet ensemble de surirradiations concerne près de 5 500 personnes.

c) Une fidélité des patients par manque d'informations

La probabilité que des patients d'Épinal contestent le diagnostic selon lequel leurs souffrances n'étaient liées au fond qu'à de la malchance (une intolérance particulièrement prononcée aux rayons), avait d'autant moins de chance de se produire que, si l'on se réfère à la déclaration au *Monde* de l'avocat d'Épinal M[e] Welzer, « les gens ici ne sont pas vindicatifs, ont

[33] Entretien. 20 février 2013.

un respect de toute autorité, qu'elle soit médicale ou autre et font confiance[34] ». Cette ébauche du comportement des personnes surirradiées à l'hôpital d'Épinal réalisée par l'avocat en 2007 s'ancre dans une connaissance fine de sa clientèle constituée autour de ce dossier. Tout indique qu'après avoir reçu un certain nombre de surirradiés et obtenu leur engagement à ses côtés, cet avocat ait pris acte de leur origine populaire pour nombre d'entre eux. Cette déclaration est en adéquation avec les renseignements sociodémographiques disponibles sur la région d'Épinal.

Épinal dispose de deux établissements hospitaliers (une clinique privée et un hôpital public) mais seul ce dernier (le Centre hospitalier Jean-Monnet – désormais Émile-Durkheim) dispose d'un service de radiothérapie. Celui-ci a par conséquent une aire de recrutement localisée aux habitants de la ville et des communes situées dans sa proximité[35]. Or, selon une étude de l'Observatoire départemental des mutations socio-économiques des Vosges parue en 2012[36], la part des habitants de 60 ans et plus en 2009 dans le « Pays d'Épinal/cœur des Vosges » est de 23,4 %. Sur l'ensemble du département, la population âgée de 60 ans et plus en 2009 est de 24,9 %. Le document indique que « cette part est forte en comparaison avec la moyenne régionale (2,7 points de plus) et la moyenne nationale (2,3 points de plus)[37] ». Ces éléments, couplés à l'information selon laquelle la proportion de ménages dont la personne référente est retraitée dans le Pays d'Épinal/cœur des Vosges représente 35,8 %, façonnent l'image d'un territoire vieillissant. Par ailleurs, en 2009, toujours selon la même étude, le revenu net moyen annuel par foyer fiscal vosgien est de 19 938 euros. Il est même compris entre 18 575 et 20 052 euros dans le Pays d'Épinal/cœur des Vosges alors que le revenu net moyen annuel par foyer fiscal était de 23 180 euros en France à la même période. En outre, sur près de 218 046 foyers fiscaux dans le département, 105 680 ont été imposés en 2009 soit 48,5 %, proportion qui en France monte à 53,5 %.

Le dossier complet consacré par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSSE) à la seule commune d'Épinal[38], indique enfin la répartition de la population de 15 ans et plus habitant la commune, selon la catégorie sociale d'appartenance.

---

[34] Blanchard (S.), « Victimes des rayons », art. cité.

[35] Les patients désireux d'être hospitalisés en hôpital privé ont à disposition une clinique spécialisée dans les soins des cancers non à Épinal, préfecture du département des Vosges mais à Nancy, située à environ 80 kilomètres. Préfecture de Meurthe-et-Moselle, cette dernière comptait 107 334 habitants selon un recensement de 2012 (contre 32 387 habitants pour Épinal). Voir le site Internet de l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee) : www.insee.fr.

[36] « Atlas des mutations socio-économiques du département des Vosges 2012 ». Document disponible à l'adresse Internet suivante :
www.vosges.gouv.fr/content/download/2604/16194/file/ATLAS2012-mutationSocioEconomique88.pdf.

[37] *Ibid.*, p. 23.

[38] Dossier disponible sur le site Internet de l'INSEE à l'adresse suivante :
www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-88160.

Les ouvriers et les employés représentaient au moment des événements de surirradiations en 2008 30 % de la population et les retraités 26,2 %.

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2013	%	2008	%
Ensemble	**27 000**	**100,0**	**27 643**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	*13*	*0,0*	*22*	*0,1*
Artisans, commerçants, chefs entreprise	*730*	*2,7*	*643*	*2,3*
Cadres et professions intellectuelles supérieures	*2 061*	*7,6*	*1 940*	*7,0*
Professions intermédiaires	*3 361*	*12,4*	*3 510*	*12,7*
Employés	*4 845*	*17,9*	*4 921*	*17,8*
Ouvriers	*3 214*	*11,9*	*3 368*	*12,2*
Retraités	*7 264*	*26,9*	*7 251*	*26,2*
Autres personnes sans activité professionnelle	*5 512*	*20,4*	*5 988*	*21,7*

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations complémentaires.

Répartition de la population d'Épinal de 15 ans et plus selon la catégorie socio-professionnelle.

[Source : commune d'Épinal (88160) - Dossier complet. INSEE].

L'ensemble de ces informations dessine en creux le portrait type d'un patient potentiel du centre hospitalier vosgien : un homme relativement âgé, retraité, issu des catégories populaires[39] et qui réside dans une aire d'habitation plutôt rurale. Ces caractéristiques sociales n'expliquent pas en soi, pour reprendre le propos de l'avocat Gérard Welzer, que « les gens ici […] ont un respect de toute autorité, qu'elle soit médicale ou autre ». Si le rapport populaire au politique (pris comme pratique dont on fait l'expérience[40]) est certes, selon Pierre Bourdieu, un rapport de dépossession[41], cette dépossession n'est cependant en rien une unique confiscation. Elle est aussi indissociable d'un « ‘‘quant-à-soi’’ populaire fait de réalisme pratique, de

[39] Si l'on considère la catégorie d'ouvriers et d'employés ensemble. Voir Cartier (M.), Coutant (I.), Masclet (O.), Renahy (N.), Siblot (Y.), « De la sociologie de la classe ouvrière à la sociologie des classes populaires. Penser ensemble la condition des ouvriers et des employé-e-s », *Savoir/agir*, 34, 2015, p 55-61.
[40] Sur ce point, voir Collovald (A.), Sawicki (F.), « Le populaire et le politique. Quelques pistes de recherche en guise d'introduction », *Politix*, 4 (13), 1991, p. 7-20. Voir l'ensemble du numéro thématique.
[41] Voir Bourdieu (P.), « La délégation et le fétichisme politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52 (1), 1984, p. 49-55.

scepticisme et de défiance à l'égard de toute élite sociale[42] ». Cette ambivalence du rapport populaire au politique pousse davantage à la méfiance et à l'autonomie à l'égard des figures d'autorités plutôt qu'à la soumission.

Néanmoins, les caractéristiques sociales des habitants du territoire mettent en avant une probabilité plus forte que leur traitement, du point de vue de l'information délivrée au patient, bénéficie d'un encadrement spécifique de la part des professionnels de santé qui expliquerait la fidélité prolongée des patients à ces derniers, en dépit de symptômes manifestes. En effet, l'enquête de Sylvie Fainzang au sein d'un service de cancérologie[43] a montré que les médecins adoptent un comportement différent suivant le milieu social du patient. En particulier, « la tendance des médecins à informer préférentiellement les membres des classes sociales supérieures est manifeste[44] », surtout s'agissant de « l'information relative aux risques d'un traitement[45] ». La représentation parmi les personnels selon laquelle les membres des classes supérieures seraient plus aptes à endosser le coût psychologique lié au traitement et plus généralement à la maladie, explique ce différentiel. Et ce d'autant plus que, selon Luc Boltanski[46], ces patients issus des catégories sociales supérieures, notamment diplômées, sont mieux à même de décrire précisément leurs symptômes et de s'engager ainsi dans un « dialogue » avec le médecin. Ainsi, dans l'épisode des surirradiations, la confiance des patients envers le corps médical accordée *a priori* serait bien plus le produit d'un manque global d'informations que le fruit d'une propension sociale à la remise complète de soi à l'autorité médicale.

L'hypothèse apparaît crédible au regard des témoignages de nombreux patients surirradiés à l'hôpital d'Épinal, y compris ceux ayant subi les surdoses les plus importantes (28 % et plus). Jean-Robert V., 64 ans, coiffeur de profession, raconte par exemple comment, lorsque des symptômes apparaissent après le traitement, il est en contact avec son médecin-radiothérapeute, qui reconnaît simplement des « petits soucis » et lui prescrit un traitement à base de pommade, sans plus d'information.

> « Les séances de radiothérapie en soi ne se sont pas mal passées. J'allais travailler dans mon salon de coiffure à R. […]. Tu dois faire une radiothérapie, tu fais confiance. J'ai vu monsieur A. [le radiothérapeute] après le traitement. Alors il m'a dit : ''Vous aurez

[42] Collovald (A.), dir., *L'humanitaire ou le management des dévouements. Enquête sur un militantisme de « solidarité internationale » en faveur du Tiers-Monde*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, p. 185.
[43] Fainzang (S.), « La communication d'informations dans la relation médecins-malades », *Questions de communication*, 1 (15), 2009, p. 279-295.
[44] *Ibid.*, p. 286-287.
[45] *Ibid*., p. 286.
[46] Boltanski (L.), « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26 (1), 1971, p. 205-233.

> des petits soucis''. Donc on avait des diarrhées, fréquemment, et mal aux fesses. Il nous donnait de la pommade. […] Il y avait des saignements. En 2005 j'ai passé une coloscopie [un examen permettant de détecter le cancer du côlon]. Ça n'a rien donné. Et j'ai été averti par l'hôpital, par la direction, de ma surirradiation. [L'enquêté lit la lettre postale qu'on lui a adressée]. ''Le 16 octobre 2005, je soussigné, le directeur de l'hôpital, que monsieur Jean-Robert V. fait partie des patients surirradiés pour un cancer de la prostate […]''. Et puis après, il y eu le moment où on a vu ça dans la presse. Et l'hôpital m'avait dit que ça allait sortir dans la presse ».
> [Entretien. Jean-Robert V., 64 ans, surirradié de la cohorte « Épinal 1 », adhérent de l'AVSHE. 3 octobre 2014].

Le portrait social type des patients surirradiés de l'hôpital de Toulouse est plus difficile à dresser. Contrairement à l'hôpital d'Épinal, le CHU de Toulouse et en particulier son service de radiochirurgie disposaient en 2007, au moment des surdoses, d'une clientèle non pas seulement locale, ni même régionale, mais inter-régionale. En effet, l'offre de soin proposée par un établissement aussi important que le CHU de Toulouse (dont l'hôpital Rangueil est un élément) est susceptible de convenir au traitement de multiples pathologies. Ainsi, des patients de la région de Limoges par exemple (ville située à près de 300 kilomètres de Toulouse) et qui avaient eu un diagnostic de tumeurs cancéreuses au milieu des années 2000 ont été pris en charge dans cet hôpital. Aussi, postuler un semblable phénomène d'assujettissement des patients au corps médical par sous-information est plus difficile. Il est simplement possible de souligner que les patients toulousains, à l'instar des patients spinaliens, ne se sont pas opposés aux différents diagnostics émis à propos de leur état de santé. Quand ils souffraient de divers symptômes, ils n'ont pas émis spontanément l'hypothèse d'un lien de causalité entre ceux-ci et un traitement par rayons anormal. N'envisageant pas ce traitement comme défaillant structurellement, ils ne cherchent pas à attribuer d'éventuels problèmes de santé à des comportements fautifs du personnel soignant.

1.2. De l'injustice aux reproches

Les circonstances décrites ci-dessus expliquent que la connaissance d'un état d'accidenté par les patients corresponde au moment où les surdoses leur sont révélées, soit à l'occasion d'articles ou de reportages dans les médias, soit au moment de la réception d'un appel téléphonique ou d'une lettre postale en provenance des hôpitaux concernés. Dernier espoir de guérison d'une maladie éprouvante physiquement et psychologiquement, la

signification du caractère en réalité défaillant des traitements est un coup très dur pour le patient et ses proches.

a) Des familles qui s'estiment trahies

Dans un ouvrage retraçant sa surirradiation et ses conséquences[47], Jean-Claude Lercier, surirradié à l'hôpital d'Épinal à hauteur de 8 %, décrit minutieusement les différentes étapes de la réalisation de son état d'accidenté et l'accablement qui l'étreint lorsqu'il fait le rapprochement entre ses symptômes et l'information de l'accident.

> « Depuis la remarque de ma sœur, courant octobre 2006, sur les premières rumeurs de problèmes dans le service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal, je ne me suis pas vraiment inquiété [...]. Dans les tout premiers jours de mars [2007], la télévision et la presse écrite informent que l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) viennent de remettre leur rapport sur l'accident d'Épinal [...]. Quelques jours plus tard, les médias annoncent l'ouverture d'une enquête complémentaire, demandée par le ministre de la Santé [...]. La machine s'emballe. Un organisme parisien jusqu'alors inconnu pour moi, l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN), m'interroge longuement par téléphone sur mon état de santé actuel, les symptômes ressentis et les complications quotidiennes pouvant avoir un lien direct avec la radiothérapie. La conversation dure plus de vingt minutes et me laisse perplexe.
> À partir de cet instant, je commence à faire la relation entre les douleurs, le dérèglement intestinal persistant, les saignements et la radiothérapie suivie deux ans auparavant. […] Cette enquête complémentaire est bouclée en un temps record. Le vendredi 23 mars au matin, avant de partir au travail, je découvre en lisant *L'Est Républicain*, que l'IRSN a remis son rapport au ministre de la Santé. […]. Sa lecture ne me laisse plus aucun doute. […].
> Je n'arrive pas à me concentrer sur mon travail ce matin-là. Me croyez-vous ? Plus étonnant, les douleurs intestinales semblent plus fortes et plus fréquentes qu'à l'habitude. Le mental est en train de prendre le dessus[48] ».

Dans leur contribution sur l'émergence des situations litigieuses, Felstiner, Abel et Sarat soulignent que les individus définissent et redéfinissent « leurs perceptions de l'expérience et la nature de leurs griefs en réponse aux communications, aux comportements et aux attentes d'une série de personnes, comprenant les adversaires, les agents, les figures d'autorité, les compagnons et les intimes[49] ». S'agissant des surirradiés, l'enquête montre que les révélations

[47] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal*, *op. cit.* Une analyse des conditions de possibilité de l'existence de ce témoignage est réalisée un peu plus loin dans cette partie.
[48] *Ibid.*, p. 31-32.
[49] Felstiner (W. L.), Abel (R. L.), Sarat (A.), « L'émergence et la transformation des litiges », art. cité, p. 44.

publiques des surdoses sont reçues et examinées collectivement par le patient et ses proches familiaux. Ces derniers permettent dans un premier temps aux surirradiés de supporter psychologiquement l'information de leur accident. Le *Journal d'un surirradié* de Jean-Claude Lercier présente de ce point de vue un hommage appuyé à son entourage.

> « Les désillusions successives sur l'état de santé, l'absence de vie sexuelle, les saignements, les douleurs permanentes, les inconvénients quotidiens, la découverte de l'accident de radiothérapie, les incertitudes sur l'avenir, la retraite, autant de raisons de mettre à mal l'équilibre psychologique de toute personne. Mais heureusement, je dispose de plusieurs atouts pour m'aider. En premier, mon entourage infaillible[50] ».

Le rôle de la famille dans l'accompagnement d'un proche atteint d'un cancer a été souligné dans de nombreux travaux[51]. Le corps souffrant donne lieu à un « *care* domestique[52] » de la part des proches. Dans le cas où la guérison du malade est remise en cause par un événement extérieur à la maladie, ce travail peut revêtir une forte dimension psychologique. Les révélations publiques sur les cas de surdoses occasionnent en effet de nombreux échanges parmi les proches familiaux qui se donnent ensemble une perception nouvelle du traitement par rayons et de la trajectoire de la maladie. Le cas de cette femme surirradiée à Toulouse, qui emploie le « nous » pour évoquer cette période[53], est révélateur.

> - Andrée T. : « Après le traitement, j'avais reçu une lettre du professeur M. [son médecin] qui me disait que j'avais un rendez-vous au mois de juillet [2007] mais qu'il préférait l'avancer début juin. Sans plus de précision. Et, un jour de mai [2007], on se mettait à table le soir [avec son mari], je m'en rappelle. Régulièrement nous, on écoute les informations régionales. Et les voilà qui parlent des surirradiations ! Je peux dire que j'ai eu mangé, ça a été fini ! Ça m'a coupé l'appétit. Personne ne nous avait prévenus, ils le savaient depuis le mois d'avril donc. On était quand même à mi-mai. […] On s'est dit : ''On sait pourquoi on a reçu la convocation''. Ils nous ont menti. Et puis là, je suis partie ''en vrille'' quoi.
> - Florian Pedrot : C'est-à-dire, ''en vrille'', racontez-moi ?
> - C'est-à-dire que j'étais paniquée. Je n'étais pas tranquille du tout. Et puis les médias nous ont bien seriné avec ça, ils en ont parlé un bon petit moment. On était accro, on écoutait tout ce qu'ils disaient ».
> [Entretien. Andrée T., 68 ans, surirradiée à l'hôpital de Toulouse, adhérente de la FNATH. 1er avril 2014].

[50] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal, op. cit.*, p. 58-59.
[51] Pour un aperçu, voir Cresson (G.), Mebtoul (M.), *Famille et santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010. Ou encore Derbez (B.), Rollin (Z.), *Sociologie du cancer*, *op. cit.*
[52] Damamme (A.), Paperman (P.), « *Care* domestique : des histoires sans début, sans milieu et sans fin », *Multitudes*, 37-38, 2009, p. 98-105.
[53] L'entretien a d'ailleurs été réalisé en présence de son mari, à leur domicile.

Violaine Roussel et Anne Girard ont souligné combien la mobilisation du registre de la confiance « intervient souvent à la faveur de situations dans lesquelles des rapports formellement établis, qui ne font habituellement pas problème, cessent d'aller de soi[54] ». C'est encore davantage le cas lorsque le rapport social qui cesse d'aller de soi est celui du patient avec son médecin, précisément fondé sur la confiance. Ayant connaissance par la presse ou l'hôpital d'accidents de radiothérapie au sein du service dans lequel ils étaient traités, les patients et leurs proches, à l'instar d'Andrée T. (qui ne souffrait pas de symptômes particuliers après sa radiochirurgie de l'oreille), opèrent néanmoins une relecture des comportements de leurs radiothérapeutes durant le traitement. Ils les appréhendent sous l'angle de la négligence voire de la dissimulation (« ils le savaient depuis avril »). Ces individus se représentent par conséquent leur situation sous un nouveau jour et ont recours au registre de la confiance – et plus précisément de sa perte – pour la décrire (« je n'étais pas tranquille du tout »).

Ce registre de la perte de confiance est propice à la naissance d'un sentiment d'injustice. Car c'est bien « la capacité des acteurs sociaux à se saisir de la catégorie confiance *de façon stratégique* qui leur permet de classer et de se classer, de tracer des frontières entre le bien et le mal, entre l'acceptable et l'inacceptable, le souhaitable et l'indésirable[55] ». Dans le cas d'Andrée T., le sentiment d'injustice naît lorsqu'elle s'aperçoit qu'« ils nous ont menti. Je suis partie en ‘‘vrille’’ ». Le livre-témoignage de Jean-Claude Lercier explicite davantage ce cheminement.

> « Début avril [2007], je reçois un courrier de l'IRSN accompagné d'une lettre du ministre de la Santé et du fameux rapport d'enquête. […]. Je ne peux faire autrement que d'en extraire les passages les plus révélateurs : ‘‘Pendant la période considérée (2001/2006), la radiothérapie conformationnelle appliquée au traitement du cancer de la prostate a connu des dysfonctionnements systématiques générant des risques additionnels pour les patients. […]’’. Patatras ! La médecine vient de chuter de son piédestal. J'avais, depuis toujours, une confiance totale et aveugle envers les différents praticiens auxquels j'avais été confrontés et je suivais les traitements prescrits les yeux fermés. Tout bascule subitement. […]. Comment ne pas être atterré en découvrant cette accumulation de dysfonctionnements ? Pourquoi une absence de suivi des patients, contrairement à ce qui se pratique ailleurs ?[56] ».

L'attestation que les douleurs et autres symptômes ressentis ne sont pas liés à la maladie ou au traitement porteur d'espoir fait apparaître le discours médical antérieur comme décalé.

[54] Girard (A.), Roussel (V.), « Une question de confiance », *Raisons politiques*, 2 (10), 2003, p. 172-173.
[55] *Ibid.*, p. 176. Surligné par les auteures.
[56] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal, op. cit.*, p. 34.

Jean-Claude Lercier se sent trahi et décrit alors sa consternation dans ce passage, ce qui pointe la naissance d'un sentiment d'injustice. « Les dysfonctionnements » posent la question de la causalité réelle des symptômes subis (saignements, douleurs). Une causalité « intentionnelle[57] » aux problèmes de santé vécus commence à apparaître et, avec elle, l'émission de reproches.

b) Perte de confiance et mobilisation différenciée de professionnels du droit

Cependant, en l'absence (momentanée) d'une mobilisation collective de patients sur les accidents, émettre des récriminations ciblées n'a pas été simple pour tous les surirradiés. Andrée T. par exemple, malgré sa « panique » et son suivi assidu des journaux télévisés, ne formule pas spontanément de reproches face au « professeur » de médecine qui le suit, même lorsqu'elle lui fait face à l'occasion d'un rendez-vous.

> « Moi, ce que j'ai fait au début, c'est que j'ai été voir le professeur M. qui m'a dit : ''Vous avez été trop irradié, plus qu'il n'était prévu''. Et il a dit : ''Mais vous ne risquez rien''. Je lui ai dit : ''Mais écoutez, vous êtes sûr parce qu'ils en parlent suffisamment à la télévision, et ils n'en parlent pas du tout comme ça ?''. […] Mais il a dit : ''Oui oui, de toute façon, vous allez avoir un suivi'' ».
> [Entretien. 1er avril 2014].

Assistante maternelle retraitée, Andrée T. comme son mari (retraité d'un emploi de responsable de cuisine au sein d'un conseil départemental dans la région de Limoges) sont enclins à faire confiance au corps médical. D'autant plus, souligne Andrée T. en entretien, depuis que sa nièce est devenue elle-même médecin. C'est d'ailleurs après une discussion avec cette dernière qu'elle décide de consulter pour « un problème dont elle rigolait un petit peu : j'avais des sifflements dans l'oreille. Je me disais : ''Tu vieillis''. […] Même si cela durait depuis des années, une dizaine d'années ». Pensant consulter pour « avoir un appareil auditif », elle se voit prescrire par un médecin spécialiste de l'audition une imagerie par résonance médiatique (IRM), qui confirme « un gros problème, un neurinome » et qui l'oblige à prendre un rendez-vous au CHU de Toulouse. Le traitement par rayons proposé était « moins invasif qu'une opération, c'était en une seule fois ». Et « c'est vrai » dit-elle, « le traitement s'est bien passé ». C'est la raison pour laquelle elle est très surprise d'apprendre par « les informations régionales » que des accidents de surirradiations ont eu lieu dans l'hôpital dans lequel elle

[57] Stone (D.), « Causal Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, 2 (104), 1989, p. 281-300.

pensait s'être fait soigner. Si elle s'estime trahie, elle ne se révolte pas immédiatement contre le personnel médical responsable de son suivi. « Je vais vous dire franchement » énonce-t-elle en entretien pour expliquer cette atonie, « je ne suis pas procédurière. Toute seule, je n'aurais rien fait. Je ne vais pas faire de procès, voilà ».

Le cas d'Andrée T. montre que transformer un sentiment d'injustice en reproche à l'adresse d'un tiers implique à minima de considérer légitime le recours au droit en de telles circonstances. La question devient celle des conditions de possibilité de cette manière de voir. En convoquant trois cas individuels de patients surdosés parmi d'autres, il apparaît que ces conditions sont réunies (et le reproche par conséquent rendu plus aisé) lorsque la personne surirradiée est en possession de ressources nées d'une trajectoire sociale et qui dessinent des rapports à soi spécifiques inclinant à se révolter contre une situation perçue comme injuste.

Le premier cas individuel qui illustre l'importance d'un rapport à soi particulier dans la conversion aux reproches est celui de Jean-Claude Lercier, auteur de l'ouvrage-témoignage dont des extraits sont retranscrits ci-dessus. À l'époque de sa radiothérapie à l'hôpital d'Épinal (et par conséquent sa surirradiation) en 2005, il occupait à 58 ans le poste de directeur administratif chargé des ressources humaines d'une entreprise de fabrication de tourets en bois de l'Est de la France, filiale d'un groupe international. Il y avait gravi tous les échelons après son entrée dans l'entreprise en 1965, titulaire d'un CAP de tourneur, en tant que manutentionnaire. Amateur de voyages en famille et entre amis, investi dans la vie associative en tant que président d'un club de billard vosgien depuis une vingtaine d'année, Jean-Claude Lercier découvre les vertus de la tenue d'un journal intime durant sa première chirurgie de la prostate subie en 2002. « Afin d'évacuer ce qui me passait par la tête pendant cette période […], j'ai finalement commis en trois mois un récit d'une cinquantaine de pages, retraçant mon vécu et mon ressenti de l'ensemble de l'année 2002 au milieu de mes proches, famille et amis. Pour moi, une vrai thérapie[58] ». La guérison du cancer n'étant pas acquise, il continue à écrire jusqu'à sa radiothérapie en 2005. La nouvelle de sa situation de surirradié au milieu de l'année 2007 n'occasionne aucun abandon de l'exercice. Au contraire, elle fait naître chez lui un projet, peu formalisé au départ, de recueil et de consigne des événements relatifs à l'accident « qui a bouleversé sa vie[59] » comme il l'écrit dans son deuxième ouvrage. Ce projet s'est consolidé chaque jour un peu plus à mesure de la découverte de nouveaux accidents et de son engagement dans l'association de victimes, d'abord en tant que simple adhérent, puis vice-président à partir

[58] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal, op. cit.,* p. 12.
[59] Lercier (J.-C.), *Le scandale des surirradiés d'Épinal, op. cit.*, p. 15.

de 2009. « Par ce livre témoignage [son deuxième, paru en 2013] j'ai souhaité révéler à tout le monde les détails de la triste réalité des conséquences du drame que nous vivons au quotidien et, par la même occasion, rendre hommage à tous les surirradiés[60] ». Le récit autobiographique est soumis, ainsi que l'ont montré Michael Pollak et Nathalie Heinich à propos d'un tout autre terrain d'enquête[61], à des conditions de possibilités, surmontées dans le cas présent par Jean-Claude Lercier. Ces conditions « comprennent principalement soit la notoriété de l'auteur – c'est-à-dire son statut de personne publique –, soit des circonstances historiques qui valorisent l'individu en tant que témoin[62] ». Pour Jean-Claude Lercier, c'est bien son estimation de la surirradiation comme un drame indissociablement individuel et collectif et sa qualité de témoin privilégié, qui l'amènent à concevoir ce qui n'était au départ qu'un journal intime et privé comme digne d'être publié.

Ce rapport à soi et au drame vécu naît de l'activité même d'écriture. Celle-ci lui permet en effet de disposer d'un calendrier des événements et déclarations liés à ces surirradiations, qui renforce le sentiment d'injustice né de la réception du courrier de l'IRSN l'alertant de sa surirradiation.

> « Début mars 2007, quelques jours après la publication du rapport de l'IGAS […], la fermeture provisoire du service de radiothérapie et la suspension des deux radiothérapeutes et du radiophysicien interviennent. […] C'est vers la fin du mois de mars, au moment de la parution du rapport de l'IRSN que le procureur de la République d'Épinal communique publiquement pour la première fois. On apprend à ce moment que seize plaintes ont été déposées dans le cadre de l'affaire des irradiés, cinq pour homicide involontaire et onze pour des blessures involontaires. […].
> Depuis la lecture du rapport de l'IRSN, l'idée me trottait dans la tête. […]. Le 11 mai 2007, je rencontre Maître Roussel [avocat à Saint-Dié-des-Vosges, commune située à proximité du lieu de résidence de l'auteur][63] ».

À partir de l'année 2007, Jean-Claude Lercier consigne dans son journal tour à tour la suspension de certains personnels hospitaliers, l'activité d'un procureur suite aux plaintes de quelques patients. Son journal intime prend progressivement la forme d'un compte rendu d'enquête policière, avec un faisceau d'indices laissant penser à l'existence d'une « affaire ». Étant lui-même impliqué dans cette affaire compte tenu du courrier de l'IRSN reçu à son

[60] *Ibid.*, p. 227.
[61] En l'espèce, les récits de témoins des camps de concentration nazis. Voir Pollak (M.), Heinich (N.), « Le témoignage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63 (1), 1986, p. 3-29.
[62] *Ibid.*, p. 13.
[63] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal, op. cit.*, p. 43-44.

domicile attestant d'une surdose, le passage du sentiment d'injustice au reproche explicitement formulé devient possible et se traduit par la prise de contact avec un professionnel du droit.

Ce cheminement vers le droit est aussi effectué par Philippe S. et Odile G, futurs président et présidente des associations de surirradiés fondées à l'été 2007, tant à Épinal qu'à Toulouse. À l'époque des faits de surdoses, Philippe S. a 54 ans tandis qu'Odile G. a 51 ans. Leur histoire souligne, pour le premier, le rôle d'une socialisation primaire et d'une trajectoire sociale ascendante dans l'avènement de reproches. Tandis que pour Odile G., c'est plutôt son activité professionnelle d'ancienne commerciale pharmaceutique (génératrice d'intuitions et d'une volonté d'investigation) qui se rend perceptible.

Odile G. a dû subir une radiochirurgie en juin 2006 pour traiter un neurinome dans l'oreille interne découvert en 2005. Elle fait le choix d'un traitement par rayons plutôt que de devoir supporter une opération, plus lourde. Après la séance unique de traitement, elle « rentre à la maison. Impeccable. Audition conservée, impeccable ». Mais, rapporte-t-elle ensuite, « on décide avec mon mari de partir sur la côte ; en décembre je commençais à être très fatiguée. Une grande fatigue comme je n'avais jamais eu, c'est-à-dire plus d'énergie ». Des problèmes d'audition s'ajoutent à cette fatigue. En avril, suite à un contrôle par IRM, elle est placée sous corticoïde par le professeur de radiochirurgie. « Et, à l'époque, on avait un petit pied à terre à Paris [...] qu'on voulait vendre. Donc, je suis redescendue pour je ne sais pas, faire du ménage, bon. Et dans le train, H. m'appelle et il avait entendu à la radio qu'il y avait eu un problème et que *Le Parisien* avait fait un article. Et il me dit : j'ai l'impression que tu fais partie du lot ». Ainsi, cette ex-patiente du service de radiochirurgie sujette à des symptômes dont elle n'arrivait pas à faire expliquer l'origine à ses médecins a, avec son mari, immédiatement fait le lien entre ses problèmes et une surirradiation. Elle ne saurait « dire pourquoi », mais, après avoir acheté elle-même le journal pour lire le scoop, elle prend immédiatement contact avec son auteur.

> « J'appelle le journaliste qui se trouve à St-Ouen […]. Et je lui dis : ''Écoutez, voilà, moi je fais partie des gens, si vous voulez, je veux bien témoigner, il n'y a pas de problème mais je veux que ce soit anonyme, je ne veux pas avoir de problème''. Il me dit : ''D'accord, demain''. Et puis dans la nuit, je ne sais pas ce qui m'est arrivé, j'ai formulé tout un machin dans ma tête en me disant : ''Oui, si ça se trouve, je ne suis pas toute seule, donc il faut joindre les gens, demain matin…''. J'avais un magasin de téléphonie en face chez moi : ''Je vais aller à ce magasin, je vais acheter un portable''. Enfin j'ai monté tout un truc, je ne sais pas, très bizarrement, j'ai cogité comme ça, très vite, dans la nuit ».
> [Entretien. 26 octobre 2011].

Cette démarche est initiée par Odile G. en l'absence de toute expérience militante antérieure (« oh du tout, pas du tout, ce n'est pas dans mon caractère en plus » dit-elle en entretien). Mais, avant son traitement par rayons, elle exerçait professionnellement dans le domaine de la commercialisation des produits pharmaceutiques, en tant que représentante. Et « je sais comment cela se passe » dit-elle. « J'en ai vendu du matériel […]. ''Vous mettez un matériel à disposition, vous me le vendez, et en contrepartie je vous fais ça'', ce n'est que des choses comme ça les labos ». Soupçonnant l'existence de fautes de la part de l'hôpital, elle réalise ainsi l'interview journalistique seule.

Des enquêtes ont montré que « la conscience du droit[64] » des individus (entendue comme le rapport entretenu avec le droit dans la vie quotidienne) « varie selon la situation dans laquelle se trouve l'acteur[65] » mais également selon plusieurs facteurs parmi lesquelles figurent « les ressources individuelles et collectives de pouvoir que l'individu peut mobiliser[66] ». Dans le cas de Odile G., il est clair que c'est son insertion dans une activité professionnelle ayant un rapport avec le domaine médical qui l'incite à solliciter un journaliste après avoir appris l'existence d'un accident. Elle souhaite que son numéro de téléphone figure dans l'article afin que les patients qu'elle imagine être dans le même cas qu'elle, puissent l'appeler. L'accueil – positif – que son histoire reçoit du journaliste la conforte dans l'idée que des choses doivent être tentées pour obtenir des informations sur ce qui s'est réellement passé dans l'hôpital toulousain. Immédiatement après la parution de l'article, elle se met à la recherche d'un avocat.

S'agissant de Philippe S., c'est moins une expérience professionnelle qui concourt à transformer le sentiment d'injustice en démarche active qu'une trajectoire sociale ascendante génératrice d'un rapport à l'injustice individuelle de l'ordre de l'intolérable. Le « choc » qu'a représenté pour lui et sa famille la découverte de son cancer de la prostate a été décrit plus haut. Après avoir subi trente-cinq séances de rayons de janvier à mars 2006, il ressent de « fausses envies d'aller à la selle, des douleurs ». Mais, précise-t-il immédiatement, il n'avait « pas bougé », croyant à des effets normaux inhérents au traitement. De toute façon précise-t-il, « le médecin [...] qui s'est occupé de moi, je l'ai vu trois fois. Une fois pour la prise de rendez-vous, une

[64] Pour reprendre l'expression employée par les travaux menés principalement aux États-Unis regroupés sous l'appellation de *Legal Consciousness Studies*, qui ont pris pour objet les rapports entretenus par les individus avec le droit lorsqu'ils s'en saisissent, tant en termes de compréhension que de positionnement d'adhésion ou d'opposition. Voir, pour une présentation de ces travaux en langue française, d'abord Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice*, Paris, Armand Colin, 2014, p. 68. Voir également Pélisse (J.), « A-t-on conscience du droit ? Autour des *Legal Consciousness Studies* », *Genèses*, 2 (59), 2005, p. 114-130.

[65] Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice, op. cit.*, p. 68.

[66] *Ibid*., p. 71.

autre fois pour [...] le moulage de la coque en résine. Et puis la dernière fois, après les trente-cinq séances ». La connaissance de son état de surirradié est rendue possible par la réception, au même titre que de nombreux patients hommes appartenant à la cohorte « Épinal 2 », d'une lettre postale envoyée par l'hôpital à son domicile.

> « C'est vraiment ça, l'ouverture de la lettre : ça y est ! Avant le facteur, j'étais et nous étions dans notre famille à dire : ''Écoute, c'est le prix à payer. Si tu souffres et bien c'est comme ça, au moins tu es avec nous''.
> Et puis, d'un seul coup, vous recevez la lettre, avril 2007, vous vous dites : ''Attendez, les soucis que j'ai à l'intestin, ce n'est plus le prix à payer. C'est le prix que j'ai payé, que je vais payer maintenant, pour une action et quelqu'un nommément désigné, on a des soupçons'' ».
> [Entretien. 23 septembre 2011].

La perspective d'une faute médicale – attestée dans la lettre par l'information selon laquelle il lui est possible de « saisir la CRC [Commission régionale de conciliation et d'indemnisation] pour une indemnisation à l'amiable » – explique la réactivité dont il fait preuve immédiatement et qu'il se remémore en entretien. Après avoir reposé la lettre, il dit à sa femme : « ''On ne va pas se laisser tirer comme des animaux, on va se battre''. Moi ma première réaction c'est… Comment je vous dirais. Je suis quelqu'un de très gentil, je ne suis pas… Mais il ne faut pas m'énerver ! Je ne lâche jamais le morceau. Quand on m'embête, on me trouve ».

Cette réactivité instantanée face à une situation perçue comme injuste et son caractère de « battant » comme il le qualifie en entretien, sont liés à sa trajectoire sociale ascendante. Fils d'un expert-comptable et d'une mère « sans profession », Philippe S. est titulaire d'un BEP mécanographie. Sa carrière professionnelle débute à 17 ans comme comptable dans une entreprise spécialisée dans le traitement des transactions bancaires. Se formant à l'informatique en interne, il devient finalement ingénieur en informatique au sein de son entreprise. Un portait paru dans *Le Monde*[67] le présente ainsi comme un « autodidacte » qui « n'avoue qu'une passion, les livres, qui couvrent un mur de son salon. Il ne peut s'empêcher d'évoquer ses derniers coups de cœur, Philippe Claudel, Laurent Gaudé, Irène Nemirovsky ». En dépit d'une trajectoire ascendante, il tient à rappeler en entretien qu'il conserve certaines vertus de son éducation. « J'ai été éduqué par mes parents dans un truc très simple : c'est le respect des autres, l'honnêteté, et ça, c'est des valeurs que j'ai, si vous voulez, depuis tout petit, le respect des gens et l'honnêteté ». Alors, lorsqu'il se rend compte que, en plus d'avoir été peu suivi lors de son

[67] Blanchard (S.), « Philippe Stäbler : une brûlure irréparable », *Le Monde*, 11 octobre 2007.

traitement, il a été blessé par une surdose de rayonnements, il ressent l'envie « d'aller à la bagarre ». En dépit de son statut de néophyte du droit, ses dispositions lettrées n'en font pas quelqu'un d'éloigné par rapport au langage juridique manié par l'hôpital dans la lettre. Il entre ainsi très vite en relation avec un avocat.

Les premières démarches de ces surirradiés mobilisés individuellement, si elles sont disparates au départ, convergent vers des professionnels du droit. Odile G., surirradiée à Toulouse, s'adresse certes en premier lieu à un journaliste en mai 2007 pour rendre public son cas et espère ainsi rencontrer d'autres personnes dans le même état qu'elle. Mais elle entre aussi rapidement en contact avec plusieurs avocats, afin d'évaluer ce que ces professionnels du droit sont en mesure de faire pour elle. Philippe S., lui, après avoir reçu la lettre de l'hôpital l'informant de sa surirradiation, consulte la presse vosgienne et s'aperçoit que « M^{e} Welzer, qui est un des avocats les plus connus sur la place, avait pris cette affaire en main. […] Alors je vais le voir ». Face à un problème de santé rencontré dans la vie quotidienne, les acteurs sociaux issus des classes moyennes, sous réserve de dispositions ou propriétés particulières (en l'espèce une trajectoire ascendante, une profession en rapport avec le domaine médical), apparaissent de plus en plus capables de « faire valoir [leurs] droit[68] ».

Ces initiatives personnelles de surirradiés, isolées, sont en réalité d'une importance considérable. En rejoignant des professionnels du droit, ils se donnaient en effet les moyens d'associer à leur mécontentement des revendications de type victimaire.

2. Du mécontentement à la protestation en victime

La perte de confiance de nombreux surirradiés et leurs familles envers le corps médical et l'indignation liée se muent progressivement en démarches individuelles, fortement disparates. Comment ces démarches individuelles ont-elles ensuite pris la forme d'une protestation collective de type victimaire ? Plutôt que de se mobiliser sous l'étiquette de patients par exemple, ou d'usagers du système de santé, les surirradiés demandent en effet réparation collectivement au nom de leur état de victimes. Or, comme le rappelle Violaine Roussel, « parler de ''victimes'', c'est déjà se référer à un mode de construction de la cause bien spécifique

[68] Pour reprendre le titre de l'enquête de Yasmine Siblot sur les services publics et la propension de plus en plus accentuée des habitants des quartiers populaires à défendre leurs droits. Voir Siblot (Y.), *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Presses de Sciences po, 2008.

qui renvoie à des cadres cognitifs préconstitués[69] » (ici, un mode d'identification de soi en victimes). Les surirradiés se rallient à de telles revendications en vertu de l'intervention de deux types d'acteurs : des associations nationales d'aide aux victimes et surtout des avocats. Dès la publicisation des accidents, ces acteurs se mobilisent et importent sur ce terrain des savoir-faire issus des luttes passées de victimes de drames collectifs. Ayant en référence les précédentes crises ou scandales sanitaires, ces associations et en particulier les avocats se lancent dans un travail de publicisation des cas et dans un travail de regroupement des surirradiés en collectifs. Chemin faisant, ces acteurs permettent aux personnes surirradiées de s'identifier en victimes et de revendiquer la réparation d'un préjudice.

2.1. L'intervention d'associations nationales d'aide aux victimes

Les cadres cognitifs de type victimaires se diffusent parmi les surirradiés à la faveur de la prise de contact de certains d'entre eux avec des associations de défense des victimes d'accidents déjà existantes et opérant sur le territoire national. L'univers de la production des causes publiques[70] (entendues comme procédés « de généralisation d'un problème[71] ») s'est effectivement considérablement étoffé depuis les années 1970 sous l'effet d'une concurrence accrue entre prétendants au monopole de l'expression des griefs. Les entreprises traditionnelles de mobilisation (partis, syndicats) sont confrontées à de multiples porteurs de causes qui renouvellent les supports collectifs de mobilisation, dont les associations de victimes font partie. L'institutionnalisation récente de la catégorie de victimes a contribué à un élargissement de ces causes spécifiquement portées au nom des victimes, au point que le ralliement à l'identité de victimes d'individus accidentés en est dans de nombreux cas, fortement tributaire.

a) La reconnaissance d'un bon droit à protester

Les surirradiés qui entrent en contact avec des organisations de victimes sont sensibilisés au caractère anormal, à la fois de leur suivi médical en cours de traitement et des informations parcellaires et pour certaines inexactes reçues sur l'accident. Suivant un cas

[69] Roussel (V.), « Les ''victimes'' : label ou groupe mobilisé ? Éléments de discussion des effets sociaux de la catégorisation », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit.*, p. 105.
[70] Sur ce sujet de la multiplication des causes et des identités secondaires en mesure d'être revendiquées publiquement, voir Collovald (A.), Gaïti (B.), « Des causes qui ''parlent''… », art. cité.
[71] *Ibid.*, p. 11.

typique de « libération cognitive[72] », se consolide ainsi un sentiment d'avoir un « ''bon droit''[73] » à protester contre leur sort, l'assimilant pour la première fois à une condition de victimes.

C'est ce qu'enseigne le cas de la famille d'un patient surirradié à plus de 28 % à Épinal à la suite d'une radiothérapie de la prostate. En octobre 2006, celle-ci est contactée par l'hôpital. Deux jours avant la conférence de presse des autorités, la direction de l'établissement prévient cette famille que le décès de leur proche intervenu quelques temps auparavant est en fait lié à une surdose de rayons. Après la conférence de presse, la famille s'adresse à l'Association d'aide aux victimes d'accidents corporels (AAVAC). Par l'intermédiaire du fils du patient décédé, la famille explique la raison de ce rapprochement dans la presse, un jour avant d'organiser elle-même une conférence de presse. « ''Avant le 10 octobre, date de notre rencontre avec la directrice de l'hôpital, on ne savait pas de quoi était décédé notre père. On était dans l'ignorance totale'' […]. ''Quand on entend parler de clarté, de suivi de l'information au malade... On n'a rien eu'' […]. ''Pourtant, mon père a été traité chez eux. Il est évident qu'ils nous ont menti''[74] ». Cette famille avait ainsi le sentiment que l'hôpital et les autorités les avaient longtemps négligés, les informant de la surdose de leur proche tardivement.

Mais c'est réellement l'AAVAC qui conforte leur sentiment : pour l'association, l'argument donné par les autorités selon lequel un suivi et une information correcte auraient été dispensés aux victimes est erroné. « Nous sommes choqués que l'hôpital et l'ARH aient cherché à cacher la vérité[75] » déclare le président de l'association, le médecin Dominique Courtois, lors d'une conférence de presse en octobre 2006.

Encadré 15. L'association d'aide aux victimes d'accidents corporels (AAVAC)

L'AAVAC est une association créée en 1990 sous le régime de la loi 1901 à Bordeaux par le chirurgien « spécialisé dans les problèmes maxillo faciaux[76] » Michel Courtois. Son but est d'assister sur l'ensemble du territoire national les victimes d'erreurs médicales dans les démarches nécessaires à la réparation de leur préjudice. Pour cela, elle dispose « d'experts de différentes disciplines » (médecins, psychologues, « juristes éminents dans le domaine de l'erreur médicale et de la contamination transfusionnelle ») qui proposent une aide à la

[72] McAdam (D.), *Political process and the development of black insurgency. 1930-1970*, Chicago, The University of Chicago Press, 1982, p. 47. Pour une mise en perspective du concept au sein du domaine d'analyse de l'action collective et des mouvements sociaux, voir Mathieu (L.), « Rapport au politique, dimensions cognitives et perspectives pragmatiques dans l'analyse des mouvements sociaux », *Revue française de science politique*, 52 (1), 2002, p. 75-100.

[73] Roussel (V.), « Les ''victimes'' : label ou groupe mobilisé ? Éléments de discussion des effets sociaux de la catégorisation », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit.*, p. 106.

[74] Dépêche *AFP*, 16 octobre 2006.

[75] Bablée (K.), « Une indemnisation au rabais », *L'Est Républicain*, 18 octobre 2006.

[76] Cette citation et les suivantes sont issues du site Internet de l'association. www.aavac.asso.fr.

constitution des dossiers médicaux, un examen détaillé de ces derniers, une assistance dans le cadre des expertises préalables à l'indemnisation. Le financement des actions de l'association résulte des cotisations de ses adhérents, de dons de particuliers, de laboratoires ou d'industriels. Président de l'association depuis sa création, Michel Courtois la fait connaître à un large public en participant assidument, de 2002 à 2008, à l'émission « Sans aucun doute » diffusée sur *TF1* et présentée par l'animateur Julien Courbet. Cette émission se proposait de trouver des solutions pour les victimes avec le concours « d'experts ». Elle est reprise en 2008 par un autre animateur de télévision, Christophe Moulin, et comprend toujours dans son équipe d'experts « le docteur Courtois ». Parallèlement, le chirurgien continue à collaborer avec Julien Courbet, sur l'émission « Ça peut vous arriver » de la radio *RTL*.

Le soutien du président de l'AAVAC, connu nationalement, incite la famille à envisager l'expérience thérapeutique de leur proche sous l'angle d'un préjudice qui mérite une réparation. Convaincue par l'association d'être au cœur d'un scandale, la famille accepte de se lancer à ses côtés dans l'organisation d'une conférence de presse destinée à publiciser un mécontentement et un dépôt de plainte comme en atteste une page du site Internet de l'association consacrée au cas de cette famille[77].

> « La famille de Michel Voirin conteste la version officielle donnée par l'ARH et la directrice de l'hôpital, et a décidé d'en apporter les preuves au cours d'une conférence de presse réalisée le mardi 17 octobre [2006] à Épinal. Madame Voirin et ses enfants, avec l'aide de l'AAVAC, souhaitent dénoncer :
> 1. L'information tardive de la famille par la direction de l'hôpital Jean-Monnet. […] 2. Un mauvais suivi de Michel Voirin à l'hôpital […] 3. Une discordance sur le chiffre réel des victimes. […] 4. L'absence de recherche de sanction envers les responsables du surdosage. […] 5. La banalisation de l'erreur humaine ayant entraîné le décès de plusieurs patients. […] Pour ces différentes raisons, madame Voirin et ses enfants ont décidé de déposer une plainte avec constitution de partie civile pour homicide involontaire ainsi qu'une procédure devant le Tribunal Administratif ».

Ce communiqué destiné à divulguer une prochaine conférence de presse de l'AAVAC et de la famille, développe l'angle d'attaque choisi par l'association pour obtenir réparation dans le cas de ce patient surirradié décédé. Il révèle dans le même temps comment la famille du patient a été convaincue de l'existence d'un préjudice à son égard. La communication de l'hôpital, son manque d'initiatives et un « mauvais suivi » médical du patient apparaissent aux yeux de l'association rédhibitoires. Sans compter, rajoute le président de l'association au cours de cette conférence de presse « qu'accepter la proposition de la directrice, à savoir un recours devant la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) n'est pas des plus

[77] www.aavac.asso.fr.

aisés. […] Dans tous les cas, l'indemnisation ne pourra être, au mieux, que de la moitié de celle que la famille pourrait obtenir auprès du tribunal administratif, si ce n'est le quart. C'est une indemnisation au rabais[78] ». C'est la raison pour laquelle l'association annonce à l'occasion de cette conférence de presse que la famille du patient décédé dépose plainte au tribunal administratif. Au cours de cette même conférence de presse, une seconde plainte est annoncée. Sur les conseils de l'AAVAC, la famille s'est en effet adjoint les services de « M[e] Christophe Coubris », avocat au barreau de Bordeaux qui collabore avec l'association. Celui-ci annonce « ''une plainte au pénal''[79] ».

En annonçant ces deux plaintes dont une au pénal, l'AAVAC faisait coup double : elle se donnait les moyens d'augmenter la probabilité que le cas de cette famille fasse l'objet de reprises médiatiques et, ce faisant, de disposer de moyens de pressions dans une future négociation avec l'hôpital. Depuis le travail d'Emmanuel Henry sur l'affaire de l'amiante, on sait effectivement que « le droit, et en particulier le droit pénal, fournissent une prédéfinition des problèmes facilement importable dans les discours publics[80] ». En ce sens, les médias sont envisagés dans ce dossier comme des adjuvants à la contestation et non comme des adversaires, en conformité avec l'histoire de l'AAVAC. Cette stratégie médiatique est toutefois loin d'être adoptée dans toutes les luttes liées à des phénomènes de santé. Dans le cadre de la contestation organisée autour du virus du sida par exemple, les associations de malades nées dans les années 1980 se sont effectivement efforcées dans un premier temps de « pallier les dérapages de la presse » vis-à-vis des personnes atteintes de la maladie[81]. Ce qui est bien loin de l'attitude de l'AAVAC envers les médias dans l'affaire des surirradiations hospitalières, mobilisés pour leur capacité à amplifier un message de contestation sans crainte de leur propension à le reprendre de manière approximative.

Une même dynamique s'observe dans le dossier toulousain. Une association nationale disposant d'antennes locales, la Fédération nationale des accidentés et handicapés (FNATH), s'empare immédiatement de cette affaire après la parution d'un article dans le quotidien local *La Dépêche*, le lendemain du scoop du *Parisien* du 23 mai 2007.

[78] Bablée (K.), « Une indemnisation au rabais », art. cité.
[79] *Ibid.*
[80] Henry (E.), « Le droit comme vecteur de publicisation des problèmes sociaux. Effets publics du recours au droit dans le cas de l'amiante », *op. cit.*, p. 188.
[81] Barbot (J.), « L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida », *Réseaux*, 1999, 17 (95), p. 162.

Nadine Herrero, responsable locale de cette association a eu la charge du dossier des surdoses. Elle raconte comment la décision de s'autosaisir a été prise. La révélation par la presse des accidents de surdoses (en soi constitutive d'un défaut d'information des patients selon elle) ainsi que la configuration collective de l'affaire (qui rappelle à cette salariée toulousaine le dossier de l'explosion de l'usine AZF dans sa ville), y sont pour beaucoup.

> « D'abord il y a eu un article dans *La Dépêche* signalant cette erreur à l'hôpital Rangueil. Parce que des gens ont été informés de leur situation de victimes par la presse qui disait : ''Il y a eu un accident de telle date à telle date''. Donc, nous à la FNATH, on a vu ça, on a été choqué parce que c'est une drôle de façon d'annoncer aux gens ! Et donc quand j'ai vu ça, j'ai dit : ''Bon, il faut qu'on s'en saisisse parce que si nous, association locale, on ne s'en saisit pas, qui va le faire ?''. […] Je me suis dit : ''Là, il faut que les gens sachent qu'ils ont des choses à faire et il faut qu'ils réagissent''. Donc on a fait tout de suite un article paru dans la presse, et c'est comme ça que des personnes sont venues nous voir, nous ont téléphoné. Alors on avait l'expérience d'AZF ici […], on était intervenu sur AZF où on avait cette expérience du groupe, de comment le prendre en charge ».
> [Entretien, 18 octobre 2013].

Ainsi, l'expérience acquise sur le dossier de la catastrophe d'AZF, sur lequel la FNATH de la Haute-Garonne était intervenue, a permis à sa secrétaire générale de percevoir exactement quelles actions étaient à entreprendre face à la révélation médiatique de surdoses dans un hôpital de sa ville. Elle entre en contact avec le quotidien local afin d'informer un maximum de patients que des recours sont possibles. L'article de presse rédigé suite à cette mobilisation de l'antenne toulousaine de la FNATH est paru dans *La Dépêche* le 5 juin 2007[82]. Nadine Herrero énonce que, face à un tel problème, des voies de recours existent et qu'en cas de problème avec l'hôpital, il est tout à fait envisageable de déposer plainte au pénal avec constitution de partie civile « sous dix jours environ » afin de « permettre l'ouverture d'une information judiciaire ». Elle indique, à la fin de l'article, le numéro de téléphone de l'antenne de la FNATH-Toulouse.

Encadré 16. La Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)

La FNATH est une association loi 1901 créée en 1921 à Saint-Etienne sous le nom de Fédération des mutilés du travail, après une mobilisation syndicale pour la prise en charge des accidents des mineurs de fond. Elle obtient quelque temps après sa création une première victoire avec la majoration des réparations versées aux accidentés du travail. En 1927, la fédération élargit son objet en défendant les invalides civils. Des sections locales ont par ailleurs rapidement vu le jour sur tout le territoire national. En 1985, l'association prend le

[82] Non signé, « Nous voulons connaître la vérité », *La Dépêche*, 5 juin 2007.

nom de Fédération nationale des accidentés et handicapés, puis devient en 2003 association des « accidentés de la vie ». Elle a été reconnue d'utilité publique en 2005.
L'association compte en 2016 près de 1 500 sections locales réparties dans 70 structures et annonce 200 000 adhérents, qui participent avec des donateurs à son financement. Tout en souhaitant apporter « réconfort, conseils et assistance aux accidentés[83] », elle est régulièrement sollicitée par les pouvoirs publics pour représenter les intérêts des victimes d'accidents dans les commissions et organismes départementaux ou régionaux. Pour toutes ces activités, l'association dispose de salariés aux compétences variées (droit, psychologie). Nadine Herrero, secrétaire de la FNATH Haute-Garonne avait par exemple, avant d'entrer à la FNATH en 2002, exercé 18 ans en tant que clerc d'avocat puis monté une entreprise de sous-traitance liée aux actes des cabinets d'avocats.

L'article relayant les conseils de la section FNATH de Toulouse à destination des patients surirradiés produit l'effet escompté par la responsable locale de l'association puisque des patients traités par rayons au CHU toulousain la contactent. Ils sont une trentaine à adhérer à cette association. C'est le cas de ces parents dont la fille d'une vingtaine d'années a été hospitalisée pour une tumeur au cerveau à l'hôpital Rangueil et qui habitent la région de Limoges.

Leur fille se plaignait de maux de tête depuis plusieurs années. C'est le jour de ses 18 ans que la tumeur a été découverte après plusieurs diagnostics erronés portant tantôt sur un déficit oculaire, tantôt sur des problèmes d'ordre psychologique. Après deux opérations chirurgicales à Limoges, la tumeur demeure présente. « Mais Sophie allait bien, elle a passé son permis » précise sa maman en entretien. Sur les conseils du chirurgien, un rendez-vous est pris à l'hôpital de Toulouse pour suivre une séance de radiochirurgie. Sophie était alors en première année de faculté de pharmacie. Hospitalisée trois jours en septembre 2006, « elle n'était pas bien après le traitement […]. Mais la vie continuait ». En mars 2007, « le matin », elle fait une hémorragie cérébrale et est hospitalisée à Limoges. « Mais nous, on ne savait rien, on ne savait pas qu'il y avait eu un problème. On pensait que c'était la maladie ». Claire A. suggère que, « à ce moment-là, le professeur M. [qui suivait leur fille à Limoges] avait compris ce qui se passait, mais il a mis du temps à nous le dire ». Ils apprennent finalement la surirradiation de leur fille « un peu par hasard, par la presse » en mai 2007.

> « On s'est dit : ''Mais qu'est-ce qu'il faut faire'' ? On a tapé sur Internet et on a vu que la FNATH Toulouse avait fait un appel dans la presse. Alors j'ai téléphoné à Toulouse, à la FNATH. Ils me disaient de venir. Moi je trouvais que ça faisait loin, entre ma fille malade, le travail et, en plus, cette histoire sur le dos. Entre temps, SOS Irradiés 31, qui

[83] Citation extraite du site Internet de l'association, www.fnath.org.

> venait de se créer, est venu à Limoges [le 29 juin 2007[84]]. J'ai été les rencontrer. […] Mais je me suis dit : ''Olala, cette association, tout ce monde…'' Et puis l'avocat qu'ils s'étaient choisi ne me convenait pas, il mélangeait tout, la presse etc. […]. La FNATH proposait, elle, d'étudier rapidement des indemnités justes. Alors un jour, au culot, j'ai demandé à la FNATH. ''Mais vous ne pouvez pas venir ? Parce qu'en plus, d'autres personnes sur Limoges sont concernées. On peut se réunir et on verra''. Finalement, l'avocat lié à la FNATH Toulouse, M[e] Rastoul, est venu. Et puis la secrétaire de la FNATH aussi. À l'époque c'était madame Herrero. […] Ils ont accepté de venir mais il nous fallait des locaux. Donc la FNATH de Limoges a accepté de nous prêter des locaux ».
> [Entretien. Claire A., 60 ans, adhérente de la FNATH. 31 mars 2014].

Si les parents apprennent la surirradiation de leur fille par la presse, c'est bien l'association des accidentés qui leur permet de s'identifier en victimes et de se rallier à une protestation collective de type victimaire.

b) Un rôle d'intermédiaires lié à une catégorie sociale institutionnalisée

La situation des deux familles ralliées aux associations nationales de victimes ou d'accidentés montrent que les revendications de type victimaires ne préexistent pas au rapprochement des individus avec de telles organisations, capables de fournir des justifications à ces revendications et les modalités de leur expression. Certes, apprendre un accident par la presse déstabilise et fait apparaître la situation comme injuste. Le patient et sa famille peuvent ressentir un fort mécontentement et entreprendre un certain nombre de démarches, notamment se mettre en relation avec des associations comme c'est le cas de ces deux familles. Mais ces démarches ont une vocation essentiellement informative au départ.

Ce sont précisément les associations avec lesquelles ils entrent en contact qui fournissent aux patients les schèmes de perception de soi en victimes. L'activité de leurs membres, qui réutilisent et mettent à disposition des patients et de leurs proches des savoir-faire souvent usités lors de précédents accidents collectifs, fait évoluer l'identité des malades. « Adhérer à une organisation, c'est avant tout appartenir à un groupe, avec ses frontières et son univers de signification, c'est participer de son *illusio* ; c'est interagir avec d'autres membres,

[84] L'article qui annonce cette réunion est paru dans la presse locale une semaine avant sa tenue. Voir Pierson (D.), « Les irradiés cherchent à se retrouver », *Le Populaire*, 18 juin 2007. Une quinzaine d'habitants de Limoges et ses alentours adhéreront finalement à la FNATH, dont cette famille.

de manière plus ou moins régulière, c'est donc se construire une place ou une identité[85] », rappellent Olivier Fillieule et Bernard Pudal. Or, les frontières et l'univers de signification des associations nationales de victimes et d'accidentés sont étroitement liés et adossés à l'institutionnalisation de ce qui n'était qu'une appellation discursive à l'orée des années 1980 – les victimes – en catégorie sociale et en objet d'action publique.

Encadré 17. De la formation d'une catégorie sociale à la politique publique dédiée aux victimes[86]

Comment des groupes sociaux s'institutionnalisent, s'enracinent dans des organisations, des statistiques, voire des règles, des aides ? Stéphane Latté le souligne, tous les regroupements d'individus ne sont pas systématiquement consacrés en catégorie sociale. Certains restent à l'état d'expression « simplement discursives (que l'on songe aux ''bobos'', aux ''tribus'' ou aux ''socio-styles'' de l'industrie publicitaire)[87] ». Le passage des groupes sociaux de l'agrégat collectif discursif à la catégorie consacrée est lié aux identifications que ces groupes suscitent de la part des individus et des demandes d'agréments exprimées. Faute de candidats à la représentation ou de ressources nécessaires pour y parvenir, un groupe peut ne jamais accéder à la cause publique. Or, parmi les groupes ayant fait l'objet d'une institutionnalisation de manière récente figurent les « victimes » comme l'ont montré Stéphane Latté d'un côté[88], Didier Fassin et Richard Rechtman de l'autre[89].

Les victimes ne sont en effet devenues une catégorie sociale qu'au début des années 1980. En droit, la victime a longtemps fait référence à un être fictif. Ce terme renvoyait en fait « à des places juridiques particulières : plaignant, témoin, partie civile, requérant, personne lésée etc.[90] ». L'appellation fait son entrée dans le Code pénal en 1975. Peu de temps après, « les victimes » en tant que groupe social font l'objet d'un investissement de la part de différents acteurs.
Se mobilisent effectivement autour de cette catégorie sociale à la fin des années 1970 et au début des années 1980, des associations de défense des victimes et parmi elles, des associations d'aide aux plaignants ainsi que des associations aux objets plus ciblés comme *SOS Attentats.* Créée en janvier 1986 par Françoise Rudetzki (une victime de l'explosion en 1983 d'une bombe au restaurant le Grand Véfour à Paris), elle dénonçait la difficulté pour

[85] Fillieule (O.), Pudal (B.), « Sociologie du militantisme. Problématisations et déplacement des méthodes d'enquête », *in* Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux, op. cit.*, p. 181. Surligné par les auteurs.
[86] Cet encadré se fonde principalement sur les travaux de Stéphane Latté, Didier Fassin et Richard Rechtman, ainsi que Alain Bernard et Robert Cario. Nous renvoyons à leurs travaux pour plus de détails. Le projet de l'encadré est simplement de condenser leurs enseignements respectifs et de montrer ainsi que les associations de victimes s'appuient sur l'institutionnalisation des victimes dans le droit pour rallier à elles des individus accidentés. Voir Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée. Également Fassin (D.), Rechtman (R.), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime, op. cit.* Et enfin Bernard (A.), Cario (R.), dir., *Les politiques publiques interministérielles d'aide aux victimes,* L'Harmattan, Paris, 2001.
[87] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée., p. 15.
[88] *Ibid.*
[89] Fassin (D.), Rechtman (R.), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime, op. cit.*
[90] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 16.

les personnes atteintes d'un tel acte d'obtenir une réparation financière[91]. Ces structures associatives ne sont toutefois pas les seules à promouvoir la cause des victimes, insiste Stéphane Latté. Il y a également « des acteurs du débat judiciaire qui convoquent ''l'intérêt des victimes'' en soutien aux orientations pénales qu'ils sollicitent ; des magistrats de la Chancellerie qui les constituent en destinataires prioritaires d'une justice modernisée désormais attentive aux attentes de ses usagers[92] ». En effet, sous l'impulsion de travaux engagés par des juristes au sein du ministère de la Justice et centrés sur la valorisation des droits des accusés et des victimes, Robert Badinter, garde des Sceaux, crée en 1982 une « Commission d'études et de propositions dans le domaine de l'aide aux victimes ». Il confie sa direction à un professeur de médecine Paul Milliez. Outre ce professeur, étaient membres de cette commission des représentants de la magistrature, de la gendarmerie, du secteur social[93]. Le but était de définir les besoins des victimes et de mettre en œuvre une politique d'aide à leur encontre. Le rapport final[94] mentionne que « la détresse, le besoin d'aide, le sentiment d'urgence et le droit à la réparation doivent être considérés du point de vue de la victime ».

En septembre 1982, sept mois après la mise en place de cette commission, les prémices d'une politique publique d'aide aux victimes se dessinent. Un Bureau des victimes est créé au sein de la Direction des affaires criminelles et des grâces[95]. Deux objectifs étaient dévolus à ce Bureau : d'une part une meilleure indemnisation et participation de la victime dans le procès pénal et, d'autre part, le développement d'associations pour l'accueil et l'écoute des victimes le long de la procédure.

Ces objectifs se traduisent en premier lieu par le réagencement des Commissions d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI), présentes depuis la loi 77-5 du 3 janvier 1977 dans chaque Cour d'appel et qui, par la loi 83-608 du 8 juillet 1983, ont été installées dans les tribunaux de grande instance (TGI). La loi prévoit également une facilitation de l'indemnisation des victimes. Un Fonds de garantie spécialement dédié aux victimes d'actes de terrorisme est créé en 1986.

En second lieu, un Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) est fondé en 1986 afin de promouvoir la création de structures associatives d'aide aux victimes (nommées depuis les « Services d'aides aux victimes »). Il fédère leurs attentes, répartit les responsabilités. Si bien que l'INAVEM est « rapidement devenu le dispositif incontournable de l'expression du droit des victimes. Pour la première fois, celles-ci pouvaient se reconnaître dans une appartenance commune, reposant sur une même détermination à faire avancer leur cause publiquement et collectivement[96] ».

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, la politique publique d'aide aux victimes connaît une nouvelle impulsion sous l'effet de l'activité d'acteurs encore pluriels. Il s'agit notamment « des professionnels du commentaire qui y voient les personnages centraux d'une nouvelle société – la ''société des victimes'' – compassionnelle et désinstitutionnalisée ; des criminologues qui en font le cœur d'un projet disciplinaire

[91] Sur ce cas, voir Fassin (D.), Rechtman (R.), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime, op. cit.*, p. 165.

[92] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 20.

[93] Voir Bernard (A.), Cario (R.), dir., *Les politiques publiques interministérielles d'aide aux victimes*, *op. cit.*

[94] Milliez (P.), *Rapport de la commission d'études et de propositions dans le domaine de l'aide aux victimes*, Paris, La Documentation française, 1982.

[95] Il s'agit d'une sous-direction du ministère de la Justice. Elle a une mission d'élaboration, d'animation et de suivi de la politique pénale définie par le garde des Sceaux et gère à ce titre l'activité du service du casier judiciaire national.

[96] Fassin (D.), Rechtman (R.), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime, op. cit.*, p. 170.

renouvelé – la ‘‘victimologie’’ – ; des psychiatres qui l’établissent en prototype d’un syndrome émergeant (le traumatisme psychique) et en cible d’une nouvelle spécialité médicale (la psychotraumatologie) ; des statisticiens du crime qui se détournent provisoirement de la mesure de la délinquance pour en déterminer les besoins, les attentes, les opinions, etc.[97] ». Ce contexte est favorable à l’adoption de la loi du 15 juin 2000, « renforçant la présomption d’innocence et les droits des victimes ». Elle inscrit notamment dans le Code de procédure pénale que « l’autorité judiciaire veille à l’information et à la garantie des droits des victimes au cours de toute procédure pénale ». En outre, le 30 avril 2004 est créé par un décret au *Journal Officiel* le premier secrétariat d’État aux Droits des victimes.

La mise en œuvre concrète de la politique publique d’aide aux victimes revient cependant à l’INAVEM et, depuis un décret du 3 août 1999, au Conseil national d’aide aux victimes (CNAV), qui se substitue à l’ancien Bureau d’aide aux victimes de 1982. La création de ce Conseil national répondait à la demande de la Garde des Sceaux Élisabeth Guigou d’actualiser la politique d’aide aux victimes suite aux mobilisations de membres de différents champs professionnels décrites plus haut. À cet effet, un groupe de travail composé de magistrats, d’avocats, de médecins, d’élus locaux, de représentants de l’INAVEM et d’associations d’aide aux victimes avait été installé en décembre 1998 au ministère de la Justice. Son rapport a été remis au Premier ministre Lionel Jospin le 26 mars 1999. Il comporte 114 propositions, dont la numéro 96 stipule que « devra être instituée une instance spécifique de coordination nationale dénommée ‘‘Conseil national d’aide’’ aux victimes ». Créé en 1999, il comprend depuis 2010, des représentants de l’INAVEM et des associations de victimes, des élus (un député, un sénateur, un président de conseil départemental, un maire), le ministre de la Justice, de l’Intérieur, des affaires sociales et de la Santé. Il est chargé de faire des propositions en matière d’accueil et d’indemnisation des victimes d’infractions.

En définitive, la politique publique d’aide aux victimes est depuis le début des années 2000 transversale dans le sens où elle concerne plusieurs ministères. Elle s’attache également à rendre effectifs des droits pour les victimes : l’accueil dans les tribunaux, leur information et leur indemnisation. « Les victimes » sont devenues l’objet d’une politique publique et de droit en l’espace d’une vingtaine d’années.

« La répétition de ses usages dans différents contextes fait de la catégorie de victime une forme efficace et contraignante, dont la disponibilité sociale est largement connue[98] » insiste Violaine Roussel. S’il en est ainsi, c’est que l’activité d’un ensemble d’acteurs depuis les années 1980 a contribué à consacrer l’existence d’un groupe social au départ hétérogène en catégorie à part entière. Cependant, comme le montre le cas des surirradiés, l’identification d’individus confrontés à des accidents en victimes n’est pas spontanée au point de se passer du travail d’*intermédiaires*[99]. Ces intermédiaires peuvent être des responsables d’associations de

[97] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d’une catégorie sociale improbable et ses usages dans l’action collective,* thèse citée, p. 20. Le lecteur se reportera au travail de l’auteur pour plus de détails.

[98] Roussel (V.), « Les ‘‘victimes’’ : label ou groupe mobilisé ? Éléments de discussion des effets sociaux de la catégorisation », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 108.

[99] La notion d’intermédiaire s’inscrit dans la perspective d’une sociologie interactionniste attentive aux relations directes entre individus dans la vie quotidienne. Ce sont ces relations qui sont au principe des jugements des individus sur eux-mêmes et leurs activités. Voir en premier lieu Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Paris, Minuit, 1973 [1959]. Pour une analyse de ce type appliquée à l’engagement dans une carrière de « déviant », voir Becker (H.), *Outsiders, op. cit.*, p. 48 et suivantes.

victimes d'accidents ou, la partie suivante le montre, d'autres acteurs plus directement liés au domaine d'activité du droit : des avocats. En cela, la mobilisation des surirradiés ne saurait être restituée en recourant à ce que Stéphane Latté nomme « les théories événementielles de l'action collective[100] ».

Encadré 18. Les « théories évènementielles de l'action collective » et le cas des surirradiés hospitaliers

En ouverture de l'article destiné à faire le point sur les apports et limites de ces théories, Stéphane Latté écrit : « Dans les publications académiques comme dans les récits indigènes, l'émergence, depuis vingt-cinq ans, d'associations de ''victimes'' – sur le terrain des attentats, des accidents industriels ou des catastrophes naturelles – et la logique des engagements militants qui s'y rencontrent sont fréquemment rapportées à la confrontation à un événement inaugural (la mort d'un enfant, la destruction de l'environnement familier, l'expérience de la peur face à un accident hors du commun, etc.), aux conséquences traumatiques qui lui succèdent et aux bouleversements des schèmes de compréhension du monde qu'elle est supposée engendrer. L'événement dramatique se voit ainsi prêter une capacité à susciter lui-même des groupes mobilisés et à produire, du seul fait de sa force et de son évidence, des griefs et des mécontentements[101] ».
Dans sa thèse, Stéphane Latté énumère les différents concepts nés de cette orientation des recherches sur les mobilisations de victimes. Ces concepts vont du « grief subitement imposé » par un événement et en vertu duquel les individus se mobiliseraient selon Edward Walsh, au « choc moral » théorisé par James Jasper, en passant par le concept « d'ébranlement du quotidien » de David Snow et ses collaborateurs, ou celui de « groupe circonstanciel » de Cyril Lemieux et Jean-Paul Vilain[102]. Pourtant, insiste Stéphane Latté, on peut opposer à ces tentatives de caractérisation de la genèse des mobilisations de victimes des contre-exemples dans lesquels des organisations ou des identités sociales préalables (religieuse, militante etc.) ont joué un rôle important dans l'engagement d'individus dans de telles causes[103]. Aussi est-il permis de considérer selon l'auteur que les mobilisations de victimes « épousent en fait un continuum de situations[104] » allant du groupe circonstanciel au groupe fondé sur des affinités sociales préalables. Il s'agit par conséquent de ne pas écarter d'emblée l'exploration d'un « déjà-là » (savoir-faire, organisations, militants etc.) sous prétexte de la spécificité des mobilisations de victimes.

[100] Voir principalement Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective,* thèse citée., p. 421-435. Et Latté (S.), « La ''force de l'événement'' est-elle un artefact ? Les mobilisations de victimes au prisme des théories événementielles de l'action collective », *Revue française de science politique*, 3 (62), 2013, p. 409-432.
[101] Latté (S.), « La ''force de l'événement'' est-elle un artefact ? Les mobilisations de victimes au prisme des théories événementielles de l'action collective », art. cité, p. 409.
[102] Nous renvoyons à la these de l'auteur pour plus de détails. Pour les références, voir Walsh (E.), « Ressource Mobilization and Citizen Protest in Communities around Three Mile Island », *Social problems*, 1 (29), 1981, p. 1-21. Jasper (J.), *The Art of Moral Protest*, Chicago, Univesity of Chicago Press, 1997. Snow (D.), Cress (D.), Downey (L.), Jones (A.), « Disrupting the ''Quotidian'' : Reconceptualizing the Relationship Between Breakdown and the Emergence of Collective Action », *Mobilization*, 1 (3), 1998, p. 1-22. Vilain (J.-P.), Lemieux (C.), « La mobilisation des victimes d'accidents collectifs. Vers la notion de ''groupe circonstanciel'' », art. cité.
[103] Pour de tels exemples, voir Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective,* thèse citée., p. 48-49.
[104] *Ibid.*, p. 49.

Dans le dossier des surirradiations en milieu hospitalier, les théories événementielles n'apparaissent pas opératoires pour expliquer la genèse des dispositions à l'action de type victimaire des accidentés. En premier lieu parce que, plus que d'autres terrains d'enquête, celui des surirradiés expose l'analyste à l'erreur nominaliste à l'égard de la notion « d'événement » mise en évidence par Patrick Champagne[105]. Devant le flou qui entoure la notion dans les épisodes de surdoses – est-ce la surirradiation qui fait événement ou est-ce la révélation publique des surdoses, ou encore le fait de découvrir que des associations nationales d'accidentés prennent en charge l'affaire ? – l'analyste peut être tenté de « trancher » en proposant « une définition semi savante (du type ''j'appellerai 'événement'…'') et de ne retenir ainsi qu'un sens parmi tous ceux que cette notion peut avoir socialement quand ce n'est pas fabriquer une nouvelle définition, qui n'existe que pour celui qui la produit[106] ». Dans ces conditions, énoncer que la mobilisation des surirradiés est liée à l'événement relève de la gageure.

En second lieu, en dépit de l'extrême diversité de sens que peut revêtir la notion d'événement dans ce dossier (la surirradiation, ses conséquences sur les patients, ou sa révélation brutale en tant que telle), les griefs des surirradiés n'apparaissent pas lui être directement reliés. Comme signalé plus haut, leur avènement est plutôt la conséquence d'une rupture de la confiance entre un patient et son médecin tandis que leur prolongement par assimilation au vécu d'une condition de victimes a fortement à voir avec des savoir-faire militants ou juridiques. Les indices qui inclinent à considérer le rôle des intermédiaires d'identification de soi en victimes comme central dans cette mise en forme des griefs victimaires sont nombreux sur le terrain d'enquête. L'impossibilité pour une patiente vosgienne comme Andrée T. d'envisager « toute seule » une « procédure » judiciaire envers le personnel médical après avoir pourtant appris sa surirradiation par la presse, en est un bon exemple. Tout comme la perplexité initiale des parents d'une jeune fille confrontés à une information similaire à Toulouse et à une hémorragie cérébrale désormais suspecte. Chez cette famille, la naissance de revendications indemnitaires *après* la prise de contact avec une association nationale d'accidentés (et non après la surdose en tant que telle) est un nouvel indice de l'inopportunité de la notion d'événement pour restituer la genèse des griefs victimaires. De même ce sont des dispositions ancrées dans une trajectoire sociale qui expliquent que des patients comme Philippe S. ont, dès la connaissance de leur surdose, converti leur désillusion à l'égard d'un rapport social fondé sur la confiance (la relation médicale) en un sentiment d'injustice propice à l'émission de reproches. Ces reproches trouvent enfin leur aboutissement dans le rapprochement des personnes surirradiées avec des professionnels du droit, laissant entrevoir combien l'engagement dans une cause de victimes repose sur une coproduction d'acteurs et non pas prioritairement sur un événement.

2.2. Quand des avocats créent le groupe de victimes

Si, sur ce terrain d'enquête, l'événement de surirradiation ne saurait être isolé comme le moteur des ralliements à l'action collective des surirradiés, sa révélation publique crée en revanche des conditions favorables à l'intervention d'acteurs bien identifiés : les avocats. À l'instar des permanents des associations nationales de victimes d'accidents, ces professionnels

[105] Champagne (P.), « L'événement comme enjeu », art. cité, p. 407.
[106] *Ibid.*, p. 407.

du droit se mobilisent dès que surgissent dans l'actualité des accidents médicaux collectifs de l'ampleur des surirradiations hospitalières. Confrontés à quelques patients gravement blessés qui les contactent ou viennent les rencontrer directement à leur cabinet, les avocats évaluent la situation et estiment l'action à engager en se calquant sur le déroulement des précédentes affaires sanitaires. Face à des victimes isolées et une majorité de patients ayant des difficultés à se percevoir ainsi, il s'agit pour eux de créer le groupe et faire advenir une affaire. Si en effet l'« espace des mouvements sociaux[107] » est une zone d'évaluation mutuelle au sein de laquelle « le niveau d'activité des autres mouvements et organisations, le destin de leurs tentatives de mobilisation, leurs innovations tactiques ou les mises en forme originales de leurs revendications… sont l'objet d'une saisie perceptive permanente, et constituent des indicateurs d'un état du contexte sur lesquels se fondent les évaluations du ''jouable'', de l'''opportun'' ou encore du ''risqué''[108] », alors il y a toutes les raisons de supposer que des avocats avec un ancrage local fort ont très vite appréhendé les surirradiations hospitalières comme de véritables scandales sanitaires, et ont transposé sur ces dossiers des savoir-faire forgés lors des précédentes mobilisations de victimes de drames de santé.

a) Des mobilisations collectives de victimes orchestrées

L'intervention des professionnels du droit dans le dossier des surdoses se distingue sur un point de celle des associations nationales de victimes d'accidents : contrairement à ces dernières, les avocats incitent les surirradiés entrés en contact avec eux à créer leurs propres associations de victimes. Leur perception des situations individuelles des patients est en fait liée à une « logique du précédent » qui les incline à conseiller de « faire nombre » afin de faire exister des affaires marquées par un risque d'étouffement. Dans les deux terrains étudiés, cette orientation de leur activité s'articule à un passé professionnel largement générateur de savoir-faire en la matière.

Dans l'histoire toulousaine, Odile G., après avoir contacté le journaliste du *Parisien*, s'est mise à la recherche d'un avocat. Après plusieurs « sondages » auprès de membres de la profession, son choix se porte sur Christophe Lèguevaques, avocat disposant d'un cabinet à Toulouse. Il lui semblait sensible à son cas et intéressé par ce dossier médical et technique.

[107] Mathieu (L.), « L'espace des mouvements sociaux », *Politix*, 1 (77), 2007, p. 131-151. Voir également Mathieu (L.), *L'espace des mouvements sociaux*, Bellecombe-en-Bauges, Croquant, 2012.
[108] Mathieu (L.), « L'espace des mouvements sociaux », art. cité, p. 135.

Pourtant, M[e] Lèguevaques était originellement spécialisé dans le droit des affaires et relativement jeune dans la profession au moment où émerge l'affaire des surirradiations hospitalières. La création de son cabinet personnel datait en effet de moins de dix ans. Cet avocat débute sa carrière en 1992. Membre du barreau de Paris, il s'est d'abord forgé une expérience dans un grand cabinet parisien (cabinet Jeantet & Associés). Il crée ensuite, avec deux associés, le cabinet « CLE avocats associés » en 1999. Installé à Paris, ce cabinet dispose d'une antenne à Toulouse. C'est dans le cadre de son activité toulousaine que Christophe Lèguevaques a été l'un des défenseurs de victimes de l'explosion de l'usine AZF survenue à Toulouse en septembre 2001. Il assurera ensuite la défense de la ville de Toulouse dans cette affaire[109]. Il détenait ainsi un certain savoir-faire dans le domaine du droit des victimes. Le dossier des surirradiés lui rappelle d'emblée celui des victimes d'AZF.

> « Je reviens à AZF mais c'est aussi vrai pour le dossier des irradiés. L'un des aspects les plus importants de ce dossier, c'est ce que l'on appelle l'asymétrie des informations. Le mot asymétrie. C'est-à-dire qu'il y en a qui savent : les techniciens, les médecins etc.. Et eux, parce qu'ils savent, ils sont sur un piédestal. Et nous, on est obligé d'écouter, de dire : ''Oui monsieur, d'accord monsieur''. Et ça, c'est insupportable. Ils ont peut-être fait des grandes études, mais nous, on est plus nombreux et on met en commun nos petites intelligences pour essayer de comprendre, de voir les contradictions, de dire : ''Ça, ce n'est pas possible'' ».
> [Entretien. 18 janvier 2012].

La similitude entre l'affaire des surdoses et celle de l'usine AZF ne s'arrête pas, pour l'avocat, à cet élément technique. Comme celle d'AZF, l'affaire des surirradiations connaît dès ses débuts un retentissement national et vient par ailleurs affecter des patients d'une ville dans laquelle l'avocat était alors impliqué politiquement (il a été candidat à l'investiture de maire de Toulouse au sein du Parti socialiste en 2007 mais Pierre Cohen – qui deviendra maire – eut la faveur des militants). Cette affaire avait ainsi tout d'un dossier d'ampleur qu'un cabinet toulousain d'avocats comme le sien, ayant déjà pris en charge une affaire accidentelle, ne pouvait négliger.

Après la parution du scoop du *Parisien*, il entre en contact avec Odile G. qui venait de témoigner dans ce même quotidien et qui l'avait sollicité. Il lui propose de témoigner à nouveau dans les médias. Après avoir obtenu son accord, il organise la venue d'une équipe de télévision locale à son cabinet, afin de réaliser une interview. De son point de vue, l'objectif de cette

[109] Voir le site Internet de l'avocat : www.leguevaques.com. Et en particulier : www.leguevaques.com/Interview-de-Me-Leguevaques-avocat-de-la-ville-de-Toulouse-au-proces-AZF_a130.html.

interview télévisée était double. Il s'agissait par l'évocation du cas de cette patiente surirradiée, de contester efficacement la communication initiale des médecins de l'hôpital Rangueil selon laquelle il n'existait aucune « anomalie » et « impact sur les organes adjacents[110] » des patients. Et, dans un second temps, ce reportage télévisé devait permettre de se mettre en relation avec les autres personnes surirradiées de l'hôpital toulousain dans l'espoir de construire une cause collective. Ce deuxième objectif est atteint puisque, deux jours après la conférence de presse, la patiente a reçu un premier coup de téléphone d'un patient toulousain, le surlendemain un autre : « Ça a fait ça pendant six mois », dit-elle en entretien. Une association de victimes intitulée SOS Irradiés 31 voit le jour le 13 juin 2007 dans le cabinet de M[e] Lèguevaques, en présence de trois personnes ayant contacté Odile G. après son témoignage télévisuel. Cette dernière est élue à cette occasion présidente de la nouvelle association. Une « base[111] » de patients mobilisés venait de se créer, sous l'impulsion de l'avocat. Celui-ci en rédige les statuts.

> « En droit français, […], le seul moyen que vous avez dans un sinistre de cette ampleur pour réunir le plus possible de monde et peser, c'est monter une association. Donc le premier conseil que je leur ai donné, c'est de dire : ''Fédérez-vous, unissez-vous'' et vous aurez encore plus de poids. Et c'est d'ailleurs comme ça que madame G., qui est une femme très entreprenante, a réussi à mobiliser quasiment 80 personnes sur 145 ». [Entretien. 18 janvier 2012].

Une dynamique similaire impliquant un avocat s'observe dans le dossier des surirradiés d'Épinal. M[e] Welzer a aussi invité les surirradiés à créer leur association. Cet avocat s'empare du dossier spinalien très tôt, dans les jours qui suivent la conférence de presse de l'ARH de Lorraine d'octobre 2006 révélant les premiers cas de surirradiations à l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal. L'avocat accueille dans son cabinet des personnes qui ne faisaient pas partie des cas mentionnés.

> « Au début, il y a eu une vingtaine de personnes qui sont venues me voir. Et quand j'ai vu une telle chose, je me suis dit : ''Ce n'est pas possible, s'il y a 20 personnes, il y en a d'autres pour qui ça a dû se passer''. Moi, j'ai déjà essayé de solutionner ça à l'amiable. Donc j'ai écrit à la compagnie d'assurance de l'hôpital, la SHAM, et la compagnie d'assurance m'a répondu en m'envoyant balader. En me disant qu'il n'y avait pas de surirradiation etc. Je me dis : ''Qu'est-ce que c'est ? Ah bon''. J'ai déposé une plainte au pénal. En matière juridique si vous voulez, le droit pénal a l'avantage de faire déclencher une enquête, avec des policiers, avec des mesures d'investigations qui

[110] Extrait de l'article de Benkimoun (P.), « 145 patients du CHU Rangueil de Toulouse auraient été ''irradiés'' », *Le Monde*, 24 mai 2007.
[111] Suaud (C.), « Le mythe de la base. Les États Généraux du développement agricole et la production d'une parole paysanne », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (52), 1984, p. 56-79.

font que l'on peut difficilement étouffer. Je dis difficilement étouffer parce que le risque d'étouffer une affaire est toujours présent quand même ».
[Entretien. 30 novembre 2011].

La fin de non-recevoir adressée à l'avocat par la compagnie d'assurance au sujet d'un accord à l'amiable est à l'origine d'un dépôt de plainte contre X avec constitution de partie civile[112]. Cette démarche avait pour objectif l'ouverture d'une information judiciaire mais également une médiatisation de l'affaire.

« Je dépose donc une plainte pénale et qui dit plainte pénale dit médiatisation. Alors, le rôle d'un avocat : la médiatisation c'est à utiliser à plusieurs conditions. Premièrement si les clients le veulent, et deuxièmement que ça ait une utilité pour la cause. En l'espèce, les clients le voulaient et ça pouvait avoir une utilité pour la cause parce que les pouvoirs publics, dans une affaire comme celle-ci, ne bougent que s'ils sont obligés de bouger. Pourquoi ? Parce que les pouvoirs publics ont un rôle politique et les pouvoirs quels qu'ils soient ne bougent que s'il y a une pression ».
[Entretien. 30 novembre 2011].

Par le dépôt de plainte, l'avocat souhaitait mettre les problèmes des patients à l'agenda médiatique et espérait ainsi disposer de moyens de pressions dans l'optique de discussions avec les autorités et l'hôpital. Si l'avocat se dit certain d'une médiatisation accrue de l'affaire avec l'ouverture d'une enquête judiciaire, c'est aussi qu'il réutilisait un savoir-faire déjà mis en œuvre dans des affaires antérieures et notamment dans l'affaire de l'amiante. M[e] Welzer est en effet un personnage clé de cette affaire en ce que, comme le signale Emmanuel Henry, sa plainte déposée contre X pour homicide involontaire en 1994 pour le compte des « veuves de quatre enseignants du lycée La Rochotte de Gérardmer[113] » a participé à faire de l'amiante un sujet d'actualité à part entière, favorisant une redéfinition de ce problème en « scandale sanitaire » dans les médias.

La thématique des rapports entre le droit et la médiatisation ne lui était par conséquent pas étrangère. Deux ans après l'affaire de l'amiante, il faisait d'ailleurs paraître un ouvrage sur les rapports entre le « juge, le journaliste et le citoyen[114] ». En somme, c'est un avocat

[112] Une plainte avec constitution de partie civile permet en effet « de saisir directement un juge d'instruction et demander l'ouverture d'une enquête appelée information judiciaire ». Elle se distingue de la plainte simple qui est « l'acte par lequel une personne qui s'estime victime d'une infraction en informe le procureur de la République, directement ou par un service de police ou de gendarmerie ». Elle autorise la victime à demander à l'autorité judiciaire la condamnation pénale de l'auteur. Le procureur peut en effet, s'il ne classe pas la plainte sans suite, décider une citation directe devant un tribunal ou proposer des mesures alternatives aux poursuites. Voir le site Internet du ministère de la Justice, www.vos-droits.justice.gouv.fr.
[113] Henry (E.), *Amiante. Un scandale improbable, op. cit.*, p. 76.
[114] Welzer (G.), *Le juge, le journaliste et le citoyen*, Courtry, Bartillat, 1996.

expérimenté qui s'empare de l'affaire des surdoses, détenteur de savoir-faire en matière de défense de causes (qu'elles soient liées à des phénomènes sanitaires ou non). Avocat au barreau d'Épinal, M[e] Welzer a débuté son activité en 1977. Outre l'affaire de l'amiante, il est intervenu dans de nombreuses affaires médiatisées comme celle dite du « petit Grégory », en tant que défenseur de Marie-Ange Laroche, veuve de Bernard Laroche tué en 1985 par Jean-Marie Villemin, étant convaincu qu'il était le meurtrier de son fils. Il a défendu des parties civiles dans le procès du dirigeant nazi Klaus Barbie, accusé de crimes contre l'humanité devant la Cour d'assise de Lyon en 1987. Il participe également, en tant que défenseur des parties civiles, au procès de l'ex-préfet Maurice Papon en 1997, accusé lui aussi de crimes contre l'humanité. Il s'implique ensuite dans un premier dossier de santé publique, celui du sang contaminé, en tant que défenseur de l'ex-secrétaire d'État à la Santé, le socialiste Edmond Hervé[115]. En parallèle de sa carrière professionnelle, Gérard Welzer a été député des Vosges apparenté socialiste de 1986 à 1988, puis directeur de cabinet de Pierre Mauroy lorsque ce dernier était premier secrétaire du Parti socialiste, de 1988 à 1992. Au niveau local, il a été président de la fédération de la Ligue des droits de l'Homme des Vosges en 1996 et conseiller municipal d'Épinal au début des années 2000, opposant du maire Michel Heinrich élu pour la première fois en 1997 (Rassemblement pour la République, RPR) et réélu en 2001.

Dans l'affaire des personnes surirradiées à l'hôpital d'Épinal, Gérard Welzer se fait progressivement « *cause lawyer*[116] », c'est-à-dire le défenseur « non seulement intellectuel[117] » mais plus tard, « dans le prétoire », des personnes surirradiées au sein de l'hôpital local.

> - Florian Pedrot : « Et comment se fait-il que vous ayez accepté ce dossier d'ailleurs ? C'est parce que des gens sont venus mais est-ce que vous aviez une cause à défendre, est-ce que ça vous tenait à cœur ?
> - Gérard Welzer : Vous savez, tout est mélangé. Premièrement si les gens n'étaient pas venus, je n'aurais pas... Ce n'est pas vous qui allez chercher les dossiers, ce sont les gens qui viennent à vous. […]. Et ensuite parce que je n'ai pas l'habitude de refuser quand je sens qu'un dossier tient la route. Et puis, quand c'est un drame quoi, parce que ce dossier est un drame énorme ».
> [Entretien. 30 novembre 2011].

Les traits saillants qui ont participé à l'édification analytique de la figure du *cause lawyer* (avocat militant) – affirmer sa sensibilité face au caractère dramatique d'une situation

[115] Les mises en cause judiciaires auxquelles ont donné lieu ce dossier ont été détaillées dans la première partie de la thèse.
[116] Voir Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », art cité.
[117] Voir Israël (L.), « Usages militants du droit dans l'arène judiciaire : le cause lawyering », *Droit et société*, 49 (3), 2001, p. 795.

et rechercher une justice pour les personnes affectées – caractérisent l'approche du dossier des surirradiations de cet avocat. Son ancrage local (professionnel et politique) l'incline à s'intéresser à la situation vécue par les patients spinaliens et à lui attribuer un caractère dramatique. La gestion d'un hôpital est en effet une prérogative des municipalités comme le rappelle l'ex-conseiller technique de Xavier Bertrand pour les crises sanitaires au ministère de la Santé, Martin G. :

> « Vous savez qu'un hôpital, c'est très lié à la ville. Le président d'un conseil d'administration de l'hôpital, en général c'est le maire de la ville. C'est un sujet beaucoup plus politique qu'on ne le croit, un hôpital. […]. Voyez les élus qui vont faire des manifestations etc., qui veulent qu'on reconstruise leur hôpital, qu'on ne ferme pas la maternité, c'est toujours les élus qui sont en tête, peu les associations, les riverains. Ce n'est pas juste parce que ça les amuse de porter… Non, c'est parce qu'ils sont responsables, parce qu'ils sont président du conseil d'administration, en général, des hôpitaux. […] Et donc un avocat qui attaque l'hôpital, il sait qui il attaque, il attaque la mairie ».
> [Entretien. 8 février 2014].

Un dossier de santé publique local comme celui des surirradiations se rapporte aussi à des enjeux politiques locaux. Néanmoins, l'insertion de l'avocat dans cet espace n'explique pas à elle seule son investissement en tant que *cause lawyer*. Sa propension à convertir les contraintes inhérentes à une telle affaire – « quand un dossier comme ça vous tombe dessus, ça perturbe la vie d'un cabinet » précise-t-il en entretien – en vertus (humanité qui préside à la prise en charge de la cause et de la clientèle, dossier intéressant et qui « tient la route ») est aussi le produit « de transformations affectant l'univers de la production et de la défense des causes et l'univers des professions juridiques[118] ». La multiplication des porteurs de causes dans l'espace public donne en effet l'occasion aux avocats d'investir de nombreux terrains de défense et de jouer un rôle important dans la mise en forme des mécontentements. Ainsi, M[e] Welzer ne se considère pas comme un avocat spécialisé dans un domaine et revendique au contraire sa polyvalence et sa faculté à traiter une telle affaire de surirradiations.

> « En province, on vous dit : ‘‘Vous savez, vous êtes des avocats spécialisés’’, ce qui est faux. Un avocat, il doit être spécialisé en ‘‘gagner’’. Des techniciens dans tel ou tel matière, aujourd'hui, avec les banques de données informatiques, les techniciens vous en avez des milliers. Ce qu'il faut dans un dossier, c'est une bonne stratégie. […]. Alors ici – vous m'avez parlé d'autres avocats – ici, certains autres avocats avaient, plusieurs mois avant nous, reçu des victimes sans qu'il n'y ait rien eu de fait... Est-ce parce qu'ils

[118] Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », art. cité, p. 22.

> n'ont pas senti qu'il pourrait y avoir quelque chose ? Ou est-ce parce que l'on n'a pas voulu attaquer l'hôpital ? Vous comprenez, après, c'est une question d'être libre, hein. Bon, moi, je n'ai de compte à rendre à personne, je suis libre. Il y a une bêtise de faite par X ou Y, allons-y ».
> [Entretien. 30 novembre 2011].

L'intervention de ce professionnel du droit consiste au départ à convaincre ses premiers clients d'une action possible sur leur état, en leur proposant rapidement de se lancer dans une action collective. Philippe S. par exemple, patient de la cohorte « Épinal 2 » (c'est-à-dire des accidents de surirradiations à hauteur de 8 % et plus), s'adresse à cet avocat après réception d'une lettre de l'hôpital d'Épinal l'informant de sa surirradiation.

> « Je vais le voir [Gérard Welzer]. Je n'avais jamais eu affaire à la justice, jamais eu affaire à monsieur Welzer, à un avocat, rien. […]. J'amène ma lettre. Et puis il m'explique. Et puis je lui dis : ''Oui mais enfin''. Dans mon esprit, les sous, je m'en fichais, moi ce que je voulais, c'était continuer à vivre et puis pouvoir bosser. Et il m'a répondu quelque chose qui m'a décidé quasiment en un quart de seconde il m'a dit : ''Monsieur, si vous ne portez pas plainte et que vous disparaissez, quelle que soit la raison, et que votre cas est reconnu dans le futur comme potentielle victime directe, votre famille ne touchera rien''. ''Je signe où ?'' ».
> [Entretien. 23 septembre 2011].

Philippe S. franchit la porte d'un cabinet d'avocat avant tout pour tenter de cerner les implications de son nouvel état d'accidenté. Mais le professionnel du droit rencontré l'incite, au cours de l'entrevue, à anticiper son avenir et celui de son entourage. Au contact de cet avocat, il se sensibilise aux enjeux juridiques liés à sa situation d'accidenté et s'engage incidemment dans l'action victimaire. C'est également le cas d'Alain B., même si les effets de l'activité de l'avocat sur son ralliement à l'action s'exercent à un autre stade. Surirradié « d'Épinal 2 » comme il le signale en entretien, Alain B. reçoit un appel téléphonique de l'IRSN en mars 2007. Cet institut mène une enquête sur les dossiers de certains patients traités par radiothérapie à l'hôpital Jean-Monnet. Un premier courrier de l'hôpital lui est envoyé le 27 avril 2007 et lui confirme sa surirradiation. À l'époque, ce professeur retraité de 61 ans, agrégé de littérature en classe préparatoire scientifique et titulaire d'un doctorat sur le dramaturge Paul Claudel obtenu à l'Université de Nancy en 1996, souffrait de symptômes attribués médicalement à la radiothérapie de la prostate suivie de septembre à octobre 2003 (saignements rectaux, troubles de la vessie etc.). En 2004 et 2005, les saignements rectaux ont continué, tout en s'atténuant,

mais une coloscopie[119] ne révèle rien. La réception en avril 2007 de la lettre de l'hôpital est à l'origine de discussions familiales telles que le patient se convainc de prendre contact avec l'avocat Gérard Welzer, dont l'action sur le dossier était connue par la lecture de la presse locale.

> - Florian Pedrot : « Et vous dites : ''On m'a dit tout de suite : il faut te constituer partie civile'', c'est lié à des discussions avec votre femme par exemple ?
> - Alain B. : Eh bien c'est vrai que, depuis octobre 2006, tout le monde en parlait, dans les médias, de ces accidents, de M[e] Welzer. Et puis il y avait une de nos filles qui était présente à ce moment-là sous notre toit. […]. Et puis en en parlant, c'est elle qui… Elle avait fait un peu de droit dans le cadre de ses études d'administration économique et sociale. Bon et puis même sans ça, je l'aurais fait moi-même. Et je me suis constitué partie civile.
> - Donc vous êtes allé voir monsieur Welzer à son cabinet ?
> - Mmh.
> - Et il vous a dit de porter plainte ?
> - Oui, oui, je ne me rappelle plus mais je pense que cela s'est passé comme ça ».
> [Entretien. Alain B., adhérent de l'AVSHE. 1[er] décembre 2011].

La remémoration difficile de la rencontre avec l'avocat et l'insistance sur le fait que, même sans la discussion avec sa fille, il se serait constitué partie civile montrent que la décision d'Alain B. de se rallier à l'action dépend plus de la médiatisation du dossier que de l'entrevue avec l'avocat en tant que telle. Il demeure que c'est bien la présence de ce professionnel dans le dossier qui laisse entrevoir la possibilité d'une action possible sur son état d'accidenté.

Après cette entrevue, Alain B. comme Philippe S. se rendent « à l'hôtel Ibis » dans le centre-ville d'Épinal. Une réunion se tient à l'initiative de l'avocat spinalien. Elle réunit vingt-huit personnes. Comme les deux enquêtés, des surirradiés et leurs proches ayant contacté le professionnel du droit sont présents. Philippe S. est accompagné de sa femme. Il précise que c'est Gérard Welzer qui indique aux personnes présentes qu'il serait profitable pour elles de se regrouper en association.

> « On était vingt-huit […]. Et vous savez comment ça marche : les gens posent des questions etc.. Et Gérard Welzer dit : ''Écoutez, le mieux, il n'y a rien à faire, aujourd'hui dans notre société, pour être entendu, il faut créer une association''. ''Ouais'' [Phillipe S. applaudit]. ''Il faut un président''. Tout le monde était comme ça [il lève les yeux, mimant la gêne]. Alors j'étais au fond avec Anne-Lise [sa femme] et puis bon : 54 ans, actif, je suis ingénieur en informatique, ça aide, j'ai tout ce qu'il faut

[119] Réalisée par un gastroentérologue, sous anesthésie générale, la coloscopie est l'examen de référence pour détecter des lésions du côlon ou du rectum, qu'elles soient cancéreuses ou non. Voir le site Internet de l'INCa. www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Diagnostic/Coloscopie.

> à la maison. Je dis à ma femme : ‘‘Qu’est-ce que je fais’’ ? Et puis je voyais bien les autres. Pour certains je suis leur gamin, il ne faut pas oublier qu’il y a des gens de 80 ans, je suis leur petit [...]. On a bien une génération d’écart. […] Donc je me suis présenté, j’ai été élu à 100 % des voix. Étant le seul candidat, c’est quand même très facile. Je crois que les autres étaient un petit peu soulagés ».
> [Entretien. 30 novembre 2011].

La proposition de regroupement émise par l’avocat spinalien lors de cette réunion est justifiée dans les mêmes termes que ceux employés par l’avocat toulousain à l’adresse des surirradiés de l’hôpital Rangueil : il s’agit de se donner les moyens d’être « entendus ». Pour faciliter les choses, M^{e} Welzer précise qu’il sera aux côtés des victimes dans leur combat. Il participera activement à la rédaction des statuts de l’association. L’intérêt d’une telle structure collective est, selon le professionnel du droit, d’autoriser les surirradiés à « porter leur douleur » publiquement, d’une manière qui ne desserve pas la cause et l’objectif de réparation.

> « Donc les vingt personnes, on les a réunies, je leur ai proposé, moi, de monter une association parce que je leur ai dit : ‘‘Tout seul, vous ne serez rien. Si vous montez une association vous serez fort’’. […] J’ai dit : ‘‘Qui souhaite être président de l’association ?’’. Philippe S. a levé le bras, etc. Voilà comment ça s’est fait. Parce que la douleur des victimes, ce n’est pas l’avocat qui peut la porter. Nous, on est pris par le quotidien, par l’agenda. Il n’y a que ceux qui connaissent la douleur qui peuvent la porter. Et puis eux, ils savent ce que c’est. Moi, j’avais un rôle de conseil [...] ».
> [Entretien. 30 novembre 2011].

L’incitation de l’avocat spinalien à créer une association de victimes de surdoses a ainsi une double dimension stratégique. Il s’agit non seulement de donner naissance à une organisation capable d’intéresser un grand nombre de surirradiés en mettant l’accent sur le partage des douleurs et leur dépassement. Mais il s’agit aussi, par cette même collectivisation des souffrances, de produire des liens de causalité entre des surdoses et l’état de santé des patients, dans l’optique d’obtenir réparation des préjudices subis.

b) De la base mobilisée à la production des victimes

Ainsi, faire exister une affaire sanitaire nécessite de créer une base de personnes mobilisées suffisamment élargie. Indispensable dans le dossier spinalien, où les victimes ne ressortant pas des accidents les plus irradiants ont vu leur sollicitation rejetée par les assurances hospitalières, la création d’un collectif l’est aussi à Toulouse, où la communication du service

de radiochirurgie consistait, à ses débuts, à réfuter l'affaiblissement de l'état de santé des patients. « À ce jour, nous n'avons constaté aucune anomalie [...] chez ces patients pour lesquels nous disposons, dans la moitié des cas d'un recul d'un an et, dans deux tiers des cas, d'un recul de six mois. […] Les 145 malades ont effectivement reçu une dose excessive, mais qui reste dans la fourchette admissible selon les données de la littérature médicale[120] ». Compte tenu de cette communication, mettre en évidence un préjudice dans cette affaire était primordial et passait nécessairement par un regroupement des surirradiés revendiquant clairement leur état d'accidentés. Plus l'association allait accueillir d'ex-patients de l'hôpital toulousain traités par radiochirurgie pendant la période de surdosages, plus il apparaîtrait un lien de causalité entre les symptômes de ces patients et le traitement subi.

Les mobilisations de surirradiés font ainsi partie de ces mobilisations sanitaires dans lesquelles il s'agit de produire des causalités entre l'état de santé des victimes et un fait générateur, au moyen de la création d'une association de victimes. Or, une fois créée, cette association abaisse les coûts de l'enrôlement dans l'action collective et en tant que telle, est une entreprise de production de victimes. Les coûts liés à la protestation sont minimes voire absents puisqu'une structure organisationnelle existe déjà et que des personnes peuvent s'y rallier sur la simple foi de symptômes ou d'une date de traitement en adéquation avec la période de surdosages. Ce rôle d'appel à l'enrôlement est particulièrement visible dans le cas de ce patient toulousain, surirradié à la suite de sa radiochirurgie pour une malformation artério-veineuse. François L. apprend sa surirradiation sur son lieu de travail (il est alors employé d'un grand groupe de télécommunication français).

> « Ma femme entend à la radio, avant de lire l'article, qu'il y a des patients qui ont été surirradiés. 145 patients. Alors moi je me suis d'abord dit : ‘‘Je ne suis pas dedans, sinon je le saurais, on me l'aurait dit’’. [...] Je me souviens très, très bien de ce jour-là, comme si c'était hier. On a l'impression que le ciel vous tombe sur la tête. J'ai été voir l'infirmière du travail chez nous, j'étais au bord des larmes quoi. […]. D'un seul coup j'ai pris conscience que je faisais partie des 145. Donc on a vu qu'il y avait SOS Irradiés 31 qui s'était créée. Et j'ai tout de suite appelé le numéro. C'était Odile [la présidente]. Je ne sais plus ce qu'elle m'a dit à l'époque mais c'était : ‘‘Vous voulez faire partie de l'association ?’’ J'ai dit ‘‘ok’’, tout de suite ».
> [Entretien. François L., 55 ans, surirradié à l'hôpital de Toulouse, adhérent de SOS Irradiés 31. 19 janvier 2012].

[120] Cette précision est fournie par un médecin du service lors d'une conférence de presse organisée après la parution du scoop du *Parisien*. Elle figure comme telle dans l'article de Benkimoun (P.), « 145 patients du CHU Rangueil de Toulouse auraient été ‘‘irradiés’’ », art. cité.

La cause de victimes des surirradiations de Toulouse et son organisation sont faites : elles ne sont par conséquent plus à élaborer. La précision est d'importance parce qu'elle souligne qu'avec la cause se crée un « appel » à l'enrôlement qui a d'autant plus de chance d'être entendu que l'activité d'un avocat et d'une patiente ont rendu la mobilisation des surirradiés plus aisée. Que ces surirradiés aient ou non perçu leur situation d'accidenté comme une injustice lors de la réception d'une lettre de l'hôpital ou à la lecture de la presse, qu'ils aient ou non adressé dans la foulée des reproches à leur médecin ou un tiers, il demeure que nombre d'entre eux se réalisent victimes au contact des membres de l'organisation nouvellement créée. Non seulement l'identification de soi en victimes est rendue possible, mais la mobilisation de soi en tant que victimes de surdoses pour obtenir les droits afférents est également rendue envisageable. Apprenant que des voies de recours existent et que des patients ont l'intention de les emprunter, un espoir de réparation naît parmi ces personnes accidentées à Toulouse. Ils rejoignent ainsi massivement SOS Irradiés 31 (près de 80 adhérents au plus fort de la mobilisation en 2008 sur 145 surirradiés). Le cas des surirradiés toulousains montre ainsi que la simple existence d'une cause collective initie chez de nombreux patients accidentés un processus de réalisation en victimes.

Il en va de même dans l'histoire des surirradiés d'Épinal. Un nombre très important de patients et de proches rejoignent l'AVSHE après sa création en juin 2007. Un an plus tard, elle comportait en effet quelque 350 adhérents. Beaucoup d'ex-patients de l'hôpital d'Épinal se rapprochent de l'association après avoir appris par les médias que certains surirradiés s'étaient regroupés. C'est le cas d'Henri B.. Il fait partie des 409 patients surirradiés à 8 % et plus de l'accident dit « Épinal 2 ». Traité pour un cancer de la prostate d'octobre à décembre 2005, il réalise que la lettre de l'hôpital reçue à son domicile en avril 2007 peut donner lieu à revendications lorsqu'il prend contact avec le nouveau président de l'AVSHE.

> « J'ai reçu la fameuse lettre du 27 avril. Ils me proposaient de s'arranger à l'amiable. Mais j'avais vu dans la presse que l'association s'était créée. J'ai appelé Philippe S. [son président]. Et puis il m'a dit. ''On a l'avocat M^{e} Welzer, tu m'amènes la lettre''. Et c'est là que Gérard Welzer m'a dit : ''Surtout, ne fais pas un arrangement à l'amiable, parce qu'après, tu n'auras plus de recours''. Et c'est bien vrai, car il y en a eu deux ou trois qui ont fait ça et ils ont voulu venir à l'association. Ils pouvaient, mais sans pouvoir avoir d'autres indemnisations ».
> [Entretien. Henri B., 62 ans, surirradié à l'hôpital d'Épinal, trésorier de l'AVSHE depuis 2011. 19 janvier 2012].

Après son ralliement à l'association, Henri B. connaît d'importants problèmes de santé, deux ans après sa radiothérapie. Cette dernière ne l'avait pourtant pas empêché d'exercer jusque-là la profession de grutier.

> - Florian Pedrot : « Pendant les trente-cinq séances de rayons [d'octobre à décembre 2005], est-ce que vous étiez fatigué, vous aviez mal quelque part ou...
> - Henri B. : Non, justement, mais mon urologue voulait que j'arrête de travailler pendant le traitement des rayons.
> - Pourquoi il voulait ça ?
> - Soi-disant parce que ça fatiguait. Moi j'ai dit : ''Il est hors de question que j'arrête de travailler'', je me suis arrangé avec le chef d'atelier et le patron [...]. Et puis oui, au bout de deux ans à peu près [en 2007], un matin je vais à la selle : des traces bien rouges. Du sang. Je vais voir mon médecin traitant. Il m'a dit : ''Il faut prendre rendez-vous avec votre urologue, il y a un problème''. Quand il m'a dit ça bon... Et puis j'ai passé une coloscopie, et c'est là qu'ils ont décelé un bout d'intestin grillé sur 15 centimètres ».
> [Entretien. 19 janvier 2012].

L'association de victimes offre dans ces conditions un réconfort par la socialisation du surirradié au sein d'un collectif composé de membres aux problèmes semblables. C'est ce que décrit Henri B. :

> « Nous, en étant en association, on parle entre nous, on est dans les mêmes cas. Et puis disons que, on n'aurait pas eu cette association, tout seul ce n'est pas possible […]. La grosse réunion, c'est tous les ans. On fait le bilan de l'année écoulée. M[e] Welzer le fait aussi. […]. Il n'y a pas de journaliste dans la salle : les portes sont fermées, on est chez nous. Et après, en fin de réunion, sur les coups de 17-18 heures – parce qu'à 18 heures […] on est encore en réunion – là, il y a certains patients qui expliquent leur cas, qui demandent ce qu'il faut faire. […] Pour ainsi dire, on est en famille ».
> [Entretien. 19 janvier 2012].

À ce titre, un parallèle peut être fait entre les formes traditionnelles de l'engagement militant et l'engagement dans une cause victimaire. Historiquement, la délégation prévalant dans les organisations politiques et syndicales des groupes dominés était en effet la solution trouvée pour « réassurer, de façon permanente, souvent au prix du retournement du stigmate, une identité valorisée, indissociablement individuelle et collective[121] ». Sous cet angle, il n'y a pas de différence avec l'engagement d'individus dans une cause victimaire. Rallier une mobilisation de victimes de surdoses après avoir pris connaissance de son état d'accidenté, c'est également opérer une valorisation du stigmate et une réassurance de soi.

[121] Collovald (A.), dir., *L'humanitaire ou le management des dévouements, op. cit.*, p. 187.

Il est à noter dans cette perspective que les surirradiés d'Épinal et les proches ayant le plus massivement adhéré à l'association sont ceux dont les taux de surdoses ont été les plus importants, et dont les conséquences sur l'état de santé étaient susceptibles d'être les plus graves, à plus ou moins long terme. Les réponses à notre questionnaire adressé aux membres de l'AVSHE (surirradiés et proches) ont en effet fourni une caractérisation précise du profil des adhérents de cette association. Sur 213 adhérents en 2013, 118 ont répondu au questionnaire[122]. Les patients dont les cas sont rattachés aux cohortes les plus irradiantes (celles dites « Épinal 1 » – surdoses de rayons de l'ordre de 28 % et plus – et « Épinal 2 » – surdose de l'ordre de 8 % à 10 %) et une partie des patients de la cohorte « Épinal 3 » (surdose de l'ordre de 7,1 %), sont ceux qui ont le plus adhéré (tableau 2).

Tableau 2.

Répartition des adhérents de l'AVSHE en 2013 en fonction des cohortes médicales (N=118[123])

Cohorte	Nombre	Part sur ensemble
Cohorte 3 % (1993-2000)	0	0 %
Cohorte 5,5 % (1987-1999)	4	3,4 %
Cohorte 7,1 % (2000)	42	35,6 %
Cohorte 8 à 10% (2000-2006)	55	46,6 %
Cohorte 28 % (2004-2005)	7	5,9 %
Information déclarée non détenue	10	8,5 %
Total	118	100

Aucun des 1 100 patients surirradiés à 3 % entre 1993 et 2000 n'est adhérent de l'association en 2013. Seulement quatre personnes rattachées à la section de la cohorte « Épinal 3 » soumises à des taux de surdoses de l'ordre de 5,5 % sur un total de 3 600 surirradiés, sont adhérentes en 2013. Seules des hypothèses peuvent être formulées sur la faible proportion des adhérents appartenant à ces deux cohortes. Le relatif éloignement dans le temps de leur surirradiation par rapport aux patients des autres cohortes en constitue une première, même si les 4 adhérents assujettis à la cohorte « 5,5 % » ont tous déclaré avoir été surirradiés dans les années 1990. En outre, compte-tenu de leurs taux de surdose plus faibles (et de la probabilité de symptômes d'une moins grande ampleur), les individus de ces deux cohortes ont-ils eu plus

[122] Soit un taux de réponse satisfaisant de 55,4 %.
[123] En incluant les réponses des proches de surirradiés s'agissant du taux de surdose de ces derniers.

de difficultés à se convaincre de la possibilité d'une action sur leur état en dépit de la médiatisation de leur cas à partir de l'année 2008[124] ?

L'organisation rallie par ailleurs à la protestation des personnes qui, en plus de leur état de santé dégradé, sont relativement âgées. Plus de 90 % sont des retraités (tableau 3) qui habitent pour 75 % d'entre eux le département des Vosges[125].

Tableau 3.

Statut professionnel des adhérents de l'AVSHE de 2013 (N= 118)

Statut professionnel	Nombre	Part sur ensemble
Retraité	110	93,2 %
Actif	4	3,4 %
Sans emploi	2	1,7 %
NSP	2	1,7 %
Total	118	100

La forte proportion de retraités parmi les adhérents s'explique autant par une aire de recrutement du Centre hospitalier localisée au territoire « Épinal/cœur des Vosges[126] » que par le fait que beaucoup de personnes traitées et surirradiées à l'hôpital d'Épinal sont des hommes souffrant d'un cancer de la prostate[127]. Or, ce cancer touche, selon la Ligue contre le cancer, « essentiellement l'homme mûr ; il est en effet rare avant 50 ans, puis sa fréquence augmente avec l'âge du patient. À 75 ans, il représente le cancer le plus fréquent chez l'homme[128] ». La probabilité que les ralliements à l'association soient le fait de retraités hommes était par conséquent forte. 78 % des adhérents de l'AVSHE en 2013 ayant répondu au questionnaire sont ainsi des hommes (92 sur 118) et 22 % sont des femmes (26 sur 118). La moyenne d'âge est de 75,6 ans. Le plus jeune adhérent surirradié a 60 ans (un homme), le plus âgé a 91 ans (un homme).

[124] Voir par exemple AFP, « Hôpital d'Épinal : Bachelot révèle le chiffre de 5 500 irradiés », *Libération*, 22 avril 2008.

[125] Il est à noter cependant que la question sur la commune de résidence a reçu dans le questionnaire un taux de non-réponse élevé : 22 non réponses (sur 118) soit 18,7 %. 5,9 % de patients et de proches adhérents de l'AVSHE en 2013 déclarent avoir pour résidence une commune n'appartenant pas au département des Vosges (trois patients et quatre proches). Les trois patients en particulier proviennent du département voisin de la Haute-Saône et du Rhône, sans que l'on sache si cette situation résulte d'un déménagement depuis le traitement.

[126] Se référer à la partie 1 ci-dessus.

[127] Voir le tableau des épisodes de surdoses reproduit ci-dessus.

[128] Voir le document « Information et prévention. Le cancer de la prostate » sur le site Internet de la Ligue contre le cancer. www.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/bro/cancer_prostate.pdf.

Les adhérentes femmes sont dans leur très grande majorité des proches de patients surdosés et en particulier des conjointes (19, contre 4 filles de patients surirradiés ; tableau 4). En 2013, un seul homme se déclare proche d'une personne surirradiée (il s'agit de son mari).

Tableau 4.

Position de l'adhérent de l'AVSHE vis-à-vis des accidents en 2013 (N=118)

Position de l'adhérent	Nombre	Part sur ensemble
Surirradié (homme)	91	77 %
Surirradiée (femme)	3	2,5 %
Proche (famille – homme)	1	1 %
Proche (famille – femme)	23	19,5 %
Total	118	100

Les femmes surirradiées adhérentes de l'AVSHE ayant répondu au questionnaire sont au nombre de 3 seulement. Il est pourtant certain qu'un ensemble plus conséquent de femmes a été surirradié à l'hôpital d'Épinal. Les surdoses regroupées sous l'appellation « Épinal 4 » et « Épinal 5 » notamment, concernent 8 femmes traitées en 1994 pour des cancers du sein et 37 autres traitées en 1999 (plus une en 2003). Leurs taux de surdoses sont en outre « importants » selon le terme employé par le radiothérapeute Jean-Marc Simon en entretien, surtout pour « Épinal 4 ».

Encadré 19. Pourquoi si peu de femmes surirradiées adhérentes à l'AVSHE ?

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ce faible taux d'adhésion des femmes surirradiées. Les faits de surdoses découverts sur des femmes remontent à plusieurs années (entre 1987 et 2003). Par conséquent, si ces faits se sont traduits en symptômes, ces derniers sont apparus il y a longtemps et ont pu s'estomper ou être recouverts par d'autres symptômes, reliés à d'autres causes que le traitement par rayons. Cela ne favoriserait pas l'identification de ces femmes à l'association de victimes de surdoses.

Cependant, les femmes surirradiées adhérentes de l'association en 2013 ayant répondu au questionnaire, ont toutes été traitées par radiothérapie à l'hôpital d'Épinal dans les années 1990, ce qui incite à nuancer cette hypothèse temporelle. Une a été traitée en 1990 (pour un cancer de l'utérus), une en 1997 (« sur le rein droit »), une en 1999 pour un cancer du sein. Leur adhésion montre que le facteur temporel n'obère pas définitivement la possibilité pour des femmes surirradiées d'adhérer à l'association de victimes.

Une autre hypothèse consisterait alors à voir dans les circonstances de la création de l'association de victimes des obstacles aux rapprochements des femmes surirradiées avec l'association. Sa fondation correspond en effet à la découverte et à la médiatisation très rapprochées de deux cohortes de patients surirradiés composées exclusivement d'hommes traités pour des cancers de la prostate (les 24 hommes de la cohorte dite « Épinal 1 »

publicisée en octobre 2006, suivie de celle des 409 hommes surdosés en mars 2007 – « Épinal 2 »). Ce sont bien leurs cas qui sont au fondement de la création de l'association en juin 2007.

L'exemple de cette femme de 37 ans, Blandine D., traitée par radiothérapie en 2000 pour un cancer des ganglions et dont la surdose de rayons reçue est estimée à 5 %, incite cependant à nuancer cette nouvelle hypothèse. Vendeuse en magasin au moment des faits, elle adhère à l'association de victimes dès sa création en 2007. Le début de l'entretien donne à entendre la découverte du cancer par Blandine D. et un parcours de soins heurté.

> - Florian Pedrot : « On peut peut-être commencer par ça : ce qui s'est passé pour vous ?
> - Blandine D. : Oui, ce qui s'est passé. En 1999, premier cancer : maladie de Hodgkin, c'est-à-dire cancer des ganglions. Tout de suite j'ai été envoyée à Strasbourg, où j'ai vu un oncologue. Il m'a dit : ''Chimiothérapie et radiothérapie ensuite''. J'ai fait ma chimio à Strasbourg et après, en juillet 2000, la radiothérapie. Comme c'est cinq minutes par jour sur tant de séances, on m'a dit : ''Vous allez le faire sur Épinal''. Pas de souci, moi je fais confiance.
> - Parce que vous habitiez déjà ici ?
> - Oui, j'habitais à Épinal. Donc la chimio a eu le déroulement normal, et après j'ai attaqué la radiothérapie, en juillet 2000. J'avais soixante-quinze séances de prévues. Au bout de la trentième séance j'ai commencé à ressentir des douleurs. Je n'avais vu jusqu'alors aucun médecin, juste au tout début, monsieur S. [radiothérapeute], pour dire : ''On va faire soixante-dix séances, on va irradier tel endroit''. Donc je n'ai pas fait de champs [points d'entrée des rayons], pas de cache [protection de certaines zones du corps] au début. Bon, j'ai appris bien plus tard qu'il y avait ça à faire dans une radiothérapie ».
> [Entretien. 2 décembre 2011].

À partir de cet instant, Blandine D. connaît de premières souffrances physiques auxquelles s'adjoignent des souffrances psychologiques.

> « Au bout de la trentième séance, cela sentait. Sous mon bras, j'avais une infection terrible. Après, je ne vais pas dire que je suis assez forte au niveau ''mal'' mais quand même. Donc je résistais, je résistais et à un moment mon mari m'a dit : ''Bon écoute, cela ne peut plus durer, il y a quelque chose qui se passe''. J'en parle à l'infirmière qui m'emmène et elle me dit : ''Écoutez, il faut aller voir le médecin, lui en parler''. Donc je demande à voir le médecin. Là, les manipulatrices me regardent comme si j'avais demandé à voir le Bon Dieu. ''Vous ne vous rendez pas compte''. Elles en avaient peur. Mais en sortant de la radiothérapie, j'ai été le voir. Et il m'a dit que c'était dans ma tête, que j'étais folle, qu'il fallait que j'aille faire un séjour à Ravenel [hôpital psychiatrique de la région]. Textuellement. Je suis sortie en pleurs de son bureau. L'ambulancier m'a dit : ''Écoutez, ça ne va pas, il y a quelque chose qui se passe, prenez le taureau par les cornes''. Mais face à la maladie, vous vous dites : ''J'ai hâte que cela soit terminé. On va subir, tant pis''. Deux jours après, je me suis retrouvée aux urgences parce que j'avais un trou dans le bras. C'étaient des brûlures, donc vous imaginez ce que cela peut faire. C'était purulent. Donc quand je suis arrivé aux urgences, le médecin urgentiste m'a dit : ''Mais qu'est-ce que vous avez fait ?''. ''Je fais des rayons chez vous !''. Il me dit : ''Ce n'est pas possible. Moi je n'y touche pas. J'appelle votre radiothérapeute qui vous suit''. Donc il vient et il me lève le bras en disant : ''Oh, effectivement, c'est bien brûlé mais ce n'est pas grave''. Il s'en va, puis il revient en disant : ''Par contre, on arrête les rayons'' ».

[Entretien. 2 décembre 2011].

De premières actions individuelles de protestation contre l'hôpital d'Épinal sont tentées sur les conseils du praticien qui la suit désormais à Strasbourg.

- Blandine D. : « Suite à cela, je vais voir mon oncologue à Strasbourg. Il me dit : ''Faites un courrier à la directrice de l'hôpital, madame C.''
- Florian Pedrot : Et c'était quand, ça ?
- C'était fin 2000. Elle en a eu plein des courriers madame C. Mais des courriers sans suite bien évidemment, car on ne vous répond jamais. […]. L'année se termine et en 2001 récidive du cancer. Donc rayons à Strasbourg, puis chimio et re-rayons. Et là j'ai dit : ''C'est fini, je ne fais pas sur Épinal''. Donc j'ai fait mes rayons à Strasbourg et là, j'ai vu la différence. Il n'y avait pas photo. J'ai eu un champ, on m'a tout expliqué. On m'a dit que cela allait me brûler un peu. […]. Je faisais mes cinq séances lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi. Et le vendredi, je voyais mon radiothérapeute […]. Mais avant, il a fallu que je fasse des pieds et des mains pour récupérer mon dossier médical à Jean-Monnet pour aller à Strasbourg. Et quand on me l'a rendu, il était vide. Ils avaient tout enlevé et le pire de ça, c'est que les rendez-vous ne correspondaient pas avec mon carton de rendez-vous, que j'ai toujours. […]. Mon oncologue m'a dit : ''Mais ce n'est pas possible. Il n'y a rien de marqué. Il faut qu'on recommence tout''. Et là vous vous effondrez. […] ».
[Entretien. 2 décembre 2011].

Elle se réalise finalement victime de surdoses lorsqu'elle apprend l'existence de l'AVSHE en 2007 et y adhère dès sa création, en dépit de son statut de néophyte en matière associative (« je n'ai jamais fait partie d'une association, c'était la première fois »).

« J'ai fait une grosse dépression, deux pneumothorax spontanés. […]. Et là, l'association s'est lancée. Donc il y a eu une personne qui a dit : ''Voilà, il y a eu des surirradiés''. Et là ça a fait ''tilt''. Je me suis dit, peut-être que je fais partie de cela ».
[Entretien. 2 décembre 2011].

La création de l'association de victimes de surirradiations d'Épinal, même si elle intervient dans un contexte de révélations publiques relatives à des cas de surdoses sur des patients hommes, permet ainsi à des patientes femmes de rattacher leur état de santé dégradé à un traitement défaillant, favorisant leur mobilisation. Il demeure que la structure associative se compose en majorité de retraités hommes, surirradiés dans leur majorité. Les adhérents sont aussi proches du point de vue de la catégorie sociale d'appartenance. 33,8 % sont issus des catégories populaires – employés et ouvriers. 7,6 % seulement appartiennent à la catégorie des cadres et professions intellectuelles[129] (tableau 5).

[129] Notons que cette question sur la CSP d'appartenance a reçu un taux important de non-réponse : 33 personnes sur 118 adhérents n'ont rien renseigné, soit 28 %.

Tableau 5.

Profession et catégorie socioprofessionnelle des adhérents de l'AVSHE de 2013 (N= 118)

PCS	Nombre	Part sur ensemble
Agriculteurs exploitants	9	7,6 %
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	11	9,3 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9	7,6 %
Professions Intermédiaires	15	12,7 %
Employés	13	11 %
Ouvriers	27	22,8 %
Personnes sans act. prof.	1	1 %
NRP	33	28 %
Total	118	100

S'agissant du niveau de diplôme, l'homogénéité est semblable. Seulement 11 % des répondants ont déclaré avoir un diplôme équivalent ou supérieur au bac et 27,1 % des répondants ont déclaré ne détenir aucun diplôme (tableau 6).

Tableau 6. Diplôme de fin d'études des adhérents de l'AVSHE de 2013 (N=118)

Diplôme	Nombre	Part sur ensemble
Aucun	32	27,1 %
Certificat d'études	10	8,5 %
CAP ou diplôme professionnel équivalent	24	20,3 %
Bac et plus	13	11 %
Diplôme mais non précisé	10	8,5 %
NRP	29	24,6 %
Total	118	100

Les adhérents ont enfin peu de capital militant : le président de l'association, son trésorier en 2013 et son secrétaire, n'ont aucune expérience associative ou militante antérieure. Seul le vice-président de l'association (en poste depuis 2009 et non dès 2007 comme le président) a été délégué syndical (Confédération générale des cadres – CGC) et président d'un club sportif. En d'autres termes, l'existence de l'affaire des surirradiations d'Épinal repose sur des patients qui, en l'absence d'un travail de regroupement initié par l'avocat, avaient peu de chance de créer eux-mêmes une dynamique de mobilisation collective.

Conclusion du chapitre 4

La manière dont les patients des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse traités par rayons pour des pathologies cancéreuses ont pris connaissance d'un préjudice et ont cherché à le faire admettre publiquement a été très progressive. Le cancer est une maladie qui affecte un individu physiquement mais également psychologiquement. L'annonce de sa découverte représente un choc pour le patient et sa famille. Un long parcours de soins débute, auquel le patient se soumet d'autant plus qu'il représente le seul espoir de guérison. La confiance en la médecine s'en trouve renforcée. Dans ces conditions, il demeure extrêmement difficile pour des patients souffrants d'envisager leurs médecins référents autrement que comme des alliés dans leur parcours de soins. Lorsque des symptômes apparaissent au cours des traitements, c'est vers eux, médecins spécialistes ou généralistes, que les patients se tournent et à eux qu'ils s'adressent.

Convaincus de la justesse de leurs prescriptions et de la technique de soin utilisée, les premiers (les spécialistes des rayons) ne détectent pas, derrière les symptômes de certains de leurs patients, des situations accidentelles. Les seconds (les médecins généralistes), ne détiennent pas les compétences pour faire la distinction entre effets secondaires et séquelles liées aux rayons. Il faut attendre, à Épinal, une mobilisation des autorités de santé et, à Toulouse, la parution d'un scoop sur l'existence de surdoses pour que les patients et leurs familles soient prévenus de leur réel état de santé. Par l'intermédiaire de ce déconfinement d'informations révélant l'existence de cas de surdoses dans le service de radiothérapie au sein duquel ils avaient été soignés, les patients font finalement le rapprochement entre leurs symptômes et le traitement suivi quelques temps auparavant. D'autres, moins atteints par les surirradiations, ont simplement appris à cette occasion leur état d'accidentés.

Réalisant l'existence d'un problème intervenu lors de leur traitement par radiothérapie, prenant connaissance des conséquences négatives de celui-ci sur leur santé, de nombreux patients et leurs familles perdent confiance en la médecine et ses représentants. Cette perte de confiance est telle que se forge, dans l'intimité familiale, un profond sentiment d'injustice. « Il est, dans de nombreux cas, difficile d'identifier et d'expliquer les transformations d'EOiP [expérience offensante inaperçue] en EOP [expérience offensante perçue][130] » écrivaient William Felstiner, Richard Abel et Austin Sarat. Le cas des surirradiés permet d'émettre l'hypothèse que le passage de l'une à l'autre situation ou au contraire son impossibilité, sont étroitement liés à l'intensité de la confiance accordée par les individus à autrui. Bien plus,

[130] Felstiner (W. L.), Abel (R. L.), Sarat (A.), « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », art. cité, p. 42.

l'enquête met en évidence le rôle de l'entourage familial dans le cheminement qui amène des individus à s'identifier en victimes. Leur présence et leur investissement favorisent la naissance d'un classique « cadre d'injustice[131] » parmi les accidentés.

Cependant, en l'absence provisoire d'une mobilisation collective, l'émission de reproches adressés à un tiers (en particulier aux médecins) demeure difficile et n'est pas commune à l'ensemble des patients accidentés. Elle est facilitée chez les individus qui, en lien avec une trajectoire sociale ou une activité professionnelle, sont portés à analyser leur situation d'accidentés médicaux en termes d'atteinte à leur « bon droit » à être soignés, autorisant à solliciter un professionnel du droit. L'arrivée d'une affaire sur le terrain du droit n'est ainsi pas en toutes circonstances le produit de stratégies explicites mais résulte parfois, comme le signale Emmanuel Henry, de l'activité d'acteurs « qui cherchent une réponse à une souffrance ou une injustice, même si elle leur apparaît bien souvent imparfaite[132] ». Engageant de premières démarches auprès d'acteurs détenteurs de savoir-faire protestataires – avocats, associations nationales de défense de victimes d'accidents médicaux – ces patients sont sensibilisés à l'existence de diverses voies de recours juridique face à leur situation : contester la communication de l'hôpital publiquement, porter plainte, se réunir collectivement. Des causes collectives explicitement fondées sur la revendication de soi en victimes (de surdoses) adviennent finalement par l'entremise de ces acteurs protestataires.

Ainsi, ce terrain d'enquête permet de souligner que les avocats règlent leurs interventions sur les dossiers sanitaires en fonction des précédentes affaires et de l'espace des causes de victimes qu'elles forment. Face à des patients isolés et ayant eu des difficultés à se représenter victimes de la médecine, il s'agit de mener un travail d'enrôlement dans des collectifs afin de faire exister une affaire sanitaire de la même ampleur que les précédents scandales. Des travaux de sciences sociales ont certes déjà montré que, en tant que « répertoire d'action juridique[133] », le droit est un puissant facilitateur d'engagement et de structuration de causes de toutes sortes, manié par des collectifs mobilisés[134]. Il permet de mettre en équivalence des expériences individuelles qui donnent naissance à des regroupements collectifs au sein

[131] Voir Gamson (W.A.), Fireman (B.), Rytina (S.), *Encounters with unjust authority*, Homewood, The Dorsey Press, 1982.
[132] Henry (E.), « Intéresser les tribunaux à sa cause. Contournement de la difficile judiciarisation du problème de l'amiante », *Sociétés contemporaines*, 4 (52), 2003, p. 56.
[133] Agrikoliansky (É.), « Les usages protestataires du droit », *in* Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, *op. cit.*, p. 225-243. Le recours des mouvements sociaux à un répertoire d'action juridique a fait l'objet de recherches systématiques aux États-Unis puis en Europe à partir de la fin des années 1980 et au début des années 1990.
[134] Pour un panorama du recours au droit sous l'angle des « groupes d'intérêt » (syndicats, associations), voir Michel (H.), « Pour une sociologie des pratiques de défense : le recours au droit par les groupes d'intérêt », art. cité.

desquels les membres se mobilisent sur des problèmes communs[135]. Ces travaux ont ainsi permis de substituer à l'hypothèse d'une « judiciarisation » générale de la société contemporaine (c'est-à-dire la montée en puissance du droit – par conséquent des saisies des juges et tribunaux par les individus – dans cette société[136]), des hypothèses relatives à la manière dont ces individus s'emparent effectivement du droit pour obtenir une réparation d'une injustice[137]. Dans de nombreux cas, les militants sont assistés par des professionnels du droit dont certains s'érigent, par la pratique, en spécialistes de tel domaine de défense[138].

Si le cas des surirradiés condense ces différents aspects, il montre particulièrement que les avocats sont les seuls intermédiaires d'identification de soi en victimes. L'événement accidentel, même lorsqu'il est interprété comme une profonde injustice, ne rend pas l'intervention des détenteurs de ressources juridiques accessoire dans le cheminement des individus accidentés vers l'action individuelle et collective : au contraire, il la place au cœur. Dans l'affaire des surirradiés, c'est bien par l'activité de ces acteurs, et par conséquent par le droit, que les patients endossent l'identité de victimes de la médecine. Le passage de « la douleur au droit[139] » intervient ici bien en amont de la scène du procès. Il s'agit dans le chapitre suivant de chercher à comprendre ce qu'implique, au juste, pour des accidentés, de s'en remettre au droit pour obtenir la réparation d'un préjudice lié à l'activité médicale.

* * * *

[135] Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », art. cité.
[136] Pour une présentation du concept de judiciarisation, voir Commaille (J.), Dumoulin (L.), « Heurs et malheurs de la légalité dans les sociétés contemporaines. Une sociologie politique de la ''judiciarisation'' », *L'Année sociologique*, 1 (59), 2009, p. 63-107.
[137] Pour une mise en perspective critique de l'hypothèse de la judiciarisation avec les travaux sur le recours au droit, voir Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 550.
[138] Voir les travaux sur le *cause lawyering* déjà évoqués. Israël (L.), « Usages militants du droit dans l'arène judiciaire : le cause lawyering », art. cité. Ou encore Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », art. cité.
[139] Voir Barbot (J.), Dodier (N.), « De la douleur ou droit. Ethnographie des plaidoiries lors de l'audience pénale du procès de l'hormone de croissance contaminée », *in* Céfaï (D.), Gayet (C.), Berger (M.), *Du civil au politique*, Bruxelles, Peter Lang, 2011, p. 289-319.

CHAPITRE 5.

Se mobiliser en tant que victime de surirradiations



Les surirradiés de l'hôpital Rangueil devant le tribunal de Toulouse.

[Source : capture d'écran du JT du 18 janvier 2008, « 19/20 », France 3 national*]*.

La mobilisation d'associations nationales d'aide aux victimes d'accidents et la création d'organisations de victimes de surirradiations tant à Épinal qu'à Toulouse a permis à de nombreux surirradiés de se réaliser victimes au sens premier du terme, c'est-à-dire de prendre connaissance d'un préjudice réparable, né de l'action d'un tiers (en particulier des personnels hospitaliers, direction comprise). Dès lors, les ralliements aux structures organisationnelles se multiplient.

Néanmoins, contre toute attente compte tenu des révélations des autorités sur les surdoses et du caractère gravissime des symptômes de nombreux patients, les surirradiés n'ont pas immédiatement été reconnus victimes de surdoses de rayons. Il existe certes, comme l'ont montré Janine Barbot et Nicolas Dodier, une difficulté « à penser, dans beaucoup de secteurs, et d'une façon transversale, une réparation ajustée des dommages[1] » subis par les individus victimes d'accidents médicaux. Cette difficulté traduit une « *crise de la réparation*[2] » qui s'est particulièrement donnée à voir à l'occasion des affaires, scandales ou crises sanitaires de la fin du XX^{e} siècle et du début du XXI^{e} siècle. Pour répondre à cette crise de la réparation, le législateur, par l'intermédiaire de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a précisé les conditions de prise en charge des dommages résultant d'une faute ou d'un aléa thérapeutique (dans lequel aucune faute ne rentre en compte dans le dommage). Dans le premier cas, le « droit de la responsabilité médicale[3] » relie la réparation d'un dommage médical à la notion de faute. En conséquence, il prévoit une sollicitation de l'assureur du responsable (médecin, hôpital) pour l'indemnisation du préjudice. Dans le second cas (l'aléa thérapeutique), une prise en charge par l'État est assurée.

Les dossiers des surdoses hospitalières se rapportent au premier cas de figure et relèvent d'une prérogative des assureurs médicaux et hospitaliers. Mais ces derniers ont tardé à réparer financièrement les surirradiés, contestant même dans le cas d'Épinal la réalité des surexpositions des patients aux rayons. Les conséquences sur les mobilisations de victimes de surdoses sont multiples et mettent en tension le droit avec d'autres formes d'actions. Le cas des surirradiés en milieu hospitalier permet ainsi d'insister sur les difficultés posées par le droit de la responsabilité médicale, encore peu formalisées dans les travaux sur les accidents médicaux[4].

---

[1] Dodier (N.), Barbot (J.), « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », *in* Périlleux (T.), Cultiaux (J.), *Destins politiques de la souffrance*, *op. cit.*, p. 104.
[2] *Ibid.*, p. 104. Souligné par les auteurs.
[3] Lopez (G.), *La victimologie [2^{e} édition]*, Paris, Dalloz, 2014, p. 137-138.
[4] Voir néanmoins Barbot (J.), Dodier (N.), « Violence et démocratie dans un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide », *Genèses*, 81, 2010, p. 84-113. Fillion (E.), Torny (D.), « De la réparation individuelle à l'élaboration d'une cause collective. L'engagement judiciaire des victimes du distilbène », *Revue française de Science Politique*, 65 (4), 2015, p. 583-607.

La première partie du chapitre met en relief le décalage existant entre la reconnaissance publique des accidents dans les hôpitaux d'Épinal et de Toulouse et l'attribution du statut de victimes pour les surirradiés. Elle mesure l'implication de ce décalage sur les collectifs de victimes et montre notamment qu'il contraint les adhérents à mener des actions de mise en valeur des causalités existantes entre les accidents et la dégradation de l'état de santé de nombreux patients. Ces actions aboutissent finalement à une indemnisation des surirradiés par des sommes provisionnelles et leur reconnaissance officielle en victimes. Cependant, la seconde partie du chapitre met en évidence que l'obtention d'un statut de victime se fait au prix d'un resserrement considérable du périmètre des personnes surirradiées reconnues comme telles. Si des travaux relatifs aux victimes ont déjà insisté sur le fait que le droit oriente les personnes mobilisées à privilégier certaines revendications et à pointer des responsabilités pour accéder à la reconnaissance du préjudice subi[5], il a plus rarement été souligné sa propriété à restreindre les causes des victimes.

[5] Roussel (V.), « Les ‘‘victimes’’ : label ou groupe mobilisé ? Éléments de discussion des effets sociaux de la catégorisation », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 101-112. Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », art. cité.

1. Ce que réparer un accident médical veut dire

Les surirradiations hospitalières d'Épinal ont d'emblée été qualifiées d'accidents médicaux par les plus hautes autorités sanitaires à la fin de l'année 2006. La communication publique insistait en effet sur l'erreur de paramétrage d'un logiciel à l'origine des surdoses. Or, dans la littérature mondiale, l'erreur médicale est incluse dans le concept d'événement indésirable. « La communauté médicale a considéré que le terme erreur avait une connotation juridique et morale de faute qui freinait l'analyse objective des raisons qui ont conduit à l'événement. C'est la raison pour laquelle le choix a été fait de parler d'*événement indésirable* plutôt que d'erreur[6] ». Ainsi, le terme « erreur » est absent des publications professionnelles de médecine et seul demeure celui d'événement indésirable. Celui-ci est, selon l'OMS un « incident qui entraîne une atteinte pour le patient[7] ». Schématiquement, en milieu hospitalier, trois types d'événements entrent dans cette catégorie[8] : les infections nosocomiales, les accidents liés à des produits de santé (ou médicamenteux, résultant de fautes) et les accidents médicaux non fautifs (ou aléas thérapeutiques, soit un dommage corporel, conséquence d'un acte sans qu'il soit accompagné d'une faute).

En matière d'accidents résultant de fautes (dont les surdoses font parties), les débiteurs de l'indemnisation sont en premier lieu les assurances des responsables. En effet selon l'article L.1142-I-I du Code de la santé publique (CSP), « les professionnels de santé […] ainsi que tout établissement, service ou organisme […] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ». Depuis 2002, « un règlement à l'amiable[9] » des accidents médicaux est possible, via une procédure devant les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI[10]). « Si l'avis de la

[6] Brami (J.), Amalberti (R.), *La sécurité du patient en médecine générale, op. cit.*, p. 21.
[7] ICPS, *The international classification for patient safety. Glossary of patient safety concepts and references*, Geneva, World health organization.
[8] Voir le site de l'association d'aide aux victimes d'accidents corporels à l'adresse suivante : http://aavac.asso.fr/erreur_medicale/association_victimes_erreurs_medicales.php.
[9] Lopez (G.), *La victimologie [2e édition], op. cit.*, p. 138.
[10] C'est un tel règlement qui, dans un premier temps, a été proposé par l'hôpital d'Épinal à nombre de surirradiés de la cohorte « Épinal 2 », avant qu'une association de victimes ne soit créée. L'Article L.1142-5 de la loi relative aux droits des malades et la qualité du système de santé du 4 mars 2002 précise que dans chaque région, « une commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales […] ». Selon les cas (faute ou aléa thérapeutique) les assureurs ou l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) sont chargés d'examiner la demande. Après expertise et si le préjudice est avéré, un référentiel indicatif d'indemnisation est proposé, inspiré de la nomenclature dite « Dintilhac » du nom de l'ex-président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, qui avait remis au Garde des Sceaux le 28 octobre 2005 un rapport comportant une nomenclature des préjudices corporels. Cette nomenclature est composée de vingt-sept postes de préjudices.

commission régionale conclut à l'existence d'une responsabilité […], une offre d'indemnisation est faite par l'assureur du responsable […]. L'acceptation de l'offre vaut transaction […]. En cas de refus de l'offre, la victime peut saisir le juge compétent[11] ». L'indemnisation par la solidarité nationale et l'État – via l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM[12]) – n'intervient par conséquent juridiquement qu'en cas d'accident médical non-fautif ou d'infection nosocomiale.

Puisque, légalement, les débiteurs de l'indemnisation des surirradiés étaient les assureurs des hôpitaux concernés (la SHAM dans le cas d'Épinal – Société hospitalière d'assurances mutuelles – et AXA pour le cas toulousain), les avocats et associations de victimes mobilisées sur ce dossier se sont ainsi adressés prioritairement à eux. Les demandes d'indemnisation de patients sont ainsi le produit de l'état de la juridicisation[13] de la pratique médicale. Mais rapidement, les défenseurs des surirradiés prennent acte que l'indemnisation à l'amiable avec l'hôpital et son assurance s'avère difficile. Il a en effet été souligné plus haut qu'à Épinal, en dépit de la reconnaissance par les autorités hospitalières et administratives de la réalité d'accidents de surdosages en octobre 2006, la compagnie d'assurance de l'hôpital, la SHAM, a refusé la proposition de règlement à l'amiable émise par M[e] Welzer au nom de ses clients, au prétexte que ces derniers ne faisaient pas partie de la cohorte de patients « Épinal 1 » identifiés comme surirradiés[14]. L'avocat dépose alors plainte contre X et recommande aux surirradiés de se regrouper en association de victimes. S'agissant du cas toulousain, il a également été mis en évidence que l'hôpital réfutait en mai 2007 tout problème de santé particulier engendré sur les patients par les surdoses. Aussi, afin d'associer les assurances aux affaires de surirradiations hospitalières, les adhérents des associations de victimes et leurs défenseurs ont été contraints de mener des actions de mise en valeur de la causalité existante entre leur état et les traitements par rayons suivis.

[11] Lopez (G.), *La victimologie [2e édition]*, *op. cit.*, p. 139.
[12] Créé par la loi relative aux droits des malades et la qualité du système de santé du 4 mars 2002, l'ONIAM a pour tâche d'indemniser, au titre de la solidarité nationale, les victimes d'accidents médicaux qui remplissent les conditions définies par les articles L.1142-61 et suivants du Code de la Santé publique. Progressivement, les pouvoirs publics ont élargi les missions d'indemnisation de l'ONIAM (notamment aux contaminations sanguines par le virus du sida en 2004, et dernièrement, en 2011, à la prise du benfluorex). Voir pour plus de détails, Truchet (D.), « Les procédures d'indemnisation : le rôle de l'ONIAM », *in* Viriot-Barrial (D.), dir., *Les catastrophes sanitaires. Actes du XIIe colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 15-16 novembre 2012*, Bordeaux, Les Études Hospitalières Édition, 2013, p. 183-191.
[13] La notion renvoie autant à un phénomène d'instauration de règles de droit pour réguler une activité qu'à l'augmentation générale de ces règles dans une société. Pour un point sur cette notion, se référer à Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice*, *op. cit.*, p. 41 et suivantes.
[14] Se reporter aux développements sur le rôle des avocats dans la partie précédente.

1.1. Mise en valeur des causalités et versement de provisions d'indemnisations

L'identification d'accidents de surirradiations a permis, sur les deux terrains étudiés, l'édification de causes collectives de victimes de surdoses. Mais le regroupement des surirradiés n'a pas suffi à lui seul à obtenir des indemnisations pour les préjudices subis dans ces affaires. Un véritable travail sur les causes de l'état de santé dégradé de nombreux patients a été mené par les associations de victimes.

a) Se produire publiquement comme victimes : la stratégie des surirradiés d'Épinal

Dans l'affaire d'Épinal, une rencontre a lieu entre des membres du bureau de l'AVSHE, M[e] Welzer et la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, le 13 septembre 2007. Une semaine plus tôt, des investigations médicales au sein de l'hôpital avaient conclu à l'existence probable de plus de 5 000 cas de surirradiations. À l'occasion de cette rencontre, l'association et l'avocat ont interpellé Roselyne Bachelot sur la question de l'indemnisation des victimes. Au sortir du rendez-vous, l'avocat précise que la ministre « a répondu que son cabinet allait intervenir, faire pression pour que l'indemnisation soit à la hauteur des préjudices subis[15] ».

Deux mois plus tard en novembre 2007, neuf surirradiés dont deux sont membres de l'AVSHE adressent, par l'intermédiaire de l'avocat, une lettre à l'hôpital et son assurance dans laquelle ils font part de leur souhait d'être indemnisés pour le préjudice subi. L'hôpital et son assurance répondent à la lettre de ces neuf patients par une action en justice. Celle-ci consistait en un référé devant le tribunal administratif de Nancy et comportait une demande de désignation d'un collège d'experts pour statuer sur le cas de ces patients. La réponse de l'hôpital évoquait par ailleurs la surirradiation des patients au conditionnel, réfutant de fait leur caractère objectif et sa propre responsabilité. Cette réponse est perçue par les membres de l'association et leur avocat comme la preuve d'un manque de volonté ministérielle dans ce dossier. La ministre, lors de la rencontre de septembre, s'était en effet engagée à intervenir auprès de la compagnie d'assurance. L'expérience politique de M[e] Welzer lui a permis de décrypter ce qui était en train de se jouer avec ce référé.

[15] Gaudibert (B.), « Bachelot réconforte les surirradiés », *L'Est Républicain*, 14 septembre 2007.

> « J'ai été parlementaire, pas longtemps, mais voilà… Après j'ai dirigé le cabinet de Pierre Mauroy [premier secrétaire du parti socialiste] à Paris pendant plusieurs années. Je faisais les liaisons. Voilà, je connais un petit peu le domaine politique. C'était il y a quelques années mais je connais un petit peu le domaine politique. […] Ils se sont dit : ''Les petits vosgiens là, allez, on les reçoit au ministère, on va boire un coup, ils vont être contents, ils sont reçus dans un salon, par la ministre. Tout va bien''. Et puis après : ''On les endort avec la SHAM'' [la compagnie d'assurance de l'hôpital]. Parce qu'avant on avait eu une réunion à Metz où […] le directeur de la SHAM […] a fait de la compassion pour les victimes pendant deux heures et où je lui avais dit : ''Bon écoutez, là vous faites de la compassion depuis deux heures, très bien. Je ne vous demande pas ça moi. Je vous pose une seule question : vous couvrez, ou vous ne couvrez pas ?'' ». [Entretien. 30 novembre 2011].

L'avocat, devant la conviction que le dossier s'enlisait, profite de ce référé pour unir les adhérents de l'association autour d'actions fortes. Celles-ci visaient toutes à démontrer que de nombreux patients ont bien été surirradiés dans le service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal et que ceux-ci ont des séquelles qui exigent d'être prises en compte et indemnisées. Une lettre de protestation signée du président de l'association des surirradiés vosgiens est d'abord adressée au président de la République Nicolas Sarkozy et à la ministre de la Santé Roselyne Bachelot. La lettre rappelait les engagements de la ministre trois mois auparavant auprès de l'association et les mettaient en perspective avec le refus d'indemnisation de la part de l'assurance de l'hôpital et du référé qui a suivi.

Une manifestation est ensuite organisée devant la préfecture des Vosges le vendredi 30 novembre 2007, en soirée. Il s'agissait pour les surirradiés, comme l'annonçait *L'Est Républicain* le jour même de cette manifestation, de venir « témoigner de leurs souffrances morales et physiques [...] devant la préfecture d'Épinal[16] ». Les surirradiés se sont produits ce soir-là publiquement comme victimes devant les médias, invités à couvrir cette manifestation. Le but était de lever les obstacles administratifs et politiques à l'octroi d'indemnisations. Une centaine de surirradiés et de proches étaient présents. Aucune pancarte n'a été confectionnée ou de slogan crié. Seules deux prises de parole ont eu lieu sur les marches de la préfecture, la première émanant du président de l'association et consistant en une lecture de la lettre rédigée à l'attention du président de la République, la seconde de M^{e} Welzer. L'avocat ne manque pas de signaler aux médias présents que « la ministre […] a fait des promesses au mois de septembre, elles n'ont pas été tenues. […] Il y a des victimes âgées, il y a des victimes souffrantes. On doit les respecter et ne pas les mépriser. […] Vous avez vu que ces centaines

[16] G.M., « On se moque de nous », *L'Est Républicain*, 30 novembre 2007.

de personnes présentes, calmes, dignes, pleines de leur souffrance sont déterminées. Elles ne se laisseront pas faire ».

La manifestation est en d'autres termes envisagée par l'avocat comme une opportunité de mise en valeur des conséquences humaines des surdoses (les souffrances) et de l'attitude pourtant dépassionnée des victimes mobilisées (dignité, calme). Donner à voir publiquement une cause de victimes dépassionnée est un enjeu de premier plan pour l'avocat. Luc Boltanski a effectivement mis en évidence que la souffrance d'autrui provoque des réactions morales chez les individus « spectateurs » (indignation, sympathie ou esthétisation), particulièrement lorsqu'elle est vécue à distance (c'est-à-dire par le biais des médias audiovisuels[17]). À l'inverse, comme l'a montré Isabelle Sommier, en tant qu'« inclination vive[18] » envers un objet, une situation ou un individu, la passion est susceptible de desservir une cause.

Or, cet avocat a une connaissance diffuse des logiques de fonctionnement des médias et des rapports entretenus par le champ médiatique avec le monde judiciaire. Il a même consacré un ouvrage à ces rapports, comme nous l'avons souligné plus haut. C'est la raison pour laquelle le professionnel du droit insiste sur la dignité des prétendants à l'indemnisation dans l'affaire des surdoses. Cela lui permet ensuite de mettre en cause l'action insuffisante d'une ministre de la Santé dans le dossier. Cet aspect du terrain d'enquête permet de se prémunir contre le risque de recréer artificiellement dans l'analyse de la mobilisation des surirradiés le monisme entre états affectifs des participants à une cause de victimes et *dépolitisation* de la cause. L'adoption du registre victimaire par des groupes mobilisés se laisse en effet facilement assimilée à une dépolitisation, entendue comme « l'évitement d'une posture politique perçue comme critique, […] la mise en avant d'un registre donné pour consensuel (moral, humanitaire) et opposé à la politique[19] ». Ce tropisme analytique s'appuie sur l'observation réelle de mobilisations de victimes s'évertuant souvent à mettre en suspens les appartenances sociales et politiques de leurs membres, pour mettre en avant la souffrance ou la dignité des personnes mobilisées[20]. Mais cette dénégation des appartenances sociales est bien plus le produit de causes de victimes dotées d'une historicité propice à la diffusion de présentations largement typifiées de soi, que d'une véritable dépolitisation de la cause. Le cas des surirradiés montre très bien que se

[17] Boltanski (L.), *La Souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, *op. cit.*

[18] Sommier (I.), « Les états affectifs ou la dimension affectuelle des mouvements sociaux », *in* Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), *Penser les mouvements sociaux, op. cit.*, p. 193.

[19] Lefranc (S.), Mathieu (L.), « De si probables mobilisations de victimes », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit.*, p. 20.

[20] Pour des exemples, voir Dequirez (G.), « Les formes du discours victimaire et leur réception politique. Le cas des militants tamouls sri lankais en France », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit.*, p. 113-127. Ou encore Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 430 et suivantes.

mobiliser pour une cause victimaire et mettre en avant ses émotions n'obère pas la possibilité de mettre en cause les comportements et l'implication d'acteurs politiques de premier plan.

Le soir même de la manifestation, une entrevue avec le directeur de cabinet du préfet, en présence du député-maire d'Épinal, est finalement accordée. Le maire réaffirme son souhait de travailler en étroite collaboration avec le ministère et d'obtenir ainsi l'indemnisation rapide des surirradiés auxquels le référé avait été notifié et, plus globalement, de l'ensemble des patients ou proches concernés par ces surdoses. Pour preuve de sa bonne volonté et celle de l'État, il annonce également une réunion de conciliation sous la présidence du préfet des Vosges qui rassemble l'association des victimes de surirradiations, l'ARH de Lorraine, l'assureur de l'hôpital, l'ONIAM et lui-même. Elle se tient une semaine après cette action, le 7 décembre 2007 précisément.

Cette réunion est accompagnée d'une annonce cette fois positive pour les surirradiés. Une provision de 10 000 euros leur est attribuée, souligne la ministre Roselyne Bachelot dans *Le Parisien* le jour même du rendez-vous[21]. Cette provision était une avance sur de futures indemnisations délivrées par les assurances médicales et hospitalières dans le cadre de la mise en place prochaine d'une commission d'indemnisation. Le versement de cette provision fait intervenir la solidarité nationale via l'ONIAM, qui bénéficierait ensuite d'un remboursement par les assureurs hospitaliers[22]. La provision est ainsi versée à toutes les personnes reconnues surirradiées à hauteur de 7 % par le professeur-radiothérapeute Jean-Marc Simon, nommé par le ministère en amont de cette décision à l'hôpital d'Épinal pour assurer la continuité des soins. Dans l'article du *Parisien,* la ministre revient sur la délimitation des personnes concernées par cette indemnisation.

> - [Journaliste] : « Quelles sont les mesures financières que vous annoncez sur le drame d'Épinal ?
> - Roselyne Bachelot : La catastrophe sanitaire d'Épinal a provoqué de véritables drames humains, avec des pathologies lourdes, et des séquelles ignorées et niées pendant de nombreuses années. Je ne remets pas en cause les procédures judiciaires en cours, mais j'ai souhaité que la solidarité nationale fasse un geste envers les patients. J'ai saisi l'ONIAM pour qu'une provision d'urgence soit versée aux patients les plus touchés, selon des critères qui ont été évalués par l'Institut de radioprotection et de sûreté

[21] Payet (M.), « Bachelot : ''10 000 euros pour chaque irradié d'Épinal'' », *Le Parisien*, 7 décembre 2007.
[22] Ce processus d'indemnisation revêtait un caractère unique. Il dérogeait en effet en premier lieu à l'une des bases juridiques sur lesquelles l'ONIAM reposait jusqu'alors, à savoir la non-indemnisation des préjudices pour des victimes d'accidents antérieurs à la date de création de l'organisme en 2001. En second lieu, jamais l'ONIAM n'avait versé autant de provisions similaires par avance, dans l'attente de se faire rembourser par l'assurance de l'hôpital, la SHAM. Voir Truchet (D.), « Les procédures d'indemnisation : le rôle de l'ONIAM », *in* Viriot-Barrial (D.), dir., *Les catastrophes sanitaires*, *op. cit.*

> nucléaire. Le seuil de surexposition retenu pour avoir droit à cette indemnisation par avance est d'être supérieur ou égal à 7 % de dose de rayons en trop. […].
> - Combien de personnes sont concernées, et pour quel montant ?
> - Le panel d'experts a déterminé que 500 patients étaient concernés. Ils recevront une provision pour indemnisation de 10 000 € chacun. J'ai donné des instructions pour que les sommes versées aux victimes le soient très rapidement, avant Noël. L'enveloppe consacrée à ce sujet est de 5 millions d'euros. Les patients, pour en bénéficier, doivent disposer d'un certificat médical, attestant les troubles cliniques, établi par le docteur Jean-Marc Simon, qui a supervisé les dossiers. Cette avance ne concerne pas les personnes décédées. Il s'agit d'un geste de solidarité pour ceux qui restent. […][23] ».

La ministre précise dans cet extrait d'entretien les modalités de fixation du seuil de surdose en-deçà duquel la provision d'indemnisation n'est pas perçue (7 %). Elle indique que c'est l'IRSN qui a contribué à l'établissement des critères techniques ouvrant droit à la provision d'indemnisation. L'Institut s'est fondé sur la littérature médicale pour établir ce seuil. La littérature indique en effet « [qu'] une exposition en radiothérapie est considérée comme accidentelle s'il existe un écart important entre les paramètres d'irradiation prescrits et ceux réellement administrés au patient[24] ». La marge d'appréciation est toutefois étroite puisque, toujours dans la littérature, les irradiations de patients sont considérées accidentelles si elles « dépassent 5 % de la dose prescrite […] (CIPR, 2003)[25] ». Il reste à évaluer dans chaque cas les conséquences médicales pour les patients et, en tout état de cause, il a été considéré dans le cas d'Épinal que l'indemnisation exceptionnelle avant expertise était à allouer aux surirradiés à 7 % et plus.

Cette provision était très restrictive puisque le nombre de patients considérés comme surirradiés *et* victimes à Épinal était limité à ceux ayant reçu une surdose de 7 % et plus, soit environ 700 personnes[26] sur un total de surirradiations estimé à près de 5 000 patients[27]. Les autres patients sont considérés comme simplement surirradiés et non victimes et ne sont pas concernés par le traitement politique du problème. Il résulte ainsi de cette délimitation des

---

[23] Payet (M.), « Bachelot : ''10 000 euros pour chaque irradié d'Épinal'' », *Le Parisien*, 7 décembre 2007.
[24] Nascimento (A.), *Produire la santé, produire la sécurité. Développer une culture collective de sécurité en radiothérapie*, thèse citée, p. 24.
[25] *Ibid.*, p. 24.
[26] Seuls les patients ayant subi les accidents baptisés par les autorités « Épinal 1 » (28 % de surdosage pour vingt-quatre patients hommes), « Épinal 2 » (8 à 10 % de surdosage pour 409 patients hommes), une partie des membres de la cohorte « Épinal 3 » (ceux surirradiés à 7,1% entre 1999 et 2000 dont les cas ont été découverts en septembre 2007, soit 300 patients) et quelques cas de femmes surirradiées (celles de la cohorte « Épinal 4 » notamment), pouvaient prétendre à cette indemnisation. Voir par exemple Aubriat (P.), « Premiers irradiés indemnisés », *L'Est Républicain*, 28 décembre 2007.
[27] Pour rappel, cette estimation résulte du travail mené au sein de l'hôpital après la suspension des radiothérapeutes titulaires et dont les résultats ont été connus en septembre 2007, soit trois mois avant le versement des provisions. 4 500 cas de surdoses s'ajoutent à ceux alors connus. Voir par exemple Payet (M.), « Irradiations à l'hôpital : 4 500 personnes rappelées », *Le Parisien*, 7 septembre 2007.

prétendants à la provision une décollectivisation de la cause des surirradiés de l'hôpital d'Épinal. En effet, le caractère collectif des revendications est pour la première fois fragilisé par cette discrimination des surirradiés en fonction du taux de surdose. Ici, ce n'est pas tant le regroupement des surirradiés au sein d'une cause de victimes qui contribue à dépolitiser l'affaire des surdoses hospitalières que le mode de traitement de la demande d'indemnisation des personnes mobilisées. Celui-ci limite considérablement l'ampleur du sinistre et, par conséquent, les risques de transformation en scandale de santé.

À la date du 28 décembre 2007, 330 patients s'étaient manifestés pour l'obtention de cette provision[28]. Pour toucher cette somme, le surirradié devait faire parvenir une demande à l'ONIAM accompagnée d'un certificat médical attestant de la surirradiation établi par le radiothérapeute Jean-Marc Simon. L'organisme d'indemnisation des accidents médicaux renvoyait alors un dossier que le surirradié devait à son tour retourner signé pour toucher la somme sous quelques jours. L'engagement dans une cause de victime est ainsi indissociable d'un apprentissage progressif des règles juridiques régissant l'indemnisation d'un accident médical. À cette indemnisation de 10 000 euros versée par l'ONIAM, il faut également ajouter la perception par les mêmes personnes reconnues surirradiées à au moins 7 %, d'une somme de 5 000 euros versée par l'assureur de l'hôpital, la SHAM. Celle-ci a ainsi fait monter l'avance sur indemnisation avant expertise à 15 000 euros. M^{e} Welzer explique la raison de cette provision en deux temps.

> « Il y a eu 10 000 euros versés par l'ONIAM à chaque victime reconnue comme étant surirradiée. […]. Le directeur de l'ONIAM est donc venu […] avec une compassion réelle et pas feinte, avec la reconnaissance du statut de victimes. […] Et, à un moment, je vois le PDG de la SHAM, je lui dis ''bon, maintenant vous pouvez verser une provision complémentaire ?''. Donc on s'est entendu sur 5 000 euros. Et c'est devenu 15 000. Sachant que le préjudice de certains atteindrait probablement 100 000 euros, et le préjudice d'autres personnes, 10 000 euros. Mais pour ces derniers, j'avais un engagement écrit qu'ils n'auraient rien à rembourser ».
> [Entretien. 30 novembre 2011].

L'ONIAM, sous la pression du ministère de la Santé, est ainsi contraint de débloquer des fonds pour indemniser les surirradiés d'Épinal. L'assurance de l'hôpital se résout alors à son tour à débloquer une somme forfaitaire, avant la mise en place formelle d'expertises médicales. Les actions menées par les adhérents de l'AVSHE pour être indemnisés (lettre de

[28] Voir Aubriat (P.), « Premiers irradiés indemnisés », art. cité.

protestation aux autorités, manifestation) et qui s'efforçaient de mettre en valeur les conséquences des surdoses sur les patients, ont été couronnées de succès.

b) Produire une étiologie des troubles : la stratégie des surirradiés de Toulouse

Dans le dossier des surdoses de Toulouse, le versement d'une semblable provision d'indemnisation était également le premier objectif poursuivi par les surirradiés mobilisés. Le dossier spinalien et son avancement facilitera son versement. Néanmoins, sans l'action conjuguée des associations SOS Irradiés et FNATH, ce versement n'aurait pu avoir lieu. À l'instar du dossier d'Épinal, l'hôpital toulousain et son assurance n'ont en effet pas immédiatement indemnisé les surirradiés. Là aussi, les prétendants au statut de victime ont dû mener des actions de mise en valeur des causalités existantes entre un traitement par rayons et un état de santé dégradé.

La principale association de victimes toulousaines (SOS Irradiés 31), conduit une enquête par questionnaire destinée à « recenser les symptômes apparus après le traitement[29] ». L'annonce est faite en septembre 2007, soit trois mois après la création de SOS Irradiés 31. Cette enquête devait porter sur les ex-patients de l'hôpital toulousain ayant rejoint l'association. Elle se composait de questions sur leur état de santé (troubles, traitements médicamenteux etc.). Il s'agissait de « répondre au discours inadmissible et insoutenable » du CHU à l'époque, selon lequel il n'y avait pas « de relations entre le surdosage et les nouvelles pathologies des patients ». Si la conception de cette « enquête épidémiologique » est à attribuer aux membres de l'association (en particulier à la présidente et son trésorier de l'époque), l'avocat l'a fortement encouragée. C'est d'ailleurs ce dernier qui la présenta officiellement à la presse, ainsi que ses résultats en novembre 2007. Vingt-et-un questionnaires avaient été remplis. Les réponses des patients pointent notamment, selon les propos de l'avocat[30], « ''la fréquence des troubles et des pathologies déclarés par les vingt-et-une personnes […]. Les taux de complications en tout genre se situent très au-delà des seuils généralement admis de 6 à 8 % d'effets secondaires consécutifs à une intervention stéréotaxique correctement dosée […]. Le taux moyen de surdosage s'établit à 68 %''. […]. ''Tout ceci, estime enfin l'avocat, contredit les déclarations

[29] Cette citation et les suivantes sont issues du site Internet de l'association, www.sosirradies31.fr.
[30] Laparade (L.), « Irradiés de Rangueil. ''Un désastre sanitaire'' », *La Dépêche*, 8 novembre 2007.

de Roselyne Bachelot''. […] L'association qui a exigé des excuses s'étonne du silence de la ministre de la Santé sur ce qui apparaît désormais comme un ''désastre sanitaire…''[31] ».

L'association disposait avec cette enquête de ses propres informations sur les pathologies dont souffraient les personnes surirradiées. Ces informations l'autorisaient à contester le discours institutionnel réfutant toute séquelle liée à des surdosages sur les patients. Sa demande d'indemnisation initiale de l'ensemble des surirradiés se trouvait ainsi légitimée. Face à ces informations et leur publicisation, le CHU de Toulouse a pris immédiatement position par le biais d'un communiqué publié le même jour dans le grand quotidien régional de Midi-Pyrénées. « Le CHU de Toulouse a pris connaissance de l'enquête réalisée par SOS Irradiés 31. Le CHU tient à préciser que la mise en place prochaine d'une commission d'expertise permettra de répondre cas par cas aux questions légitimes des patients sur la base d'un raisonnement médico-légal. Ces réponses d'experts apporteront toutes les garanties d'objectivité dans le cadre d'une démarche scientifique […][32] ». En d'autres termes, même si l'hôpital renvoyait la fixation du taux de surdose et des invalidités à des expertises médicales, il annonçait la création d'une future commission d'indemnisation en ce mois de novembre 2007.

Lorsque, dans le dossier d'Épinal, la ministre de la Santé annonce le versement d'une avance sur indemnisations au début du mois de décembre 2007, SOS Irradiés 31 fait part de son espoir de bénéficier d'un traitement similaire. « ''Je suis ravi pour les victimes d'irradiations d'Épinal et j'attends un traitement égalitaire''[33] » avait notamment déclaré M^{e} Lèguevaques à la presse. La présidente d'SOS Irradiés 31, Odile G., précise en entretien que l'association a « été convoquée au ministère de la Santé. Donc je suis montée là-haut, à Paris ». La rencontre a eu lieu le jeudi 20 décembre 2007 en présence d'un professeur de médecine travaillant pour le compte du ministère. La présidente de l'association était accompagnée d'autres adhérents et de l'avocat. Trois jours après cette rencontre, le 23 décembre 2007, le CHU de Toulouse (et non le ministère et l'ONIAM) donne finalement son accord pour le versement d'une « somme forfaitaire » à destination des 145 surirradiés toulousains. Le CHU reconnaissait sa responsabilité et faisait intervenir sa compagnie d'assurance pour indemniser les patients. L'hôpital répondait en cela autant aux vœux de SOS Irradiés que de ceux de la FNATH, deuxième association accueillant des surirradiés de l'hôpital de Toulouse. En novembre 2007, l'association avait fait du versement d'une somme forfaitaire un « préalable à toute expertise[34] »

[31] *Ibid.*
[32] Non signé, « Le CHU va créer une commission », *La Dépêche*, 8 novembre 2007.
[33] Non signé (avec Agence), « Les surirradiés veulent le même traitement qu'à Épinal mais le ministère n'a rien prévu », *La Dépêche*, 7 décembre 2007.
[34] Non signé, « Surirradiés de Rangueil : le CHU va débloquer une avance », *La Dépêche*, 23 décembre 2007.

individuelle des surirradiés. Sa représentante locale, Nadine Herrero, explique en effet que, compte tenu de la nature du préjudice – évolutif – et des fautes commises (qui rappellent le dossier de l'usine AZF), la FNATH-Toulouse considérait que l'assureur de l'hôpital devait être sollicité.

> « Avec AZF, on avait l'expérience de ce qui était le mieux dans le cas d'un groupe de victimes. […] Sur des accidents comme ça, on ne sait pas de quoi demain sera fait, comment l'état de santé va évoluer. Les surirradiations, on ne sait pas comment cela va évoluer. […] Et puis en plus, il y avait eu une erreur, ça semblait évident, qu'elle vienne de l'hôpital, du fabricant, du manipulateur radio. Il y avait eu une erreur, il y avait donc une compagnie d'assurance qui pouvait intervenir. […] Donc nous, on n'a même pas imaginé passer par l'ONIAM ; on a de suite demandé un entretien au cabinet de madame Bachelot pour demander la mise en place d'une commission d'indemnisation ».
> [Entretien, 18 octobre 2013].

Compte-tenu de cette stratégie de la FNATH, l'annonce du versement d'une somme provisionnelle par l'assureur de l'hôpital Rangueil est bien accueillie. Toutefois, ni la FNATH ni SOS Irradiés 31 ne sont satisfaites du montant de cette somme, fixée par l'assureur du CHU à 3 000 euros[35], soit près de 7 000 euros de moins que la première provision versée aux surirradiés spinaliens. Une semaine plus tard, le 28 décembre 2007, la FNATH annonce la revalorisation de cette avance. L'hôpital Rangueil de Toulouse a accepté de porter la somme à 5 000 euros après des discussions entre la FNATH et le conseiller juridique de l'établissement hospitalier. La responsable de la FNATH de Haute-Garonne explique le principe de la perception de la somme.

> « Les patients l'ont acquise définitivement et simplement parce qu'ils avaient été victimes de cet accident et qu'ils l'ont appris de façon complètement anormale, par la presse pour beaucoup d'entre eux ».
> [Entretien, 18 octobre 2013].

Cette somme forfaitaire n'avait pas pour objectif d'indemniser les préjudices corporels des patients. Le processus d'indemnisation des surirradiés se déconnectait momentanément de toute évaluation des préjudices subis et d'un examen des fautes commises. C'est ce que précise M^e^ Lèguevaques.

> « Et ce qui est le plus important, ce qu'il faut bien comprendre c'est que, en matière d'accident médical, on a réussi à transposer au dossier des irradiés de Toulouse ce qui a

[35] Non signé (avec Agence), « Les associations de surirradiés contestent le montant de l'indemnisation », *La Dépêche*, 24 décembre 2007.

été fait pour le dossier d'AZF finalement. C'est-à-dire que l'on a distingué, entre d'une part l'indemnisation et d'autre part, la responsabilité. C'est-à-dire que l'indemnisation se fait au bénéfice de qui il appartiendra. On a la chance d'avoir le CHU et une compagnie d'assurance […] qui ont décidé de jouer le jeu ».
[Entretien. 18 janvier 2012].

Comme la permanente de la FNATH, l'avocat toulousain fait le rapprochement entre les caractéristiques indemnitaires du dossier des surdoses toulousaines et celles de l'affaire de l'explosion de l'usine AZF. Une même distinction entre l'indemnisation et la responsabilité a été entérinée. Si l'affaire des surirradiations d'Épinal avait ouvert la voie à cette distinction quelques jours auparavant, le dossier des surdoses toulousain se distinguait toutefois nettement. Ce n'était pas tant la surdose ou même un taux de surdose comme à Épinal, qui constituait le préjudice mais le fait d'avoir appris son état de surirradié par un tiers (médias etc.) et non par l'hôpital. Contrairement au cas d'Épinal, aucune décollectivisation de la cause des surirradiés de Toulouse ne semble résulter du processus indemnitaire. En réalité, cette décollectivisation est intervenue ensuite, lors de la mise en œuvre d'une commission d'indemnisation.

1.2. Expertises civiles individuelles et neutralisation de la contestation des associations de victimes

Le travail de mise en valeur des conséquences des surdoses par les adhérents des associations de victimes s'est finalement traduit par le versement de provisions à l'adresse de nombre d'entre eux. Toutefois, sur chacun des terrains enquêtés, ce versement était un préalable à la mise en œuvre d'expertises médicales approfondies des patients, au sein de commissions d'indemnisations ad hoc. En d'autres termes, le statut de victimes pourtant attribué aux surirradiés par la provision d'indemnisation, était de nouveau évalué.

a) L'accentuation de la sérialisation des surirradiés

Dans le dossier d'Épinal, un « comité de suivi des victimes » a été mis en place le 11 février 2008. Le ministère de la Santé en est à l'instigation et en avait fait la proposition à l'AVSHE. L'association l'a acceptée après un temps de réflexion comme le précise Philippe S., son président.

> « À l'époque, on avait deux voies possibles, toutes *a priori* aussi efficace l'une que l'autre. Notre but, c'était d'avoir une indemnisation pour les victimes, pour le fameux statut de victimes et l'indemnisation la plus confortable possible. Même si ça ne ramène pas la santé, ça fait passer des bons moments, ne rêvons pas. Donc fort de cet argument, on s'est réuni et puis on a discuté avec Gérard Welzer, on a dit voilà : ''Si on prend l'option A, ça veut dire des examens médicaux individuels, ensuite la rédaction d'un compte-rendu médical, l'estimation du préjudice, des séquelles, le taux d'ITT'' [incapacité totale de travail]. […]. Il me dit : ''Bon, première indemnisation, année 2022, 2023 !''. Je dis : ''Oui, donc on sera tous morts quoi !'' […]. L'autre solution c'était la commission d'indemnisation et dans cette commission, on ne parlait pas d'examen physique corporel approfondi, on partait de l'étude du dossier. Voilà, donc là ça simplifie beaucoup les choses ».
> [Entretien. 23 septembre 2011].

L'adhésion de l'avocat et du président de l'association à la mise en œuvre d'une telle commission était liée à la rapidité de la procédure. L'avocat confirme cette propriété.

> « Alors, pourquoi des expertises sur dossiers ? Parce que, quand vous expertisez, qu'il y a des centaines de personnes à indemniser, si vous voulez, il y a un moment, cela va plus vite ».
> [Entretien. 30 novembre 2011].

Inspiré du modèle des CRCI à l'œuvre depuis 2002, ce comité était présidé par un conseiller doyen honoraire à la Cour de cassation. Il était composé de seize membres dont des représentants de l'assurance de l'hôpital et de sa direction, un médecin nommé par l'association, le radiothérapeute Jean-Marc Simon (qui avait déjà officié dans le cadre de l'attribution de l'avance sur indemnisation), l'ARH de Lorraine ou encore la Caisse primaire d'assurance maladie.

L'ordre de mission de ce comité était clair : examiner les demandes d'indemnisation des surirradiés à hauteur de 7 % et plus au titre de divers préjudices définis par la nomenclature « Dintilhac » (incidences professionnelles de la surdose, préjudice sexuel, dépenses de santé etc.). Seuls les surirradiés à plus 7 % recevaient la « lettre leur proposant le processus d'indemnisation[36] » de la part de la commission ad hoc, exception faite des vingt-quatre patients surirradiés à 28 % (les victimes du premier accident). Ces derniers « font l'objet d'autres négociations avec les assureurs[37] ». Ainsi, après le versement de la provision de dédommagement, la procédure officielle d'indemnisation prolonge la sérialisation des surirradiés entre plusieurs catégories d'ayant droit : entre les patients surirradiés à 7 % et ceux

[36] Extrait du compte-rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 7 mai 2011, p. 4.
[37] Aubriat (P.), « Plus de 20 millions aux surirradiés », *L'Est Républicain*, 25 avril 2008.

ayant un taux de surdoses inférieur d'une part, et au sein même du groupe des surirradiés à 7 % d'autre part, en fonction de leurs préjudices.

Le dispositif singulier d'indemnisation conduit par conséquent à la neutralisation définitive de la contestation victimaire et des risques de mise en cause publique de responsables politiques : la principale organisation de défense des surirradiés, l'AVSHE, en accepte le principe et incite fortement ses adhérents à se lancer dans cette procédure pour obtenir des indemnisations complémentaires. Il est certain que cette procédure présentait, outre sa rapidité, de nombreux avantages du point de vue des adhérents de l'association et de leur avocat. Il avait été convenu avec le ministère que si l'expertise n'avait lieu que sur la base d'un bilan de santé « en date de la consolidation » (c'est-à-dire après la stabilisation de l'état de santé du surirradié), une évolution de ce dernier n'était toutefois pas rédhibitoire. « Une nouvelle demande[38] » pouvait être effectuée. Par ailleurs, si l'indemnisation proposée était refusée, le surirradié touchait tout de même « 80 % de cette somme[39] ». Surtout, un tel comité avait l'avantage d'atténuer les difficultés liées à « la maîtrise de la ''paperasse''[40] » identifiées par Philippe Ponet et qui conditionnent le succès ou l'échec d'une expertise médicale. Savoir organiser différentes pièces justificatives d'un état de santé, les constituer en dossier et surtout, les défendre en situation de face à face avec un médecin expert, constituent des compétences indispensables à la réussite d'une expertise médicale de ce type. Mais ces compétences sont inégalement partagées entre les individus. Or, dans l'affaire des surdoses d'Épinal, les expertises civiles (hors cadre judiciaire) font l'objet d'une prise en charge collective puisque sont notamment présents lors de l'examen des dossiers en commission un médecin nommé par l'AVSHE ainsi que le radiothérapeute ayant suivi les patients après la suspension des radiothérapeutes titulaires. L'épreuve d'explicitation du dossier médical face à un tiers « expert » de l'assureur du débiteur est ainsi rendue moins discriminante que dans les situations d'expertise classiques.

En janvier 2009, moins d'un an après l'installation de cette commission, les premières indemnités complémentaires aux provisions de 15 000 euros sont versées aux malades. « Une procédure d'une rapidité exceptionnelle » précise le quotidien *L'Est Républicain* à l'époque[41]. M[e] Welzer détaille tout de même certaines choses.

[38] Extrait du compte-rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 10 janvier 2009, p. 4.
[39] *Ibid.*, p. 4.
[40] Ponet (P.), « Devenir cause : les logiques pratiques de production du ''nombre de''. Le moment de l'expertise médicale des victimes de dommages corporels », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 74. L'auteur étudie les expertises médicales de patients dans le cadre de procédures judiciaires.
[41] Vannson (J.-P.), « Indemnisation-éclair pour les surirradiés », *L'Est Républicain*, 15 janvier 2009.

> « La SHAM a dû payer aux alentours de 18 millions d'euros. Il y a des victimes pour qui le préjudice – malheureusement j'allais dire – a été de 80, 100, 120 000 euros, plus même ».
> [Entretien. 30 novembre 2011].

Certains surirradiés pourtant reconnus victimes par le versement de la somme provisionnelle de 15 000 euros n'ont pas fait de demande complémentaire à la commission. En effet, suivant un compte-rendu de l'association, en 2011, « 478 [personnes avaient] fait une demande d'indemnisation[42] » à la commission sur 755 bénéficiaires potentiels[43]. Plus de 270 personnes surirradiées reconnues victimes n'ont pas sollicité la commission d'indemnisation et n'ont par conséquent pas soumis leur état de santé à une évaluation plus précise des préjudices subis. Plusieurs hypothèses peuvent être faites, la première étant celle du décès de ces personnes. Toutefois, par le biais d'une anecdote du président de l'AVSHE sur l'épisode du versement des 10 000 euros par l'ONIAM, il est possible d'appréhender les raisons des non-demandes d'indemnisation en commission d'une autre façon.

> « Alors, il y a une petite anecdote qui m'avait ému à l'époque et qui m'émeut toujours un petit peu. Quand Roselyne Bachelot a décidé de verser les 10 000 euros pour tout le monde, j'ai reçu un coup de téléphone d'une dame. Une petite voix. Sans doute une dame d'un certain âge. Elle me dit : '' Monsieur S. ?''. ''Oui ?''. ''Je vous appelle parce que j'ai reçu le chèque de la ministre''. ''Ah, j'espère que ça vous a fait plaisir ?''. Et puis, ah… Je la sentais hésitante. Je lui dis : ''Qu'est-ce qui se passe, vous avez des soucis, dites-moi''. ''Oh'' elle me dit, ''c'est pour mon mari''. Je lui dis : ''Oui, je sais bien, il est malade, il était victime, donc vous avez touché 10 000 euros''. Elle ne répond pas, puis elle dit : ''Vous ne trouvez pas que ça fait de trop'' ? [Silence]. Là, franchement... Je dis : ''Pourquoi vous dites ça ?''. Elle me dit : ''Vous savez, je n'ai jamais travaillé et puis mon mari était agriculteur [dans les Vosges], on a 600 euros pour vivre par mois. Vous ne croyez pas que 10 000 euros, ce n'est pas trop'' ? ».
> [Entretien. 23 septembre 2011].

Les travaux sur le non-recours aux prestations sociales[44] menés d'abord en Grande-Bretagne à partir des années 1960 et qui se sont étendus ensuite aux États-Unis et à l'Europe

[42] Extrait du compte-rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 7 mai 2011, p. 4.
[43] Puisque les patients surirradiés de la cohorte « Épinal 1 » (vingt-quatre personnes) ressortent d'une procédure d'indemnisation spécifique, seuls les patients de la cohorte « Épinal 2 » (409 personnes), une partie des patients de la cohorte « Épinal 3 » surirradiés à 7,1% (300 patients), et certaines personnes des cohortes « Épinal 4 et 5 » (quarante-six personnes potentielles), peuvent déposer des dossiers.
[44] Warin (P.), « Les politiques publiques face à la non-demande sociale », *in* Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 287-312. Hamel (M.-P.), Warin (P.), « Non-recours (non-take up) », *in* Boussaguet (L.), Jacquot (S.), Ravient (P.), dir., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po., 2014, p. 383-390.

continentale, ont révélé l'existence d'une *non-demande* sociale. Il existe en effet « plusieurs types de non-recours : par non-connaissance de l'offre publique ; par non-réception (abandon de la demande, inattention aux procédures, dysfonctionnements des services prestataires, difficultés d'accessibilité) ; par non-demande (manque d'intérêt, stigmatisation et discrimination, repli sur soi par isolement et dénigrement)[45] ». Ainsi, être en situation de précarité ne prédestine pas l'individu à demander des aides ou le versement de prestations auxquelles il pourrait pourtant prétendre. L'activation de droits suppose une subjectivité particulière qui s'apparente à une acceptation d'une « prise en charge de soi[46] ». Celle-ci fait souvent défaut lorsque, comme c'est le cas de cette femme d'un patient surirradié, le seul revenu disponible est lié au travail agricole du mari et réside dans une petite pension de retraite sans commune mesure avec une indemnisation de nature assurantielle.

Ces non-demandes d'indemnisation ne doivent pas faire oublier que, non seulement encouragée par l'association, la majorité des personnes reconnues surirradiées à hauteur de 7 % et plus s'est manifestée auprès de la commission d'indemnisation, se soumettant à un examen détaillé des préjudices subis. En outre, l'ensemble des personnes qui ont adressé une demande ont obtenu une indemnisation, le lien entre leur état de santé et une surdose étant de la sorte définitivement confirmé. Des difficultés sont tout de même intervenues. Le président de l'AVSHE fait en effet cette confidence en entretien : « J'ai dû pousser des coups de gueule en commission d'indemnisation ».

Cependant, les principales difficultés liées à la procédure d'indemnisation des surirradiés d'Épinal se sont concentrées, non sur les dossiers médicaux des patients examinés en commission, mais sur ceux des patients relevant de la cohorte « Épinal 1 », évalués dans une relation classique entre, d'un côté, les assurances, et de l'autre, des experts médicaux et avocats. Après plus d'un an sans être indemnisés (en dépit de la conférence de presse des autorités reconnaissant leur grave surirradiation à 28 %), quatre patients défendus par M[e] Welzer ont appris en mai 2008 que l'expertise de l'un d'entre eux concluait à une invalidité de « 12 % ». La décision est vivement contestée par l'avocat devant un tribunal administratif.

> « L'hôpital Jean-Monnet a reconnu ses responsabilités, la Sham (société hospitalière d'assurance mutuelle) aussi. Et pourtant, quatre des patients du centre hospitalier n'ont toujours touché aucune indemnité. Ils relèvent de la première vague des surirradiés, celle qui regroupe des personnes atteintes à plus de 20 %. Hier, M[e] Gérard Welzer plaidait leur cause devant le tribunal des référés d'Épinal […]. L'avocat relève que les 24 premières victimes ont été indemnisées, sauf, ‘‘comme par hasard, les quatre membres

[45] Hamel (M.-P.), Warin (P.), « Non-recours (non-take up) », art. cité, p. 183.
[46] *Ibid.*, p. 186.

de l'association''. Ils seraient donc considérés comme des empêcheurs de tourner en rond. L'avocat rejette des expertises commissionnées par l'assurance de l'hôpital sur une victime : elles ont conclu à une invalidité de 12 %. ''Un traitement de calculateur inadmissible : je demande une provision de 50.000 €'', dit M[e] Welzer, qui reproche à la Sham de vouloir gagner du temps. Chaque mois, conclut-il dans sa plaidoirie, on déplore un nouveau décès. M[e] Bertrand Gasse est l'avocat du médecin-chef de radiologie de l'hôpital. Il représente M[e] Gilbert Collard, absent hier. Il met l'accent sur le caractère douloureux, la complexité de cette affaire et sur la multiplicité des victimes. Seules les expertises médicales peuvent déterminer ''l'importance du préjudice corporel et des séquelles et l'imputabilité de ces cas, dus à une surirradiation ou une autre cause''. […][47] ».

À l'évidence, le statut de victime n'est définitivement acquis par les personnes reconnues accidentées médicales que lorsqu'une évaluation du préjudice subi a eu lieu, dont l'indicateur principal est ici le taux d'invalidité. Ni la reconnaissance par les autorités en 2006 des accidents ayant conduit à des surdoses de l'ordre de 28 % sur plus d'une vingtaine de patients, ni le versement de la provision de 15 000 euros intervenu en 2007 pour l'ensemble des personnes surirradiés à 7 % et plus, ne signent véritablement la reconnaissance des surirradiés en victimes.

b) La concentration des griefs sur les expertises

Les surirradiés de Toulouse sont également confrontés à une évaluation du degré des préjudices subis avec la mise en place d'une instance de concertation similaire à celle œuvrant à Épinal. Le 25 janvier 2008 est en effet annoncée dans le dossier toulousain la mise en place prochaine d'un comité pour la signature d'une convention d'indemnisation par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot. L'ensemble des 145 surirradiés et leurs associations respectives (SOS Irradiés 31 et FNATH) étaient conviés à intégrer ce comité. Cette décision est explicitée par l'ancien conseiller ministériel Daniel N. qui, sous la direction de Roselyne Bachelot, participe à la mise en place de cette commission.

« Il faut savoir aussi que, s'il y a eu besoin de faire une telle commission dans l'histoire de Toulouse, c'est que la problématique de l'indemnisation à Épinal a été très compliquée, avec la SHAM, l'organisme qui assure normalement les établissements. Et donc quand il y a eu l'affaire de Toulouse, on a souhaité éviter ce genre de choses ». [Entretien. 7 mars 2014].

[47] Vannson (J.-P.), « Quatre surirradiés demandent justice », *L'Est Républicain*, 23 mai 2008.

Ainsi, la mise en place d'une commission dans le dossier toulousain doit beaucoup au précédent vosgien, à la difficulté pour les autorités de contraindre l'assurance hospitalière à négocier avec les avocats des surirradiés et à ses conséquences (l'interpellation publique du ministère de la Santé et du président de la République en décembre 2007). En d'autres termes, comme dans le dossier d'Épinal, il s'agissait, en actant la mise en place d'une telle commission, d'encadrer les demandes d'indemnisations, de les canaliser en individualisant les situations. Afin de rendre effectif cet encadrement, une attention particulière est accordée par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot et son cabinet, à la personnalité appelée à présider la commission. Il s'agit d'un de ses prédécesseurs au ministère, Claude Évin.

> Claude Évin a été ministre de la Santé de 1988 à 1991 sous les gouvernements de Michel Rocard I et II. Né en 1949 dans une famille de cheminots de Loire-Atlantique[48], il intègre le petit séminaire puis s'oriente vers une école d'éducateur spécialisé. Il débute ainsi sa carrière professionnelle en tant qu'éducateur dans la protection de l'enfance en 1971 et jusqu'à 1978. Il milite parallèlement au Parti socialiste unifié (PSU) et devient le secrétaire adjoint de la section de Loire-Atlantique en 1973. Il rejoint ensuite le Parti socialiste et occupe le poste de secrétaire de la section de Saint-Nazaire à partir de 1975. Adjoint au maire de Saint-Nazaire en 1977, il est élu député en 1978. Vice-président de l'Assemblée nationale en 1986, il est nommé au poste de ministre délégué chargé de la Santé et de la protection sociale en mai 1988 puis ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale en juin 1988. Non reconduit comme ministre sous le gouvernement d'Édith Cresson en 1991, il redevient député. Il obtient un doctorat en droit public à l'Université Paris 8 en 2002. En 2004, il devient avocat au barreau de Paris. Exerçant en individuel, il intègre pour la première fois un cabinet spécialisé dans le droit social en janvier 2008, Barthélémy Avocats.

Daniel N. précise que, aussi paradoxal que cela puisse paraître, la nomination de l'ancien ministre sur le dossier toulousain est liée en partie au dossier des surirradiés vosgiens.

> « Claude Évin était avocat dans le cadre de la problématique d'Épinal. Il était l'avocat de l'ancienne directrice de l'hôpital […]. Nous, au cabinet, on a été amené à recevoir plusieurs fois les gens qui étaient impliqués dans le dossier […].
> Donc Claude Évin, ancien ministre de la Santé qui arrive au ministère de la Santé. Premièrement, vous avez la ministre qui vient car il y a des règles en République. C'est un prédécesseur. Deuxièmement, madame Bachelot a été ministre plusieurs fois et ancien ministre. Cette activité a toujours été en lien avec des problèmes de santé et des problèmes médico-sociaux. […] Et en tant que membre de conseils d'administration de structures médico-sociales, elle avait rencontré Claude Évin, dans ses fonctions.

[48] Informations issues de la quatrième de couverture d'un ouvrage de Claude Évin ainsi que de la fiche biographique de Claude Évin sur le site du cabinet d'avocats d'affaire DLA Piper, dont il est membre depuis 2015. Voir www.dlapiper.com/fr/france/. Voir également Évin (C.), *À votre santé !*, Paris, Broché, 2006.

> Ce qui fait que, quand il a fallu nommer quelqu'un dans le dossier Toulousain, son nom s'est imposé. […] Et puis il fallait quelqu'un qui ait un sens politique. Il y avait un dernier problème sur Toulouse. C'était la ville de M. Douste-Blazy à l'époque et il y avait l'histoire de ce que l'on appelait le cancéropole (maintenant l'oncopole) de Toulouse, avec un énorme sujet de restructuration de la radiothérapie, avec des conflits entre le centre anti-cancéreux, les libéraux et le CHU. L'accident de radiothérapie avait eu lieu au CHU, avec des médecins en libéral qui travaillaient en opposition avec ceux du centre anti-cancéreux. Il y avait donc un risque d'instrumentalisation de cet accident. […] Il fallait quelqu'un qui ait le poids personnel pour faire travailler tout le monde, assureurs et associations, quelqu'un dont on ne sache pas trop comment l'appeler, ''monsieur le ministre'', ''cher maître'' ».
> [Entretien. 7 mars 2014].

La nomination de l'ancien ministre à la tête du comité pour la signature d'une convention d'indemnisation dans le dossier toulousain est ainsi indissociable d'un objectif de neutralisation des surenchères éventuelles, qu'elles émanent des victimes ou des professionnels de santé, et qui pouvaient mettre à mal la gestion politique du dossier. Cette nomination est pourtant accueillie positivement par les associations de surirradiés toulousains selon un article de *La Dépêche*. « SOS Irradiés 31 et l'association des accidentés de la vie (FNATH) ont accueilli la décision de Roselyne Bachelot avec satisfaction. […] Pour SOS Irradiés, la personnalité ''de tout premier plan et indépendante'' de Claude Évin est ''le signe que l'affaire de Toulouse est enfin prise au sérieux par les pouvoirs publics. Nous estimons avoir emporté une première victoire''. La FNATH, elle, qualifie la mission ''d'absolument essentielle car elle doit lui permettre de rencontrer toutes les parties en cause, y compris le constructeur de la machine, et surtout d'améliorer le processus d'indemnisation''[49] ».

Réuni pour la première fois le 12 février 2008[50], le comité était composé notamment de représentants de l'hôpital toulousain (mais pas du constructeur de la machine[51]), d'experts de l'assureur de cet établissement, de représentants de SOS Irradiés 31 et de la FNATH, de membres de la Caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne, des ministères de la Santé et de la Justice, de l'ONIAM. Il revenait à ce comité de déterminer les conditions propices à la signature d'un accord d'indemnisation entre les associations, l'hôpital et son assureur. En revanche, le comité n'était pas chargé, comme le spécifie son président, Claude Évin au sortir

[49] Dubois-Chabert (J.-L.), « Surirradiés : les associations satisfaites », *La Dépêche*, 29 janvier 2008.
[50] Non signé, « Surirradiés : Claude Évin convoque un comité d'expertise le 12 février », *La Dépêche*, 31 janvier 2008.
[51] Dans un article de *La Dépêche* en date du mois de février 2008, on apprend en effet que, s'agissant de cette commission, « la société Brainlab (fabricante du matériel utilisé) avait décidé de ne pas y participer, estimant n'être ''pas responsable de cet incident'' qu'elle impute ''à une erreur humaine, à savoir l'utilisation d'un outil de mesure inapproprié par le personnel médical'' ». Voir Non signé, « Vers une indemnisation des surirradiés de Rangueil », *La Dépêche*, 13 février 2008.

d'une réunion le 12 mars 2008, « de fixer les montants d'indemnisation mais de mettre en place la procédure qui conduira à l'expertise et à l'indemnisation[52] ».

En dépit de cette séparation, la mise en place d'un tel accord a été difficile. Comme l'explique le quotidien *La Dépêche* dans une édition d'avril 2008, « si les assureurs (Axa, tout particulièrement) vont logiquement avancer leur référentiel habituel, dûment homologué par les pouvoirs publics, les associations, elles, veulent en faire valoir un autre, basé sur la jurisprudence des tribunaux du Sud-Ouest, et réputé ''plus avantageux'' pour les victimes[53] ». L'emploi de la nomenclature Dintilhac[54] souvent utilisée dans le cadre des procédures de type CRCI et qui avait été employée dans le dossier spinalien, était clairement rejeté par les défenseurs des surirradiés de Toulouse, surtout par la FNATH.

Le jour de la signature théorique de cet accord destiné à mettre en œuvre les expertises des patients, aucun consensus ne se dégageait encore entre les membres du comité. En particulier, en ce 9 avril 2008, la FNATH avait fait savoir « qu'elle ne signerait pas ce projet de convention, estimant qu'elle ''ne garantit pas aux victimes la meilleure reconnaissance, prise en charge et indemnisation de leurs préjudices''[55] ». En dépit de ces désaccords, la convention est finalement signée le jour même. Ce qui a fait changer d'opinion la FNATH et son avocat dans cette affaire, M[e] Rastoul, est « l'amendement au projet de convention obtenu […] permettant à la victime qui refuserait la proposition d'indemnisation de l'assureur de l'hôpital (après expertise indépendante) d'intenter une procédure devant un tribunal compétent sans perdre 95 % de l'indemnité proposée[56] ». Claude Évin évoque quant à lui un accord unique en ce qu'il « va permettre d'indemniser plus vite qu'une procédure de droit commun ».

Pour bénéficier d'une expertise ouvrant droit à indemnisation, le patient dont l'hôpital toulousain avait reconnu la surirradiation devait en formuler la demande. Ceci était précisé dans la copie de la convention d'indemnisation adressée par la commission à chaque patient après la signature de l'accord. Il revenait ensuite au patient et à son avocat de réunir les documents nécessaires à l'expertise (le dossier médical notamment). Un dossier mal constitué pouvait diminuer les chances de bénéficier d'une indemnisation. Lorsque le dossier était complet, le surirradié, en concertation avec son avocat, initiait la démarche d'expertise comme l'explique François L., surirradié à Toulouse.

---

[52] Non signé, « Vers une indemnisation rapide », *La Dépêche*, 13 mars 2008.
[53] Rouch (J.-J.), « Irradiés : comment les dédommager ? », *La Dépêche*, 2 avril 2008.
[54] Se reporter au début de ce chapitre pour plus de détails.
[55] Non signé, « Les irradiés de Rangueil pourraient signer aujourd'hui leur convention d'indemnisation », *La Dépêche*, 9 avril 2008.
[56] Rouch (J.J.), Emery (P.), « Irradiés de Rangueil : un accord d'indemnisation », *La Dépêche*, 10 avril 2008.

> « Ma première expertise a été faite en 2010 à Bordeaux, avec R. [un médecin expert]. Tous les documents étaient remplis donc ‘‘hop’’, on va passer l'expertise. J'avais le dossier enfin bref, tout. Donc, assisté par messieurs Lèguevaques et C. [l'avocat et l'expert mandaté par l'association]. Ça se passe à l'hôpital de Bordeaux. Et on y va et l'expert [le médecin ayant la charge de l'organisation et de la conduite de l'expertise dans le cadre de la convention] ne consulte que les papiers. Et il dit : ‘‘Oui, le rapport est là. Monsieur L. n'est pas consolidé’’ [son état de santé n'est pas stabilisé]. Et ce n'était pas sur des données factuelles si vous voulez. Entre guillemets, je pouvais lui dire ce que je voulais puisqu'il n'a pas consulté les IRM que j'avais passé. Mais il nous a dit : ‘‘On refait une expertise dans un an’’ ».
> [Entretien. 19 janvier 2012].

Ces premières réunions d'expertise ont eu lieu entre quelques mois et quelques années après la signature de l'accord. Elles se déroulaient généralement dans une structure hospitalière. Le patient était assisté par un médecin nommé par l'association ou son avocat conseil. Ceux-ci faisaient face à un médecin expert saisi dans le cadre de la convention d'indemnisation mais également à un représentant de l'assurance et de l'hôpital. Un retour d'expertise était établi après examen du dossier et annonçait, soit la « consolidation » de l'état de santé du patient (sa stabilisation) auquel cas une proposition d'indemnisation par l'assureur de l'hôpital devait être effectuée[57]. Soit l'état de santé n'était pas encore « consolidé » et les provisions étaient alors versées en fonction de son évolution et de la consolidation définitive.

Les surirradiés toulousains rencontrés ont tous fait part de leur perplexité face à ces temps d'expertise. Non seulement des patients se sont vus signifier leur non-consolidation à la première rencontre (ce qui différait l'indemnisation et générait de la déception), mais en outre, ils constataient que la nature même de l'expertise (et sa précision) changeait en fonction du médecin menant l'expertise. François L. l'explicite en convoquant son cas personnel.

> « Ensuite [après sa première expertise] monsieur Lèguevaques [l'avocat] dénonce R. [le médecin ayant réalisé sa première expertise] en disant : ‘‘Je ne veux plus travailler avec lui’’. Et donc j'ai passé ma deuxième expertise en novembre à Toulouse avec un expert de Marseille. C'est quelqu'un qui a travaillé avec le professeur J. R. à la Timone [hôpital marseillais]. Et lui, il a épluché le dossier. Et, entre ce que dit mon neurochirurgien et ce qu'il dit, c'est différent. Lui, il voit que ça s'est aggravé, qu'il y a ça, qu'il y a ça, ça… […].
> Du coup, c'est plus précis même si on en est arrivé à la même conclusion. ‘‘Ce n'est pas consolidé’’. Alors là j'ai ‘‘pété les plombs’’ entre guillemets. Lui aussi s'énervait mais c'est normal, c'est la première fois qu'il me voyait. Mais je lui ai dit : ‘‘Attendez, ça fait

[57] Le patient a le choix d'accepter ou de refuser cette proposition. Dans le premier cas il signait, selon les termes de la convention, une quittance de transaction définitive et l'assureur était tenu de lui verser la somme. Dans le cas d'un refus, il signe une quittance de règlement provisionnel et l'assureur du CHU doit verser 95 % de la somme.

> combien de temps que ça dure ?''. Vous vous rendez compte : quand vous passez une expertise en 2011 et que votre traitement remonte à 2006, vous vous dites, bon. Parce qu'il y a des moments où on a envie de tirer un trait là-dessus. Même si physiquement on ne peut pas en tirer un, car il y a la trace, mais au moins tirer un trait dans notre tête ».
> [Entretien. 19 janvier 2012].

Chaque médecin n'expertise ainsi pas de la même manière, mais une expertise menée différemment peut aussi conduire à une même conclusion de non-stabilisation. Ceci génère de l'amertume chez les surirradiés de Toulouse expertisés (87 au total parmi l'ensemble des 145 surirradiés[58]). Cette amertume peut se transformer en déception voire en colère lorsque, à la date de consolidation de l'état de santé du patient, les conclusions définitives des expertises ne sont pas en conformité avec ce qui était attendu du patient. Odile G., la présidente de SOS Irradiés 31, rend intelligible cette réaction.

> « Il y a eu dans le lot des experts qui étaient très durs, qui disaient : ''Non il n'y a rien, ou alors, il y a 10 % [d'invalidité], et bien je vais vous donner 10 % monsieur, vous êtes content ?''. […]. Au contraire, c'est un expert de Clermont-Ferrand qui a expertisé tous les gens de Limoges. […] Et bien eux ils ont... Lui, il a voulu d'abord comprendre. Il a été humain ce gars-là. […]. Donc si vous voulez, ce n'était pas très égal et puis ça dépend de l'humeur de l'expert, ça dépend de la manière dont l'expert appréhende le dossier, de comment il arrive à l'expertise. On n'est pas sur une autoroute quand on va en expertise ».
> [Entretien. 26 octobre 2011].

L'absence de remarques semblables parmi les surirradiés d'Épinal en entretien laisse penser que les surirradiés toulousains portent un jugement davantage négatif sur la phase d'expertises médicales civiles que leurs homologues spinaliens. Le temps écoulé entre l'accident et l'acceptation des indemnisations n'est pas en cause puisque, à l'image de l'affaire d'Épinal, les expertises se sont étalées de 2008 à 2012[59]. Aussi, l'hypothèse peut être faite que les modalités de l'étude des dossiers des patients toulousains, moins collectives que dans le cas d'Épinal, paraissent expliquer ce différentiel de jugement. Si le surirradié toulousain n'est pas seul en situation d'expertise et est accompagné d'un médecin conseil et de son avocat, il n'en demeure pas moins que la configuration est plus individualisée que dans le cas d'Épinal, où le dossier du patient est examiné en commission élargie. Cela expliquerait que la phase

[58] Voir Rey (E.)., « Le long combat des irradiés de Rangueil », *La Dépêche*, 5 juillet 2011.
[59] Selon l'avocat M[e] Lèguevaques, les expertises étaient en effet « dans leur majorité, terminée[s] » en 2011. Voir Rey (E.), « Le long combat des irradiés de Rangueil », art. cité. Cet article précise que, selon le CHU, l'assurance a versé « 4,4 millions d'euros d'indemnisation (3,4 millions au titre d'indemnisation définitive et 1 million au titre de provisions) sur les 87 expertises ou demandes d'expertises ».

d'indemnisation à Toulouse ait été marquée par des désaccords profonds, réguliers et médiatisés[60] entre l'hôpital et son assureur d'un côté, les associations de victimes de l'autre (désaccords portant surtout sur le rythme des expertises et les propositions d'indemnisations faites aux surirradiés, notamment).

2. L'action judiciaire comme ajustement à l'identité du groupe

Dans les affaires de surdoses hospitalières d'Épinal et de Toulouse, des individus ont pris connaissance d'un problème de surdoses les concernant par l'intermédiaire du déconfinement d'un certain nombre d'informations. La perception claire d'un préjudice résultant d'une action fautive naît de la rencontre de ces accidentés avec des professionnels du droit, ou de la création d'une association de victimes. Le ralliement à de telles associations est ensuite indissociable de la participation de l'accidenté à des actions visant à se faire reconnaître victime et bénéficier ainsi des droits afférents.

Ainsi, l'engagement militant de type victimaire peut s'analyser comme une transformation identitaire qui s'affermit au gré de la participation de la personne accidentée à la cause. Michael Voegtli souligne en effet à propos des mouvements sociaux en général que « si l'identité collective ne préexiste pas dans la plupart des cas à l'émergence d'une entreprise de mouvement social, on doit considérer également que l'identité sociale des acteurs qui la composent est transformée par l'entrée en militance[61] ». C'est un des apports les plus stimulants des travaux sur les identités collectives des mouvements sociaux[62] : l'intervention des individus dans la dynamique collective est génératrice de transformations identitaires chez les participants. Dans le cas des mobilisations de surirradiés d'Épinal et de Toulouse, ces transformations identitaires favorisent l'investissement du terrain judiciaire par les adhérents des associations.

[60] La médiatisation des controverses inhérentes à la procédure d'indemnisation toulousaine a été retracée dans Pedrot (F.), « Quand des accidents médicaux deviennent médiatiques : les accidents de surirradiations de patients en milieu hospitalier », communication présentée à la journée d'étude *Médias et Santé Publique*, Bordeaux, 18-19 octobre 2012.

[61] Voegtli (M.), « ''Quatre pattes oui, deux pattes, non !'' L'identité collective comme mode d'analyse des entreprises de mouvement social », *in* Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux*, *op. cit.*, p. 215.

[62] Pour une présentation de ce domaine d'investigations, voir l'article récapitulatif de Voegtli (M.), « ''Quatre pattes oui, deux pattes, non !'' L'identité collective comme mode d'analyse des entreprises de mouvement social », art. cité.

2.1. La voie secondaire de l'action judiciaire

L'action judiciaire ne fait pas l'objet des discussions les plus courantes au début de la fondation des associations de surirradiés d'Épinal et de Toulouse. Il s'agit bien plutôt de se réaliser victimes au moyen de la voie indemnitaire. Certes, à Épinal, des plaintes pénales ont été déposées rapidement par les victimes avant même la création de l'AVSHE. En mars 2007, trois mois avant sa naissance, seize plaintes sont en effet comptabilisées[63], émanant de patients en contacts avec l'avocat Gérard Welzer. Ces plaintes résultent ainsi bien plus d'une démarche de publicisation d'une affaire par un avocat et d'une stratégie de création d'un collectif de victimes, que d'un investissement réel du terrain judiciaire. En juin 2007, au moment de la création de l'association, quarante-cinq plaintes sont répertoriées[64]. Début septembre 2007, après plus de deux mois d'existence de l'AVSHE, soixante-trois plaintes sont transmises au procureur[65] mais c'est en réalité 130 plaintes qui sont dénombrées[66]. En dépit de ce nombre conséquent de plaintes, le document établissant un bilan de l'activité de l'association lors de l'année 2007 ne mentionne que très furtivement l'activité judiciaire et sa progression. Trois phrases du document de deux pages évoquent une réunion avec deux juges d'instruction, sous cette forme très brève.

> « 17 octobre : Première convocation des juges, madame Bellot et monsieur Gand, au tribunal d'Épinal. La qualité de l'équipement sonore en fera gronder plus d'un. Mais nous retiendrons surtout l'intervention émouvante de ce monsieur qui, avec pudeur, a si bien décrit son quotidien[67] ».

Les questions des surirradiés au cours de l'entrevue avec les juges portaient essentiellement « sur la suite de la procédure et, surtout, sa durée » selon un compte rendu fait par un journal local[68]. Cette procédure paraissait lointaine et moins prioritaire que l'obtention d'indemnisations. Ce sont bien ces dernières qui ont mobilisé en premier lieu les adhérents. Deux mois plus tard, en décembre 2007, de premières provisions sont versées collectivement

[63] Vannson (J.-P.), « Seize plaintes déposées au parquet », *L'Est Républicain*, 24 mars 2007.
[64] Payet (M.), « Scandale des irradiés : le nombre de patients décédés à la suite de surirradiations est désormais de cinq », *Le Parisien*, 5 juin 2007.
[65] Blanchard (S.), Morin (H.). « Dans l'affaire des irradiés d'Épinal, 63 plaintes ont été déposées pour homicides ou blessures involontaires », *Le Monde*, 9 septembre 2007.
[66] Payet (M.), « Nouvelles plaintes dans le scandale des irradiés à l'hôpital », *Le Parisien*, 8 septembre 2007.
[67] Extrait du « Bilan de l'année 2007 » de l'AVSHE, p. 1.
[68] Gobin (C.), « Surirradiés : les juges font le point », *La Liberté de l'Est*, 12 juin 2008. Document obtenu en entretien.

aux surirradiés vosgiens. Au sein de l'association, l'accès aux indemnisations pose la question des objectifs que la cause doit désormais poursuivre. Un document intitulé « bilan de l'année 2007 » de l'AVSHE, rédigé après le versement de premières provisions, atteste en effet que ces dernières sont un véritable point de bascule dans la mobilisation collective.

> « 2007 fût riche en événements de toutes sortes, d'émotions partagées, de larmes devenues incontrôlables, d'inquiétude pour le futur, de cris de colère, mais aussi riche d'espoir, de la prise en compte de notre quotidien perturbé par les séquelles de cet accident, de la réponse faite par les autorités nationales et locales à nos justes exigences. […]. Et le futur ? Et bien nous allons le construire. Vous le savez, le chemin peut être long, mais nous n'abandonnerons pas. Les sommes reçues aujourd'hui par certains d'entre vous ne sont qu'un encouragement à nous battre[69] ».

L'obtention d'indemnisations et la promesse d'expertises futures, redéfinissent les enjeux mêmes de la mobilisation collective. Le projet explicite des surirradiés « de se mobiliser de concert[70] » ne saurait être désormais cimenté par la revendication indemnitaire puisque celle-ci a été satisfaite. Dès lors, il s'agit pour les adhérents des associations de victimes de se donner un autre objectif étant entendu qu'un groupe mobilisé maintient son existence et sa cohésion dans et par la lutte. Ceci est attesté depuis les travaux de Karl Marx sur les classes sociales et leurs mobilisations[71] jusqu'à ceux de Pierre Bourdieu sur ces mêmes classes[72].

a) Rétribution du militantisme à Épinal et nouveaux pouvoirs d'action

Ainsi, les indemnisations représentent un tournant pour les adhérents de l'association d'Épinal, qui se sentent légitimés en tant que victimes. À une question du journaliste de *TF1* relative à l'attribution de la provision de 10 000 euros aux surirradiés d'Épinal, le président de l'AVSHE répondait ceci :

> « Psychologiquement c'est très très important parce que, enfin, enfin, on est reconnu. Voilà. C'est notre statut de victime. C'est le mot que j'emploie très fréquemment

[69] Extrait du « bilan de l'année 2007 » de l'AVSHE, p. 1-2.
[70] Selon l'expression de Neveu (E.), *Sociologie des mouvements sociaux, op. cit.*, p. 9. Pour l'auteur, on peut définir l'action collective comme « une action concertée en faveur d'une cause », un « *agir-ensemble intentionnel*, marqué par le projet explicite des protagonistes de se mobiliser de concert ». Souligné par l'auteur.
[71] Voir les passages consacrés à la classe « en soi » et « pour soi » de Marx (K.), « Misère de la philosophie », *in Œuvres, tome 1*, Paris, Gallimard, 1968, p. 134-135.
[72] Bourdieu (P.), « Espace social et genèse des ''classes'' », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (52), 1984, p. 3-14.

pardonnez-moi mais c'est vraiment un statut auquel nous tenons tous pour, quelque part, que ce soit une forme entre guillemets, une forme de thérapie[73] ».

Le versement des indemnisations est une rétribution de leur militantisme telle[74] qu'il conforte les adhérents de l'AVSHE dans le sentiment que leur ralliement à l'action était opportun et s'appuyait sur un préjudice réel. Chaque étape franchie, chaque rétribution découverte dans le cours de l'action collective a des effets transformateurs sur les personnes mobilisées, qui s'identifient davantage à l'identité affichée du groupe d'appartenance (ici l'identité de victimes de surdoses). « Les individus sont inscrits dans une pluralité d'espaces sociaux et les rétributions qu'ils y perçoivent sont elles-mêmes variables ; dans chacun de ces espaces, les individus sont amenés à endosser des rôles spécifiques dans lesquels ils sont plus ou moins ''pris''[75] » insistent Olivier Fillieule et Bernard Pudal. François Buton complète : « identité d'action et pouvoirs d'action sont étroitement liés : à chaque changement d'identité juridiquement garanti correspond l'ouverture de nouveaux pouvoirs d'action[76] ». Puisque reconnus victimes par ces indemnisations, il apparaît dès lors plus clairement aux adhérents de l'AVSHE que les responsabilités doivent désormais être établies dans leur drame. Ils s'investissent, aux côtés de leurs avocats, dans l'action judiciaire. Cette nouvelle « bataille » leur semble d'autant plus légitime qu'à la création de l'association, il avait été inscrit dans les statuts que la défense des victimes de surdoses pouvait inclure l'action en justice[77]. Ainsi, l'aspect judiciaire qui occupait une place jusqu'alors réduite dans les échanges entre les adhérents de l'AVSHE prend une importance considérable.

Le compte rendu de la seconde assemblée générale de l'association en date du 3 juillet 2008 fait ainsi pour la première fois état de « questions/réponses » intervenues entre les adhérents sur le thème spécifique des plaintes pénales. « L'AVSHE va bientôt se porter [partie] civile dans cette affaire. Mais le plus important est le dépôt de plainte individuel » écrivait alors le président de l'association. Tous les surirradiés adhérents de l'association n'avaient

[73] Déclaration faite dans le cadre d'un reportage de *TF1*, « 20 H », 7 décembre 2007.
[74] Sur les rétributions associées au militantisme, Gaxie (D.), « Économie des partis et rétributions du militantisme », *Revue française de science politique*, 1 (27), 1977, p. 123-154. Et Gaxie (D.), « Rétributions du militantisme et paradoxes de l'action collective », *Revue suisse de science politique*, 1 (11), 2005, p. 157-188.
[75] Fillieule (O.), Pudal (B.), « Sociologie du militantisme. Problématisations et déplacement des méthodes d'enquête », *in* Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux, op. cit.*, p. 176.
[76] Buton (F.), « Le droit comme véhicule : portrait d'un justiciable », *in* Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique, op. cit.*, p. 133.
[77] Pour l'AVSHE, la déclaration au Journal Officiel spécifiait qu'il s'agissait de « soutenir par des moyens juridiques les victimes de l'hôpital Jean-Monnet et dénoncer les erreurs et pratiques sur le plan sanitaire, faire respecter les droits des victimes en mettant à leur disposition des informations juridiques relatives à l'accident de Jean-Monnet. Se porter partie civile et ester en justice auprès des instances françaises et européennes le cas échéant ».

effectivement pas déposé plainte individuellement. Le président rappelait l'importance d'une telle démarche dans l'éventualité où l'association n'obtenait pas le statut de partie civile[78]. Seules les personnes ayant déposé individuellement plainte pourraient alors prétendre à des réparations au pénal.

La constitution collective de partie civile (via l'AVSHE) était néanmoins fortement espérée par l'avocat conseil de l'association M[e] Welzer, et son président, non pas tant en ce qu'elle permet un droit d'information sur l'instruction (déjà détenu par la constitution de partie civile de surirradiés), mais parce qu'elle permet à l'association d'intervenir lors d'un éventuel procès au nom des adhérents (et par conséquent en qualité de représentante). Sous l'effet de ses leaders, la lutte de l'association s'oriente ainsi clairement sur le terrain judiciaire à partir du milieu de l'année 2008.

b) Pallier l'échec provisoire de la voie indemnitaire à Toulouse

À Toulouse, un même mouvement s'observe. Après l'obtention d'indemnisations à la fin de l'année 2007, les surirradiés de l'hôpital de Rangueil portent plainte contre X pour « mise en danger de la vie d'autrui, coups et blessures non intentionnels et homicide non intentionnel » au mois de janvier 2008. Rédigée par l'avocat ayant assisté la création de SOS Irradiés 31, la plainte est déposée au nom de 46 surirradiés sur 89 adhérents ayant reçu des surdoses. Cependant, le lien de cause à effet entre le versement des provisions d'indemnisations et l'accentuation de l'activité judiciaire de l'association est moins fort que dans le cas spinalien. Un extrait d'une interview de l'avocat accordée au *Parisien* montre que le sujet de la plainte pénale a été évoqué en amont des versements des provisions, dès l'automne 2007. L'interview donne accès aux raisons qui, du point de vue de l'avocat, justifiaient une telle démarche à l'époque.

> - M[e] Christophe Lèguevaques : « Ils sont victimes, avec des conséquences graves sur leur santé, des excès de rayons. Or leurs dossiers ne semblent pas être traités par l'hôpital

[78] Depuis la Loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, les victimes d'un sinistre réunies en association disposent en effet de la possibilité de se constituer partie civile collectivement pour accéder à la réparation d'un préjudice devant la juridiction concernée. Pour ce faire, un agrément doit être délivré par le ministère de la Justice. L'article 2-15 du Code de procédure pénale précise les modalités par lesquelles ce type d'association accède à la constitution de partie civile. La création de l'association dans le cadre d'un événement délimité (un accident par exemple) est essentielle. De même, cette association doit avoir pour objet la défense de victimes et être représentative d'elles.

et les autorités sanitaires avec efficacité. C'est pourquoi nous sommes obligés de déposer plainte.
- Journaliste : Pourquoi ne pas privilégier la conciliation ?
- Dans un premier temps, nous l'avons voulu. Des conciliations devaient se mettre en place sous la houlette du procureur. J'ai adressé un courrier en ce sens à la garde des Sceaux. Mais le sujet n'avance guère[79] ».

Le projet d'investir le terrain pénal s'origine ici dans l'enlisement des procédures d'indemnisations des surirradiés de Toulouse et non dans leur succès comme dans le cas spinalien. Ce projet est en adéquation avec les statuts de l'association puisque la déclaration au Journal Officiel parue en mai 2007 stipule que SOS Irradiés 31 a pour objectif d'apporter une aide « aux personnes ayant subi un traitement radio-thérapeutique, radio-chirurgique ou stéréotaxique, et mener toutes actions judiciaires ou extra judiciaires afin d'obtenir l'indemnisation des victimes ». Cette voie de l'action judiciaire a été soumise aux adhérents pour approbation par l'avocat lors de la première assemblée générale de l'association, en septembre 2007. Plusieurs options ont été examinées « une plainte collective, une série de plaintes individuelles, une procédure engagée contre le centre hospitalier, contre le fabricant de l'appareil ou contre les deux[80] ». C'est la première solution qui est finalement retenue. L'annonce, au cours de cette assemblée générale, de la mort de deux patients surirradiés a ajouté aux craintes initiales des patients une angoisse supplémentaire, qui n'est pas sans avoir exercé une influence sur la décision finale[81]. Une fois la décision actée, l'avocat s'attèle à la rédaction de la plainte.

Si le dépôt de la plainte pénale collective toulousaine intervient au début de l'année 2008 après l'obtention d'indemnisation, il s'agit ainsi de l'appréhender comme la continuité d'un processus engagé en amont et non une réorientation de la cause après le versement de sommes provisionnelles. Il n'en demeure pas moins que, comme pour les surirradiés d'Épinal, l'affinité de certains adhérents d'SOS Irradiés 31[82] avec cette voie judiciaire de réparation de leur préjudice, a partie liée avec leur appartenance à un groupe de victimes qui les transforme sur le plan identitaire. Les portraits journalistiques de deux adhérents parus dans *Le Parisien* en

[79] Payet (M.), « Une plainte pour mise en danger d'autrui », *Le Parisien*, 1 octobre 2007.
[80] Laparade (L.), Monzat (H.), « Les irradiés de Toulouse s'inquiètent », *La Dépêche*, 8 septembre 2007.
[81] Voir le compte rendu de l'assemblée générale proposé par *La Dépêche* dans Rouch (J.-J.), « Rangueil. Deux morts suspectes parmi les irradiés », *La Dépêche*, 4 octobre 2007.
[82] Le dépôt de plainte a fait débat au sein de SOS irradiés 31. « Parmi nous, certains suivaient l'avocat plus que d'autres » remarque François L. en entretien. La présidente de l'association souligne que pour nombre de surirradiés, « le fait d'avoir été indemnisés montrait qu'ils [les personnels de l'hôpital] avaient reconnu une faute ».

appui aux propos de l'avocat interviewé en octobre 2007, permettent de l'appréhender[83]. En concertation avec l'avocat, ces deux adhérents acceptent de répondre aux questions du journaliste du *Parisien*.

Le premier adhérent interviewé est le trésorier de l'association SOS Irradiés 31. Son élection a eu lieu en juin 2007 au sein du bureau de l'avocat Christophe Lèguevaques, en présence de deux autres surirradiés (dont Odile G., la patiente à l'origine des premières démarches auprès de professionnels du droit). La décision de cet homme de 40 ans de se mobiliser a été prise très tôt. Après plusieurs semaines de douleurs intenses à la suite d'une radiochirurgie subie au début de l'année 2007 pour une tumeur relativement bénigne (un neurinome), il apprend sa surirradiation par les médias à la fin du mois de mai. Il prend contact avec Odile G. par l'intermédiaire d'un article de presse et fait partie des membres fondateurs de l'association.

Lorsqu'en septembre, l'avocat indique aux adhérents que la possibilité d'une action judiciaire existe, le trésorier se montre immédiatement favorable. L'été avait été pour lui et sa famille extrêmement difficile. Il avait été opéré « en urgence[84] » à la suite d'un problème dans la région du cerveau, qu'il attribuait à sa surirradiation et n'avait dû sa survie qu'à la pause d'une valve. Les problèmes de santé ont continué ensuite : surdité à l'oreille droite, accouphènes, maux de tête qui nécessitent la prise de « ''4g par jour de paracétamol''[85] ». Au moment où l'avocat propose le principe d'une action judiciaire en assemblée générale, ce cadre en informatique en arrêt de travail depuis son traitement sept mois auparavant, se disait particulièrement « ''révolté''[86] ».

> « ''Je me bats tous les jours pour essayer de m'en sortir, mais je constate que les excès de rayon ont gâché ma vie. Je veux comprendre ce qui s'est passé''[87] ».

La plainte pénale s'inscrit ainsi dans la continuité de son engagement dans l'association de victimes. Elle est le moyen pour cet homme surirradié de faire valoir que sa situation ne résultait pas de la malchance mais bien de négligences diverses, constitutives de fautes éventuelles, dont il restait à établir sous quel angle elles étaient à attribuer à tels acteurs. Il fait

[83] Voir Payet (M.), « Une plainte pour mise en danger d'autrui », art. cité. On couplera ces portraits avec d'autres reportages consacrés à ces patients parus postérieurement et précédants le dépôt de la plainte pénale collective à laquelle leur cas est attaché.
[84] Payet (M.), « Ma vie est gâchée, je veux comprendre », *Le Parisien*, 1er octobre 2007.
[85] *Ibid.*
[86] *Ibid.*
[87] *Ibid.*

d'ailleurs partie de la vingtaine de membres de l'association et de proches présents au Palais de justice de Toulouse le jour du dépôt officiel de la plainte en janvier 2008.

C'est le cas également de cette mère d'une jeune fille de 17 ans, Marie-Amandine. Comme le trésorier de l'association, elle témoigne avec sa fille dans *Le Parisien* en octobre 2007. Ce témoignage est suivi d'un autre dans *Sud-Ouest* en novembre 2007[88]. Le ralliement à l'association de cette famille est lié à la conjonction de problèmes de santé et à la connaissance des accidents par les médias. À 15 ans, à la suite de violents maux de tête, Marie-Amandine passe un scanner qui révèle « une malformation artérioveineuse au niveau de la tempe[89] ». La radiochirurgie lui est proposée : « une séance suffira[90] » assure le CHU de Toulouse. Son traitement se déroule le 29 juin 2006. « ''Mi-juillet, j'ai commencé à perdre mes cheveux à l'endroit des rayons''. Le professeur a fait savoir qu'il n'y avait aucun rapport avec le traitement. La rentrée au lycée s'accompagne de nouvelles céphalées. Pire, d'une paralysie au niveau de la bouche, du bras, des doigts[91] ». La scolarité s'arrête et les rendez-vous médicaux commencent, jusqu'à « un matin de mai 2007, la radio ouvre sur un flash : 145 personnes irradiées au CHU de Rangueil. Sa maman […] s'affole : ''Dans la foulée, j'ai reçu un coup de fil du ministère de la Santé me demandant de rester sereine et me promettant des indemnités en cas de problème !'' La lettre du professeur Lazorthes datée du 18 juin 2007 lâche la sentence : ''Vous avez été surirradiée''[92] ». Lorsqu'en juin 2007 la famille apprend que l'association SOS Irradiés 31 s'est créée à Toulouse, Marie-Amandine y adhère rapidement. Avec sa mère, elle accueille favorablement la proposition de l'avocat de déposer plainte. Comme pour le trésorier de l'association, leur insertion au sein d'un collectif de victimes les incline à la révolte contre leur situation et le manque global d'attention des médecins vis-à-vis des surirradiés.

Il est significatif en effet que le moment où la jeune fille et sa mère acceptent de témoigner dans *Le Parisien* pour évoquer la plainte pénale corresponde à un rendez-vous avec le médecin auteur du traitement qui « ne s'est pas bien passé. Il ne voulait même pas commenter mes IRM[93] » souligne au journaliste Marie-Amandine. Pourtant, précise l'auteur de l'article, la jeune fille « est souvent victime de paralysies faciales. '' Quand j'en ai, je ne peux plus parler de façon intelligible. Mon bras droit devient alors tout engourdi''[94] ». Affectés par des symptômes qui semblent similaires à d'autres patients également traités à Toulouse, confrontés

[88] La famille habite dans la région de Bordeaux.
[89] Manenc (D.), « Le combat d'une irradiée », *Sud-Ouest*, 24 novembre 2007.
[90] *Ibid.*
[91] *Ibid.*
[92] *Ibid.*
[93] Payet (M.), « Ma vie est gâchée, je veux comprendre », art. cité.
[94] *Ibid.*

à des médecins selon eux peu coopératifs, beaucoup d'adhérents de l'association toulousaine considèrent ainsi l'action judiciaire comme pertinente. Ils donnent leur accord en assemblée générale à une telle action dès l'automne 2007 et acceptent de faire figurer leur nom sur la plainte collective déposée en janvier 2008.

En d'autres termes, comme à Épinal, le cheminement vers l'action pénale résulte d'une transformation identitaire d'accidentés en victimes étroitement liée à leur participation à une dynamique associative. Erving Goffman souligne qu'« au centre de l'organisation sociale se trouve le concept de droit et, autour de ce centre, les vicissitudes de la défense de ces droits[95] ». Par-là, l'auteur entend signifier que le droit fait l'objet de revendications et d'une activité de défense de la part des individus. « Le droit n'est pas tant exercé sur une matière discrète et particulière que sur un champ d'objets – une réserve – dont l'ayant droit surveille et défend habituellement les limites[96] ». Pour Goffman, le « moi[97] » investit par conséquent différents « territoires[98] » au gré de cette activité de défense de ses droits. On peut en déduire que, lorsque des acteurs participent à une action collective fondée sur la revendication de soi en victimes et y obtiennent des succès (ici, une indemnisation pour préjudice subi) ou subissent des échecs, leur moi investit les territoires « ''fixes''[99] » (suivant l'expression Goffmanienne) qui rend évidentes et légitimes certaines actions (ici, l'action judiciaire[100]). La déclaration d'un plaignant, François L. à l'occasion de l'entrée des adhérents dans l'enceinte du palais de justice de Toulouse le jour du dépôt officiel de la plainte, est dans cette perspective significative. Dans un lapsus, le surirradié évoque le procès – espéré – pour désigner ce qui n'est encore qu'un dépôt de plainte. « Le ''responsable mais pas coupable'', on l'a trop entendu. Il y a des

[95] Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, Paris, Minuit, 1973 [1971], p. 43.
[96] *Ibid.*, p. 43.
[97] Entendu au sens de Goffman comme produit d'une représentation au sein d'une interaction entre acteurs. La métaphore théâtrale employée par Goffman pour condenser cette conception d'un moi social est la suivante : « Un spectacle correctement mis en scène et joué conduit le public à attribuer un moi à un personnage représenté, mais cette attribution est le produit et non la cause d'un spectacle. Le moi en tant que personnage représenté n'est donc pas une réalité organique ayant une localisation précise et dont le destin serait essentiellement de naître, d'évoluer et de mourir ; c'est un effet dramatique qui se dégage d'un spectacle que l'on propose et la question décisive est de savoir si on y ajoute foi ou non ». Voir Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi, op. cit.*, p. 239.
[98] Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public, op. cit.*, p. 43. Le chapitre auquel renvoie ce concept étiologique s'intitule « Les territoires du moi ».
[99] Les territoires du moi « fixes » se rapportent, pour Goffman, à l'institutionnalisation de droits dans des lois ou des tribunaux. « Certains [territoires] sont ''fixes'', ils sont géographiquement jalonnés et dépendent d'un seul ayant droit, souvent soutenu par la loi et les tribunaux ». Les deux autres territoires identifiés par Goffman sont les territoires situationnels et égocentriques. Voir Goffman (E.*), La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public, op. cit.*, p. 43.
[100] Cela a aussi été un des enseignements du travail de Bernard Pudal sur les militants du Parti communiste français que de montrer que, plus les individus sont investis, militent dans une organisation et obtiennent des satisfactions, plus ils restent engagés et plus les sorties de rôles deviennent difficiles. Voir Pudal (B.), *Prendre parti. Pour une sociologie historique du PCF*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1989.

moments, il y a des responsabilités. Il faudrait que les gens qui sont responsables, que ce soit au niveau du CHU ou du fournisseur de la machine d'ailleurs… Le procès, il est là pour ça[101] ».



L'entrée collective des adhérents de SOS Irradiés 31 au palais de justice de Toulouse.

[Source : capture d'écran de l'émission « Pièces à conviction » du 8 février 2008, France 3*]*.

En déposant plainte, les adhérents de SOS Irradiés initiaient un processus d'investigations réglé de nature à entretenir une lecture de leur affaire en termes de comportements fautifs et pénalement répréhensibles. Quelques semaines après le dépôt de plainte de SOS Irradiés 31, *La Dépêche*[102] rend compte de la délocalisation des investigations judiciaires du tribunal de Toulouse à celui de Paris, ou le pôle Santé publique est chargé des grandes affaires de santé. Quatre mois plus tard, en juillet 2008, la presse relate une perquisition au sein de l'hôpital Rangueil de Toulouse[103].

[101] « Pièces à conviction », *France 3*, 8 février 2008.
[102] Non signé, « Irradiés : la plainte examinée à Paris », *La Dépêche*, 6 mars 2008.
[103] Par exemple, Non signé, « Affaire des surirradiés : perquisition à l'hôpital Rangeuil de Toulouse », *La Dépêche*, 18 juillet 2008.

2.2. Heurs et malheurs des surirradiés lors de l'enquête judiciaire

Si l'investissement collectif du terrain judiciaire repose sur une évolution des représentations par lesquelles des victimes pensent leur situation, il ne se fait pas sans répercussion pour les associations.

a) Non-lieu judiciaire et délitement de la dynamique associative à Toulouse

Dans le dossier toulousain, la perspective d'un procès a été annihilée à mesure que les investigations judiciaires se prolongeaient. La nouvelle d'un non-lieu est annoncée aux victimes, de manière provisoire d'abord, en juillet 2011 lors d'une réunion avec la juge d'instruction en charge du dossier. Elle est source d'une déception forte chez nombre de surirradiés, à hauteur de leur investissement dans la procédure. « Des victimes ont laissé éclater leur colère » raconte ainsi la journaliste de *La Dépêche* : ''Il n'y a pas de faute ! Quand vous entendez ça, y a de quoi être remonté ! Nous n'avons pas été entendus''[104] ». La décision est d'autant plus dure à accepter que les surirradiés s'estiment bel et bien victimes puisqu'une indemnisation leur a été versée. *A posteriori*, François L., qui pourtant espérait un procès, dit comprendre le point de vue de la juge.

> « Forcément, la maman de Marie-Amandine qui dit aux journalistes en pleurs : ''Mais qu'est-ce que je vais dire à ma fille ?'', moi, je peux comprendre. Les attitudes comme ça, je l'entends tout à fait. […] Mais quand un juge rend son rapport comme ça, bon, il faut avoir le courage de dire : ''Ok, on accepte''. […] Avec les membres de l'association, on en a parlé de cette annonce de non-lieu. On s'est réuni dans un café tous ensemble. C'était à chaud. Moi, là, déjà, je m'étais fait une raison. Ils ne sont pas… On ne peut pas prouver qu'ils [les médecins, l'hôpital] l'ont fait exprès. Enfin, on ne peut pas prouver : ils ne l'ont pas fait exprès, c'est ça le pire. C'est une suite de choix […] malheureux qui ont amené à ça ».
> [Entretien, 19 janvier 2012].

Cette annonce de non-lieu probable renforce le désinvestissement des adhérents de l'association, amorcé depuis quelque temps déjà. En effet, quelques jours avant cette réunion entre les juges d'instruction et les plaignants, un article significatif était paru dans *La Dépêche* et qui montrait à quel point la mobilisation des surirradiés réunis au sein d'SOS Iradiés 31 était de plus en plus précaire.

[104] Beaumel (L.), « Irradiés de Rangueil : vers un non-lieu », *La Dépêche*, 8 juillet 2011.

« ‘‘Je suis très fatiguée, j’en ai marre. L’autre jour, au téléphone avec l’avocat, j’ai craqué’’. Pourtant, Odile G. […], présidente de l’association SOS Irradiés 31, l’assure : elle va continuer le combat. Et la Lotoise sera des deux rendez-vous cette semaine [le rendez-vous avec les juges d’instruction et une réunion de la commission d’indemnisation]. ‘‘Pour moi, ça va représenter quelque chose. La fin d’un épisode, le début d’un autre. La commission Évin a été bénéfique, elle a permis un dialogue entre toutes les parties. Pour le dossier pénal, je compte beaucoup sur la présence d’un maximum de victimes jeudi au tribunal. Il faut qu’elles viennent, dites-leur ! Je n’ai pas la force de téléphoner à 70 personnes’’, souffle Odile G. […]. Aujourd’hui, elle ne travaille plus, souffre de paralysie faciale, d’une réflexion ralentie, de grande fatigue. ‘‘C’est dur. Même au sein de l’association, les gens ne se rendent pas compte, ils pensent que je suis payée pour faire tourner SOS Irradiés 31. Je suis malade, comme eux. […]’’[105] ».

Peu de réunions ou d’actions ont lieu après cette semaine décisive. En septembre 2012, à l’occasion de l’ouverture du procès des surirradiés d’Épinal et au lendemain du jugement de la Cour d’appel de Toulouse condamnant l’ancien directeur de l’usine AZF ainsi que la société propriétaire, l’avocat des quarante-six plaignants interpelle la juge d’instruction en charge de l’affaire des surdoses de Toulouse.

« En juillet 2011, vous êtes venue devant les victimes auxquelles vous avez expliqué que faute de preuves mais simplement d’erreurs constatées durant l’enquête, il convenait de classer l’affaire sans suite. À l’époque, vous aviez évoqué ‘‘le précédent AZF’’, la relaxe ordonnée par les magistrats au bénéfice du doute, les conséquences désastreuses de ce jugement pour le moral des victimes’’, rappelle notamment M[e] Lèguevaques à Monique Ollivier. ‘‘Or, ajoute l’avocat, le ‘‘précédent’’ AZF vous apporte aujourd’hui un démenti cinglant. Lorsque le parquet prend son risque et réunit ses meilleurs éléments, il peut gagner’’[106] ».

Un non-lieu est cependant officiellement prononcé par le juge en septembre 2013, les responsabilités pénales du CHU de Toulouse et du radiophysicien ne pouvant être engagées. L’avocat des quarante-six parties civiles réagit publiquement et annonce à la presse son intention de faire appel de cette décision.

« ‘‘Depuis trois ans, le juge est de parti pris dans ce dossier’’, constate Christophe Lèguevaques. Il a volontairement limité son enquête à la question de savoir pourquoi le radiophysicien a utilisé une chambre d’ionisation inadaptée pour mesurer la taille et la puissance des rayons lors du paramétrage. Il refuse de nous écouter et nous méprise car les malades sont des gêneurs. Nous lui avons communiqué les référentiels médicaux de

[105] Voir, Non signé, « ‘‘Je ne travaille plus, je ne conduis plus’’ », *in* Rey (E.), « Le long combat des irradiés de Rangueil », art. cité.
[106] Laparade (L.), « La colère des irradiés de Rangueil », *La Dépêche*, 26 septembre 2012.

> l'époque qui démontrent le défaut de respect de la procédure de réception et vérification. Il balaie tout cela d'un geste. Il considère qu'il n'existe qu'une seule erreur, certes grossière commise lors de l'installation, mais pour lui, cela n'est pas constitutif d'une faute pénale. Pourtant, ajoute l'avocat, nous lui avons démontré qu'il existait un nombre incroyable d'incohérences, d'erreurs, d'approximations, de contradictions, de défaillances. Avec un magistrat aussi peu enclin au dialogue, l'affaire AZF se serait conclue également par un non-lieu'', grince M[e] Lèguevaques[107] ».

En dépit de cette réaction, le non-lieu allait mettre un terme quasi-définitif à la mobilisation collective des surirradiés de SOS Irradiés 31. Si, par l'intermédiaire de la présidente Odile G., un communiqué qui pointe les incohérences de la décision est transmis au nom de l'association à la presse[108], le retrait amorcé depuis 2011 d'un certain nombre de surirradiés de la vie associative liée à SOS Irradiés 31 s'accentue quand même. Les réunions et contacts entre les membres se font plus rares et espacés. En 2014, au moment de l'ouverture du procès en appel de l'hôpital d'Épinal, *La Dépêche* sollicite la réaction de l'avocat et de la présidente de l'association par rapport à la différence de traitement judiciaire des deux dossiers. Ceux-ci affichent, chacun de leur côté, leur combativité.

> « ''Il y a deux ou trois choses sur lesquelles on peut travailler, assure Christophe Lèguevaques. Il est évident que des personnes traitées à Rangueil n'auraient pas dû l'être et qu'il s'agissait alors de remplir le carnet de commandes. Ils ont servi de cobayes''. Odile G. […], la présidente de l'association SOS Irradiés 31 n'en démord pas. ''Si la justice a été au bout à Épinal, c'est parce que c'était un petit hôpital. Rangueil c'est le prestige universitaire, il ne fallait pas faire de vagues'' […]. ''On se réserve le droit de ressaisir la justice'', prévient Odile G. […], en s'étonnant encore de la ''mansuétude'' du magistrat instructeur[109] ».

Quatre mois après cette déclaration, en mars 2015, l'association est presque inactive. « Je n'ai pas vraiment de contact avec l'avocat » précise Odile G. au cours d'un entretien téléphonique[110]. Si elle confirme que certains surirradiés avec qui elle s'entretient par téléphone

[107] Laparade (L.), « Irradiés de Rangueil : le juge d'instruction conclut au non-lieu », *La Dépêche*, 8 octobre 2013.
[108] « ''L'association SOS Irradiés 31 réagit aujourd'hui avec colère face à l'incohérence de la décision du juge. Il ne retient aucune faute pénale alors que, pour reprendre ses termes, il admet que la radiochirurgie en 2006 est une profession en quête de guide de bonne pratique qui ne dispose pas d'un référentiel assurance qualité et d'un guide de dosimétrie officiel à ne pas dépasser… La décision du juge s'explique d'autant moins que les rapports officiels de l'IGAS (Inspection générale des Affaires Sociales), l'ASN (Autorité de Sûreté Nucléaire) et l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sureté Nucléaire) ''mettaient en évidence les surdoses imputables à une série de manquements du CHU''. Mais comment une telle incohérence est-elle possible ?'' ». Réaction présente dans Laparade (L.), « Irradiés de Rangueil : le juge d'instruction conclut au non-lieu », art. cité.
[109] Souillés (G.R.), « Les surirradiés de Rangueil n'ont pas renoncé à relancer la procédure », *La Dépêche*, 13 novembre 2014.
[110] L'entretien par téléphone a duré une quinzaine de minutes. Il s'agissait de prendre des nouvelles et de s'enquérir de l'activité de l'association SOS Irradiés 31 en amont du jugement dans l'affaire d'Épinal.

ont toujours un espoir que la procédure soit relancée, elle fait remarquer immédiatement que « l'on est un peu démotivé ». Fatiguée, elle ne peut « plus voyager » et se déplacer. La cause collective est peu à peu laissée de côté. Elle conclut néanmoins que, « en vous parlant, j'ai presque envie, là, d'appeler tout le monde et de dire : il faut repartir'' ». En 2016, aucun élément supplémentaire par rapport à ceux déjà connus n'a permis de rouvrir le volet judiciaire des surdoses toulousaines.

b) Expertises judiciaires et exclusion de plaignants du groupe des victimes pertinentes

Le dossier d'Épinal ne connaît pas le même épilogue. L'instruction des juges aboutit à des mises en examen, puis au renvoi des prévenus devant un tribunal correctionnel. Cependant, à mesure que progresse ce dossier, certains adhérents sont peu à peu mis à l'écart du groupe de victimes autorisées à participer au procès.

Lorsqu'un dossier instruit par des juges donne lieu à des mises en examen, la procédure prévoit en effet la tenue d'expertises médicales judiciaires des personnes ayant déposé plainte. Le but de ces expertises est d'évaluer la nature et l'ampleur des séquelles laissées par les agissements visés, dans l'optique de la participation du plaignant à un éventuel procès. Ces expertises se rajoutaient ainsi, pour nombre de surirradiés, à celles menées dans le cadre du volet civil de l'affaire par la commission d'indemnisation. Même si ces personnes avaient été reconnues une première fois victimes par le biais de l'avance sur indemnisation, puis une deuxième fois par l'intermédiaire de la commission d'indemnisation, les expertises judiciaires réexaminaient une troisième fois cette qualité.

Réalisées par des médecins désignés par les juges d'instructions – une trentaine de personnes – ces expertises ont généré un certain nombre d'incompréhensions et de griefs parmi les surirradiés et leurs proches. En premier lieu, des personnes pourtant surirradiées au sein de l'hôpital d'Épinal n'ont pu bénéficier de ces expertises judiciaires. La procédure pénale comporte des dispositions conduisant des faits de ce type à être couverts par la prescription au bout de trois ans, ce qui empêche des victimes surirradiées n'ayant pas immédiatement déposé plainte après la découverte des accidents, de pouvoir se joindre à cette procédure. En second lieu, l'instruction ayant accentué ses recherches sur certains accidents de surdoses pour lesquels des fautes pénales pouvaient être dégagées (notamment les accidents dits « Épinal 1 » et «

Épinal 2 »[111]), des traitements extérieurs à ces deux cohortes et susceptibles eux aussi d'avoir été marqués par des surdoses, ont été écartés de l'action judiciaire post-expertises. C'est le cas de trois dossiers emblématiques spinaliens. Celui de la famille d'une patiente décédée qui se mobilise dès 2009 et ceux de deux autres proches de surirradiés qui, après avoir rejoint cette famille dans son combat en 2011, se sont eux-mêmes baptisés les « laissés pour compte » de la justice devant la presse.

Le premier cas se rapporte ainsi à une patiente traitée par radiothérapie au centre hospitalier Jean-Monnet en 2005 pour un cancer du sein. La période de traitement correspond au moment où une erreur sur le logiciel de radiothérapie provoquait de très fortes surirradiations sur les patients du service de l'hôpital d'Épinal. Le nombre de patients surdosés à cette période est établi à vingt-quatre par les autorités. Il s'agissait tous d'hommes, traités pour des cancers de la prostate. La patiente ne faisait ainsi officiellement pas partie des victimes. Décédée en octobre 2006, à l'âge de 41 ans, elle laisse une famille désemparée. Persuadée de sa surirradiation, cette famille se rapproche de M[e] Welzer après la communication des autorités sur la survenue des premiers accidents en octobre 2006. Un dépôt de plainte est rapidement enregistré. La famille adhère à l'AVSHE en 2007, la sœur de la victime devenant même vice-présidente de l'association dès sa création.

En 2008, dans le cadre de la plainte et des investigations judiciaires, une expertise est conduite à partir du dossier médical de la patiente. Cette expertise judiciaire médicale conclut à une non-surirradiation. La sœur de la défunte décide, en concertation avec l'avocat, de publiciser leur situation. « ''L'expertise se base uniquement sur le dossier médical de Michelle qui est tronqué. […]. Il reste des zones d'ombre'' » déclare cette proche à la presse[112]. L'avocat annonce son intention de demander une contre-expertise, arguant que la première n'a pas été réalisée par un véritable spécialiste de l'action des rayons X sur le corps humain. « ''J'aimerais qu'un nouvel expert prenne contact avec la famille qui a des précisions importantes à apporter sur l'état de santé de madame Genay et la manière dont elle a été soignée. Je tiens également à ce que l'expert consulte le docteur Simon qui est le seul véritable spécialiste en France de la surirradiation. C'est grâce à lui d'ailleurs que l'on a pu savoir ce qui s'était passé à l'hôpital d'Épinal''[113] ». Si l'on se réfère aux déclarations de l'avocat, la non-reconnaissance de la surdose de certains patients n'est pas tant liée à une difficulté des surirradiés ou de leurs proches

[111] Pour rappel, le premier accident concerne vingt-quatre patients traités de mai 2004 à août 2005 et qui ont reçu des surdoses au moins égales à 28 %. Le second accident porte sur 409 patients surirradiés entre 2000 et 2006 à hauteur de 8 % et plus.
[112] Gavand (C.), « Des expertises contestées », *L'Est Républicain*, 12 février 2009.
[113] *Ibid.*

à « parler du corps » ou des symptômes dans la relation d'expertise judiciaire[114], mais à des dossiers médicaux complexes qui ne furent pas évalués par de véritables spécialistes des rayonnements ionisants.

En 2011, trois ans après la première expertise, la famille n'a toujours pas obtenu la reconnaissance judiciaire de la surirradiation de leur proche. Elle est rejointe dans son combat par deux autres adhérents de l'AVSHE[115]. Ces derniers ont également été confrontés au refus des médecins experts nommés par la justice de reconnaître la surirradiation de leur époux et épouse décédés. Le premier adhérent à se mobiliser est un retraité de 60 ans dont la vie a basculé lorsque sa femme, traitée par radiothérapie pour un cancer de la gorge au centre hospitalier d'Épinal est décédée en 2005, à l'âge de 53 ans. Le décès est attribué médicalement à l'évolution du cancer, mais le mari est convaincu que sa femme a été surirradiée. Lorsque les accidents de surdoses ont été révélés en 2006, il fait le rapprochement avec la situation de son épouse. « ''Elle était brûlée dans le cou. Je l'ai vu souffrir. Pour moi, c'est la radiothérapie qui l'a tuée''[116] ». Il adhère à l'AVSHE dès sa création, porte plainte et devient membre du bureau de l'association en tant que trésorier suppléant. La même conviction étreint cette femme d'un patient décédé à l'âge de 74 ans, en 2004. Ce dernier a été traité par radiothérapie pour un cancer de la prostate au centre hospitalier d'Épinal et son épouse est convaincue que son décès est lié à une surdose de rayons. En 2007, elle adhère à l'AVSHE, porte plainte également. Elle s'implique elle aussi dans l'association en tant que trésorière. Mais, à l'instar de la première famille, les expertises judiciaires des dossiers médicaux de leurs conjoints respectifs ont conclu à l'absence de surdose. Non seulement le lien de causalité entre l'état de santé de leur proche et la surirradiation n'a pas été reconnu à l'occasion du volet civil du dossier, faisant obstacle à leur indemnisation en tant qu'ayant-droit juridique, mais ce lien de causalité était désormais non reconnu par le droit pénal, obérant tout espoir d'être partie prenante d'un futur procès.

Ce refus supplémentaire mécontente fortement les proches. Il vient en effet heurter une double conviction : celle, évidente pour eux, de la surirradiation de leur proche, mais également leur propre condition de *sujet d'une communauté politique* habilité à recourir à la justice pour faire reconnaître un préjudice médical. L'appellation que ces trois proches de patients se donnent eux-mêmes face aux médias n'est en effet pas anodine : les « ''laissés pour

[114] C'est souvent une des causes de l'échec des expertises selon Philippe Ponet. Voir Ponet (P.), « Devenir cause : les logiques pratiques de production du ''nombre de''. Le moment de l'expertise médicale des victimes de dommages corporels », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit*.
[115] Selon le récit établi dans un article par Gavant (C.), « La révolte des laissés pour compte », *La Liberté de l'Est*, 13 janvier 2011. Document obtenu en entretien.
[116] *Ibid.*

compte''[117] ». L'activité médicale s'est considérablement juridicisée depuis le début des années 2000. Des accidents survenus dans le domaine médical ont fait l'objet de procès pénaux (affaire du sang contaminé, affaire de l'hormone de croissance). Aussi, lorsque le décès d'un proche est relié depuis de long mois à un traitement médical, qu'un travail de mobilisation par le droit a permis d'identifier des fautes, des responsables et des voies de réparation (l'indemnisation et le tribunal), l'impossibilité de réclamer réparation plonge les individus dans l'incompréhension. L'espoir de dissiper l'impression très forte « ''que tout n'a pas été mis en œuvre pour faire la lumière''[118] » sur les circonstances du décès de leur proche s'éteint, en même temps que croît le sentiment d'injustice de départ.

Si le système juridique peut attribuer des capacités juridiques aux personnes[119], il peut aussi leur en ôter. Pour le juriste américain Robert Cover, la décision judiciaire est un acte qui exerce une violence sur un individu, au sens littéral du terme. « L'interprétation juridique a lieu dans un champ de douleur et de mort. C'est vrai de plusieurs façons. Les interprétations juridiques révèlent et génèrent de la violence sur autrui : un juge se réfère à un texte pour comprendre une situation, et, dans le même temps, une personne perd sa liberté, ses biens, ses enfants, sa vie même[120] ». Si les propos de Robert Cover visaient surtout la décision d'un juge au moment du procès, le cas des surirradiés d'Épinal montre que toute étape judiciaire en amont d'un procès peut être génératrice d'une violence pour les individus qui y sont engagés.

Les expertises médicales judiciaires ont en l'espèce exclu certains plaignants du « groupe des victimes pertinentes[121] », autorisées à prendre part aux audiences pénales. L'AVSHE, en tant qu'organisation collective de défense des surirradiés et de leurs familles, réaffirme à plusieurs reprises son intention de parvenir à « la reconnaissance des victimes surirradiées à plus de 5 % et celle des personnes qui ont perdu un être cher, ceux que l'on nomme les ''ayant droit'' […][122] ». Mais sans succès probant. En définitive, ce sont seulement

[117] *Ibid.* L'auteur de l'article cite bien les paroles des surirradiés.
[118] Gavand (C.), « Des expertises contestées », art. cité.
[119] Lascoumes (P.), Serverin (É.), « Le droit comme activité sociale : pour une approche wébérienne des activités juridiques », *Droit et société*, 9, 1988, p. 171-193.
[120] Cover (M. R.), « Violence and the Word », *Yale Law Journal*, 95 (8), 1986, p. 1601. Notre traduction de : « Legal interpretation takes place in a field of pain and death. This is true in several senses. Legal interpretive acts signal and occasion the imposition of violence upon others : a judge articulates her understanding of a text, and as a result, somebody loses his freedom, his property, his children, even his life ». Pour une introduction en langue française de l'œuvre de Robert Cover, voir les travaux de la juriste Françoise Michaut. Michaut (F.), « Le processus générateur de normes chez Robert Cover et son utilisation par Frank I. Michelman : de la description à la fiction », *Raisons politiques*, 3 (27), 2007, p. 59-69. Voir également Michaut (F.), *Le droit dans tous ses états à travers l'œuvre de Robert M. Cover*, Paris, L'Harmattan, 2003.
[121] Nous reprenons l'expression employée par Sandrine Lefranc et Lilian Mathieu. Voir Lefranc (S.), Mathieu (L.), « De si probables mobilisations de victimes » *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 18.
[122] Extrait du compte-rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 10 janvier 2009.

285 surirradiés ou proches de surirradiés qui sont parties civiles au procès en première instance de septembre 2012, sur un total de 433 faits de surdoses incriminés (correspondant aux accidents dits « Épinal 1 » et « Épinal 2 »). Parmi ces parties civiles, la majorité est membre de l'association vosgienne et est défendue par M^{e} Welzer (près de 260 personnes). Les vingt-cinq autres surirradiés ou proches se répartissent entre six avocats.

Conclusion du chapitre 5

Les tentatives de réparation des surirradiés et de leurs proches, prennent la forme de premières demandes d'indemnisations adressées aux assureurs de l'hôpital. Cette orientation est plus sûrement la conséquence de la juridicisation d'un domaine d'activité, celui de la médecine, que le produit d'une propension « naturelle » des individus des sociétés contemporaines à la victimisation. Le droit de la responsabilité médicale prend en effet son essor au début des années 2000 et établit que les débiteurs d'un événement indésirable fautif survenu en milieu médical (un accident), sont les assurances hospitalières ou celles des professionnels de santé. C'est la raison pour laquelle des accidentés médicaux, conseillés par leurs avocats ou des responsables associatifs, réclament en premier lieu des indemnisations dans l'affaire des surdoses des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse.

Toutefois, les assureurs n'ont pas immédiatement indemnisé les victimes de surirradiations. Le cas des surirradiés met ainsi en garde contre un excès de juridisme[123]. Le droit de la responsabilité médicale postule certes que la reconnaissance d'une faute ouvre sur l'indemnisation. Néanmoins, si la faute médicale produit bel et bien l'accidenté, elle ne fait pas advenir la victime dédommagée, quand bien même cette éventualité est prévue par le droit. Devant l'infortune momentanée de la stratégie assurantielle, les surirradiés d'Épinal et de Toulouse sont contraints d'avoir recours à un répertoire d'actions élargi : pour SOS Irradiés 31, une enquête de type épidémiologique menée auprès des adhérents de l'association et pour l'AVSHE, l'organisation d'une manifestation. La thèse selon laquelle la ratification de soi en victime exigerait une passivité et l'abandon de toute posture critique est par conséquent à nuancer[124]. Avec le cas des surirradiés, on remarque au contraire que le droit des victimes politise les accidentés et oblige à une forte activité, consistant à produire soi-même les causalités existantes entre les traitements par rayons et l'état de santé des patients.

La conduite de ces actions de mise en valeur des causalités permet, tant sur le terrain d'Épinal que sur celui de Toulouse, le versement de provisions d'indemnisations. Ces premières sommes marquent néanmoins l'entrée des accidentés et de leurs proches dans une phase d'évaluation de leur préjudice qui est, pour eux, un apprentissage des règles juridiques de réparation liées aux préjudices médicaux. Après le versement des sommes provisionnelles, les

[123] C'est-à-dire la propension à voir dans le droit « la norme régissant explicitement les pratiques ». Voir Bourdieu (P.), *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève, Droz, 1972, p. 206.
[124] Les enjeux circonstanciels liés à la passivité pour des prétendants au statut de victimes sont décrits dans Lefranc (S.), Mathieu (L.), « De si probables mobilisations de victimes », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 19.

surirradiés sont en effet contraints d'emprunter une des deux voies traditionnelles d'attestation du statut de victimes : les expertises médicales[125]. Encouragés par les leaders associatifs, les adhérents s'adressent aux commissions d'indemnisations créées spécialement pour ces cas de surdoses et à la tête desquelles figurent des personnalités de premier plan, comme un ancien magistrat ou un ancien ministre de la Santé. Les expertises médicales – réalisées à partir de la constitution d'un dossier médical et de manière collective ou plus individuelle – pérennisent le statut de victime de nombreux surirradiés, mais le rattachent aussi à un taux d'invalidité fixé après la stabilisation de leur état de santé. La procédure civile provoque ainsi, parmi les accidentés, des contestations et des tensions et sérialise les surirradiés entre eux. L'examen au cas par cas de l'état de santé des accidentés, en neutralisant le caractère potentiellement incontrôlable des demandes de réparation des adhérents des associations de victimes, maintient finalement le dossier des surirradiations dans une gestion politique et administrative. Cette dernière rend définitivement impossibles les mises en causes politiques propices à sa transformation en scandale.

Il n'en demeure pas moins que, indemnisés et reconnus victimes, les adhérents des causes spinalienne et toulousaine investissent le terrain judiciaire, laissé de côté depuis les premiers dépôts de plaintes individuels. L'orientation *définitive* des surirradiés vers la plainte pénale n'est pas, ici, la conséquence d'une stratégie associative de production et d'élargissement de la mobilisation[126] ou d'intéressement des tribunaux[127] à la cause défendue. Elle est la résultante de causes déjà opérantes, qui soit se heurtent à des difficultés pour obtenir le statut de victimes pour leurs membres, soit obtiennent de premiers succès dans ce domaine qui les incitent à investir le terrain judiciaire[128]. La dynamique interne à chacune de ces mobilisations sert de catalyseur et exerce une influence sur ses adhérents. L'impossibilité

[125] À propos de la voie des expertises médicales pour attester du statut de victime, voir Ponet (P.), « Devenir cause : les logiques pratiques de production du "nombre de". Le moment de l'expertise médicale des victimes de dommages corporels », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*, p. 69-82. À propos de la seconde voie (judiciaire), voir Jakšić (M.), « Devenir victime de la traite. L'épreuve des regards institutionnels », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 (198), 2013, p. 37-48.

[126] La cause est déjà constituée et n'a plus à être faite. Le recours au droit n'est de ce fait pas aussi structurant pour elle que dans le cas de l'amiante par exemple. Voir notamment Henry (E.), « Le droit comme vecteur de publicisation des problèmes sociaux. Effets publics du recours au droit dans le cas de l'amiante », *in* Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique, op. cit.*

[127] Henry (E.), « Intéresser les tribunaux à sa cause. Contournement de la difficile judiciarisation du problème de l'amiante », art. cité.

[128] Sur ces mobilisations de victimes d'accidents divers (incendie, accident industriel, médical) qui investissent le terrain judiciaire, voir Vilain (J.-P.), Lemieux (C.), « La mobilisation des victimes d'accidents collectifs. Vers la notion de ''groupe circonstanciel'' », art. cité. Voir aussi Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective,* thèse citée. Ou encore Dodier (N.), Barbot (J.), « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », art. cité.

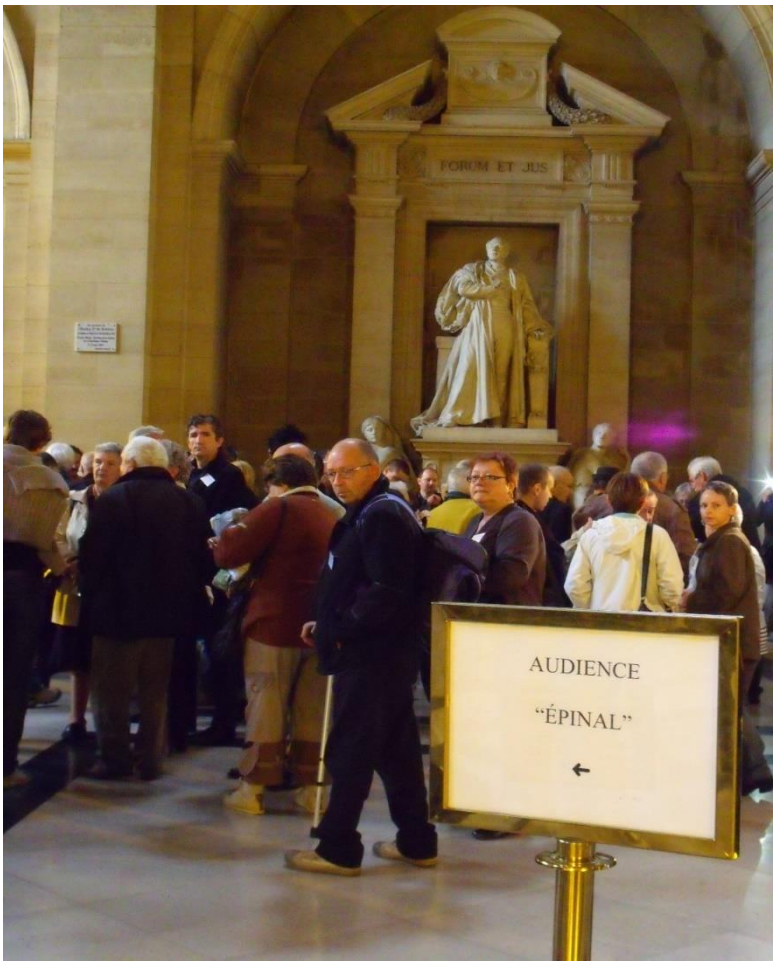
collective d'obtenir des indemnisations des assureurs, la possibilité attestée par un professionnel du droit d'une voie alternative (la voie judiciaire), les discussions associatives sur l'opportunité de l'emprunter, le déblocage soudain de sommes provisionnelles, sont à l'origine d'une recomposition du moi (au sens Goffmanien) de chaque surirradié et proche mobilisé, favorable à l'expression des griefs sur la scène pénale.

De manière contre intuitive cependant, l'arrivée des dossiers de surdoses sur cette dernière scène accentue la décollectivisation des causes de victimes déjà à l'œuvre avec le versement des premières provisions d'indemnisations. Le droit (via les expertises judiciaires des surirradiés) redéfinit une nouvelle fois le groupe des victimes considérées comme pertinentes. S'agissant en particulier de l'affaire d'Épinal, certains adhérents sont finalement exclus de la procédure pénale, du fait d'une surirradiation extérieure aux accidents les plus graves. Les surdoses toulousaines ne donnent lieu à aucune expertise médicale de ce type, les investigations aboutissant à un non-lieu. La procédure pénale prolonge ainsi la sérialisation des surirradiés à la fois entre les causes toulousaine et spinalienne, mais également au sein d'une même association (ici, celle d'Épinal), par l'individualisation de leur situation et des mesures de réparations auxquelles ils peuvent prétendre.

Quels sont les effets de cette sérialisation sur les stratégies judiciaires effectivement déployées par les surirradiés d'Épinal et leurs défenseurs ? S'en accommodent-ils et de quelle façon ? Le chapitre suivant montre qu'il va d'abord s'agir, pour les leaders associatifs, de mettre en avant auprès des adhérents le succès que représentent les mises en examen de médecins et de responsables administratifs, d'intéresser les adhérents à la procédure pénale, de tenir informés les médias de leurs attentes par rapport à cette dernière, bref de recentrer l'association autour de cette action pénale, tout en contrôlant autant que possible les investissements et anticipations des victimes à son encontre.

* * * *

CHAPITRE 6.
Procédure pénale et canalisation des victimes



Les surirradiés d'Épinal dans le hall du tribunal de Paris, le jour de l'ouverture du procès en première instance.

[Source : fonds personnel, 24 septembre 2012].

La première voie empruntée par les surirradiés pour réparer le préjudice subi a été la voie indemnitaire, et non la voie judiciaire. Cette dernière n'est investie que progressivement par les adhérents des associations de victimes, après avoir supporté une sérialisation de leur cause par les indemnisations. Dans l'affaire d'Épinal, l'instruction judiciaire progresse au point que des expertises médicales judiciaires des patients sont ordonnées. À Toulouse en revanche, l'enquête ne permet pas de mettre en évidence des fautes pénales et se termine par un non-lieu. Il ne demeure finalement des affaires de surirradiations des années 2000, sur le plan pénal, qu'un ensemble d'accidents restreints à certains actes de surdoses d'Épinal.

Le franchissement par certains surirradiés d'Épinal de ce que Milena Jakšić appelle les « épreuves d'*identification*[1] » de soi en victimes (ici, la reconnaissance d'un taux de surirradiation au moins égal à 7 % ouvrant droit à indemnisation, la ratification du lien entre un état de santé et une surirradiation lors des expertises judiciaires) oriente les adhérents de l'association de victimes vers l'étape ultime de « *certification*[2] » de soi devant un tribunal. Ce dernier, loin de se réduire à l'audience stricto-sensu, peut se concevoir comme un dispositif composé d'un « enchaînement déjà préparé de séquences, lui-même assuré par des entités hétérogènes[3] ». Les réunions des parties civiles avec les juges d'instruction, les mises en examen, le renvoi des prévenus devant un tribunal, etc., sont autant de séquences qui précèdent les audiences et qui influencent la manière dont les accidentés appréhendent et perçoivent leur drame, et finalement ce que le droit peut leur apporter.

Dans cette perspective, la première partie du chapitre met en évidence la manière dont la procédure pénale entretient la scandalisation des surirradiés d'Épinal et fait advenir un désir de manifestation de la « vérité » du scandale devant un tribunal. Ce chapitre s'inscrit ainsi dans une approche qui prend pour objet les effets sociaux du droit lorsque des individus s'en

[1] L'étude de Milena Jakšić sur les victimes de la traite d'êtres humains (à partir du cas des prostitués) montre que deux grandes épreuves sont à franchir pour qu'une personne soit reconnue victime de la traite : une épreuve d'identification d'abord, au cours de laquelle les services de police qui ont pris la personne prostituée en flagrant délit de racolage ou bien des associations d'aide aux prostitués, s'attachent à distinguer les victimes qui relèvent du phénomène de la traite des personnes ne travaillant pas sous la contrainte. Le franchissement de cette épreuve d'identification ouvre la voie à un dépôt de plainte et l'octroi d'une autorisation provisoire de séjour, voire d'une carte de séjour d'un an en cas d'arrestation des personnes mises en cause. Cependant, la reconnaissance de la qualité de victime exige le franchissement d'une ultime épreuve (dite de certification), en témoignant devant un tribunal. Voir Jakšić (M.), « Devenir victime de la traite. L'épreuve des regards institutionnels », art. cité, p. 38. Souligné par l'auteure.

[2] *Ibid.*, p. 38. Souligné par l'auteure.

[3] Barbot (J.), Dodier (N.), « Face à l'extension des indemnisations non judiciaires. Le cas des victimes d'un drame de santé publique », *Droit et société*, 1 (89), 2015, p. 92.

saisissent[4]. « Si le droit est *dans* la société, il agit aussi *sur* la société[5] » (et par conséquent sur ses membres) remarque Jérôme Pélisse. La deuxième partie du chapitre montre que cette scandalisation des surirradiés engagés dans l'arène judiciaire ne s'accorde pas bien avec ce qui est licite de dire et de faire sur ce nouvel espace de confrontation. L'espace judiciaire est en effet une « arène institutionnelle[6] » dont les principes de fonctionnement ont pour caractéristique d'exiger des individus qui y ont recours l'adoption de manières d'être et de faire particulières. Franchir les séquences d'un procès suppose par conséquent des leaders associatifs l'exercice d'un contrôle des anticipations et projections de leurs adhérents vis-à-vis du dispositif judiciaire. Dans le dossier spinalien, l'avocat M[e] Welzer et le président de l'AVSHE en particulier, se sont livré à un tel travail sur les anticipations des surirradiés, qui s'intensifie jusqu'au procès.

[4] Il est fait allusion ici aux travaux déjà cités menés par un groupe de chercheurs français sur les effets sociaux du droit, ainsi qu'aux travaux d'origine états-unienne unifiés sous l'appellation de *Legal Consciousness Studies*, qui ont mis en évidence la variabilité des attentes à l'encontre de l'institution judiciaire et de ce qu'il advient du droit lorsque des individus le mobilisent. Sur les premiers travaux, voir Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique, op. cit.* Puis se reporter aux travaux nord-américains sur la conscience du droit des individus dans leur vie quotidienne et en particulier, pour le propos de cette thèse, les premiers travaux de ce courant en ce qu'ils ont étudié les effets du droit lorsque les individus sont déjà engagés dans un litige et par conséquent lorsqu'ils sont en contact avec les institutions judiciaires. Voir Pélisse (J.), « A-t-on conscience du droit ? Autour des *Legal Consciousness Studies* », art. cité.

[5] Pélisse (J.), « A-t-on conscience du droit ? Autour des Legal Consciousness Studies », art. cité, p. 125. Surlignés par l'auteur.

[6] Selon la terminologie de Stephen Hilgartner et Charles L. Bosk, qui distinguent dans leurs travaux trois catégories d'arènes publiques dont dépendent la mise à l'agenda d'un problème public. Elles peuvent s'envisager comme des espaces structurés par divers principes de fonctionnement. Il existe ainsi selon les auteurs les arènes d'expression collective (partis politiques, associations etc.), les arènes médiatiques et les arènes institutionnelles, dont l'institution judiciaire fait partie. Pour plus de détails, se référer à la présentation du travail des auteurs par Patrick Hassenteufel. Hassenteufel (P.), « Sociologie politique : l'action publique », *op. cit.*, p. 50 et suivantes. Voir également Hilgartner (S.), Bosk (C.), « The Rise and Fall of Social Problems : A Public Arena Model », *American Journal of Sociology*, 94 (1), p. 53-76.

1. Recours au droit et entretien de la scandalisation des victimes

Le recours au droit des individus engagés dans une cause collective ne s'ordonne pas uniquement autour du moment du dépôt de la plainte. Cette dernière engage les plaignants des associations de victimes dans un temps judiciaire, avec ses enjeux (les requêtes auprès des juges, du ministère de la Justice) ses étapes (les perquisitions, les mises en examen, le renvoi de l'affaire devant un tribunal, le procès, le jugement). Si les perceptions individuelles des victimes et les effets produits par ces différentes étapes sur la cause elle-même varient et sont loin d'être homogènes, ce temps judiciaire consolide et unifie les victimes de surdoses réunies en association à Épinal autour de ce qu'elles estiment être une catastrophe mondiale de radiothérapie.

1.1. Le resserrement des griefs autour de « responsables »

La voie judiciaire et sa progression (via des actes d'enquête) pèse sur le groupe mobilisé. L'effet le plus significatif est la réduction des griefs collectifs autour d'un nombre restreint de figures qui, de suspectes pour nombre d'adhérents de l'association, deviennent tour à tour mises en examen puis renvoyées comme prévenues devant un tribunal correctionnel. L'avancée d'une enquête judiciaire telle que celle conduite par les juges du Pôle de santé publique de Paris sur les surirradiations d'Épinal conduit en effet à l'identification progressive d'un nombre limité de faits constitutifs de fautes pénales, commises par un nombre non moins limité de personnes considérées comme responsables.

a) Constitution associative de partie civile et suivi assidu de l'enquête

Après la conférence de presse des autorités révélant les cas de surirradiations en octobre 2006, de nombreuses plaintes sont déposées. Leur ampleur conduit à la délocalisation du dossier au Pôle de santé publique du tribunal de grande instance (TGI) de Paris au printemps 2007[7]. En juillet de la même année, un mois après la création de l'AVSHE, deux juges d'instruction sont désignés pour enquêter sur les surirradiations vosgiennes. L'instruction porte sur les faits

[7] Voir par exemple, Hérigault (C.), « L'affaire des irradiés d'Épinal sera jugée à Paris », *L'Est Républicain*, 5 mai 2007.

« d'homicides ou de blessures involontaires ayant entraîné une ITT [incapacité totale de travail] supérieure à trois mois, avec les circonstances aggravantes d'un manquement délibéré à une obligation de prudence et de sécurité, et pour non-assistance à personne en danger ». À cette époque, plus d'une quarantaine de plaintes avec constitution de partie civile de patients et familles de surirradiés sont recensées. La constitution de partie civile individuelle, outre l'accès au dossier qu'elle permet, autorise la transmission d'informations aux juges, notamment sur l'évolution d'un état de santé individuel.

Il en va de même de la constitution collective de partie civile, faculté que l'AVSHE obtient par agrément du ministère de la Justice le 10 septembre 2008. Cet agrément érige en outre officiellement l'association en interlocutrice des juges d'instruction. Ces derniers lui adressent des courriers, organisent des rencontres avec le président de l'AVSHE et l'avocat M^{e} Welzer. Les informations échangées concernent par exemple, du côté des juges, les éléments portant sur les actes d'enquêtes (perquisition, audition de témoins etc.), l'identité des personnes mises en examen, l'identité des personnes renvoyées devant le tribunal. Du côté de l'association, les renseignements concernent les situations des victimes, les demandes d'actes complémentaires. L'enquête judiciaire structure bientôt l'ensemble de l'activité de l'association et ses adhérents suivent pas à pas la progression des investigations.

C'est par l'intermédiaire d'un courrier adressé par les juges d'instruction à l'association au milieu de l'année 2008 que les surirradiés mobilisés apprennent la mise en examen de plusieurs personnalités et entités.

> « L'AVSHE, en tant que partie civile, a reçu une lettre des juges d'instruction, Mme Bello et M. Gand, indiquant que six personnes physiques et une personne morale, le CH Jean-Monnet, ont été mises en examen. Certains font l'objet d'un contrôle judiciaire[8] ».

La première mise en examen pour non-assistance à personne en danger concerne l'ex-directrice de l'hôpital d'Épinal et est intervenue au mois de juin 2008. L'information est médiatisée[9]. Cette mise en examen est rapidement suivie de trois autres, celles des deux anciens médecins radiothérapeutes de l'hôpital et du radiophysicien, pour homicides et blessures involontaires, ainsi que non-assistance à personne en danger[10]. Dans les jours qui suivent, c'est au tour de l'ancien directeur de l'ARH de Lorraine jusqu'à 2006 et de l'ancienne dirigeante de

[8] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 10 janvier 2009, p. 4.
[9] Par exemple : Non signé, « L'ancienne directrice de l'hôpital d'Épinal, où au moins 5 500 personnes traitées par radiothérapie ont été victimes de surirradiation, a été mise en examen », *Libération*, 2 juin 2008.
[10] Par exemple, Aubriat (P.), « Surirradiés d'Épinal : trois nouvelles mises en examen », *L'Est Républicain*, 3 juin 2008.

la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) des Vosges, d'être placés sous ce statut pour omission de porter secours[11]. Enfin, l'hôpital en tant que personne morale est à son tour mis en examen comme le relate par exemple un article paru dans le *Monde*[12]. Invité à réagir à cette activité, le président de l'AVSHE déclare :

« ''Cela avance. Nous ne sommes plus confrontés à cette espèce de nébuleuse composée de gens qui ne sont pas vraiment responsables de l'accident de radiothérapie. Nous avons maintenant en face de nous des individus qui ont un nom et sur lesquels pèsent des présomptions de culpabilité''[13] ».

Les mises en examen permettent aux victimes d'identifier les responsables de leur malheur et de leur attacher des responsabilités. Les griefs se font dès lors plus précis comme le montre cet extrait du premier ouvrage de Jean-Claude Lercier.

> « Ils sont bien revenus à Épinal les juges d'instruction Anne-Marie Bellot et Pascal Gand, accompagnés par le vice-procureur Marjorie Obadia. Au même endroit qu'en octobre 2007, mais cette fois-ci, avec une sonorisation correcte. […] Ils confirment que les expertises médicales personnelles sont toujours en cours (je suis toujours dans l'attente de la mienne). […] Ils nous remettent personnellement les deux expertises générales portant sur les complications en matière de radiothérapie et les traitements possibles pour la première, et sur les pratiques professionnelles du service de radiothérapie de Jean-Monnet pour la seconde. […] Correct l'équipement, mais les experts constatent un manque de rigueur et de contrôle. […] ''*Il est fait état dans plusieurs documents d'un fonctionnement très indépendant du service de radiothérapie par rapport au reste de l'hôpital. Il est aussi fait état d'un certain isolement du service en particulier en physique […]. L'existence d'un seul physicien à 0,8 ETP pour la radiothérapie a pu contribuer à cet isolement''.* Oups ! Vous avez bien lu, et vous ne rêvez pas. Jusqu'à présent, nous étions tous persuadés que le service fonctionnait avec un seul radiophysicien au lieu de deux. Et bien non, une journée par semaine étant consacrée à une clinique privée spinalienne, le radiophysicien travaillait seulement à 80 % du temps pour l'hôpital Jean-Monnet. Effarant ! Hallucinant ! Mais qui a toléré ça ? […] C'est à dessein que je n'ai pas retranscrit les passages du rapport concernant les responsabilités des différents acteurs. Sur ce sujet […] les mises en examen indiquent clairement vers quelle catégorie de personnels se dirigent les reproches[14] ».

Les investigations judiciaires, en mettant au jour des fautes, des errances, entretiennent ainsi parmi les surirradiés un sentiment de révolte permanent.

[11] Non signé, « Surirradiés d'Épinal : deux nouvelles mises en examen », *L'Est Républicain*, 6 juin 2008.
[12] Non signé (avec AFP), « Surirradiés d'Épinal : l'hôpital mis en examen », *Le Monde*, 7 juin 2008.
[13] Gobin (C.), « Une longue procédure », *La Liberté de l'Est*, 12 juin 2008. Document obtenu en entretien.
[14] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal, op. cit.*, p. 111-119. Surligné par l'auteur.

b) Supporter l'attente pendant l'instruction

L'activité des juges d'instruction, lorsqu'elle contribue à mettre en évidence des responsabilités comme dans le cas des surirradiés d'Épinal, renforce aussi l'adhésion de départ du groupe mobilisé à l'égard du répertoire d'action judiciaire. « La qualification juridique des faits n'est pas, loin s'en faut, un acte neutre et technique[15] », rappelle Violaine Roussel. Le travail des juges d'instruction crée une attente considérable parmi les victimes, comme en atteste le second ouvrage publié par Jean-Claude Lercier. Deux chapitres couvrant la période de janvier 2010 à décembre 2011, relatent l'espoir en même temps que la crainte qui étreignent les surirradiés par rapport à l'action judiciaire et la possibilité d'un procès.

> « Dans l'attente de la fin de l'instruction (janvier 2010/décembre 2010). Que le temps risque de nous paraître long en l'absence d'une date précise pour l'achèvement de l'enquête des juges, car à l'évidence, nous n'avons pas tous la même notion du temps ! Philippe Stäbler, le président de notre association de victimes, le déplore à chacune de ses interventions publiques. Il ne se passe guère de mois sans que l'un des nôtres ne disparaisse, et malheureusement sans avoir eu le temps de connaître la vérité. Six décès de surirradiés de la cohorte Épinal 1 ont été officiellement attribués à la radiothérapie, et la seule exception pour Épinal 2 concerne notre regretté camarade Gérard Kremer, disparu au début de l'année dernière, après avoir subi d'horribles mutilations et enduré d'atroces souffrances. […] Combien serons-nous encore à répondre présent à l'heure du procès ?[16] ».

L'espoir suscité par les mises en examen est atténué à mesure que le temps de l'instruction se prolonge et que les adhérents comprennent qu'en raison de leur état de santé, beaucoup ne pourraient peut-être jamais assister à un procès. À cette crainte s'ajoute pour les adhérents et en particulier leurs représentants (dont Jean-Claude Lercier, l'auteur des ouvrages-témoignages sur les surirradiés d'Épinal fait partie depuis 2009 en tant que vice-président), celle du non-renouvellement d'adhésions, qui laisse entrevoir à terme une extinction de l'activité associative. Le bilan de l'année 2010 fait en effet état d'une perte de « quatre-vingt-huit cotisants[17] ». De 335 adhérents, l'association passe à 247. « Plusieurs explications ont été avancées[18] » lors de l'assemble générale de l'association dont la « lassitude et fatigue des

[15] Roussel (V.), « Scandales et redéfinitions de la responsabilité politique. La dynamique des affaires de santé et de sécurité publiques », art. cité, p. 961.
[16] Lercier (J.-C.), *Le scandale des surirradiés d'Épinal*, *op. cit.*, p. 141.
[17] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 13 mars 2010, p. 1.
[18] *Ibid.*, p. 1.

personnes qui pensent que le combat est fini[19] » et « les indemnisations, dont le versement laisse penser que tout est fini[20] ».

Ces défections contraignent les leaders associatifs à mener, au cours de l'AG de l'année 2010, un travail d'explicitation de l'action associative en cours, destiné à entretenir chez les adhérents une lecture de la situation en termes de comportements intentionnels. « Les responsables doivent, à nos yeux, être identifiées, jugés et condamnés, d'où le dépôt d'une plainte auprès des juges d'instruction de Paris[21] ». Ils rappellent également, pour remobiliser les adhérents, que « d'après [les] dernières informations, le procès pourrait se tenir en 2011 ou en 2012 […]. Nous demanderons que ce procès soit filmé pour l'Histoire (notre accident a été qualifié de ''première catastrophe mondiale de radiothérapie par le Pr. Gourmelon [un spécialiste des rayons de l'IRSN]). Nous ne savons pas si nous serons entendus, mais nous allons essayer. Nous demanderons aussi la présence de sténotypistes qui noteront toutes les paroles prononcées lors de ces journées au tribunal[22] ».

L'instruction des juges se termine finalement le 24 décembre 2010. Le dossier est communiqué au procureur de la République de Paris et aux parties. Les observations complémentaires ou le réquisitoire du procureur devaient intervenir dans les quatre mois suivants, avant une décision définitive des juges d'instructions. Mais le délai s'allonge et est bientôt interprété par les adhérents de l'AVSHE comme « un silence… judiciaire assourdissant ![23] » ainsi que le relate Jean-Claude Lercier dans son premier journal. Le réquisitoire du procureur paraît finalement le 2 novembre 2011. Compte-tenu de la mobilisation intense du bureau de l'association sur le volet judiciaire de l'affaire depuis près de trois ans, il est accueilli de façon très contrastée. La confirmation d'un procès devant le tribunal correctionnel de Paris satisfait les victimes, mais le fait que seul le radiophysicien (et non les médecins) soit appelé à comparaître pour homicides et blessures involontaires « provoque les plus vives réactions et la colère des responsables de l'association de victimes[24] » comme le relate son vice-président. Pour les adhérents et les membres du bureau en particulier, les médecins sont autant responsables que le radiophysicien, qui ne doit pas servir de « lampiste » disent-ils.

[19] *Ibid.*, p. 1.
[20] *Ibid.*, p. 1.
[21] *Ibid.*, p. 2.
[22] *Ibid.*, p. 2.
[23] Lercier (J.-C.), *Le scandale des surirradiés d'Épinal, op. cit.*, p. 147.
[24] *Ibid.*, p. 150.

Les juges ne suivent pas le raisonnement du procureur et le 23 décembre 2011, ordonnent le renvoi des sept mis en examen devant le tribunal correctionnel de Paris, y compris des médecins-radiothérapeutes[25]. Ces derniers sont renvoyés pour « homicides et blessures involontaires (avec une interruption temporaire de travail supérieure à trois mois), non-assistance à personnes en danger et soustraction de feuilles de *matchings* en vue de faire obstacle à la manifestation de la vérité ». Le radiophysicien a été renvoyé devant le tribunal correctionnel pour les mêmes motifs que les médecins, auxquels s'ajoute « l'altération de fichiers informatiques en vue de faire obstacle à la manifestation de la vérité ». L'ex-directrice de l'hôpital d'Épinal, l'ancienne directrice de la DDASS, l'ancien directeur de l'ARH et l'hôpital en tant que personne morale ont à répondre du délit de « non-assistance à personne en danger ». Cette ordonnance de renvoi définitive des juges d'instruction est très bien accueillie par les victimes qui constatent que les personnes qu'ils considéraient comme les responsables du scandale de leurs surirradiations depuis les mises en examen intervenues en 2008, comparaîtront toutes, y compris les médecins.

> « L'information tant attendue, la nouvelle espérée se trouve en toutes lettres sous nos yeux, avec le renvoi de ces deux mêmes personnes [les radiothérapeutes] devant le tribunal pour *blessures et homicides involontaires*[26] ».

Pour le président de l'AVSHE, le procès sera cependant « certainement très dur à vivre psychologiquement. Surtout lorsqu'il faudra écouter sans réagir les arguments de la défense''[27] ». Au terme de l'instruction, le sentiment d'injustice des surirradiés est finalement intact par rapport au moment de la découverte des surirradiations et de leur engagement dans l'action collective victimaire. Ce sentiment se trouve même renforcé avec l'identification de

[25] En premier lieu, il a été établi par les juges que des fautes ont été commises lors du passage en « coins dynamiques », qui ont conduit à la surexposition aux rayons de vingt-quatre patients à des doses de l'ordre de 28 % et plus. Le changement de la méthode de traitement a été fait sans s'assurer de sa sécurité et avec l'utilisation de la méthode dite de l'escalade de dose sans en informer le patient. En second lieu, des fautes liées à la non-prise en compte des doses de « *matching* » ont conduit à la surexposition de 8 à 10 % pour 424 patients selon l'enquête. En troisième lieu, une information tardive des autorités par l'hôpital ainsi que des patients et la gestion des informations accidentelles par la direction de l'hôpital et des autorités de tutelle ont conduit à différer la prise en charge des accidentés. En somme, les fautes se déploient essentiellement sur deux phases du traitement de radiothérapie. L'investigation judiciaire contribue ainsi non seulement à définir et circonscrire l'événement mais implique également la responsabilité de certains des mis en examen sous un certain rapport. Par exemple, les charges de non-information de l'AFSSAPS (désormais ANSM, compétente en cas de défectuosité des matériels de soins) qui pesaient sur l'ex-directrice de l'hôpital n'ont finalement pas été retenues car celle-ci avait été informée par les médecins uniquement d'une erreur humaine (et non une défaillance intervenue sur du matériel). En conséquence, un non-lieu est ordonné sur cet aspect des investigations.

[26] Lercier (J.-C.), *Le scandale des surirradiés d'Épinal, op. cit.,* p. 152. Surligné par l'auteur.

[27] *Ibid.*

responsables de leur malheur et leur renvoi devant un tribunal. Les premières réactions médiatiques des représentants de l'association à l'égard de la tenue d'un procès en attestent.

Si l'indignation des surirradiés mobilisés est intacte c'est aussi que, pendant les cinq années d'instruction, une montée en généralité de la cause a eu lieu, qui se donne à voir dans le mot d'ordre collectif avec lequel les surirradiés abordent le procès : obtenir « la vérité » sur des accidents d'importance mondiale.

1.2. Quand le statut de victime n'est pas l'enjeu du procès pénal

La question de ce « qu'attendent les victimes du procès » est récurrente à l'entame d'une audience, surtout lorsque cette dernière traite d'un accident médical sériel comme les surdoses de rayons. Toute une série d'acteurs (journalistes, victimes ou proches, avocats) se positionnent sur cette question et émettent une opinion sur ce qu'il convient d'espérer de cette audience. S'agissant du dossier des surirradiations d'Épinal, la question de l'objectif du procès se pose avec d'autant plus d'acuité que la reconnaissance du statut de victimes pour les surirradiés avait été accordée en amont et que l'indemnisation était également intervenue en dehors de tout cadre judiciaire. Par conséquent, ces deux sujets ne représentaient pas l'enjeu des débats, contrairement à d'autres procès dans lesquels plusieurs personnes affectées par des problèmes de santé ont, par le passé, revendiqué le statut de victimes[28]. Certes, indemniser de façon « non judiciaire » des individus victimes de catastrophes collectives est devenu commun « depuis le XIX^{ème} siècle[29] [et la création des] assurances sociales ». Ce mouvement a connu une accélération dans les années 1990 avec « la multiplication » de fonds dédiés. Mais précisément, ces formes d'indemnisations étaient destinées à « éviter aux victimes les difficultés inhérentes aux procédures judiciaires[30] ». Or, avec l'aboutissement de l'instruction judiciaire dans le dossier des surdoses d'Épinal, six personnes physiques et une personne morale (l'hôpital) sont renvoyées devant un tribunal correctionnel. Il s'agit dès lors de savoir quelles significations le procès revêt pour les surirradiés parties civiles au procès.

[28] C'est le cas, pour ne prendre qu'un exemple, des femmes contaminées par le virus du sida par leur conjoint, défendues par l'association « Femmes positives ». Voir Le Naour (G.), Musso (S.), « Malades, victimes ou coupables ? Les dilemmes des luttes contre le sida », *in* Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, *op. cit.*, p. 165-179.
[29] Selon Barbot (J.), Dodier (N.), « Face à l'extension des indemnisations non judiciaires. Le cas des victimes d'un drame de santé publique », art. cité, p. 100.
[30] *Ibid*., p. 100.

a) Obtenir la vérité d'une « catastrophe mondiale »

Au moment de la décision du renvoi des personnes mises en examen devant le tribunal correctionnel de Paris, les plaignants membres de l'AVSHE (des dirigeants aux adhérents), sont convaincus de la pertinence et de l'utilité du procès à venir. Le terme « vérité » est employé par les adhérents de l'association de façon récurrente peu après les sept mises en examen intervenues dans l'affaire, au milieu de l'année 2008. Le président de l'AVSHE interviewé par Jean-Claude Lercier pour le compte de son « Journal d'un surirradié[31] », déclare par exemple à propos du procès : « *''J'attends que toute la vérité soit établie et que les responsables soient punis''*[32] ». L'auteur du journal écrit à sa suite : « On compte sur la justice pour faire TOUTE la lumière sur notre accident, une des plus grandes catastrophes de radiothérapie jamais enregistrée au monde[33] ».

La veille de l'ouverture du procès en première instance en septembre 2012, le président de l'AVSHE insiste une nouvelle fois, dans une interview accordée à *L'Est Républicain* et à *Vosges Matin*, sur l'attente collective de restitution de la « vérité ». Pour lui, l'audience doit être l'occasion d'établir enfin et « surtout la vérité. Pourquoi tant de victimes ? Pourquoi tant de dégâts ? Pourquoi ils n'ont pas pris en compte les signaux d'alerte ? Pourquoi ils nous ont abandonnés sans information ?[34] ». Le fait que le terme « vérité » soit un leitmotiv des discours publics des surirradiés qui ont précédé le procès, révèle une « montée en généralité[35] » de la cause à partir des cas particuliers de chaque adhérent.

b) À partir de son cas, monter en généralité

Le temps de l'instruction, en laissant entrevoir la nature des responsabilités en cause, n'a pas seulement accentué l'intensité des griefs des surirradiés. Il a transmué leur singularité en griefs généralisables. Les réunions entre personnes surirradiées et juges d'instruction, les

[31] Le projet d'interview naît après que l'auteur a conclu un accord avec un éditeur de Lorraine au milieu de l'année 2008, pour la parution de son carnet de notes sous la forme d'un livre.
[32] Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal, op. cit.*, p. 150. L'interview est en italique dans le texte original.
[33] *Ibid*., p. 152. Lettres capitales de l'auteur.
[34] Nicolas (É), « On attend la vérité », *L'Est Républicain*, 23 septembre 2012.
[35] Ce mouvement de montée en généralité d'acteurs qui s'extraient de leurs cas personnels en s'appuyant sur des principes généraux (de justice) a été décrit par Luc Boltanski et Laurent Thévenot. Voir Boltanski (L.), Thévenot (L.), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991. Voir également Schiltz (M.-A.), Darré (Y.), Boltanski (L.), « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 51, 1984, p. 3-40.

reportages médiatiques consacrés à leurs accidents, les sollicitations d'interviews associées et enfin une procédure pénale en progression constante, ont conforté le sentiment initial d'injustice des surirradiés au point d'appréhender leur situation personnelle comme partie intégrante d'une catastrophe mondiale de radiothérapie.

Le jour de l'ouverture du procès en première instance des surirradiations de l'hôpital d'Épinal, le 24 septembre 2012, les doléances sont ainsi à la fois individuelles et collectives. À la sortie du train qui l'a emmené de Nancy à Paris, cette fille d'un patient décédé, adhérente de l'AVSHE, déclare devant la caméra du « 13 heures » de *TF1,* qu'elle est présente ce jour « pour les malades, pour ceux qui restent, ils veulent la vérité, qu'on leur dise enfin. Et puis, pour papa[36] ». L'on voit ici comment, à partir d'un cas particulier (« papa ») se produit une montée en généralité qui s'exprime dans une demande de vérité judiciaire.

Cette montée en généralité à l'approche du procès est une constante des procès de victimes de drames collectifs de santé. Dans leur étude sur les conditions dans lesquelles des parents, dont les enfants ont été contaminés par administration d'hormones de croissance, tentent de réparer les souffrances subies, Janine Barbot et Nicolas Dodier[37] ont mis en évidence les modalités de l'investissement du procès pénal par ces proches de malades. Dans ce drame « de l'hormone de croissance », les premiers temps de l'instruction au début des années 1990 correspondent à une représentation du procès à venir en termes de traitement d'une injustice générale, « qui déborde[38] » le cas personnel des patients contaminés et de leur famille. Le procès est ainsi, pour les proches, celui non seulement des circonstances de la contamination d'enfants, mais également celui d'une certaine santé publique dévoyée et d'une emprise trop forte des logiques financières dans la société. À mesure que s'étend l'instruction et que passent les années, le procès fait l'objet d'une seconde projection de la part des parents. À la fin des années 1990, « les victimes qui cherchent à renouveler une action judiciaire jugée stagnante investissent leur drame d'une signification nouvelle : une réaction contre ce qu'ils ont toujours connu, et dont le drame qu'ils vivent ne leur semble que la répétition, comme le manque de considération des ''nantis'' pour les ''petits''[39] » et en particulier de la médecine et de la justice à leur égard.

À l'instar de ces parents d'enfants contaminés, les surirradiés ont la conviction que leur malheur s'explique par un manque de considération des membres des univers médicaux et

[36] « 13 heures », *TF1,* 24 septembre 2012.
[37] Dodier (N.), Barbot (J.), « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », art. cité.
[38] *Ibid.*, p. 110.
[39] *Ibid.*, p. 114.

politico-administratifs (« pourquoi ils nous ont abandonnés sans information ? » déclare à la presse le président de l'association le jour de l'ouverture du procès en première instance). Ils envisagent alors le procès comme un moment où la vérité de ces manquements professionnels et humains, qui concernent l'ensemble des membres de la société, peut être dite. En d'autres termes, le drame local a pour les surirradiés et leurs familles une portée générale et ce d'autant plus que le nombre de surdoses, conséquent, place leur situation individuelle au sein d'une des plus grandes « catastrophes mondiales » de radiothérapie.

Cette montée en généralité, en ce qu'elle repose sur la scandalisation des surirradiés, est en tant que telle peu adaptée aux normes de conduite et d'expression des griefs de l'arène judiciaire. Profitable du point de vue du maintien de l'engagement des adhérents de l'association de victimes, elle ne nécessite pas moins un important travail d'encadrement et de complément de la part des professionnels du droit engagés à leur côté.

2. Maîtriser les expressions

Une pluralité de professionnels du droit intervient dans l'arène judiciaire et en particulier sur la scène du procès : magistrats, greffiers, procureurs, avocats. Avant d'avoir affaire aux premiers cités, les adhérents de l'association de victimes des surirradiations d'Épinal sont en contact étroit avec les avocats et en particulier avec M^{e} Welzer. Si, à l'image des autres professions du droit, les avocats fondent leur identité professionnelle « sur une revendication de compétence, de désintéressement et de souci du bien collectif[40] », une enquête centrée sur leurs pratiques a mis en évidence que ces acteurs réalisent un important travail d'ajustement de leurs clients à l'univers judiciaire, à ses codes et ses règles[41]. « Les avocats sont pour leurs clients des sources importantes d'information sur le droit, ils les aident, rapportent leurs problèmes individuels à des règles juridiques, et les sensibilisent à la façon dont le processus judiciaire fonctionne[42] ».

Dans l'affaire des surirradiations, le travail de l'avocat se déploie tout au long de la procédure pénale, du début de l'instruction jusqu'au procès. En présence d'un groupe de victimes mobilisées et scandalisées, ce travail d'explicitation de la logique de fonctionnement

[40] Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice*, *op. cit.*, p. 213.
[41] L'enquête a été menée à partir d'avocats intervenant dans les procédures de divorce. Voir Sarat (A.), Felstiner (W.), « Law and Strategy in the Divorce Lawyer's Office », *Law and Society Review*, 20 (1), 1986, p. 93-134.
[42] *Ibid.*, p. 93. Notre traduction.

de la procédure pénale s'apparente à une « gestion de l'indicible[43] » puis du dicible au sein de l'arène judiciaire. En définitive, c'est la maîtrise de l'expression des plaignants par anticipation de leurs réactions et de celles des prévenus au cours du procès qui est visée par le défenseur des surirradiés.

2.1. Anticiper les réactions des victimes et des prévenus avant le procès

Une enquête judiciaire est composée d'un certain nombre de procédures (perquisitions, mises en examen, expertises, renvoi des prévenus devant un tribunal ou non-lieu) qui interpellent les adhérents d'une association de victimes à des degrés divers. En juin 2008, les mises en examen de plusieurs personnes dans l'affaire des surirradiations d'Épinal constituent un incontestable tournant. C'est aussi une première alerte pour l'avocat. Le dossier progresse et implique une mise en garde des victimes avec lesquelles il est en relation.

a) Sensibiliser les victimes aux logiques de fonctionnement de l'univers pénal

Les rencontres ou les échanges téléphoniques de l'avocat avec le président de l'association, Philippe S., ont toujours été conséquents depuis la création de l'association en juin 2007. Ces contacts s'intensifient lors des grandes étapes qui scandent la vie de l'association. La préparation conjointe de la deuxième assemblée générale de l'AVSHE permet au président de faire cette annonce solennelle concernant la procédure pénale aux adhérents le 28 juin 2008.

> « Un message que je souhaite répéter : si votre route croise celle de l'un des médecins, je vous supplie de ne rien faire et de détourner le regard. Il ne faut pas que notre action, bénéfique jusqu'à ce jour, soit ternie par une action individuelle incontrôlée, mais tellement compréhensible… Ce type d'événements sera immédiatement utilisé par les défenseurs de ces personnes[44] ».

[43] Pour reprendre l'expression employée par Michael Pollak pour qualifier les oscillations qui règlent les témoignages des victimes des camps de concentration nazis. Voir Pollak (M.), « La gestion de l'indicible », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63 (1), 1986, p. 30-53.

[44] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 28 juin 2008, p. 1-2. Ce document a été rédigé après les mises en examen.

Satisfaits et soulagés du nombre de personnes mises en examen et de leur qualité (les médecins en font partie), les surirradiés, sur les conseils de l'avocat, s'astreignent néanmoins très tôt à un autocontrôle strict dans la perspective d'un éventuel procès. Toute mise en cause personnelle était proscrite par crainte de délégitimation de la cause et de sa défense au procès. Le président de l'association et son auditoire commencent ainsi à dissocier les arènes civiles de règlement de leur litige (symbolisées par la commission d'indemnisation) des arènes judiciaires. Leurs logiques de fonctionnement ne sont pas les mêmes et, si les « coups de gueule » en commission d'indemnisation étaient possibles, l'action pénale exige au contraire la maîtrise de soi.

Le message de modération est réitéré à l'occasion de l'assemblée générale de l'association de l'année 2010, à quelques mois de la fin de l'instruction.

> « J'attire votre attention sur le point suivant : tant que le procès n'est pas ouvert, on doit surveiller toutes nos paroles. Les avocats de la défense sont à l'affût de la moindre déclaration qu'ils pourraient utiliser contre nous. Quand j'évoque notre affaire, avec la presse notamment, je ne parle que ''d'accident''. […] Je ne cite jamais de noms, je parle des radiothérapeutes ou du radiophysicien. Une phrase malheureuse pourrait diminuer notre crédibilité auprès des instances gouvernementales ou judiciaires[45] ».

Il y a une division du travail d'encadrement du collectif mobilisé entre le président et l'avocat lors des assemblées générales. Ce dernier intervient en effet souvent après le président et donne des précisions sur le déroulement de la procédure judiciaire. Par exemple, lors de l'assemblée générale de 2008, après avoir indiqué un certain nombre d'éléments relatifs aux indemnisations, aux expertises civiles subies, la fin de l'intervention de l'avocat concerne le volet pénal de l'affaire. Il s'efforce d'expliquer les fondements juridiques qui ont conduit des personnes à être mises en examen. Surtout, il conseille aux surirradiés de ne pas considérer l'affaire comme gagnée.

> « La mise en examen n'est que la <u>première étape</u> d'un long processus qui pourra durer <u>au moins deux ans</u>[46] ».

L'intervention de l'avocat en AG permet aux adhérents de l'association de faire l'apprentissage progressif d'un vocabulaire judiciaire, de mieux comprendre la situation et d'être sensibilisés aux spécificités du temps judiciaire. Lorsque le procès se précise à partir de

[45] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 13 mars 2010, p. 2.
[46] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 28 juin 2008, p. 2. Soulignés par l'auteur.

l'année 2010, les conseils du président à l'adresse de ses membres, aidé par l'avocat, se font plus précis et se resserrent sur l'audience.

> « Ce sera une bataille judiciaire mais aussi humaine ! Plusieurs d'entre nous seront amenés à témoigner à la barre. Le témoignage des victimes est essentiel. Il y aura des moments d'émotion intenses[47] ».

Le sens pratique d'un avocat confronté à des néophytes en droit pénal est finalement d'anticiper les réactions et comportements de ses clients à la barre, de les réorienter si besoin. Plus les anticipations sont précises et moins les victimes sont susceptibles d'adopter des réactions qui les desservent au cours de l'audience. Les anticipations ne concernent pas seulement leurs témoignages mais également les moments d'audition des témoins et des prévenus : temps « fort » du procès comme les témoignages des victimes, ils sont couverts par la présence de l'avocat et de ses associés.

> « Pendant les six semaines du procès, il y aura des moments plus forts que d'autres, notamment les dépositions des personnes poursuivies, l'audition des témoins (Dr Simon, Professeur Gourmelon…). Si vous désirez être présents pendant ces moments importants ce sera possible car nous vous informerons du planning prévu. M[e] Welzer et deux avocats de son cabinet seront présents de la première à la dernière minute du procès. Une précision : pendant un procès, tout micro, tout appareil photo, toute caméra sont interdits[48] ».

L'apprentissage se poursuit jusqu'à la dernière assemblée générale avant l'audience, en 2012. Le président de l'association ouvre la réunion sur ces indications : une « trentaine d'adhérents […] veulent témoigner » au procès pour le moment. Dès lors, les questions émanant de l'assemblée se multiplient sur ce thème : « est-ce qu'un témoin ou un partie civile a un temps déterminé pour témoigner ? », « y a-t-il un ordre précis pour le témoignage des parties civiles devant la Cour ? », « quelle est la différence entre un témoin et une partie civile ? », « est-ce que la famille proche d'une victime décédée peut être entendue comme partie civile par le tribunal ? ». Puis suivent des questions sur la présence des « personnes mises en cause », les déplacements dans « la salle », la date à laquelle « la sentence » (i.e., le jugement) est connue, les possibilités « de faire appel » etc.

Le passage du litige de la scène indemnitaire à la scène pénale entraîne ainsi une socialisation des adhérents surirradiés et proches de l'AVSHE à la procédure pénale. L'avocat

[47] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 13 mars 2010, p. 2.
[48] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 9 juin 2012, p. 6.

répond à toutes les questions posées et facilite de la sorte un apprentissage progressif du déroulement d'une audience, des interactions qui s'y tiennent. Il incite les surirradiés à se transformer en justiciables « experts », en identifiant les étapes d'un procès en correctionnel, les acteurs qui interviennent. Une attention particulière est portée aux témoignages des victimes et aux règles comportementales qui les régissent. Dans cette perspective, Gérard Welzer, au cours de l'assemblée générale de l'année 2012, profite de la question relative au temps de parole accordé aux surirradiés pour faire cette mise au point.

> « Il n'y a pas de limite de temps. Naturellement, il ne faudra pas être trop long, mais la parole est libre. Il faut surtout être entendu par la Cour, c'est-à-dire être clair et précis. On peut considérer qu'une personne peut parler entre 15 minutes et 45 minutes, cela dépend d'elle ainsi que des questions qui lui seront posées[49] ».

En outre, les premières évocations de l'audience en AG ne font état d'aucune stratégie de proscription des émotions et des souffrances à la barre. Comme pour les témoins extérieurs aux plaignants cités par l'association, il est en effet spécifié lors de la même AG de 2012 que le témoignage des victimes « doit montrer la souffrance et les émotions » qui découlent des blessures subies.

b) Faire de la souffrance et des émotions un usage réflexif au tribunal

Un lien objectif est ainsi établi par le professionnel du droit entre les émotions et le bon déroulement de l'audience pénale. Les fautes constitutives d'une affaire sanitaire, à la différence d'autres litiges jugés par les tribunaux – ceux relatifs à l'exercice de l'autorité parentale par exemple, étudiés par François Buton[50] – ne supposent pas des justiciables de se placer totalement « dans le langage juridique » à l'audience. L'expression des émotions et la monstration des souffrances sont envisagées par l'association de victimes comme dicibles et opportunes (c'est-à-dire stratégiquement payantes).

Après la manifestation organisée en décembre 2007 afin d'obtenir le versement d'indemnisations[51], c'est la deuxième fois que l'émotion et la souffrance des victimes sont invoquées par l'avocat et activées dans le cadre d'une adresse à autrui. Du point de vue

[49] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 9 juin 2012, p. 5.
[50] Buton (F.), « Le droit comme véhicule : portrait d'un justiciable », *in* Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique, op. cit.*, p. 137.
[51] Voir le chapitre 5 de la thèse.

analytique, l'épisode montre ici que, bien loin d'être une propriété intrinsèque à une condition de victime comme le postulent les théoriciens de la victimisation de la société[52], l'émotion victimaire est éminemment relationnelle. Elle est appelée par un avocat dans le cadre d'une interaction avec des juges et est en outre complètement anticipée[53].

Cette double propriété des émotions victimaires (adressées à autrui pour rallier les soutiens, et suscitées par des acteurs extérieurs aux surirradiés – en l'espèce par un professionnel du droit) se laisse observer en dehors même de la salle d'audience. Les premières journées des procès en première instance et en appel des surirradiations d'Épinal donnent lieu à une mise en scène orchestrée du groupe de victimes mobilisé et de leurs émotions et souffrances. Dès l'assemblée générale de mars 2010, avant la fin de l'instruction, le premier jour du procès fait l'objet d'une anticipation de la part des membres du bureau de l'association et de l'avocat.

> « Il est important que le premier jour du procès, il y ait le maximum de personnes. Cela permettra de mieux sensibiliser les juges à notre problème : de nombreuses victimes présentes montreront l'étendue de nos souffrances. Bien sûr, cela aura aussi un impact sur les articles ou les reportages télévisés faits par les journalistes[54] ».

Les émotions victimaires lors d'un procès pénal relatif à une catastrophe sanitaire sont prises dans des stratégies de présentation de soi qui n'enlèvent rien à leur authenticité et à celle des souffrances qui les fondent mais qui, en lien avec des contraintes de rôle (celui de victimes), font l'objet d'un usage réflexif. « Les acteurs savent, non moins que les commentateurs, les contraintes et les vertus des registres émotionnels[55] » insiste Stéphane Latté. Lors des deux assemblées générales suivantes, celles de mai 2011 et juin 2012, l'importance intrinsèque de la première séance est de nouveau soulignée. « C'est un procès qui pourra durer un mois. Il sera important qu'un maximum de victimes soient présentes certaines journées clés, notamment le

[52] Les victimes seraient remplies d'états affectifs allant de l'émotion au sentiment, en passant par la passion. Leurs souffrances seraient également portées en étendard parce que « notre société prête à la souffrance la faculté de sacraliser ». Voir Erner (G.), *La société des victimes, op. cit,* p. 25. Voir aussi Eliacheff (C.), Soulez-Larivière (D.), *Le temps des victimes, op. cit.*

[53] S'agissant des émotions dans l'action collective, l'enquête sur les surirradiés conduit à des conclusions similaires à celles de Stéphane Latté. Dans son étude sur la mobilisation des victimes de l'explosion d'une usine chimique, l'auteur met en évidence cette propriété relationnelle des émotions en montrant qu'elles ont à la fois « un caractère collectif » dans le sens où elles sont coproduites, mais aussi un caractère « institué » puisqu'elles ne prennent sens que dans des contraintes de rôles. Enfin, elles sont relationnelles dans le sens où « le poids des prescriptions émotionnelles » varie en fonction de la situation. Voir Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, p. 634.

[54] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 13 mars 2010, p. 2.

[55] Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective,* thèse citée, p. 634.

premier jour[56] ». En 2012, à l'approche du procès, une affaire de santé publique contemporaine est même convoquée par l'avocat en assemblée générale pour faire comprendre l'importance de la présence des victimes le premier jour du procès.

> « **Premier jour du procès : soyons le plus grand nombre possible**.
> À ce jour, nous sommes 82, 47 adhérents et 35 accompagnants. M[e] Welzer insiste pour que nous soyons le plus grand nombre possible car c'est un moment crucial. Seul le nombre marque les esprits, des juges et des journalistes. Au procès du Médiator, on a vu de nombreuses images de la première audience ; le lendemain, ce procès avait quitté les écrans télé et les premières pages des journaux. Le 24 septembre, il nous faut frapper un grand coup[57] ».

Le président de l'association précise aux adhérents que si la « santé vous interdit de voyager, votre conjoint ou vos enfants peuvent vous représenter. Par exemple, une épouse de victime viendra avec ses trois enfants[58] ». Pour rassurer les personnes hésitantes, souvent âgées et affaiblies par les surdoses, le président informe la salle que « la SNCF a mis à [leur] disposition une équipe de trois personnes afin de faciliter les préparatifs du voyage » et qu'une réunion de l'association est prévue avant le déplacement pour donner tous les renseignements pratiques. Le déroulement de cette réunion est décrit par Jean-Claude Lercier dans sa deuxième publication :

> « Dix jours avant l'ouverture des débats, notre dynamique président Philippe Stäbler a réuni les plaignants et accompagnateurs souhaitant se déplacer à Paris pour assister au premier jour du marathon juridique qui nous attend. En liaison avec une agence de voyage SNCF, et avec l'aide d'Henri Bento, le trésorier de l'association, il a effectué un travail d'organisation remarquable de précision et de rigueur, malgré un aspect fastidieux qui en aurait rebuté bien d'autres.
> Chacun des 108 voyageurs judiciaires présents est reparti de la réunion avec son badge, ses billets de train au départ de la ville la plus proche de son domicile, sa réservation pour la nuit, tous les plans et moyens d'accès pour le métro, les stations de taxi, les hôtels, ainsi que l'indication de l'entrée du palais de justice où il pourrait satisfaire aux contrôles de police, sans file d'attente fatigante. De l'ouvrage cousu main ! L'organisation prévoit également qu'avec Philippe et Henri, nous serons tous trois présents au tribunal durant la totalité du procès[59] ».

Le financement des trajets aller-retour des adhérents pour ce premier jour, ainsi que des nuits d'hôtels des membres du bureau, est assuré par l'association qui dispose pour ses activités

[56] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 7 mai 2011 p. 7.
[57] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 9 juin 2012, p. 6. Surligné par l'auteur du compte rendu.
[58] *Ibid.*, p. 6.
[59] Lercier (J.-C.), *Le scandale des surirradiés d'Épinal, op. cit.*, p. 158.

d'une épargne liée aux cotisations des adhérents (une trentaine d'euros à l'époque) et de dons ponctuels (par exemple de la municipalité d'Épinal ou d'organismes comme le Comité des Vosges de la Ligue contre le cancer). La réparation du préjudice financier de l'association, lié au procès, a par ailleurs été demandée.

C'est ainsi que le 24 septembre 2012, près de 110 adhérents, surirradiés et proches, sont filmés à leur descente du train en provenance des Vosges et interviewés par des journalistes. Le président avait donné rendez-vous aux médias nationaux et locaux désireux de couvrir l'événement sur le quai de la gare de l'Est, à Paris. Les adhérents arborent tous sur leur poitrine un badge de l'AVSHE confectionné pour l'occasion. Au procès en appel, deux ans plus tard, c'est une écharpe rouge qui est portée. Certains ont revêtu des tee-shirts ou transportent des affiches avec la photographie de leur proche disparu. C'est le cas de la fille d'un surirradié à plus de 28 % interviewée par *TF1*. Les trois autres membres de la famille portent également le tee-shirt confectionné pour l'occasion.



Les victimes et leurs familles filmées à la descente du train en provenance des Vosges, le jour de l'ouverture du procès en première instance.

[Source : capture d'écran du JT du 24 septembre 2012, « 13h », TF1*].*

Afin de rester en groupe et d'arriver ainsi au palais de justice, le président de l'association porte une longue pancarte à destination des adhérents sur laquelle est écrit « AVSHE ». Après la descente du train, le moment qui précède l'entrée au tribunal est par conséquent une autre occasion de produire médiatiquement le groupe mobilisé. L'effet

recherché est facilement obtenu, ces images et comportements correspondant aux attentes des journalistes et des photographes. Devant le palais de justice, on peut en effet entendre cette interpellation d'une journaliste d'une chaîne d'information en continue à l'adresse de son caméraman. « Il nous faut une veuve[60] ».



Interviews et photos de victimes devant le palais de justice de Paris, avec une affiche du proche disparu.

[Source : fonds personnel, 24 septembre 2012].

Avant même l'entrée dans la salle d'audience, l'objectif associatif de production du groupe des surirradiés en victimes – souffrantes, mais dignes – d'un drame sanitaire d'ampleur nationale, est atteint.

[60] Note d'observation. 24 septembre 2012.

2.2. Du groupe à l'incarnation des particularités à l'audience

Si, en amont de l'audience, il s'agit de donner à voir un groupe de victimes conséquent, les séances du procès dans lesquelles témoignent les surirradiés donnent lieu à une incarnation du drame dans des figures de surirradiés.

Une sélection des victimes et par conséquent de leurs témoignages est en effet effectuée par l'avocat. Lors de l'AG précédant le procès, une trentaine d'adhérents s'étaient manifestés pour intervenir en première instance. Mais ce sont seulement onze parties civiles qui prennent effectivement la parole à l'occasion des audiences au TGI de Paris en 2012. M[e] Welzer avait alerté les adhérents lors de l'assemble générale qui avait eu lieu en amont : les parties civiles ne sont pas convoquées par le tribunal, « c'est l'avocat qui demande à ce que vous soyez entendus[61] ». Après évaluation par le président du tribunal du nombre de jours nécessaires à l'audition des victimes, neuf surirradiés hommes adhérents de l'association, une proche adhérente (une veuve d'un surirradié), et le président de l'AVSHE en tant que représentant de l'association, sont finalement sollicités et témoignent dès la quatrième séance du procès, après l'audition des premiers témoins. Ces témoignages s'étendent sur deux séances. Le président de l'AVSHE prend la parole en son nom propre au cours de ces séances puis à la douzième séance, avant les plaidoiries des avocats, au nom de l'ensemble des adhérents. Deux autres victimes non-membres de l'association et ayant leur propre avocat interviendront également.

Encadré 20. Les acteurs du procès des surirradiations d'Épinal soumis au rituel judiciaire

Le droit est le régime procédural contemporain « de clôture des disputes[62] » qui s'incarne spatialement dans la salle d'audience d'un tribunal. À l'observation, une des caractéristiques marquantes d'une audience est le rituel judiciaire[63], qui scinde les débats en séances et règle les interventions des acteurs, rendant possible l'élaboration d'une décision judiciaire dans l'affaire jugée[64]. D'un point de vue sociologique, le rituel est un « acte formel et

[61] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 9 juin 2012, p. 5.
[62] Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice, op. cit.*, p. 92.
[63] Plusieurs travaux de sociologues, politistes ou de praticiens du droit ont examiné le caractère ritualisé de la justice. À titre d'exemples, pour les praticiens du droit Garapon (A.), *Bien juger. Essai sur le rituel judiciaire*, Paris, Odile Jacob, 2001. Et pour les sociologues et politistes, Israël (L.), « Les mises en scène d'une justice quotidienne », *Droit et société*, 42 (1), 1999, p. 393-419.
[64] Pour un résumé des travaux de sciences sociales sur la décision judiciaire, voir Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice, op. cit.*, p. 94-103. Ces travaux ont mis en évidence la forte détermination de la décision au regard de plusieurs facteurs. Tout d'abord, des critères « légaux » (tels la faute retenue, le casier judiciaire). La décision judiciaire est également dépendante des « propriétés sociales » de l'accusé, des juges. Elle est aussi le produit des « contraintes institutionnelles » qui enserrent les juges (l'état du droit au moment de la décision et ce qu'il permet de faire, le travail réalisé en amont sur le dossier par un juge d'instruction, un policier…). Enfin, « la décision du juge est influencée par ce qui se joue sur cette scène d'interactions institutionnellement réglées qu'est l'audience ».

conventionnalisé par lequel un individu manifeste son respect et sa considération envers un objet de valeur absolue, à cet objet ou à son représentant[65] ». Le procès pénal est par conséquent ce rituel dans lequel les protagonistes se soumettent au droit pour aboutir au jugement judiciaire. Si tel est le cas, c'est que « la mise en scène judiciaire marque la rupture avec le temps ordinaire […], contribue à poser physiquement les conditions des interactions entre acteurs du procès et, ce faisant, à engager les parties prenantes dans une certaine représentation sociale et politique de la justice, publiquement assumée[66] ».

Dans l'affaire des surirradiations jugée en première instance au tribunal correctionnel de Paris, le rituel se déploie dès la journée d'ouverture du procès en première instance. Les victimes, les prévenus et leurs avocats ont rendez-vous en début d'après-midi le 24 septembre 2012. Leur arrivée donne lieu à des interviews journalistiques, a minima pour les victimes. Les prévenus (médecins, directeurs administratifs et d'hôpital) refusent tous de répondre aux sollicitations des journalistes, se pressant contre les policiers gardant l'entrée de la salle d'audience et laissant leurs avocats dire quelques mots.
Les personnes mises en cause prennent ensuite place au premier rang de la salle boisée et décorée de tapisseries du TGI de Paris, à gauche de l'estrade, avec leurs avocats. Les victimes, leurs proches et leurs avocats s'installent à droite et conservent cette place tout au long des seize audiences. Derrière, se trouvent les rares journalistes et le public ayant pu rentrer dans la salle, compte tenu du nombre de personnes présentes[67]. Une seconde salle, réservée pour cette première séance, permet néanmoins à toutes les personnes présentes de voir l'audience par vidéo. L'entrée des juges est annoncée par une sonnette accompagnée de l'expression « le tribunal ». L'assistance se lève.
Le président et ses trois assesseurs (trois femmes) entrent et s'assoient au milieu de l'estrade. Font également leur entrée deux procureurs de la République (deux femmes) et une femme médecin exerçant pour le ministère de la Justice, présente en raison de la nature de l'affaire jugée. Elles s'installent à droite du jury. À gauche, prennent place un huissier de justice et une greffière. Une télévision diffuse les images d'une salle du tribunal de grande instance d'Épinal, l'association ayant obtenu la retransmission vidéo des audiences en direct pour les personnes surirradiées et leurs proches n'ayant pas fait le déplacement. Une quarantaine de personnes sont visibles sur la vidéo.

Le président conduit les audiences en fonction d'un échéancier établi à l'avance. Les thématiques abordées déterminent l'ordre des protagonistes appelés à la barre et les prises de parole des avocats.
L'appel des victimes, des prévenus et leurs avocats est la première activité initiée par le président du tribunal. Il énonce ensuite les qualifications retenues au cours de l'instruction pour renvoyer les prévenus devant le tribunal. L'audience d'ouverture s'est poursuivie avec l'énumération des *curriculums vitae* des prévenus et du programme de l'audition des témoins. Le lendemain débute l'audition des témoins, sur deux séances consécutives d'abord, puis cinq séances plus tard. Confronté à leurs discours, le président sollicite à plusieurs reprises les personnes mises en cause pour les entendre sur tel ou tel point.
Le procès a également donné lieu à l'audition des victimes parties civiles, pendant trois journées ainsi qu'aux interrogatoires des personnes mises en causes pendant une séance. Après l'audition de nouveaux témoins (cités autant par la défense que par l'accusation), les prévenus sont de nouveaux entendus, de même que les parties civiles.

[65] Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne : les relations en public, op. cit.*, p. 73.
[66] Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice, op. cit.*, p. 92-93.
[67] Nous y étions.

Les plaidoiries des avocats interviennent à partir de la treizième séance et pour trois journées. Elles sont entrecoupées des réquisitions du procureur de la République à la quatorzième séance. Les avocats des parties civiles plaident, puis c'est au tour des avocats des prévenus, qui clôturent le procès. Tant du côté des parties civiles que des personnes mises en cause, c'est à chaque fois une dizaine d'avocats qui prennent la parole. Leurs plaidoiries durent entre une heure quarante environ (pour l'avocat de nombre de surirradiés et adhérents de l'AVSHE ou celui d'un des médecins au premier procès) et une dizaine de minutes pour les plus courtes (un avocat défenseur d'un seul patient par exemple).
Le jugement ayant été mis en délibéré, de nombreux acteurs du procès se rendent au tribunal près de trois mois plus tard pour entendre la décision judiciaire, lue à haute voix : les parties civiles et les personnes mises en cause avec leurs avocats, certains témoins, de nombreux journalistes. Entre l'arrivée de tous les acteurs au palais de justice et la fin des interviews des victimes, de leurs avocats et des avocats des prévenus, il s'écoule seulement deux heures.

Les victimes de l'association appelées à témoigner couvrent les deux cohortes d'accidents jugés (« Épinal 1 » et « Épinal 2 »). Surtout, toutes étaient disposées à évoquer leurs douleurs et leurs souffrances publiquement puisqu'il avait été stipulé en AG la nécessité d'être dans de telles prédispositions au moment d'aborder son témoignage à la barre. En première instance, l'ensemble des parties civiles avait préparé ce temps d'intervention par des notes et la grande majorité se présentait au tribunal avec un texte, qui était lu à la barre. Le propos était assez clair et structuré, avec parfois des marques d'émotions dans la voix, mais relativement marginales en vérité.

Les témoignages des victimes ne présentent ainsi aucun renvoi aux déclarations antérieures et en particulier à celles des cinq témoins cités en amont, ni aux interventions des prévenus appelés par le président du tribunal à cette occasion. Pourtant, le temps consacré à l'audition des témoins dans un procès de santé publique comme celui des surirradiés est considérable.

Encadré 21. Les témoins et la mise en débat des cadres de responsabilité des faits[68]

Au procès en première instance, vingt-quatre témoins donnent leur version des faits. Ces témoins peuvent être partagés en deux catégories : d'un côté, ceux auditionnés pour avoir côtoyé les malades pendant leurs traitements par rayons (médecins généralistes et spécialistes, secrétaires médicaux, manipulateurs radio). Et de l'autre, ceux auditionnés en qualité de professionnels médicaux, techniques ou administratifs, ayant assisté à la découverte ou la gestion de ces accidents (membres d'organismes d'inspection, membres de sociétés savantes, personnels d'administration, radiothérapeute remplaçant).

L'audition des témoins est le moyen pour le tribunal d'évaluer dans quelle mesure l'affaire jugée relève de la responsabilité individuelle ou d'une responsabilité organisationnelle. Le

[68] Comme dans le chapitre 1 de la première partie de la thèse, la notion de cadre est à entendre dans le sens d'une trame interprétative d'un phénomène.

droit est en effet « une forme stylisée de drame public[69] » selon Joseph Gusfield. Il s'agit par l'intermédiaire de l'audience de restaurer un « ordre symbolique » ébranlé par des actions ou activités humaines. Ici, le président et ses assesseurs examinent si les surdoses de rayons sont la conséquence d'actions individuelles formellement indentifiables ou du fonctionnement général des institutions ou des groupes dans lesquels elles s'inscrivent. L'ensemble des témoignages font jouer l'un ou l'autre des cadres d'appréhension des faits.
Le procès en première instance a par exemple débuté par le témoignage de l'inspecteur de l'ASN ayant mené une enquête sur les premiers cas de surdoses. Son propos est assez descriptif au départ, avec un point réalisé sur les différents professionnels présents au sein d'un service de radiothérapie. Puis, il s'efforce de montrer le décalage existant entre les pratiques conventionnelles et celles détectées au service de radiothérapie d'Épinal. « Dans toute industrie à risque, on met en place des lignes de défense. En radiothérapie, il y a la dosimétrie in-vivo et le double calcul[70] ». Or à Épinal, après le passage des traitements de la technique dite des « coins statiques » à celle des « coins dynamiques » (qui absorbent moins les rayons »), la dosimétrie in-vivo a « sauté » et le double calcul a été supprimé. Mais, dans les industries à risques, les accidents ne sont « jamais dus à une seule erreur » précise le témoin. Des problèmes « de formation » de certains manipulateurs radio ont été détectés. Le président du tribunal intervient alors : « Les manipulatrices radio indiquent qu'elles n'ont pas été formées directement par le radiophysicien ». Le témoin répond qu'« il y a un autre phénomène aggravant ; le logiciel était en langue anglaise mais il n'y avait pas de manuel de traduction ». Une des procureurs demande si la technique du coin dynamique était « en 2004, nouvelle en France ? ». Ce à quoi il est répondu que les coins dynamiques n'étaient pas « quelque chose d'innovant à l'époque ». En d'autres termes, pour ce témoin, les faits paraissent davantage relever d'une responsabilité individuelle que d'une responsabilité de « l'industrie à risque » en tant que telle, puisque des « lignes de défense » existent mais elles ont été supprimées.

L'absence de reprise des propos des témoins par les victimes montre que leurs interventions sont cadrées en amont de l'audience.

a) L'indicible transformé en dicible à la barre

Depuis le début des années 2000 en France, la politique publique relative à la place des victimes dans la procédure pénale promeut des mesures destinées à favoriser leur reconstruction au sein même de cette procédure[71]. Les tribunaux accueillent par conséquent favorablement les témoignages des « victimes » dans leur diversité. L'avocat de l'association, en indiquant aux

[69] Gusfield (J., R.), *La culture des problèmes publics, op. cit.*, p. 20.
[70] Notes d'observation. 25 septembre 2012.
[71] Ces initiatives qui attribuent une fonction thérapeutique au droit pénal suscitent néanmoins des réticences fortes de la part de certains praticiens du droit ou essayistes, qui déplorent un dévoiement de la procédure pénale censée être tournée exclusivement vers l'élaboration de la vérité judiciaire et non vers l'accueil d'une quelconque souffrance des victimes. Pour une introduction à cette justice « restauratrice », « reconstructive », ou « réparatrice » et une objectivation de ces différentes appellations, voir Lefranc (S.), « Le mouvement pour une justice restauratrice : ''an idea whose time has come'' », *Droit et société*, 2 (63-64), 2006, p. 393-409. Pour un aperçu de la critique essayiste de ces initiatives, voir Eliacheff (C.), Soulez-Larivière (D.), *Le temps des victimes, op. cit.*

surirradiés la nécessité d'évoquer à la barre leur histoire et leur souffrance, les préparait finalement à répondre aux attentes des juges. Ces derniers entendent rendre leur décision après avoir pris la mesure et l'ampleur des conséquences des faits sur les victimes. Aussi, l'intervention des surirradiés ne se limite pas à de simples réponses à des questions précises posées par un président de tribunal ou des avocats. Elles prennent la forme de véritables récits d'instants de vie.

Cet homme de 68 ans par exemple, surirradié de la cohorte « Épinal 2 » commence son témoignage en évoquant sa « radiothérapie[72] » vécue « entre octobre et décembre 2005 ». À la moitié de son traitement, il a eu des « diarrhées ». Mais le radiothérapeute ne lui prescrit que du « smecta » [médicament pour traiter les diarrhées aigües]. Le traitement par radiothérapie a continué. Pendant les séances, il « comptait les coups de rayons » de la machine. Or, lors d'une séance, la machine tombe en panne « à trois coups ». Elle redémarre et « fait quatorze coups », comme lors des autres séances. À cette époque, « j'avais des diarrhées » dit-il « et une fois, ça m'est arrivé sept fois dans la journée ». Il essaye alors « le miel d'acacia mais pour finir, je mangeais des pâtes, de la purée parce que le reste me donnait de la diarrhée ». Un soir, alors qu'il se rend aux toilettes, il retrouve « du sang dans les WC. Et toute la nuit il y a eu du sang ». Le lendemain, « à huit heures, j'appelle Jean-Monnet [l'hôpital] et on m'a répondu : appelez votre urologue ». Subissant une cautérisation, il a eu « ensuite des fuites urinaires pas possibles ». Cet hôpital, affirme-t-il, « je ne veux plus en entendre parler ». Certes, « maintenant » dit-il, « je n'ai plus de sang, je n'ai plus toutes ces protections », mais conclut-il, « j'aurais pu et dû être guéri sans toutes ces séquelles ».

Le même jour, un homme de 80 ans se présente à la barre en fauteuil roulant. Pour des raisons de santé, c'est sa fille qui lit l'essentiel du témoignage au côté du surirradié, ce dernier ne prononçant que la conclusion. Le témoignage est rédigé et lu à la première personne. « Artisan charpentier », c'est « en 1986 que j'ai mis la première fois les pieds dans un hôpital » pour un « lymphome malingre à l'estomac traité par chimiothérapie ». Mais « les ennuis ne se sont pas arrêtés là ». Il y a eu la pause d'un pacemaker en 2003 et en 2005, la découverte d'un cancer de la prostate « à 73 ans ». Son urologue lui prescrit un rendez-vous avec un radiothérapeute. Les séances d'irradiation ont eu lieu très vite, mais sans la présence de médecins. À la huitième séance, « je n'ai pas vu de médecin » et demande la raison à

[72] Les passages entre guillemets qui suivent se rapportent tous aux notes d'observations réalisées durant le procès. Il s'agit ici de la cinquième audience du procès en première instance qui s'est déroulée au TGI de Paris le 2 octobre 2012.

l'opératrice. Elle répond que « c'est normal ». À la trente-cinquième séance, « j'ai revu le docteur A. Il me dit ''c'est bien, cela s'est bien passé pour vous'' ». Je lui fais part de mes picotements, il me répond : « ''Je vous donne une pommade et on se revoit dans un an. Vous reverrez votre urologue'' ».

Mais, les douleurs deviennent intenses. Le « 16 août 2006 », en « crise », « j'ai frappé mon épouse et étais décidé à en finir avec la vie ». « J'ai été en psychiatrie trois semaines puis en maison de santé mentale ». Le « 14 novembre 2006 », des « saignements » se produisent. Le « 26 décembre 2006, je rentre dans le bureau du docteur A. Il m'a dit que pour moi tout allait bien et qu'il ne faut pas croire ce que l'on vous dit dans les médias ». Avant « de sortir de chez moi, je n'avais pas du tout prêté attention aux informations de la presse » suivant lesquelles des patients avaient été surirradiés[73]. « C'est en mars 2007, en lisant les journaux, que j'ai compris qu'on m'avait menti ». De nouveaux cas de surdoses venaient d'être rendus publics et « j'ai reçu un courrier pour me prévenir que j'étais surirradié ». Le « 25 septembre, le professeur Simon m'apprend que la surexposition est de l'ordre de 8,9 % ». Le 12 décembre 2007, « je me suis décidé à adhérer à l'association pour échanger avec les autres victimes ». Le surirradié prend la parole à la suite de sa fille pour conclure : « Je suis devenu agressif, je ne suis plus le même homme. J'ai des difficultés relationnelles avec mon épouse. Combien d'enfants ont perdu leur papa, combien d'épouses ont perdu leur mari ? Quelle honte monsieur A. C'est une grave erreur de négligence, avec des séquelles à vie. Le docteur A. savait, médecin chef, que cette machine infernale broyait les vies de personnes de toutes conditions sociales. Je ne souhaite qu'une chose : que monsieur A., que je ne considère pas médecin et son adjoint, soient définitivement radiés et de relire chaque jour le serment d'Hippocrate : le médecin ne doit pas nuire à son patient ».

Peu avant ces deux patients, le président de l'association avait été entendu en son nom propre. « Je vais aborder quelques points sur ce que je vis et l'origine de mes souffrances », commence-t-il. Il précise qu'il fait « le distinguo entre le cancer, qui est une maladie, et la surirradiation liée à la mauvaise manipulation d'une machine ». En tout état de cause, il subit encore des « passages à la salle six à sept fois par jour, des douleurs 24 heures sur 24 ». Il décrit ensuite les « quatre chocs » vécus par lui et sa famille : l'annonce du cancer d'abord. Puis, le

[73] Ce moment où les surirradiés ont appris leur surirradiation est un passage récurrent des auditions. S'ils ne renseignaient pas le tribunal à ce sujet, le président le demandait : « Quand avez-vous appris que vous faisiez partie des surirradiés ? ». Il s'agissait notamment de déterminer si la faute de non-assistance à personne en danger était caractérisée.

taux de PSA [les marqueurs biologiques du cancer de la prostate] « qui remonte » après une chirurgie ayant provoqué « une impuissance totale ». Il est orienté vers une radiothérapie, « indolore, incolore » sur le moment et au cours de laquelle il a rencontré trois fois « monsieur A. » [le radiothérapeute]. Le troisième choc est la réception de la « fameuse lettre, qui nous a tous effondrés dans notre famille, avec le ‘‘vous ne faites pas parti des vingt-quatre patients les plus gravement surirradiés mais…’’ ». Le quatrième choc réside dans la visite annuelle à la médecine du travail en 2009 : « J'étais cadre informatique, je suis ressorti quinze minutes après, je n'étais plus rien ». Il venait d'être déclaré inapte à son poste, à 52 ans. Il indique ensuite reprocher aux médecins le « manque d'informations : cela va vous paraître idiot, mais au début, je ne savais pas si je pouvais encore prendre mon petit-fils sur les genoux ». Et puis « l'avenir : à l'heure actuelle, personne ne sait nous soigner. On a ce feu intérieur qui nous brûle ». Pour finir, il souligne qu'il est « entièrement solidaire de la liste des ‘‘pourquoi’’ » énumérés par le vice-président de l'association la veille, lors de son témoignage en son nom propre. Ce dernier avait demandé aux médecins et au radiophysicien « dans les mains desquelles nous avons remis notre santé en toute confiance, et qui ont fait ce que l'on sait […] : pourquoi tant de certitudes, de suffisance et d'orgueil ? Pourquoi si peu de précautions, de suivi et d'accompagnement des patients ? Pourquoi tant d'énergie à taire, à cacher, à masquer la réalité ? Pourquoi avoir permis que des patients aient continué à être traités pendant près d'un an après la découverte des premiers problèmes ? Pourquoi ne pas admettre qu'un spécialiste, même avec dix ou douze années d'études après le bac, est un homme comme les autres, qu'à ce titre, il est faillible […] ? ».

En dépit de l'irréductibilité des souffrances et du vécu des victimes ou des proches, une grande trame se dégage de leur intervention. Leurs propos reviennent d'abord sur les circonstances du traitement par radiothérapie, le type de cancer dont ils souffraient alors, le nombre de séances de rayons subies, leurs divers problèmes de santé (diarrhées, pertes de sang etc.). Puis, sont évoquées les difficultés à obtenir des informations des praticiens hospitaliers, les démarches pour prendre rendez-vous avec les médecins traitants, avec des spécialistes. L'association est souvent mentionnée pour souligner les bienfaits qu'elle apporte individuellement à la victime. Enfin, après avoir réalisé cette incarnation individuelle de l'affaire, beaucoup de surirradiés s'autorisent en conclusion à formuler des reproches aux prévenus.

La ressemblance de ces reproches est frappante et laisse entrevoir leur caractère contrôlé et encadré par l'avocat. S'ils visent les prévenus, ils sont exprimés sous une forme dénuée de

toute invective. Aucun rappel à l'ordre des victimes n'a lieu, aucune suspension de séance pour paroles inappropriées n'est répertoriée. Si tel est le cas, c'est que les reproches naissent de l'indicible (« les diarrhées, les poches, le feu intérieur ») converti en dicible. L'abolition de la frontière entre le dicible et l'indicible à l'audience, encouragée par l'avocat lors de la préparation des séances en amont, contribue à grandir la cause portée[74] au point que des reproches peuvent être présentés. Les victimes s'astreignent néanmoins à exprimer ces reproches avec une intention pédagogique vis-à-vis du tribunal. Tout se passe comme si, compte tenu de la multiplication des affaires de santé publique jugées au pénal et de leurs issues – réputées peu favorables aux victimes – il s'agissait pour l'avocat défenseur des parties civiles de convaincre le tribunal de la déshumanisation subie par les victimes.

b) Procès de santé publique et dénonciation d'une déshumanisation

Emmanuelle Fillion et Didier Torny indiquent qu'en matière d'affaire sanitaire, « la loi Fauchon sur les délits non intentionnels du 10 juillet 2000 limite les poursuites pénales à ''la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement''[75] ». Les chances d'une affaire de santé publique d'aboutir au pénal sont ainsi extrêmement ténues. Au sein de l'association des surirradiés d'Épinal, les avantages et inconvénients de cette voie et les enseignements issus des précédents en la matière avaient été débattus lors de l'assemblée générale de l'année 2011, comme en atteste cet extrait de compte rendu.

> « - Intervention d'un adhérent : Ne craignez-vous pas que l'accumulation des scandales médicaux, hormone de croissance, Médiator, ne soit un handicap pour notre procès ?
> - G. Welzer [avocat] : Si. Il y a une sorte de banalisation de la relaxe des auteurs de telles catastrophes. Et la faute pénale devient de plus en plus difficilement appréciée par les juges. C'est un combat. Mais l'instruction s'est bien passée, ils ont été mis en examen, j'espère qu'ils vont être renvoyés devant un tribunal. J'aime partir gagnant[76] ».

Pour augmenter les chances de succès de l'action pénale, les victimes, après l'évocation de leurs problèmes de santé à la barre, sont ainsi encouragées par l'avocat à situer leur cas dans une suite de surdoses provoquées par des actes non seulement fautifs, mais également

[74] Voir Boltanski (L.), *L'Amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action*, *op. cit.*
[75] Fillion (E.), Torny (D.), « De la réparation individuelle à l'élaboration d'une cause collective. L'engagement judiciaire des victimes du distilbène », art. cité, p. 596.
[76] Extrait du compte rendu de l'assemblée générale de l'AVSHE du 7 mai 2011, p. 7.

déshumanisants. Loin d'être réduites à l'expression de leurs souffrances, le procès installe ainsi les victimes dans une position offensive. De simples témoins, elles tendent à se faire « accusatrices » d'une déshumanisation de certains rapports sociaux (en l'espèce, la relation médecin/patient).

Les dernières paroles des parties civiles lors des deux procès en première instance et en appel sont de ce point de vue significatives. Elles interviennent avant les plaidoiries des avocats et les réquisitions du procureur et sont prononcées en première instance par le président de l'association et en appel par son vice-président. Ces prises de paroles débutent par un résumé des interventions des victimes au procès et par conséquent, des souffrances vécues.

> « Au cours de ce procès, onze victimes sont venues témoigner devant vous. Seulement onze victimes pourrait-on dire, au regard du nombre élevé de celles qui souhaitaient le faire, soit à cause de leur état de santé, soit par l'impossibilité d'effectuer un aussi long voyage, ou bien tout simplement par la crainte de venir s'exprimer à la barre d'un tribunal.
> Et puis bien évidemment, il y a ceux qui n'étaient déjà plus là pour le faire ! Mais nous sommes persuadés que ces onze témoignages, émouvants, poignants, effectués par les victimes ou par leurs proches, ont permis au tribunal de mieux comprendre ce qu'est (ou était) le quotidien d'un surirradié[77] ».

> « Monsieur le Président, Mesdames de la Cour,
> J'interviens devant vous au nom de l'Association des Victimes de Surirradiation de l'Hôpital d'Épinal, mais à cet instant, c'est à toutes les victimes, sans aucune exception, que je pense.
> Treize personnes sont venues à la barre pour vous dire ce qu'est leur vie aujourd'hui. Dix hommes, encore vivants, vous ont parlé avec dignité de leurs douleurs et de leurs difficultés à aborder chaque journée. Ils ont osé vous raconter les contraintes que leur imposent les séquelles qui font de leur quotidien un enfer humiliant, un enfer insupportable, les empêchant de vivre comme tout le monde !
> Et puis trois femmes, veuves ou filles de victimes disparues vous ont relaté l'accompagnement du calvaire de la fin de vie de leurs proches, elles ont exprimé leur sentiment d'impuissance de ne rien pouvoir faire pour les apaiser, et elles vous ont fait part de la colère qu'elles ressentaient devant ce processus inexorable qui conduisait leur mari ou leur père à la mort ! Des compagnons de toute une vie, des papas, des papys emportés par un traitement qui aurait dû les sauver ![78] »

Puis, les interventions du président et du vice-président de l'association des victimes s'éloignent progressivement des souffrances pour participer au débat sur le cadrage des faits.

[77] Texte écrit par le vice-président de l'AVSHE, le trésorier et le président de l'association et prononcé par ce dernier le 17 octobre 2012, devant le tribunal de Paris. Retranscription d'un compte-rendu de l'association.
[78] Texte écrit et prononcé par le vice-président de l'AVSHE le 5 décembre 2014 devant le tribunal de Paris. Retranscription d'un compte-rendu de l'association.

Et c'est dans cette progression de l'argumentation vers les faits que se laisse voir le souci de l'association des victimes et de leur avocat de rendre intelligible la portée sociale de l'affaire aux membres du tribunal. Le procès fait apparaître au grand jour, selon les surirradiés, la déshumanisation dont ils ont été victimes au moment du traitement et qu'ils continuent de subir à l'audience.

> « Nous sommes venus ici avec l'espoir de comprendre comment on a pu en arriver là, pourquoi cela a duré si longtemps, et aussi pour tenter de lever les interrogations que nous avons déjà eu l'occasion de formuler lors de nos témoignages.
> On nous a parlé de l'insuffisance de moyens, du manque d'un radiophysicien, de l'absence de précisions dans les directives, de la lourdeur de l'organisation hospitalière, du poids de l'administration, mais tous ces paramètres n'auraient-ils pas dû inciter les différents acteurs de notre santé au sein du service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal, à encore plus de prudence ?[79] ».

> « Vous n'oublierez pas que les victimes ne se trouvent pas sur le banc des prévenus. Pour vous prononcer, vous ne retiendrez que les comportements, que les actes, que les faits. Et les faits sont accablants !
> Cela fait huit ans que le drame des surirradiés d'Épinal a éclaté au grand jour. Durant des années, nous avons tenté de comprendre pourquoi et comment on a joué avec la santé des patients. La lumière est venue lors du procès en première instance.
> Non grâce à des aveux de la part des prévenus qui pensent encore aujourd'hui que nous avons simplement manqué de chance ; mais par la manière avec laquelle ils ont tenté de se disculper, niant des évidences, se rendant coupables de mensonges, essayant de rejeter leurs fautes sur les autres.
> Je vous rappelle que, lors de la toute première déclaration de l'accident en interne, en septembre 2005, ils ont tout simplement essayé de faire porter le chapeau aux manipulateurs et manipulatrices [radio]. Bel exemple de courage !
> […] Le trio indissociable travaillait en étant persuadés d'être les meilleurs, il pratiquait la course à la gloire sans perdre de vue ses intérêts financiers, et il n'avait de comptes à rendre à personne […][80] ».

Les plaidoiries des avocats des victimes, qui font immédiatement suite à ces témoignages, sont fondées sur une même progression de l'argumentation. Elles commencent par un retour sur la séquence des témoignages des surirradiés au procès pour indiquer aux juges ce que doit être le bon positionnement d'un tribunal à l'égard de leur souffrance. Les avocats souhaitent, au nom des victimes, que cette souffrance soit reconnue par le tribunal. M[e] Rémi Stephan, un des avocats des victimes extérieur à l'association signale au début de sa plaidoirie que « les victimes et leurs proches demandent que leur souffrance soit reconnue comme la

[79] Déclaration du président de l'AVSHE. 17 octobre 2012. Retranscription d'un compte rendu de l'association.
[80] Déclaration du vice-président de l'AVSHE. 5 décembre 2014. Retranscription d'un compte rendu de l'association.

conséquence des faits imputables aux prévenus[81] ». Pour les avocats des parties civiles, cette demande est d'autant plus légitime que les souffrances sont la résultante d'actes malveillants.

> « Les victimes ont vécu un drame qui cristallise ce qu'il y a de plus odieux, tant au regard des circonstances que du manque d'information, que de la destruction des éléments de preuve[82] ».

Dans un second temps, les avocats des parties civiles tentent, par leur travail oratoire, une reconstitution de l'affaire en dénonçant, après les victimes, la déshumanisation qui structure ce dossier. Dans son étude sur les variations qui affectent les actes de protestation liés à un sentiment d'injustice, Luc Boltanski[83] indique que « la dénonciation » suppose la désignation d'un responsable, identifié soit nommément ou sous la forme d'une abstraction (une institution etc.). Dans les deux cas, la cause défendue affirme une prétention à l'universalité. « Pour conduire une affaire […], il faut en effet éprouver les capacités de généralisation qu'enferme un incident qui, à l'origine, est purement local. Mais cette généralisation n'est pas seulement animée par l'intention d'informer. Elle vise à prendre appui sur le poids de l'opinion pour obtenir une réparation qui, en dehors de toute sanction matérielle ou légale, peut ne consister que dans la réhabilitation d'une victime[84] ». Dans le procès des surirradiés, la dénonciation des avocats des parties civiles lors des plaidoiries a autant pour objectif de prendre appui sur l'opinion que de convaincre les juges que le dossier a une portée générale. Cette portée justifie une réparation des victimes par la condamnation des responsables du drame.

Encadré 22. La déshumanisation par l'orgueil : l'affaire vue par les avocats des victimes[85]

Pour l'avocate de la Ligue contre le cancer, M[e] Béatrice Founes, première intervenante des parties civiles à prendre la parole au procès en première instance le 22 octobre 2012, les faits

[81] M[e] Rémi Stephan lors de sa plaidoirie au procès en première instance. 22 octobre 2012. N'ayant pas assisté à la séance directement, les citations de cette journée proviennent du compte rendu du procès effectué par la Fédération nationale des victimes d'attentats et d'accidents collectifs (FENVAC). L'association tenait un blog visant à « informer les victimes ne pouvant assister à toutes les journées d'audience et le grand public ». Pour ce faire, un représentant est mobilisé sur le procès et assiste à toutes les séances. Sur le blog, il est précisé que « les compte rendus rédigés quotidiennement ont pour finalité de reproduire le plus objectivement possible la teneur des débats devant le Tribunal correctionnel. Ainsi, nous nous abstenons de tout commentaire sur les propos reproduits dans le présent blog. Partie civile dans cette procédure, la FENVAC partagera avec le Tribunal via son avocate, Me Pauline Manesse, son analyse du dossier ». L'adresse du blog est le suivant : www.surirradies-epinal.fenvac.org.

[82] M[e] Sylvie Levrey, avocate d'un surirradié extérieur à l'association lors de sa plaidoirie au procès en première instance. 22 octobre 2012.

[83] Boltanski (L.), *L'Amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action, op. cit.*,

[84] *Ibid.*, p. 301-302.

[85] Les citations sur lesquelles s'appuie ce développement proviennent du compte rendu du procès effectué par la FENVAC. www.surirradies-epinal.fenvac.org.

se rapportent à des « lacunes [qui] se sont révélées dans le soin et l'information qui étaient dus aux victimes ». Or, poursuit-elle, « le cancer est une maladie exigeante à laquelle les malades vont consacrer du temps et de l'énergie. Et les malades ont droit d'être soignés ». Puisque la Ligue « a toujours été aux côtés des patients dans cette épreuve », il apparaît évident, souligne-t-elle que l'association a subi un préjudice « en raison des fautes commises à l'encontre de ces patients, constituées par le manque de soin et d'humanité ». Pour cette raison, elle espère que le procès permettra d'ôter les doutes des patients en général à l'égard de la technique de la radiothérapie qui se sont fait jour « du fait du mauvais usage » de cette thérapeutique par les prévenus. En d'autres termes, le procès n'est pas seulement celui des surirradiés d'Épinal mais également celui des mauvaises pratiques en radiothérapie.

Pour M[e] Welzer, principal avocat des parties civiles dont la plaidoirie intervient aussi le 22 octobre, le procès des surirradiés est avant tout celui « de l'orgueil, de l'incompétence » et des comportements « mensongers » de certains praticiens hospitaliers et dirigeants des autorités de tutelle.
Sa plaidoirie débute par le rappel de la méconnaissance prolongée des blessures subies par les patients. Les débats ont, pour cet avocat, fourni des explications, mais celles-ci sont « impensables ». « Les prévenus ont fait n'importe quoi ». Il poursuit en évoquant un des apports selon lui du témoignage du président de l'association des victimes. Ce dernier « a communiqué la semaine dernière un article de journal sur le cancer de la prostate du 20 septembre 2002. On peut y lire : ''Épinal est mieux équipé que Villejuif''. C'est fou ! Quelle vanité ! Quel orgueil démesuré ! Et quel mensonge. Il est écrit entre guillemets ''on reçoit des physiciens qui viennent voir comment ça marche à Épinal''. Orgueil, quand tu nous tiens ». Quant aux « autorités de tutelle », l'avocat pointe d'abord la responsabilité de l'ex-directrice de l'hôpital, poursuivie pour ne pas avoir « informé les patients » après « la réunion surréaliste » avec la directrice de la DDASS. « Il n'y a pas de compte rendu. Comment voulez-vous ? ». Enfin, l'avocat évoque le cas de l'ex-directeur de l'ARH de Lorraine. L'avocat rappelle sa déclaration à l'audience « Je ne suis pas médecin ». Certes, répond l'avocat, « mais vous êtes à l'ARH donc si vous ne vous sentiez pas capable d'assurer cette fonction, il ne fallait pas l'accepter ». Et l'avocat de conclure : « Ce que je demande, c'est de dire avec le jugement, plus jamais ça ». À l'instar de l'avocate qui l'a précédé, pour M[e] Welzer, les surirradiations d'Épinal ne constituent pas seulement un drame local. Elles sont aussi emblématiques d'une déshumanisation des malades qui ne saurait se reproduire ailleurs.

Confrontés à cette reconstruction par les victimes et leurs avocats du sens des faits de surdoses comme producteurs d'une déshumanisation des malades, les avocats des prévenus n'ont d'autres choix, dans leurs plaidoiries, que d'évoquer eux aussi le sort des victimes. Davantage susceptibles d'être suspects, aux yeux des juges, d'éloignement vis-à-vis des accidentés que leurs confrères de l'accusation, ils ouvrent généralement leurs interventions par cette évocation.

> « Ce qu'ont souffert les parties civiles est dramatique. J'ai été bouleversé par ce qu'ont raconté les victimes […]. Je voudrais que les parties civiles sachent le respect que j'ai face à leur courage devant le drame qu'elles subissent[86] ».

L'accès des avocats des prévenus au dossier tout au long de la procédure, les témoignages des victimes en séances, leur ont permis d'avoir une idée précise de l'état de santé général de ces dernières. Anticipant l'investissement du terrain de la souffrance par les parties civiles, ils s'efforcent de ne pas en être totalement absents lors de leurs plaidoiries. Pour cela, ils s'appuient sur le comportement de leur client à l'audience (qui résulte certainement de leurs conseils[87]). Parmi les prises de paroles des prévenus en première instance, quelques références explicites à la douleur des victimes peuvent en effet être relevées, comme autant de tentatives de souligner leur considération pour les surirradiés. L'ex-directeur de l'ARH déclare par exemple, en préambule de son témoignage : « Je voudrais faire une déclaration. Je regrette non pas de me retrouver devant vous mais ma consternation face à ce drame épouvantable pour les parties civiles qui ont été blessées dans leur chair et dans leur âme ». Le lendemain, jour de l'audience du radiothérapeute chef de service de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal, celui-ci déclare : « J'ai constamment à l'esprit la douleur des patients depuis cet évènement catastrophique. Je me reproche de n'avoir pas informé les médecins spécialistes suffisamment tôt. Une déclaration précoce aurait permis d'éviter des gestes inutiles, voire toxiques, pratiqués sur des patients qui ignoraient qu'ils avaient été surirradiés. Ce n'est pas mon rôle d'aggraver la situation des patients ». Le même jour et à la veille des réquisitions des procureurs, son confrère radiothérapeute déclare : « J'ai conscience que la souffrance des parties civiles passe avant la mienne. Leur vie a été bouleversée mais la mienne aussi. Je n'ai jamais été le même homme depuis cet accident et je ne le serai plus jamais. Je présente mes excuses aux parties civiles. Quelqu'un m'a dit : ''J'attends qu'il fasse un pas vers nous''. Je suis prêt à les rencontrer pour répondre à toutes leur questions ».

Ce comportement des prévenus permet à leurs avocats de répondre à l'universalisation des événements effectuée par leurs confrères des parties civiles dans leurs plaidoiries. Les avocats des deux parties interagissent entre eux en mettant en circulation à l'audience une universalisation concurrente des faits, tributaire de l'ordre dans lequel se déroulent les plaidoiries. Le principal avocat des parties civiles ayant fait des surirradiations une affaire «

[86] M[e] Yves Baudelot, avocat de la directrice de l'hôpital lors de sa plaidoirie au procès en première instance. 24 octobre 2012. Élément provenant du compte rendu du procès effectué par la FENVAC. www.surirradies-epinal.fenvac.org.

[87] Au cours de l'enquête, il n'a pas été possible de s'entretenir avec les avocats des prévenus ni avec ces derniers.

d'orgueil » et d'incompétence, les avocats des personnes mises en cause se placent d'emblée sur ce terrain et y répondent. Au procès de « l'orgueil » de personnels médicaux et de la « négligence » de personnels administratifs, répond ainsi le procès de « l'humilité » et du dévouement « aux autres ».

Encadré 23. De l'orgueil à l'humilité : l'affaire vue par les avocats des prévenus[88]

Pour M[e] Le François, l'avocat du radiophysicien, « on a parlé d'orgueil. Pour ma part, je vois d'abord de l'humilité. Ils mettent en place la radiothérapie avec modulation d'intensité puis arrêtent car cela n'est pas possible pour le centre hospitalier Jean-Monnet, conscients de la limite de leur service. Humilité ou orgueil ? Ils avaient la volonté forte de soigner, de rendre les séances moins difficiles pour les patients. Mais on y tient à cet orgueil ».
Sous l'effet des plaidoiries de la défense, on passe ainsi de l'orgueil à l'humilité et au dévouement. Ces qualités sont très souvent présupposées des histoires de vie des personnes mises en cause. L'avocat de la directrice de la DDAS évoque ainsi comment sa cliente s'est engagée dans le métier. « On a parlé d'orgueil et d'argent. Qui pourrait croire ça » de sa cliente ? « Rappelez-vous comment elle a décidé de faire ce métier. Dans la cour du lycée, il y a une pupille de l'État et elle a été touchée et a décidé de soulager, d'aider les autres dans sa vie professionnelle ».

Cette pratique de défense qui consiste à mettre en perspective les actes reprochés avec le parcours de vie des prévenus est également adoptée par un avocat considéré comme un des « ténors français du barreau[89] », M[e] Hervé Témime, défenseur d'un des radiothérapeutes. « Je veux me situer sur un plan humain », affirme-t-il d'emblée.
Pour cela, l'avocat propose de manière paradoxale au tribunal de déroger à sa mission et de faire un moment abstraction du droit. « Mon confrère, Martin Reynaud a dit avec toute sa jeunesse, toutes ses connaissances, les problèmes de droit. On va oublier le droit. Derrière le droit, qu'est-ce qu'il y a ? Il s'agit de juger des faits commis par des hommes ». Qui plus est, ces hommes font partie « des professions de serments », comme « les juges et les avocats ». Et le ténor du barreau de rappeler que, « pour le serment des médecins, la première chose, c'est la responsabilité ». Aussi, M[e] Témime demande au tribunal de « ne pas oublier le médecin, l'homme qu'était » son client.
Pour y parvenir, l'avocat donne son point de vue sur l'homme qu'il a vu « débarquer dans [son] cabinet : un homme meurtri, plus sévère qu'un juge, qui ne mérite pas qu'on l'accuse de ne pas avoir respecté le serment d'Hippocrate ». Cette dernière accusation, soulevée par les avocats de la partie adverse dans leurs plaidoiries, est d'autant plus infondée souligne M[e] Témime qu'à 64 ans, son client n'a « jamais été condamné » et n'a « connu pendant sa vie professionnelle aucune plainte devant son Conseil de l'ordre ». Ce qui montre qu'il était « estimé par ses pairs et ses patients ».
Le dévouement à l'égard de la médecine dont son client a fait preuve tout au long de sa vie, est en outre attesté par des éléments familiaux souligne l'avocat. Lui et « sa femme, tous les deux médecins, et leurs deux filles dont une a fait médecine, ''comme papa'', ce sont un homme et deux femmes qui aiment profondément la médecine ».

[88] Les citations sur lesquelles s'appuie ce développement proviennent du compte rendu du procès effectué par la FENVAC. www.surirradies-epinal.fenvac.org.
[89] Selon l'expression de nombre d'hebdomadaires de presse, tel *M le magazine du Monde* par exemple. Voir Suc (M.), « 156, rue de Rivoli, le hameau du barreau », *M le magazine du Monde*, 13 décembre 2013.

Enfin, l'affliction dont a fait preuve ce médecin est manifeste si, comme l'avocat le souligne, on examine sa réaction à la découverte des accidents. « Dès qu'il a eu connaissance de ce drame, il se reproche bien sûr de n'avoir pas agi différemment. Dès qu'il a su, non seulement il n'a jamais menti, mais encore il a été incapable de dépasser son propre jugement. Il est tombé dans une très profonde dépression qui a valu une hospitalisation dans un établissement spécialisé pendant quinze mois. Il a, par trois fois, tenté de mettre fin à ses jours. La première fois, les conséquences de cette dépression sont d'autant plus difficiles que sa femme l'a accompagné dans cette tentative. Ils n'ont été sauvés que par les collègues de sa femme, inquiets de son absence inhabituelle ».

L'avocat réaffirme que son client est parfaitement conscient des conséquences des surdoses et se sent responsable du devenir de ses patients. « J'en conclus quoi ? Face à une catastrophe pareille, un homme digne ne peut que se sentir responsable. […] Vous allez appliquer la loi à l'encontre d'un être humain qui a un cœur, qui regrette profondément ce qui s'est passé et qui n'a jamais voulu se défiler derrière son serment ». Ainsi, pour les avocats de la défense, il est clair que les vies personnelles et professionnelles des prévenus attestent que, en lieu et place d'un drame de l'orgueil, il y a une fatalité dramatique dont chacun a pris la mesure.

Épilogue

Les journées au cours desquelles le jugement et l'arrêt sont rendus par les juges sont l'occasion de mettre en évidence comment la décision judiciaire met à l'épreuve les attentes des victimes vis-à-vis du droit. Au procès en première instance, ces dernières ont abordé le jugement avec un certain optimisme. Les réquisitions du procureur de la République leur semblait en effet avoir été favorables.

Encadré 24. Un manquement « aux règles élémentaires de prudence » : l'affaire vue par les procureurs[90]

En tant que représentants de l'État aux audiences, les procureurs sont chargés de faire entendre le point de vue de « la société » sur les faits. Et ce que la société souhaite dans ce dossier, c'est selon les procureurs, « comprendre ».
C'est ce que déclarent en ouverture de leurs réquisitions les deux femmes procureurs officiant en première instance. Après avoir souligné que leurs « premières paroles vont aux victimes dont certaines ont rappelé leur calvaire », il est précisé que « la société veut comprendre s'il s'agit d'un simple aléa thérapeutique ou s'il s'agit de fautes individuelles ». De ce point de vue, les procureurs du procès en première instance ont assisté, affirment-elles, à des « débats [qui] ont apporté des réponses ».
Pour le montrer, elles vont d'abord remémorer à l'auditoire les fautes (au regard du Code pénal ou de la loi) qui avaient été retenues lors des investigations judiciaires et pour lesquelles des personnes étaient amenées à comparaître. « Deux catégories de fautes ont été retenues. L'erreur de paramétrage et la non prise en compte des doses des *matchings* » constituant l'homicide involontaire de certains patients. Relativement à l'homicide involontaire, les deux radiothérapeutes « sont des auteurs indirects selon les articles 121-3, 221-6 et 221-19 du Code pénal. Ces textes, issus de la loi Fauchon, sanctionnent les fautes d'imprudence et de négligence » indiquent les procureurs. Les prévenus sont poursuivis également pour non-assistance à personne en danger. « Les patients ont été abandonnés à leur triste sort » en l'absence de réaction de la DDASS, de l'ARH et de l'hôpital. Le radiophysicien est également accusé d'avoir empêché le bon déroulement de l'enquête et d'avoir commis l'infraction « de destruction de preuve ».
Une fois ces fautes pénales énoncées, les procureurs tentent d'évaluer leur degré de validité en construisant de véritables récits autour des événements et des prévenus. Ces récits constituent l'essentiel de leur intervention. Ils ne sont pas uniquement factuels mais présentent des remarques interprétatives sur les faits et leurs auteurs, leur octroyant une force dramatique certaine. Ci-dessous figure le récit construit autour du radiophysicien en première instance.
« Ce qui est reproché à monsieur A. […], c'est le changement des coins statiques en coins dynamiques. Monsieur A. […] l'évoque en réunion du matin. Tout le monde était d'accord sur le principe. Il met à l'étude cette question et il faut du temps pour la mettre au point. L'utilisation des coins dynamiques est possible. C'est une technique moderne et puissante. […] Pendant l'année 2003, il fait des études mais tout seul, le soir, sans en parler à personne. Aux réunions du matin, il dit que ça avance et la met en place de façon totalement improvisée,

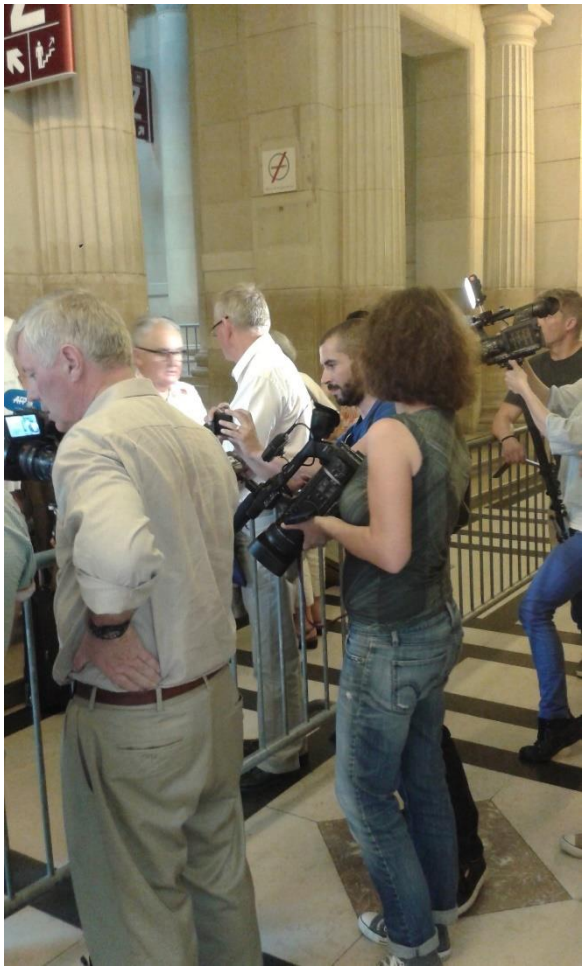
[90] Les citations sur lesquelles s'appuie ce développement proviennent du compte rendu du procès effectué par la FENVAC. www.surirradies-epinal.fenvac.org.

le 17 mai 2004, sur monsieur C. […]. ‘‘Nous avons été pris dans notre élan’’. Mais l’élan vers quoi ? Vers la première classe ? ».
Pour construire ces récits, les procureurs puisent dans le dossier judiciaire des éléments sur les faits et les personnes impliquées et s’appuient sur les déclarations des personnes mises en cause ou des témoins lors des séances du procès.

Avant de conclure en s’adressant aux juges pour leur indiquer quelle personne mise en cause est effectivement coupable ou non de tels délits (et de solliciter le cas échéant une peine au nom de la société), les procureurs s’efforcent d’anticiper les arguments des avocats de la défense lors des plaidoiries, et de les neutraliser. « Il [le radiophysicien] avait créé un logiciel permettant de vérifier la conformité des données. Il a abandonné ce calcul indépendant des unités moniteurs car les résultats ne correspondaient plus du tout. Il n’a pas adapté ce logiciel aux coins dynamiques. En défense, on va dire que c’est parce qu’il n’y avait pas le *record and verify*, Rolls Royce des contrôles […]. Ceci n’empêche pas qu’il ne fallait pas supprimer toutes les lignes de défense et au moins en parler aux médecins ».
Les juges ainsi renseignés, les procureurs s’adressent alors à eux et indiquent leurs réquisitions : ici, relativement au radiophysicien et à l’abandon de la procédure de « calcul indépendant des unités moniteurs », de la « suppression de la dosimétrie in-vivo », de la « non-prise en compte des doses délivrées par les *matchings* », tous les éléments « sont réunis pour retenir la culpabilité de monsieur A. […] » soulignent les procureurs. Aussi, « vous condamnerez monsieur A. […] pour complicité de dissimulation de preuve ». Les procureurs demandent à son sujet « trois ans de prison dont un an ferme et 30 000 euros d’amende ainsi qu’une interdiction d’exercer ».
Avant de prononcer une peine, les procureurs ne manquent pas de mettre en perspective les faits commis avec des impératifs professionnels et sociaux : la sécurité, l’information due aux patients. « Le seul mérite de ce drame – et à quel prix – a été de réveiller les consciences en matière de radiothérapie avec l’accident le plus important en France et dans le monde. Ce n’est pas une fatalité, ni un aléa thérapeutique qui est à l’origine du drame. Bien sûr, il n’y a pas de risque zéro en médecine, mais si les règles élémentaires de prudence avaient été respectées, cette catastrophe n’aurait pas eu cette ampleur. Les sanctions doivent rappeler aux prévenus leurs devoirs ». En soulignant l’éloignement d’un certain nombre de prévenus vis-à-vis des bonnes pratiques en usage dans les milieux professionnels investigués, les procureurs confirment ce que les avocats des parties civiles avaient avancé dans leurs plaidoiries : le procès des surdoses vosgiennes est celui d’une déshumanisation des malades.

La décision judiciaire a été mise en délibérée dans les deux procès en première instance et en appel et intervient environ deux mois après la fin des audiences et les réquisitions des procureurs. Le jugement et l’arrêt sont ainsi rendus respectivement en janvier 2013 et juillet 2015, au tribunal de grande instance de Paris. Des barrières ont été disposées devant les portes des salles et des policiers sont présents, tout aussi bien pour canaliser l’entrée des victimes, des prévenus, de leurs familles et des avocats que pour maintenir les caméramans et les photographes à l’écart de la porte d’entrée. Lors du délibéré du procès en appel, en 2015, des journalistes entrent dans la salle, mais les caméramans filment l’arrivée des victimes et des prévenus dans le hall du tribunal. Les mêmes scènes que lors de l’ouverture du procès se produisent : « Je vais juste filmer votre tee-shirt » dit l’un des journalistes à une femme portant

un vêtement avec la photographie d'un homme. Il s'agit de la fille d'un patient décédé déjà filmée par les médias au procès en première instance.



Journalistes filmant l'entrée des victimes dans la salle d'audience, avant la lecture du délibéré en appel.

[Source : fonds personnel, 2 juillet 2015].

Plus nombreux au jugement en première instance qu'à celui en appel, les journalistes attendaient dans les deux cas que le délibéré soit lu pour recueillir davantage de réactions des victimes. Les surirradiés et leurs proches se sont déplacés aux deux jugements en délibéré en nombre. Ainsi, lors du délibéré du procès en appel, le rendez-vous pour les victimes est fixé devant le palais de justice de Paris à 12h45 pour une audience à 13h30. Beaucoup de ces parties civiles étaient arrivées à Paris le matin même par le train en provenance des Vosges. Après un déjeuner pris ensemble, elles se sont ensuite retrouvées, à une quarantaine, devant l'entrée annexe du palais de justice habituellement réservée aux professionnels du droit. Ces derniers

n'entrent pas par l'accès réservé aux justiciables et à leurs proches, très fréquenté. Dans le cas présent, et en raison de l'état de santé des victimes, l'AVSHE avait fait une demande de dérogation auprès du procureur afin que ses adhérents puissent bénéficier de cette entrée. Dans la file d'attente précédant l'accès au portique de détection, nous entendons cette remarque de professionnels du droit étrangers à l'affaire : « C'est un car de touristes ou quoi ? ».

Les prévenus entrent dans la salle d'audience séparément, parfois avec leurs avocats ou un proche. Des journalistes tentent de les interviewer avant leur entrée dans la salle mais, comme au procès en première instance, ils ne répondent pas à l'invitation. La lecture du délibéré intervient dans les deux procès quasiment à l'heure fixée. La lecture dure une dizaine de minutes et est réalisée par le président du tribunal ou de la Cour. L'arrêt n'est pas lu en entier mais fait l'objet d'un résumé. En première instance, c'est dans un premier temps la déception qui prédomine chez de nombreuses victimes. Pourtant, un certain nombre de personnes mises en cause ont été reconnues coupables et condamnées. C'est le cas notamment des deux médecins et du radiophysicien. Les premiers ont été condamnés à quatre ans de prison dont 30 mois avec sursis, à 20 000 euros d'amende et une interdiction d'exercer pour homicides et blessures involontaires et non-assistance à personnes en danger. Le radiophysicien écope de trois ans de prison dont 18 mois avec sursis, 10 000 euros d'amende et une interdiction d'exercer de cinq ans pour homicides et blessures involontaires et soustraction de preuves.

Des discours d'incompréhension et des manifestations de mécontentement à l'égard de ce jugement se sont d'abord fait entendre et ont pu être saisis à la sortie de la salle d'audience. Parmi les premières personnes à sortir de la salle après le délibéré en première instance figure en effet cette femme qui, lorsque le radiophysicien s'éloigne du hall, s'adresse à lui de vive voix, provoquant un déplacement massif de journalistes et de caméras : « Papa est en train de mourir, c'est de votre faute, vous êtes coupable ». Elle pleure. Des journalistes l'entourent. Elle raconte : « Papa est allé à l'hôpital pour se faire soigner et ressort handicapé. À l'heure actuelle il est en fauteuil […]. Je n'en peux plus ». Au journaliste qui lui demande ce qu'elle attendait de la justice, elle répond : « Eh bien de la prison, plus de prison ». Quelques minutes plus tard, c'est au tour d'une autre femme, veuve, qui pleurait elle aussi, de déclarer aux journalistes tournés vers elle que le jugement « n'est pas suffisant. Quand je pense qu'il y en a qui sont partis sous terre […]. Ils n'ont pas assez de prison, ils devraient avoir plus que ça ».

La déception des deux femmes révèle les attentes placées dans le droit pénal par nombre de victimes ou proches. Convaincus d'être au cœur d'un scandale sanitaire, meurtris par la disparation d'un proche, le jugement prononcé leur apparaît bien minime au regard de leurs souffrances. Les porte-paroles de l'association, face à ces adhérents réticents à accepter la

décision judiciaire, ont des difficultés à présenter le jugement positivement. En dépit d'un échange préalable avec l'avocat Gérard Welzer, le président de l'AVSHE insiste lui aussi devant les journalistes, sur les peines de prisons et l'interdiction d'exercer prononcées pour trois prévenus. Il s'efforce de signifier sa « satisfaction ».

> - Le président de l'AVSHE : « C'est quand même une satisfaction. Bon, il y a eu des peines de dix-huit mois de prison ferme et le reste avec sursis. Des peines d'amende. Surtout pour les deux médecins, ce qui est fortement symbolique, c'est l'interdiction définitive d'exercer. Même si, compte tenu de leur âge, on peut considérer que cette sanction est quand même minime, pour nous c'est la preuve qu'ils ont été responsables directement, dans leur activité professionnelle, des graves surirradiations vosgiennes. Et pour le radiophyscien, son interdiction d'exercer pendant cinq ans nous satisfait, la peine de prison nous satisfait aussi. Si vous voulez, on craignait des peines très légères et manifestement les juges ont été au-delà des réquisitions des procureurs. Le petit bémol c'est, vous vous en doutez, la relaxe générale pour les trois personnes du monde administratif. Ça nous reste un petit peu en travers de la gorge car on pense qu'à la réunion du 5 octobre 2005, ils étaient là, ils n'ont pas bougé. Mais les protagonistes de notre drame sont quand même condamnés.
> - Journaliste : L'un des médecins fait appel, qu'en pensez-vous ?
> - Oui je l'ai appris il y a quelques secondes. Oui, c'est son droit, je n'ai pas de commentaire à faire, c'est son droit le plus strict, on est en République, on est en démocratie, on a entièrement confiance en la justice française[91] ».

Le président de l'AVSHE tente ainsi de présenter la décision judiciaire comme la confirmation d'une justice avenante envers les victimes de surdoses. Certains prévenus ayant fait appel, les adhérents devaient encore, du point de vue du représentant de l'association et de l'avocat, garder le contrôle public de leurs émotions et de leurs comportements vis-à-vis de la justice. L'avocat se dit également satisfait des condamnations étant entendu que celles-ci se raréfient dans les affaires de santé publique, dit-il. Il l'explique aux journalistes de la manière suivante :

> - M[e] Welzer : « Les deux médecins et le radiophysicien viennent d'être déclarés coupables de cette catastrophe dramatique. Donc je suis satisfait de cette culpabilité. En matière de santé publique, les condamnations deviennent de plus en plus rares au pénal et là, il y a une condamnation grâce au travail acharné des victimes et de l'association des victimes.
> - Un journaliste : Et les relaxes pour le personnel administratif ?
> - Alors c'est le bémol. On est dans un pays où il est toujours difficile de sanctionner les autorités de contrôle. Là, les autorités de contrôle ont été relaxées, c'est l'appréciation du tribunal et alors que le procureur de la République avait demandé la condamnation de deux des trois[92] ».

[91] Retranscription d'un enregistrement personnel réalisé à la sortie de la salle d'audience. 30 janvier 2013.
[92] Retranscription d'un enregistrement personnel réalisé à la sortie de la salle d'audience. 30 janvier 2013.

L'ensemble des condamnés (les médecins et le radiophysicien) ayant fait appel du jugement, un second procès s'est tenu un an et demi plus tard, au même tribunal de grande instance de Paris. Lorsqu'à la fin des audiences, une décision des juges conduit au report provisoire du délibéré, les valeurs de sollicitude que les surirradiés et leurs proches prêtaient volontiers à la justice sont mises une nouvelle fois à l'épreuve. Pour des raisons de procédure, la lecture de l'arrêt en appel du procès des surirradiations est effectivement repoussée afin de rouvrir momentanément les débats. Des faits reprochés à certains prévenus avaient été débattus au cours du procès sous l'appellation de délits alors qu'ils constituaient des contraventions de cinquième classe. Le président de la Cour se justifie ainsi le jour de l'annonce de ce report.

> « Il est apparu, au cours du délibéré, que les faits commis par monsieur A. [le radiophysicien] ne constituent pas des délits mais des contraventions de cinquième classe voire des contraventions de seconde classe […]. Ce point n'a pas été débattu par la Cour [qui est] tenue de mettre dans les débats la prescription de l'accusation publique compte tenu de la loi […]. Nous ne pouvons convenir d'une date dans les trois semaines car certaines parties civiles ne sont pas représentées par leurs avocats et cette décision doit leur être notifiée. […] C'est possible le 2 juin [2015][93] ».

La Cour demandait la réouverture du procès sur une journée. La séance durant laquelle ce contretemps a été annoncée a duré cinq minutes et la Cour s'est retirée. Parmi les victimes et leurs familles, l'incompréhension a d'abord dominé. Leurs avocats et ceux de la défense étaient également décontenancés. Une scène inédite s'est déroulée lorsque la Cour s'est retirée. Certains avocats des parties civiles ont discuté avec les avocats de la défense dans la salle même du jugement. C'est le cas notamment de M[e] Welzer qui, après avoir tenté d'expliciter les propos de la Cour auprès du président de l'AVSHE, de son vice-président et du trésorier tous installés auprès de lui, s'est rendu de l'autre côté de la salle afin de converser avec ses confrères de la défense et notamment avec M[e] Témime, l'avocat d'un des deux médecins. Pendant ce temps de discussion entre avocats, les victimes échangeaient entre elles et avec leurs proches, dans la salle. « Ils vont finir par faire venir un autre cancer si ça continue » déclare la femme d'un surirradié, à laquelle une autre répond en pleurs : « On pensait que cela allait se terminer, et non ». Avant de sortir de la salle, M[e] Welzer s'adresse aux victimes : « C'est exceptionnel, une réouverture d'un procès. Manifestement, le tribunal veut prévenir tout pourvoi en cassation. Mais vous aurez été pionniers en tout : sur l'obtention du statut de victimes et des

[93] Déclaration du président de la Cour d'appel de Paris, 2 avril 2015. Notes de terrain.

indemnisations, sur le jugement au procès en première instance avec des condamnations et maintenant sur cette réouverture ».

Malgré ces paroles, la confiance des victimes et de leurs proches en la justice est ébranlée. La réaction du président de l'AVSHE face aux journalistes le laisse percevoir. Pour la première fois en interview, celui-ci a du mal à retenir des sanglots. La déception prédomine et le président fait part de sa crainte qu'un tel report ne soit révélateur d'une absence de volonté de la justice dans cette affaire.

> Le président de l'AVSHE : « Il y a des problèmes techniques, je n'ai pas tout compris, je ne suis pas avocat. Mais manifestement, il y a une question technique qui s'est posée et le président a souhaité une nouvelle audience le 2 juin. […] J'espère que ce n'est qu'un report. Moi, cela m'inspire deux remarques. Malheureusement, avec ce délai supplémentaire, je vais encore, en tant que président d'association, envoyer des fleurs pour accompagner ceux qui décèdent [sanglots]. C'est frustrant. Vous savez, cela fait 8 ans que cela dure […] et au bout de huit ans, on trouve encore un problème technique à soulever !
> - Journaliste : Oui mais selon l'ensemble des avocats, c'est tout à l'honneur de la Cour d'appel qui veut prendre toutes les précautions.
> - Ils ont sans doute raison, ce sont des professionnels. Mais je ne vous parle pas de lois moi, je vous parle d'humains. Il y a quand même des gens dans les Vosges qui attendent cette décision ! Les 480 blessés, les familles des 9 morts, elles attendent cette décision. […]
> - Vous étiez venu ce matin avec l'idée que ''ça y est c'était la fin'' et du coup, il faut repartir.
> - Oui, mais tout le monde. Je suppose que vous aussi ? Tous, on attendait un verdict[94] ».

La crainte exprimée par les victimes d'une « faiblesse » des juges dans ce dossier s'est renforcée en découvrant la réaction de l'avocat d'un des médecins, M[e] Témime. Ce dernier voyait dans le report un signe. Invité à réagir sur ce contretemps, il fait cette déclaration aux médias à la sortie de la salle d'audience : « J'ai déjà expliqué aux uns et aux autres quel était le rôle d'un tribunal ou d'une Cour d'appel et ce rôle, c'est d'appliquer la loi et rien que la loi. Et moi je pense qu'il y a malheureusement un hiatus considérable et peut-être douloureux, entre le sort des parties civiles, leur attente, l'application de la loi et pour ce qui concerne le docteur S., sa conscience professionnelle. Tous les malheurs humains ne sont pas imputables à des infractions pénales et pour les parties civiles, la voie pénale n'est pas toujours, ni la plus sûre, ni la plus efficace ».

[94] Retranscription d'un enregistrement personnel réalisé à la sortie de la salle d'audience. 2 avril 2015.

Jusqu'à un certain point, la décision judiciaire rendue quatre mois plus tard, le 2 juillet 2015, entérine les intuitions exprimées par les uns et les autres au moment de l'annonce de la réouverture momentanée du procès.

> « La Cour va rendre son délibéré. Afin d'éviter une lecture fastidieuse de l'ensemble de l'arrêt, la Cour a opté pour une synthèse et ensuite, procédera à une lecture complète […]. La Cour a confirmé la culpabilité des deux radiothérapeutes et du radiophysicien [et les condamne] chacun à une peine d'emprisonnement de trois ans assortie du sursis. […] La Cour confirme l'interdiction définitive d'exercer la profession de médecin prononcée par le tribunal [et condamne le radiophysicien] à l'interdiction définitive d'exercer sa profession[95] ».

Sur les bancs des victimes et de leurs proches, tout n'a pas été saisi immédiatement dans sa globalité. Un élément semble avoir été assimilé par un certain nombre d'entre elles : la réduction des peines de prisons des médecins puisque celles-ci étaient accessibles au sursis intégral. « Ils s'en sortent bien » murmure un surirradié au moment de la lecture de l'arrêt. « Il fallait s'y attendre » souligne à sa suite une proche de victime. Après cette lecture, le président de l'association, le vice-président et le trésorier s'entretiennent avec leur avocat M[e] Welzer. « Je vous demande de quitter la salle » finit par dire le greffier. Avant de sortir de la salle, M[e] Welzer précise aux victimes certains éléments de la décision judiciaire. Les journalistes attendaient en effet à l'extérieur les réactions des adhérents de l'association.

> « C'est la première fois depuis longtemps qu'il y a une condamnation au pénal dans un dossier de santé publique. Dans l'hormone de croissance, il y a eu relaxe en appel. Grâce à votre combat, les prévenus ont été reconnus coupables et condamnés. L'important, c'est que la culpabilité a été reconnue. Ils avaient plaidé la relaxe. Vous avez ouvert la voie et surtout vous avez eu trois victoires : la reconnaissance de votre état de surirradiés, l'indemnisation et vous êtes une des rares associations à avoir obtenu des condamnations au pénal[96] ».

Le président de l'association, devant les journalistes, reconnaît la déception qui a affecté les victimes lors de la lecture du jugement, mais la nuance en insistant sur les peines de prison requises contre trois prévenus et sur leur interdiction d'exercer.

> « À l'écoute du délibéré, c'est vrai que, quand j'ai entendu trois ans de prison avec sursis, je me suis dit que c'était une peine plus légère. Maintenant, la réalité et surtout

[95] Notes de terrain. 2 juillet 2015. La Cour a ainsi confirmé la culpabilité des deux médecins et du radiophysicien, pour homicides et blessures involontaires, mais a réduit leurs peines à trois ans de prison avec sursis intégral (au lieu des 18 mois de prison ferme prononcés en première instance).
[96] Notes de terrain. 2 juillet 2015.

> l'explication claire fournie par notre avocat nous montre bien que […] le tribunal les reconnaît coupables de toutes les charges retenues. […] Ce qui fait que, après la première réaction qui était la déception – pas de prison ferme – il y a tout de même une véritable condamnation : trois ans de prison avec sursis et l'aggravation de la sanction pour le radiophysicien dans la mesure où en première instance, il avait cinq ans d'interdiction d'exercer alors qu'aujourd'hui, il est interdit d'exercer à vie[97] ».

Quelques jours auparavant, lors de l'assemblée générale de l'association de juin 2015, M[e] Welzer, présent sur l'estrade de la salle du centre des congrès d'Épinal aux côtés des membres du bureau de l'AVSHE, avait préparé la centaine d'adhérents présents à une décision judiciaire mitigée. En mettant en perspective l'ensemble des actions et succès obtenus depuis la création de l'association, il rappelait que l'existence de cette dernière était déjà une victoire en soi.

> « Rappelez-vous, vous avez engagé le combat au moment où l'hôpital disait en 2006, qu'il n'y avait pas de surirradiation. C'est énorme ce que vous avez fait. […] Rappelez-vous que le premier but de l'association était de faire reconnaître les surirradiations et il a fallu une manifestation pour ça. […] Le deuxième but c'était l'indemnisation. Car les compagnies d'assurance ont l'habitude de culpabiliser les victimes en disant : ''Ce n'est pas une question de sous''. […] Et le troisième but, c'était la condamnation des responsables. Or, on a entendu ce discours avant et durant le procès : ''Vous avez eu les indemnisations, vous n'allez quand même pas demander des condamnations !''. Eh bien vous êtes venus devant le tribunal et c'était important : le premier procès a basculé après l'audition des victimes. Quand les magistrats voient arriver des victimes, ils ne se comportent pas de la même façon que face à trois robes ! Vous êtes une nouvelle fois revenus pour le procès en appel, et patatras : dans des circonvolutions qui n'appartiennent qu'au droit, le procès a été rouvert. […]. Alors, sur le jugement qui arrive, vous allez me demander ce que j'en pense. […] Le jugement pourrait nous être favorable, sauf que, on ne sait jamais. […] Sachez que votre mobilisation a pesé d'un poids très fort, beaucoup plus qu'un code pénal. Elle a permis de contrebalancer le groupe de pression médical[98] ».

La judiciarisation d'un accident médical sériel met les représentants d'une association de victimes et leurs défenseurs en situation de porte-à-faux vis-à-vis des adhérents : rien ne paraît pouvoir remplacer une santé irrémédiablement perdue ou un proche décédé. Et ceci en dépit d'une procédure pénale de plus en plus envisagée, ces dernières années, du point de vue des victimes et des voies susceptibles de favoriser leur réparation. Les leaders associatifs ont à mener un travail d'explicitation de la décision auprès de leurs adhérents, qui accrédite l'obtention d'une réparation minimale par la voie pénale.

[97] Retranscription d'un enregistrement personnel réalisé à la sortie de la salle d'audience. 2 juillet 2015.
[98] Notes de terrain. 13 juin 2015.

Conclusion du chapitre 6

La procédure pénale, dans laquelle les victimes de surirradiations s'engagent, va de pair avec un certain nombre d'échéances promptes à maintenir un haut degré de scandalisation au sein de l'association. Les mises en examen et le renvoi au tribunal de personnalités liées aux accidents contribuent en effet à l'identification par les surirradiés d'Épinal de responsables de leur drame. Ce dernier est dès lors, de façon certaine, le produit d'actes fautifs qu'il convient d'attribuer à tel médecin ou tel directeur d'administration. Les griefs envers les prévenus se font plus intenses et les adhérents de l'association spinalienne opèrent progressivement, à partir de leur cas personnel, une montée en généralité de la cause qu'ils défendent collectivement. D'une injustice née d'une relation individuelle avec le corps médical, il s'agit désormais de protester contre une catastrophe mondiale de radiothérapie.

Considérant le procès sous un angle favorable – il constitue un moment de vérité sur la nature de l'injustice subie – les adhérents de l'AVSHE sont néanmoins sensibilisés, par l'avocat, aux règles de comportement et de présentation de soi inhérentes à cette forme de règlement des litiges qu'est le droit pénal. Le travail de l'avocat-conseil de l'association consiste effectivement à déployer des stratégies d'anticipation du déroulement du procès pour les adhérents de l'association. Ces stratégies s'exercent en trois temps et reposent systématiquement sur la collaboration des leaders associatifs.

Pendant la phase d'investigation judiciaire, il s'agit d'abord de sensibiliser les victimes mobilisées collectivement aux règles de l'indicible propres à l'arène judiciaire. Les mises en examen de personnalités ne sont profitables pour la cause que si elles s'accompagnent, en retour, d'un contrôle strict de soi et de ses émotions qui empêche toute invective publique des prévenus. La progression continue des droits des victimes depuis les années 1980 en France n'a ainsi pas eu pour effet d'assujettir la procédure pénale à leurs désirs et volonté[99]. À l'approche du procès, la séquence des témoignages donne lieu à une anticipation et une préparation importantes. L'acquiescement et l'aptitude des surirradiés à raconter publiquement leur souffrance physique et psychique participent à une sélection des victimes appelées à témoigner à la barre.

Les émotions victimaires, loin d'être spontanées, sont par conséquent ici largement suscitées et anticipées par leur défenseur. L'ouverture du procès donne lieu, le premier jour, à

[99] Pour une analyse en ce sens, voir Eliacheff (C.), Soulez-Larivière (D.), *Le temps des victimes, op. cit.* Pour une analyse de la figure de la victime comme acteur majeur du procès, voir Saas (C.), « Victime en justice. La place de la victime dans le droit pénal français », *Vacarme,* 2 (27), 2004, p. 47-50.

une orchestration publique du groupe mobilisé et de ses attentes à l'égard du jugement judiciaire, laquelle est orientée explicitement vers les journalistes et les juges. En outre, les témoignages des victimes à l'audience prennent la forme de véritables cas cliniques incarnés et de photographies de tranches de vies individuelles et familiales. Ce qui relève habituellement de l'indicible (la maladie, les séquelles physiques et psychiques) devient dicible dans et par l'investissement stratégique de la procédure judiciaire par l'association de victimes.

Ce sont les jugements défavorables aux victimes intervenus dans les précédentes affaires sanitaires jugées au pénal qui incitent à cette abolition de la frontière entre le dicible et l'indicible au procès. Ces jugements défavorables pèsent en effet sur les avocats des parties civiles, à tel point qu'ils conseillent finalement aux victimes d'aborder le moment de témoignage à la barre avec une ambition didactique d'explicitation de la nature de l'offense subie. Se détachant du récit de leur condition de personnes souffrantes, les surirradiés contribuent ainsi progressivement, au même titre que les autres acteurs du procès (témoins, juges, procureur, avocats, prévenus) à façonner une « économie morale[100] » du phénomène des surdoses. La notion d'économie morale renvoie selon Didier Fassin à « la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social[101] ». Or, en souhaitant mettre en valeur devant les juges la déshumanisation dont ils ont été victimes, les surirradiés participent pleinement à l'économie morale des accidents de surdoses produite lors du procès au gré de l'intervention de ses différents participants. Cette économie morale prend forme dans un ensemble de responsabilités (individuelle, organisationnelle, sociale) mises en relief par les débats ainsi que dans la fixation des déterminants des agissements pénalement répréhensibles (orgueil, humilité).

Ce sont de tels échanges sur la portée générale des accidents de surdoses qui permettent au tribunal d'aboutir à une décision judiciaire dans cette affaire. L'investissement des victimes dans ces échanges rend d'autant plus difficile pour elles l'acceptation de la décision judiciaire finale et l'écart, jamais comblé, entre la résolution juridique des accidents et la perte de leur santé ou d'un être cher.

* * * *

[100] Pour une mise au point détaillée sur ce concept, sa genèse, son utilisation dans les sciences sociales, voir Fassin (D.), « Les économies morales revisitées », *Annales*, 64 (6), 2009, p. 1237-1266.
[101] *Ibid.*, p. 1257.

Conclusion de la seconde partie

« La plupart du temps […], ce qui intéresse le sociologue et *a fortiori* le politiste, analyste des causes, c'est sans doute moins ce qui se passe dans le prétoire que ce qui tend à faire sortir l'affaire de l'arène judiciaire, ce qui la généralise en la publicisant[102] ». Le constat de Brigitte Gaïti et Liora Israël débouche sur cette conclusion : les avocats, figures par lesquelles les affaires juridiques ont des chances de se transformer en causes politiques, ont été situés au cœur des travaux de sciences sociales sur les causes.

Cette seconde partie a elle aussi accordé une large place à ces juristes. Il existe en effet un lien étroit entre les causes de victimes inscrites dans le domaine sanitaire et le droit. La prépondérance de ce dernier dans ce type de mobilisation s'explique moins, comme l'enquête l'a montré, par la revendication de droits portée *a priori* par des personnes affectées dans leur santé, que par le rôle joué par les avocats dans leur avènement. Le développement et l'expansion du droit de la responsabilité médicale depuis le début des années 2000 autorisent en effet ces professionnels du droit à jouer un rôle d'intermédiaire dans la mise en forme et l'expression des griefs.

Leur contribution se déploie en deux temps. Elle consiste d'abord à faire d'une histoire d'accidents médicaux sériels une cause, puis une affaire judiciaire. Pour cela, les avocats s'appuient sur l'ébranlement de la confiance de nombreux patients des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse envers le corps médical. L'identification par l'avocat de fautes pénales, de coupables, met en forme l'offense sous la forme d'une injustice qui mérite réparation et qui en tant que telle, doit être dénoncée. Dans le cas des surirradiés hospitaliers, ce sont bien les professionnels du droit qui se font les premiers « dénonciateurs » d'une injustice, si l'on entend par dénonciateur celui qui « doit convaincre d'autres personnes, les associer à sa protestation, les mobiliser, et pour cela, non seulement leur assurer qu'il dit vrai, mais aussi que cette vérité est bonne à dire et que l'accusation, qui désigne un être (individuel ou collectif) à la vindicte publique, est à la mesure de l'injustice dénoncée[103] ». Agglomérant par cette dénonciation des cas singuliers d'accidentés, l'avocat donne aux patients prêts à le suivre les moyens de mettre en forme une protestation et de la doter d'une prétention à l'universalité. Cette dernière se matérialise dans l'avènement du groupe de surirradiés mobilisés, dénonçant le préjudice subi et demandant réparation. Les limites du groupe n'étant pas fixées à l'avance – tous les surirradiés,

[102] Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », art. cité, p. 17. Souligné par les auteurs.
[103] Voir Boltanski (L.), *L'Amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action, op. cit.*, p. 300.

quel que soit leur taux de surirradiation, sont invités à y participer – la cause se trouve suffisamment grandie, grossie, pour apparaître comme non fondée sur des intérêts particuliers. Le fait que celle-ci soit portée par deux entités (le groupe de victimes et l'avocat) accentue cette dé-singularisation des revendications envers autrui (notamment les journalistes). Les associations peuvent dès lors user d'un répertoire d'actions qui extériorise les griefs sous la forme d'un récit générique : celui d'un drame de santé publique accessible à un mode de réparation des préjudices identifiable.

L'intervention des avocats prend, à ce stade, une tournure inverse. Il s'agit, après avoir grandi la cause, d'adapter la protestation aux règles du dicible et de l'indicible propres au droit. Si en effet, grâce à l'activité des professionnels du droit, les surirradiations paraissent être de véritables drames de santé publique, elles demeurent pour ces derniers de très banales affaires juridiques qui ont connu des précédents et qui mettent en présence des victimes et des prévenus. Aussi, le travail de ces juristes consiste à faire en sorte que la procédure judiciaire ne soit pas subvertie par les victimes mobilisées collectivement pour en faire une affaire extra-judiciaire. Le droit comme outil de résolution des situations offensantes perçues suppose d'exercer sur les griefs une canalisation d'autant plus forte que la cause défendue a été généralisée avec succès et qu'elle s'inscrit dans un domaine – la santé publique – peu propice aux parties civiles accusatrices. En ce sens, en même temps que leur propre réparation, les victimes de drames sanitaires plaident aux côtés de leur avocat « la cause du droit », c'est-à-dire sa capacité à « ordonner le monde social, à en dire les injustices et à en proposer la réforme[104] ».

En définitive, étudier des mobilisations de victimes d'accidents sanitaires, c'est appréhender la façon dont des situations dramatiques sont transformées en causes (en d'autres termes, restituer une montée en généralité à partir de cas individuels épars). Mais, c'est aussi établir la manière dont de telles causes entrent dans l'arène judiciaire *pour y être circonscrites* et faire l'objet d'un jugement judiciaire. La reconstitution du processus de scandalisation des accidentés et celle de l'avènement d'une cause politique ne signent pas la fin des investigations ici. Elles exigent d'être prolongées jusque dans l'explicitation de la réduction du scandale à sa plus simple expression juridique.

[104] Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », art. cité, p. 30.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les travaux de sciences sociales sur les crises, scandales ou affaires sanitaires sont désormais abondants. Ils rendent compte de la manière dont des contaminations sanguines, des maladies transmises à l'homme, des expositions à des toxiques environnementaux, des épisodes de canicule, sont devenus des crises sanitaires et politiques. Ces événements sont ainsi restitués, soit comme le produit d'un travail de mobilisation socio-politique – des groupes de personnes s'estimant victimes se mobilisent, des journalistes, des scientifiques, des professionnels du droit se saisissent du phénomène visé –, soit comme la conséquence de dysfonctionnements de l'État dans la gestion des risques sanitaires dont il a la charge.

Peu d'analyses ont à l'inverse été produites sur des faits affectant la santé de très nombreuses personnes à la fois et qui ne sont pas devenus des crises sanitaires à fort impact politique[1]. Dans de tels cas de figure, des accidents, des maladies, occupent la « Une » des organes de presse pendant quelques jours, font l'objet d'interventions politiques, voire d'une action publique (tel le chikungunya à la Réunion en 2005), mais n'occasionnent à aucun moment une crise sanitaire ou politique.

La thèse a précisément pris pour objet cette dynamique de non constitution d'un accident en crise. Le point de départ de ce travail résidait dans le constat que, en dépit de la succession depuis vingt-cinq ans de multiples crises, affaires ou scandales sanitaires, des accidents médicaux sériels longtemps restés confinés en milieu hospitalier, ne se sont pas transformés en crise sanitaire et politique. Pourtant, les surirradiations dont il est question ont été révélées de manière rapprochée en 2006-2007 (dans un cas par la presse), et ont gravement porté atteinte à la santé de nombreuses personnes. Celles-ci se sont mobilisées collectivement, interpellant les plus hautes autorités sanitaires, et des procès se sont tenus. L'enquête proposait par conséquent de saisir les différences propres à ce cas limite, pour mieux faire ressortir les effets de contexte susceptibles d'expliquer ses propriétés et les mécanismes d'une crise « en train de ne pas se faire ».

La thèse a montré de manière paradoxale que ce sont les précédents scandales qui ont empêché que ce dossier ne devienne une crise sanitaire susceptible de faire l'objet de mises en cause politique. Parce que ces surdoses surgissent après une série d'affaires sanitaires, elles font

[1] Voir néanmoins dans le domaine de la santé environnementale, Jouzel (J.-N.), *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, EHESS, 2012.

l'objet d'anticipations fortes de la part d'acteurs très différents : des acteurs politiques, administratifs, des avocats, des victimes. Ces anticipations influent considérablement sur le cours du problème. Dès lors, ce sont moins des principes de gouvernement des risques sanitaires bien établis qui sont au cœur de la thèse que des processus de sélection, de hiérarchisation, de définition des phénomènes de santé, d'opportunité de confinement ou de déconfinement de ces derniers.

Les surirradiations hospitalières, à condition de les considérer sociologiquement du point de vue des perceptions et des activités différenciées dont elles ont fait l'objet (et non comme des événements dramatiques en soi), permettent finalement de saisir des processus originaux du point de vue de l'action publique et de la réalisation d'individus en victimes.

1. Des signaux d'alerte appropriés et définis par les autorités

De la découverte des premiers cas de surdoses à Épinal par des médecins spécialistes et une direction d'hôpital en 2005, jusqu'à l'annonce d'un plan d'action national pour la radiothérapie en 2008, l'histoire politico-administrative des surirradiations hospitalières est celle d'anticipations sur la portée critique de ces accidents, effectuées directement par les acteurs du ministère de la Santé et d'agences sanitaires. Notre travail montre que ces anticipations sur des phénomènes de santé interprétés comme des « signaux d'alerte » les convertissent en un problème, que les autorités s'efforcent de s'approprier. Dès lors, le cas des surirradiations oscille entre épisodes de confinement et de forte publicisation, qui ont pour enjeux la maîtrise de la définition du problème et, partant, sa non-transformation en crise sanitaire et politique.

1.1. Précédents et anticipations

Ce travail participe à une sociologie des problèmes publics et de l'action publique attentive à un type de problème qui mobilise lors de son émergence non de larges groupes sociaux, mais seulement quelques acteurs étatiques. L'attention portée par ces acteurs à une série de surirradiations ne peut s'analyser exclusivement du point de vue des graves problèmes de santé subis par les patients. Les entretiens réalisés avec les conseillers ministériels et directeur d'agence sanitaire le montrent : plusieurs affaires, crises ou scandales sanitaires sont

convoqués comme références négatives lorsque les premiers cas de surdoses apparaissent. Les anticipations auxquelles se livrent le personnel du ministère de la Santé en raison de la succession de ces affaires depuis les années 1990-2000 sont au cœur de la dynamique du dossier et des activités qui s'y déroulent.

Elles enclenchent d'abord des interactions entre divers services, administratifs ou ministériels ainsi que des enquêtes. Leurs résultats influencent à leur tour la carrière politico-administrative des faits ciblés. À l'été 2006, lorsque l'information sur les accidents d'Épinal est réacheminée, par l'intermédiaire de la direction de l'hôpital, à une autorité de santé régionale et à la Direction de la santé, diverses investigations sont menées. C'est à partir de la collecte importante de renseignements de la part de ces institutions qu'un conseiller technique du ministre est alerté. Ce dernier, après avoir lui-même travaillé sur le dossier, prévient le ministre. Les précédentes crises sanitaires sont, à chaque échelon, des référents négatifs et le moteur des investigations et de la remontée des informations à d'autres services.

Cette propriété traduit l'intériorisation, par ces personnels, de la perméabilité des sujets de santé aux investissements critiques de protagonistes mettant en cause leur action, ou au contraire, leur manque d'implication. Elle signe aussi leur acceptation que la multiplication des affaires et leur développement judiciaire rendent difficile et même intenable le déni politique de toute responsabilité. Les scandales sanitaires des années 1990 et 2000 sont en effet le produit d'un travail socio-politique de mobilisations qui s'est accompagné d'une mise en cause de la responsabilité des acteurs politiques et de l'État. Les journalistes ont participé à promouvoir ou amplifier ces lectures et mises en cause émanant des victimes ou de scientifiques alliés. Ils ont interprété le traitement politique routinier de tel dossier comme un scandale, ou ont pointé eux-mêmes les chaînes de responsabilités à l'œuvre. Les victimes ont saisi les tribunaux et des procédures judiciaires – médiatisées – ont menacé directement la carrière de plusieurs personnalités politiques, dont certaines ont été jugées au pénal ou devant la Cour de justice de la République.

Les crises précédentes – et en particulier l'affaire du sang contaminé, qui a donné lieu aux procédures judiciaires les plus spectaculaires – inclinent ainsi les personnels politiques et administratifs à une vigilance extrême vis-à-vis des questions de santé. Cette propriété a été mise en évidence dans un dossier de santé publique comme l'amiante, bénéficiant historiquement d'une prise en charge interministérielle[2]. Un des apports de la thèse est de

[2] Avant que le scandale de l'amiante n'éclate en 1994, le ministère du Travail avait en charge le risque professionnel et le ministère de la Santé, via la DGS, avait en charge le risque pour la population en générale. Voir

montrer que cette vigilance s'étend à tout phénomène sanitaire sériel (accidents médicaux, décès en milieu hospitalier etc.), traité comme une alerte *a priori*.

En pareilles situations, pour ces acteurs, il ne saurait y avoir d'alternative. En raison des risques de déstabilisation politique encourus s'ils n'agissent pas, toute activité d'investigation et d'enquête est impérative pour saisir la nature de la menace sanitaire. Cette orientation vers l'action montre que l'enjeu est avant tout politique, et que cette action ne saurait par conséquent être comprise comme une extension évidente et somme toute « normale » de la fonction de gouvernant. Les anticipations initiales des acteurs politiques sur le devenir d'un dossier sanitaire accélèrent ainsi les processus décisionnels sur des phénomènes qui ne sont pas susceptibles d'être arbitrables immédiatement. Les accidents de surirradiations renvoient en effet aux thérapeutiques du cancer et à l'utilisation médicale des rayonnements ionisants, non directement gérées par l'État mais par un ensemble d'institutions professionnelles et de contrôle (l'ASN est indépendante des pouvoirs publics depuis 2006). Pourtant, le personnel politique s'immisce dans le domaine d'activité incriminé et lance une véritable alerte, sous l'angle de la sécurité. Le cas des surirradiations montre ainsi que la position de lanceur d'alerte peut être occupée – outre par des personnes physiques ou morales extérieures aux États – par ces derniers eux-mêmes.

En cela, notre thèse complète les travaux menés sur les crises sanitaires qui étudient de quelle façon les crises de santé publique sont « une question politique[3] ». Elles le sont tout d'abord en raison de la tendance des autorités à opérer vis-à-vis de ces crises ce que Laurence Raphaël et Claude Gilbert nomment « une gestion politique[4] ». Celle-ci consiste essentiellement à intervenir dans l'urgence et, en assumant une posture régalienne, à organiser la transparence sur le problème par une forte communication, une concertation entre les parties prenantes du problème, des décisions de sanctions. Mais elles sont aussi une question politique par la transformation de l'anticipation en compétence au sein des différentes autorités sanitaires. Cela se vérifie de plusieurs façons dans le cas des surirradiations hospitalières.

Les entretiens ont montré que toute expérience professionnelle en matière de « gestion » de crise sert de référence pour appréhender un signal faible en santé et comprendre l'action à engager (enquêtes, convocation d'acteurs etc.). Les agences sanitaires, les sous-directions du

---

Henry (E.), « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié ''résoudre'' la crise de l'amiante », *Revue française de science politique*, 2 (54), 2004, p. 292.

[3] Nous faisons référence aux communications présentées dans le cadre de la section thématique 23 « Les crises de santé publique : une question politique ? » du XI[e] Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg, 31 août-2septembre 2011.

[4] Gilbert (C.), Raphaël (L.), « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? », art. cité.

ministère de la Santé, sont ainsi préparées à percevoir dans la multitude de faits ceux qui constituent des alertes. Le bon déroulement d'un mandat ou d'une carrière professionnelle dépend de leur détection. En présence d'un signal faible, des conseillers, des personnels prennent des initiatives qui sortent des lignes hiérarchiques habituelles, organisent des entrevues etc..

Ces initiatives, lorsqu'elles aboutissent à l'identification d'une alerte, conduisent à la transmission d'informations au cabinet du ministre de la Santé. Elles trouvent un relais certain et assuré. Au sein des cabinets des ministres de la Santé, des nouveaux postes ont en effet été créés au cours des années 2000 pour conseiller et assister les ministres en exercice dans l'organisation d'une réponse face à des alertes identifiées. Le cabinet ministériel se transforme en de tels cas en véritable « poste de commandement » de crise. Les réunions formelles et informelles se multiplient, des organismes de contrôle sont mandatés pour enquêter, des opérations de communication sont organisées.

Les surirradiations des hôpitaux d'Épinal et de Toulouse postérieures aux grandes affaires de santé publique des années 1990, de la canicule de 2003, ou du chikungunya de 2005 (pris en charge par le même cabinet ministériel que les surdoses), avaient ainsi de très fortes probabilités de ne pas passer inaperçues et de bénéficier d'une attention du personnel politique, même en l'absence de publicité et d'écho médiatique.

1.2. Agir sur la définition du problème avant les médias

Une fois la séquence de l'action publique correspondant à l'émergence du problème des surdoses et son inscription à l'agenda politique appréhendée et restituée, il apparaissait que le cas des surirradiations hospitalières avait une spécificité double. Celle-ci tenait d'abord dans l'identité de ceux qui avaient interprété le phénomène comme une alerte et la portaient : le personnel politique et administratif lui-même (et non des collectifs d'usagers hospitaliers, de victimes). Elle apparaissait également dans les déterminants de cette mobilisation : la crainte d'une transformation du phénomène en crise.

Par conséquent, il nous a semblé important d'insister sur la publicisation du problème à laquelle s'est livrée le personnel politique. Cette publicisation permettait en effet au cabinet ministériel d'occuper la position de « propriétaire » du problème et de contrôler sa définition pour la cantonner au monde médical. Cela lui donnait également la possibilité de contrôler qui était autorisé à le traiter. Dans la suite des travaux de sciences sociales sur l'action publique, la

thèse montre ainsi que cette action publique correspond bien plus aux impératifs propres à une catégorie d'acteurs (ici, les acteurs politiques) qu'elle ne résulte d'une identification d'un danger incitant intrinsèquement à le prendre en charge. Si urgence il y a sur le problème des surdoses, elle se rapporte surtout aux modalités par lesquelles ces acteurs pourraient peser sur les luttes définitionnelles[5] envisagées comme probables compte-tenu des précédents et menées par les journalistes, les victimes, des avocats. Publiciser les accidents d'Épinal est un moyen pour le personnel politique d'affecter le cours de ses relations avec tous ces acteurs. Déconfiner brutalement l'information après s'être assuré le monopole de l'accès au terrain permet indéniablement de faciliter un alignement des approches du problème sur sa propre définition.

La décision de rendre publiques ces surirradiations est prise dans l'urgence. Mais la communication, elle, est loin d'être improvisée. Elle intervient après une longue période d'enquête durant laquelle le ministère s'est donné les moyens de disposer d'un ensemble d'informations sur les faits. Elle prend également la forme d'une conférence de presse qui se tient au siège de l'ARH de Lorraine et est supervisée depuis le ministère de la Santé, à Paris. Son contenu renseigne sur l'existence de plusieurs cas de surdoses de patients traités par radiothérapie à Épinal liés à des défauts intervenus sur un logiciel de traitement. La communication fait également état de la notification aux patients d'un droit à réparation et d'investigations en cours. Le problème est en somme strictement médical et technique.

Cette définition est conçue et faite sur mesure pour les journalistes auxquels le personnel politique est confronté lorsqu'il s'agit de définir ce qui fait événement. La professionnalisation de la communication publique est attestée par de nombreux travaux[6] et les cabinets ministériels disposent de conseillers spécialisés dans la communication capables d'anticiper les attentes des journalistes. Ici, en plus de s'assurer un accès large aux médias en organisant une conférence de presse, le ministre et ses conseillers orientent le traitement médiatique vers la dimension médicale, et par conséquent dramatique, des accidents. Les acteurs politiques façonnent en d'autres termes une catastrophe médicale sans scandale. Il n'est pas question de la réunion des autorités locales de santé tenue un an plus tôt et qui n'avait pas donné lieu à une information totale des victimes et à leur prise en charge. Il n'est pas question non plus de la poursuite des surirradiations dans l'hôpital pendant près d'un an, de 2005 à 2006. En revanche, est évoqué un

[5] Carricaburu (D.), « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de périnatalité et des infections nosocomiales », *in* Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique, op. cit.*

[6] Voir Nollet (J.), « L'économie hybride de la ''communication de crise'' : une cristallisation des principes contradictoires de la communication ministérielle », *in* Aldrin (P.), Hubé (N.), Ollivier-Yaniv (C.), Utard (J.-M.), dir., *Les mondes de la communication publique. Légitimation et fabrique symbolique du politique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 59-75.

problème traité, avec des solutions déjà prêtes et mises en œuvre, tournées vers l'indemnisation des victimes, et des enquêtes administratives en cours.

Les situations de non-émergence d'un problème ne ressortent ainsi pas forcément d'une occultation de l'importance des faits[7]. Elles peuvent résulter au contraire de la publicisation d'un problème. Cette communication spectaculaire place les surdoses à l'agenda médiatique, mais sous la forme d'un accident médical clairement identifiable et identifié. Cette représentation s'impose d'autant plus dans les médias qu'elle ne rencontre pas de contradiction ni de lanceurs d'alerte externes aux autorités. Aucun journaliste n'a eu accès au terrain, et aucune mobilisation de victimes n'est encore véritablement recensée. Les médecins incriminés ne contestent pas publiquement cette version, réduits au silence par la mise en valeur des conséquences des surdoses sur les patients.

1.3. Solidifier la définition du problème : le retour à des espaces plus confinés

La publicisation ne met néanmoins que très provisoirement un terme à la crainte des acteurs politiques d'une transformation de ce dossier en crise sanitaire et politique. Les journalistes, prenant acte de l'engagement ministériel de rendre publics rapidement les rapports d'enquêtes administratives et médicaux, se mobilisent sur le sujet de la radiothérapie. Ils consacrent de premiers articles à cette thérapeutique, à la distinction entre irradiation et surirradiation, aux problèmes de santé et au quotidien perturbé des victimes, en attendant d'en savoir plus.

Ainsi, pour le personnel politique, la publicité d'un problème n'est pas qu'une ressource. Comme dans d'autres dossiers[8], cette publicité le contraint fortement (alors même qu'il en est pourtant, ici, l'instigateur). Elle l'oblige à maintenir un haut degré d'investissement sur la question des traitements par radiothérapie. Dans le dossier des surdoses, cela se traduit par une implication forte dans la rédaction du premier rapport officiel sur les accidents d'Épinal en mars 2007. Le contenu du rapport met l'accent sur les erreurs commises au sein du service de

[7] Les travaux de Jeanne Chabbal l'ont également montré. Chabbal (J.), « Le risque invisible. La non-émergence d'un problème public », art. cité. À partir du cas du fonctionnement d'une usine de produits chimiques, l'auteure montre que des situations pourtant investies par de multiples acteurs peuvent ne pas accéder au rang de problèmes publics en raison de l'échec des mobilisations qui les mettent en évidence, ou de l'existence d'une contre-mobilisation visant à les enfouir, voire de la fermeture des espaces de discussions sur ces situations et de la limitation des acteurs amenés à y intervenir.

[8] Henry (E.), « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié ''résoudre'' la crise de l'amiante », art. cité.

radiothérapie et il s'accompagne de l'annonce par le ministre de la Santé lui-même de l'engagement d'une réflexion globale sur la sécurité et la qualité de la radiothérapie.

Les journalistes, une nouvelle fois pris de court par l'activité politique font état dans leurs compte-rendu des mesures envisagées par le personnel politique, tant sur le plan local que dans l'ensemble des services de radiothérapie français. La prise en charge ministérielle de ce qui se donne à voir désormais comme un problème affectant les thérapies par rayons explique en partie que la révélation, deux mois plus tard, de 145 cas de surdoses dans un hôpital Toulousain par *Le Parisien* ne réoriente pas le traitement médiatique du dossier en scandale. Cette révélation provient en outre d'un quotidien situé à la périphérie des organes de presse leaders dans l'information en santé (*Le Monde, TF1*). Confrontés à un dossier dans lequel le personnel politique était omniprésent et actif, les journalistes spécialisés en santé travaillant pour le compte de la première chaîne et du « journal de référence » français n'envisagent pas ces nouvelles surirradiations comme un scandale, mais comme des drames humains avant tout, qui posent des questions de réparation, à l'instar du cas d'Épinal. À leur suite, ce sont tous les organes de presse qui s'alignent sur ce traitement. C'est un des apports de la thèse de montrer que, lorsqu'un problème sanitaire ne devient pas un scandale comme c'est le cas des surdoses hospitalières, le traitement médiatique de ces sujets reprend néanmoins le versant de la réparation des victimes. Le traitement médiatique des précédents scandales sanitaires n'a en effet pas consisté seulement en une mise en valeur des responsabilités engagées dans les drames. Le récit des situations individuelles des victimes et de leur engagement dans des procédures indemnitaires ou judiciaires est une constante des reportages. Les affaires sanitaires sont aussi (et dans certains cas avant tout), pour les journalistes spécialisés en santé, des affaires judiciaires.

Ce traitement médiatique centré sur les victimes s'accentue à mesure de l'intégration du problème des surirradiations hospitalières au sein d'espaces de débat plus confinés (groupes de travail sur la radiothérapie, entretiens avec les acteurs professionnels des traitements par rayons). C'est une spécificité majeure du dossier des surdoses de rayons. Contrairement à des dossiers de santé publique où la publicité a été accompagnée d'une décision tranchée[9], ici le pouvoir politique ne tranche pas. Il n'ordonne pas, par exemple, l'arrêt de tous les traitements par radiothérapie en France alors même que, parallèlement, il communique sur des problèmes de sécurité et de qualité de ces traitements. Cette décision était intenable médicalement : des malades du cancer auraient été laissés sans traitement. Elle l'était également politiquement : le

[9] Par exemple, dans le dossier de l'amiante, celle-ci consiste en la recherche de sa présence dans tous les bâtiments publics, puis en l'arrêt de son utilisation.

premier « Plan cancer », initié en 2003, devait au même moment, être renouvelé érigeant la lutte contre cette maladie en une priorité affichée de santé publique. Aussi, la décision tranchée est remplacée, comme dans certains dossiers environnementaux[10], par une prise d'indécision. Elle consiste en l'installation d'un groupe de travail pérenne sur la sécurité et la qualité des traitements en radiothérapie, réunissant l'ensemble des acteurs du secteur des traitements par rayons, et allant des organismes de contrôle aux sociétés savantes de radiothérapie et de physique. Les réunions de travail se tiennent sous l'égide du ministère de la Santé.

Les luttes définitionnelles sur le problème s'expriment ainsi dans un espace clos et avec des acteurs limités, entre professionnels des traitements par rayons et conseillers ministériels. Ce confinement permet finalement au personnel politique de présenter publiquement des « mesures » en débat de longue date dans le secteur de l'utilisation médicale des rayonnements comme des solutions au problème posé par les surdoses. L'action publique relative aux alertes sanitaires est ainsi moins linéaire qu'elle n'y paraît. Elle n'est pas le produit d'innovations cohérentes en réponse à l'identification d'un « nouveau » problème mais une plus modeste convocation de dispositions en gestation dans le secteur incriminé. Cette « modestie » de l'action publique post-surdose révèle en retour ses propriétés fondamentales. Ces dernières sont autant une réponse aux accidents qu'un moyen de solidifier les contours strictement médicaux et techniques des événements accidentels.

L'enrôlement des acteurs de la radiothérapie dans ce processus d'action publique, s'il s'explique par l'opportunité de promouvoir un certain nombre de mesures attendues, a pour conséquence principale une technicisation médicale du dossier des surirradiations qui consacre les acteurs politiques dans leur rôle social de décideurs, capables d'avoir une influence sur le cours de la vie sociale et de résoudre les problèmes[11]. C'est en effet une dernière spécificité de l'action publique sur ce dossier de santé. S'il a bien été montré que la technicisation d'un problème public s'inscrit dans une logique d'anticipation des blâmes liés à la décision politique, voire dans une logique de délégation du pouvoir de décision à des acteurs non étatiques au sein de forums hybrides[12], il a peu été souligné que la technicisation d'un dossier *sanitaire* était aussi une ressource de légitimation du personnel politique. Elle ne renvoie en aucune façon, dans l'affaire des surirradiations, à une dépolitisation (au sens de l'extraction de l'action publique des lieux et cercles d'acteurs où s'exerce la compétition politique). Il s'agit plutôt d'une simple

[10] Barthe (Y.), *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires, op. cit.*
[11] Sur le rôle social du personnel politique, voir par exemple Lagroye (J.), « Être du métier », *Politix*, 7 (28), 1994, p. 5-15. Et l'ensemble du dossier.
[12] Callon (M.), Lascoumes (P.), Barthe (Y.), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique, op. cit.*

a-politisation, c'est-à-dire l'élimination (définitive) du potentiel de déstabilisation politique des surirradiations.

Dans leur contribution sur la « gestion politique » des crises sanitaires évoquée plus haut, Laurence Raphaël et Claude Gilbert[13] se demandaient si une telle intervention des acteurs politiques n'escamotait pas les procédures de concertation collective déjà à l'œuvre sur un problème. Ils se demandaient également si cette gestion s'accompagnait réellement de réformes des secteurs dans lesquels s'enracine le problème, ou bien demeurait sans lendemain et n'était, au fond, qu'une opération de communication. S'agissant de cette dernière interrogation, la thèse donne quelques éléments de réponse puisque nous avons vu que plusieurs dispositions relatives à la sécurité et la qualité des traitements ont vu le jour dans les centres de radiothérapie français après les épisodes de surdoses. Les professionnels du secteur de la radiothérapie s'accordent à dire qu'il y a « un avant et un après Épinal » par rapport aux procédures de contrôle des traitements.

2. L'action des victimes instruite des précédents drames de santé

L'étude de cas réalisée sur les surdoses a également permis de penser les mobilisations de victimes, non pas à partir des catégories spontanément usitées à leur égard et toujours en partie normatives – la souffrance, la douleur, l'émotion – mais à partir de situations individuelles et collectives précises. Si cette direction a été empruntée dans d'autres travaux et sur des terrains variés[14], la mobilisation des surirradiés était doublement intrigante. Elle se déroulait sur un terrain hospitalier et prenait pour cette raison place dans la suite des grands scandales survenus dans le domaine de la santé. Elle permettait par conséquent d'étudier l'influence de ces derniers sur les mécanismes d'identification de soi en victimes et de constitution du collectif victimaire correspondant.

Quel que soit le terrain victimaire étudié, on ne saurait considérer ces mécanismes comme allant de soi et le cas des surirradiés n'y déroge pas. Ici, le rôle d'avocats a été central. Les avocats sont en effet à la fois à l'initiative de la caractérisation des préjudices subis par les patients et de la création des associations de surirradiés tant à Épinal qu'à Toulouse. Si plusieurs travaux sur les mobilisations de victimes ont déjà mis en évidence l'implication de ces professionnels du droit dans la construction des causes victimaires, il a peu été mis en évidence

[13] Gilbert (C.), Raphaël (L.), « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? », art. cité.
[14] Par exemple, Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes, op. cit.*

que leur rôle consiste aussi à contenir et encadrer les griefs des victimes jusqu'au procès. Les précédents drames sanitaires agissent manifestement sur la nature de l'aide apportée par l'avocat ainsi que sur la façon dont les griefs des victimes mobilisées sont exprimés.

2.1. Un travail de réalisation de soi en victime difficile

Notre analyse du ralliement à l'action collective des surriradiés interroge le modèle canonique de la revendication de soi en victimes comme produit d'une condition de souffrance dont l'individu tirerait une volonté de reconnaissance. De même qu'elle interroge par la bande celui, par ailleurs bien défriché par Stéphane Latté[15], de la causalité événementielle des mobilisations de victimes (la capacité de l'événement accidentel et des émotions qu'il suscite à rallier à l'action ceux qui en sont « victimes »).

Si ce terrain est propice à ce genre de questionnement, c'est parce que les difficultés usuelles des individus à reconnaître une injustice redoublaient d'intensité pour les patients traités par radiothérapie. Destinés à les soigner, ces traitements ne pouvaient être envisagés d'emblée comme la cause des problèmes de santé rencontrés. La confiance placée dans la médecine et ses représentants était d'autant plus forte que ce traitement représentait, pour beaucoup, une chance de survivre. Si certains des patients se sont plaint auprès de leurs médecins au cours du traitement, le suivi défaillant à Épinal, la difficulté à détecter les effets spécifiques des surdoses pour des médecins traitants (et plus généralement pour des non spécialistes de l'action des rayons sur le corps humain), expliquent que cette réalisation de soi en victimes a considérablement été différée. Établir les causes de leur état[16] était proprement impossible puisque ces patients ne se doutaient pas de leur statut de surdosés.

Un des enseignements de l'enquête tient dans la mise en évidence du rôle des médias – et par-là de l'activité du personnel politique – dans la découverte d'un état d'accidenté par les patients. Ce rôle des médias dans la réalisation de soi en victimes a déjà été noté[17], mais le cas des surirradiés montre que cette transformation entretient un rapport étroit avec la notion de confiance. La mise en évidence de l'accident ébranle la relation de confiance qui s'était établie entre le patient et son médecin. Le traitement médical apparaît ne pas s'être déroulé de la

[15] Latté (S.), « ''La ''force de l'événement'' est-elle un artefact'' ? Les mobilisations de victimes au prisme des théories événementielles de l'action collective », art. cité.
[16] Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité.
[17] Par exemple, Fillion (E.), Torny (D.), « De la réparation individuelle à l'élaboration d'une cause collective. L'engagement judiciaire des victimes du distilbène », art. cité.

manière dont, conventionnellement, il aurait dû avoir lieu. Sont en effet répertoriés dans les reportages un suivi du médecin plus espacé qu'ailleurs et des comportements spécifiques qui ne se retrouvent dans aucun centre. L'étendue du nombre de patients surirradiés et de proches ayant cette perception et s'estimant trahis, ne fait que grandir au gré de la parution des rapports commandés par les autorités et retranscrits dans la presse. Les activités médiatique et politique se renforcent l'une et l'autre et font finalement réaliser aux patients, dans un cas de figure inédit, leur état de surirradiés d'un drame sanitaire.

Néanmoins, de la même manière que l'injustice ne suffit pas à déclencher la mobilisation[18], la perte de confiance d'une personne accidentée ne fait pas la victime. Certes, la perte de confiance envers la médecine peut s'accompagner d'un sentiment d'injustice, mais celui-ci n'est pas partagé par tous les patients affectés. Son intensité dépend en outre d'un rapport à soi qui rend la situation plus intolérable que pour d'autres, ou d'une trajectoire sociale qui porte à considérer que les médecins n'ont pas « tous les droits », surtout celui d'être négligents avec leurs patients durant tout un traitement et de les blesser.

Aussi, contre l'idée d'une judiciarisation de la société, l'enquête a montré que le recours au droit d'individus accidentés est un projet non seulement marginal, mais aussi hésitant. Il s'inscrit, comme la naissance d'une injustice, dans une trajectoire personnelle comprenant des dimensions familiales, médicales et professionnelles, mais rarement militantes. La démarche de « pousser la porte d'un cabinet d'avocat » après avoir appris son accident par la presse renvoie en d'autres termes moins à un calcul rationnel d'une victime stratégique, qu'à la situation d'un accidenté scandalisé en quête de renseignements sur les voies de recours possibles face à son accident.

2.2. Des victimes mises en mouvement par les anticipations des avocats

Aussi, la mobilisation des surirradiés s'origine d'abord et avant tout dans des facteurs qui sont extérieurs aux accidentés. Ces derniers apparaissent mis en mouvement bien plus qu'ils ne se mobilisent eux-mêmes. La souffrance est pourtant souvent présentée comme la condition exclusive de l'entrée dans la militance victimaire. Le cas des surirradiés montre qu'il n'en est rien. À ce moment précis, l'histoire de ces accidentés rejoint en bien des points celle d'autres

[18] Pour reprendre l'un des apports majeurs de la sociologie de l'action collective et, en particulier, des travaux sur la mobilisation des ressources évoqués dans la deuxième partie de cette thèse.

individus victimes de drames sanitaires. Le passage de cas individuels épars en cause politique passe par un travail de mobilisation des victimes, au sens littéral du terme.

Néanmoins, le cas des surirradiés se distingue par le rôle important occupé par les précédentes affaires sanitaires dans la structuration même de leur cause. Si, dans les affaires d'Épinal et de Toulouse, la figure de l'avocat (ou du juriste d'une association de victimes existante) est classiquement centrale pour capitaliser l'injustice et la transformer en cause, son activité de mise en forme des causes de surdosés est ici de part en part le produit d'anticipations sur le devenir de la mobilisation, en référence au destin collectif des mobilisations de victimes de drames sanitaires précédents. Confronté à plusieurs patients affectés par des accidents semblables et une même expérience (un traitement par rayons, des problèmes de santé, la détention d'une lettre de l'hôpital attestant de l'accident), le professionnel du droit les oriente rapidement vers une forme d'organisation des plaintes et des litiges « prête à l'emploi » et ayant fait ses preuves dans les affaires précédentes. Il s'agit de l'association de victimes, au service de laquelle il met ses compétences, afin de peser sur sa destinée. Rédigeant ses statuts, mobilisant d'autres associés sur l'affaire, il se fait peu à peu *cause lawyer* (le militant[19]) des surirradiés.

Son activité crée finalement un double effet d'agrégation (recherché). Des victimes se regroupent en association et des plaintes sont parallèlement déposées devant la justice. Cela favorise à la fois la médiatisation et le maintien du dossier à l'instruction, et produit en retour un accroissement du groupe mobilisé. Ce dernier rend visible la possibilité de protestation par la mobilisation collective et fait réaliser à d'autres victimes, comme dans d'autres causes[20], l'existence d'un préjudice dont la réparation est possible. Les modalités d'actions adoptées renforcent ce mécanisme de production de collectifs de victimes mobilisées. Si, en effet, le statut de victimes est le produit d'un processus d'imputation, il n'en demeure pas moins que les adhérents des associations de surirradiés ont été invités par leurs avocats à produire et rendre visibles publiquement des liens causaux entre leur état de santé et une surdose de rayons (au moyen de la manifestation à Épinal, d'une enquête épidémiologique à Toulouse).

Ce lien a finalement été reconnu par l'indemnisation provisionnelle assurantielle (et/ou de solidarité nationale), non sur la base de l'évaluation effective des postes de préjudice des patients – prérogatives de commissions d'indemnisations ultérieures – mais sur la base d'un taux minimal de surdoses (à Épinal) et d'un défaut d'information des patients (pour Toulouse).

[19] Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », art. cité.
[20] Par exemple, Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », art. cité.

2.3. Le droit comme canalisation des causes et des griefs

Les causes de victimes ont ainsi recours aux avocats et à la matière juridique pour parvenir à la satisfaction de leurs revendications. Toutefois, si nous avons insisté sur cette propriété dans la thèse, c'est parce que le droit n'est pas qu'une ressource pour les mobilisations des victimes de surdoses mais une contrainte également, s'exerçant tant sur les contours de la cause même que sur la manière dont les griefs sont exprimés.

Les procédures d'indemnisation par lesquelles les surirradiés obtiennent le statut de victimes sérialisent en effet les membres des associations entre eux. La première provision versée aux surirradiés d'Épinal va de pair avec la fixation d'un seuil minimal de surdoses, laissant nombre de patients pourtant surirradiés en dehors du périmètre des victimes. Pour obtenir gain de cause dans ces affaires de surirradiations, les victimes ont ainsi accepté la définition préétablie dans la littérature médicale d'un taux de dose de radiation en deçà duquel, en dépit du dépassement de la dose prescrite, il n'est pas question de surirradiation mais seulement d'irradiation. Par cette acceptation, les associations de victimes participent ainsi à préserver le statu quo sur l'activité de soin et ses dangers.

L'indemnisation prend ensuite la forme, sur les deux terrains étudiés, d'une procédure classique d'expertises individuelles, produit de l'essor du droit des victimes et de la réparation des dommages corporels de catastrophes sanitaires[21]. Or, ce passage est indissociable d'une nouvelle sérialisation des causes de surirradiés. L'expertise médicale, qu'elle soit menée à partir d'un examen collectif des dossiers ou non, détermine en effet le degré des dommages de chaque surirradié et leur lien avec la surdose. Les conséquences étant différentes d'un patient à l'autre (en dépit, souvent, d'un taux de surdose très proche, voire similaire), les indemnisations le sont aussi.

Certes, l'attestation du statut de victime par l'indemnisation est une rétribution du militantisme telle que, pour nombre d'adhérents, une identification à l'identité correspondante s'affirme. C'est en s'appuyant sur cette identité que les avocats et un noyau assez large d'adhérents font de la scène judiciaire un nouveau lieu d'expression de leurs griefs. Ce faisant, ils contribuent malgré eux à faire subir à leur cause une troisième sérialisation. À Épinal en particulier, compte-tenu de l'avancée des investigations judiciaires, les expertises médicales

[21] Viriot-Barrial (D.), dir., *Les catastrophes sanitaires. Actes du XIIe colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 15-16 novembre 2012*, *op. cit.*

des victimes extraient du périmètre des parties civiles individuelles des dossiers ne faisant pas ressortir le lien entre une surirradiation et un état de santé pourtant dégradé, voire un décès.

La judiciarisation ne fait pas seulement subir aux causes de victimes de surdoses une réduction de leur périmètre. Elle alimente la scandalisation des surirradiés. Les perquisitions, mises en examen, différents renvois devant le tribunal, sont en effet indissociables d'une montée en généralité de la cause défendue parmi les adhérents des associations et, par-là, des situations personnelles des victimes. Les ressources juridiques dont dispose l'association – via l'assistance de l'avocat – sont par conséquent indispensables pour produire une socialisation juridique des victimes aux règles du dicible et de l'indicible durant la procédure judiciaire, jusqu'au tribunal. Les craintes de l'avocat relatives à la difficulté de faire reconnaître les responsabilités à l'œuvre dans les affaires sanitaires collectives l'incitent à anticiper les réactions et comportements de ceux qu'il assiste. Il s'efforce alors de canaliser les manières d'être et de faire des futures parties civiles au procès. Là encore, les précédents scandales sanitaires et les résultats inégaux obtenus sur la scène judiciaire sont à l'origine d'anticipations.

Cela montre combien les causes de victimes se nourrissent entre elles et profitent de leur insertion dans l'espace des causes victimaires pour y réimporter, en situation, des savoirs et savoir-faire. Cela indique également que l'identité de victime, à l'image de l'identité politique[22], fait l'objet d'investissements stratégiques. Si elle est endossée par les accidentés au cours de la mobilisation et par l'intermédiaire des succès rencontrés, cette identité est construite et redéfinie à chaque fois sur les différentes scènes investies par « les victimes » pour obtenir réparation. Sur la scène judiciaire, comme l'a montré l'observation des audiences, l'un des enjeux réside dans l'adoption de la « bonne » présentation de soi – celle qui personnalise le drame, au travers de photographies des proches disparus par exemple – et de la bonne interprétation qui en sera faite le jour de l'audience par les journalistes et la Cour.

3. Perspectives

3.1. Compléter la thèse

La thèse comporte quelques points aveugles et mériterait d'être complétée dans quatre directions au moins. La mise en avant de l'importance des anticipations dans l'action publique en santé justifierait amplement la conduite d'une observation ethnographique au sein des

[22] Collovald (A.), « Identité(s) stratégique(s) », art. cité.

autorités sanitaires (Direction de l'hospitalisation, cabinet ministériel, agence régionale d'hospitalisation etc.). Vincent Dubois le souligne, les politiques publiques « existent concrètement à travers ce que font les agents de terrain[23] ». Les travaux de Nicolas Belorgey ont par ailleurs montré tout l'intérêt de l'observation et des entretiens ethnographiques pour comprendre des programmes d'action publique[24]. Nous regrettons par conséquent vivement de ne pas avoir confronté les éléments recueillis en entretien sur l'activité ministérielle relative aux surdoses ou à la conception d'une politique publique de santé (ici, destinée à la radiothérapie) à des observations effectuées *in situ*, au sein d'organismes ou d'autorités sanitaires. Si observer « une crise en train de ne pas se faire » durant cette période d'immersion aurait probablement relevé d'un concours de circonstances (quoique des épisodes critiques sont survenus pendant la durée de notre thèse : évolution du dossier du Médiator, accidents d'essais thérapeutiques etc.), la comparaison de l'action publique conduite sur les surdoses avec une autre politique menée sur un autre « problème » aurait par exemple permis d'évaluer si la gestion politique des accidents de radiothérapie a été reproduite depuis.

L'observation et l'entretien ethnographiques auraient également été forts utiles pour mieux restituer la manière dont des reportages de presse sur des accidents médicaux mobilisent, parmi les journalistes et dans les rédactions, des ensembles de représentations et de pratiques professionnelles forgées à partir des précédents scandales sanitaires. En effectuant trois stages dans des rédactions, Jérôme Berthaut a montré sur un tout autre sujet – celui des reportages télévisuels sur la « banlieue[25] » – comment ces reportages mettent en scène un « sens commun journalistique » et relèvent d'une adaptation à des standards professionnels définis en conférence de rédaction. Notre analyse de l'alignement des journalistes sur les discours institutionnels relatifs aux accidents de surirradiations et l'investissement progressif des professionnels de l'information de la thématique judiciaire de l'affaire, aurait ainsi gagné en consistance si elle s'était appuyée sur la collecte ethnographique des normes et des modèles cognitifs déployés par les journalistes sur les sujets de santé.

Les sociétés savantes de radiothérapie, de radiophysique, l'Institut national du cancer, la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, les organismes de contrôle de ces

[23] Dubois (V.), « ''Ethnographier l'action publique''. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, 1 (1), 2012, p. 84.
[24] En l'espèce, dans le domaine hospitalier. Voir Belorgey (N.), *L'hôpital sous pression. Enquête sur « le nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010, p. 26 et suivantes. Voir également Belorgey (N.), « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2 (2), 2012, p. 9-40.
[25] Berthaut (J.), *La banlieue du « 20 heures ». Ethnographie d'un lieu commun journalistique*, Marseille, Agone, 2013.

centres (ASN en particulier) et leurs personnels n'ont pas fait l'objet de nos investigations et nous le déplorons *a posteriori*. Nous avons certes souligné la participation de ces organismes à l'action publique post-surdose et, par l'intermédiaire des entretiens avec les conseillers ministériels, la volonté de départ des sociétés savantes de prendre en main la gestion des cas de surirradiations. Néanmoins, nous n'avons pas assez insisté sur le fait que les médecins-radiothérapeutes forment un corps relativement restreint (environ 700 professionnels en 2008, au moment de la conception de l'action publique destinée à la radiothérapie) et jouissent d'une autorité médicale importante. Avant les accidents d'Épinal et de Toulouse, les services de radiothérapie étaient soumis à « très peu de contrôle[26] » comme le déclare une médecin-radiothérapeute au *Point* en 2008. La conduite d'entretiens avec les représentants de ce corps médical[27] aurait sans doute permis de montrer que leur engagement dans l'action publique relative à la sécurité et la qualité des traitements était aussi un engagement pour le maintien d'une certaine autonomie professionnelle.

S'agissant du versant de la thèse relatif aux mobilisations de victimes, les investigations auraient pu davantage se concentrer sur les associations nationales d'accidentés de la vie et d'accidentés médicaux. Leur présence autant que leur relative marginalité sur les terrains d'Épinal et de Toulouse n'ont pas été suffisamment interrogées. Ces organisations importantes, déjà structurées autour de savoir-faire collectifs et habituées à faire face à des responsables d'actes fautifs (directions d'hôpitaux, médecins), auraient dû jouer un rôle important dans la prise en charge des surirradiés. Or, elles n'ont rallié à elles que quelques accidentés, les accompagnant néanmoins sur le terrain spinalien jusqu'au procès. La thèse laisse dans l'ombre à la fois cette participation modeste de telles organisations à la cause des victimes de surirradiations, ainsi que les circonstances de l'adhésion de ces quelques malades (date, modalités de la rencontre, lien éventuel avec une défection d'association de surirradiés) et leur relation avec ces grandes organisations (participation aux assemblées générales, aux activités de l'association etc.).

[26] Déclaration du « docteur Françoise Collenot, du centre de radiothérapie de Blois ». Houdart (P.), Malye (F.), Vincent (J.), « Radiothérapie. L'enquête qui dérange », *Le Point*, 19 juin 2008. Document obtenu par l'intermédiaire de nos recherches sur les sites agglomérant les contenus de presse.

[27] Si nous nous sommes entretenus avec un radiothérapeute, l'objectif de l'entrevue était bien davantage centré sur l'affaire d'Épinal elle-même que sur l'action publique menée suite aux surirradiations.

3.2. Prolonger la thèse

En plus de ces trois axes de compléments de la thèse, nous identifions deux façons de la prolonger. L'une consisterait, après avoir opéré un changement radical de l'objet de la recherche, à mener des investigations auprès des personnels médicaux des services dans lesquels les patients ont été surirradiés pendant de longs mois, voire de longues années. Dans une perspective de sociologie des organisations, il s'agirait alors de comprendre comment un collectif de travail est capable de reproduire des erreurs similaires sur le long terme.

L'autre façon de prolonger notre travail (sans changer d'objet de recherche) serait de s'intéresser au devenir des associations de victimes créées à l'occasion des événements accidentels. Au moment de la rédaction, l'activité de l'association des surirradiés d'Épinal est encore réelle. Après avoir obtenu les condamnations des médecins et du radiophysicien au procès en appel, l'association s'est orientée en 2016 vers le tribunal administratif de Nancy pour demander la réparation spécifique des préjudices d'angoisse et d'anxiété des victimes. L'inscription de ces préjudices dans le droit est directement liée à l'affaire de l'amiante. En 2015, la Cour de cassation relève en effet que des travailleurs exposés aux poussières d'amiante mais n'ayant pas contracté de maladies professionnelles ont toutefois subi un préjudice moral de cette nature, en raison des risques de développer un cancer. L'avocat des surirradiés vosgiens, partie prenante du dossier de l'amiante dès le milieu des années 1990, soutient l'existence d'un tel préjudice pour les patients surdosés. Au-delà de la transposition et de la perméabilité entre les causes de victimes de drames sanitaires que celle-ci révèle, il serait intéressant d'examiner dans quelle mesure cette nouvelle procédure – civile – affecte le groupe mobilisé. De même, et pour prolonger les réflexions relatives à la nature circonstancielle ou non des regroupements de victimes et leur délitement dès lors que l'action se termine, il pourrait être profitable de suivre l'association des surirradiés vosgiens jusqu'au terme de cette procédure civile. Que deviennent ces victimes engagées ?

3.3. Non-émergence ou construction du silence ?

Par rapport aux travaux sur les liens existants entre l'État et les crises, la thèse suggère des pistes de réflexions nouvelles, que nous ne ferons qu'évoquer ici. L'histoire des surdoses de rayons en milieu hospitalier plaide d'abord pour analyser la non-émergence d'une crise sous l'angle, non d'une simple activité de gestion politique de la situation, mais comme le produit

d'une construction sociale entre acteurs dont les activités de prise en charge du problème pour les uns, de protestations pour les autres, s'entrecroisent et produisent les contours de la situation non critique. Les anticipations des acteurs sur le phénomène des surdoses, l'existence de mécanismes de confinement et de déconfinement de sa définition, mais également les difficultés de réalisation en victimes puis de mobilisations collectives, caractérisent en effet le dossier des surirradiations. Son relatif anonymat parmi les problèmes de santé publique et sa non-inscription au palmarès des grandes crises sanitaires, telles l'amiante ou le sang contaminé, sont par conséquent à envisager comme la conséquence de l'activité d'acteurs pluriels, qu'ils soient étatiques, journalistiques, juristes et membres d'associations de victimes.

Cette première remarque incite à envisager les mobilisations de victimes et juridiques sur un problème sanitaire comme parties prenantes des mécanismes de non-émergence des crises sanitaires et politiques. Certes, les précédents scandales en la matière favorisent, par réappropriation d'héritage, la structuration des causes de victimes et, partant, les chances d'accéder aux revendications (accès au statut de victime, à des indemnisations, voire à des condamnations comme dans le cas d'Épinal). Mais, du fait même de leur inscription dans cette histoire collective, leurs causes sont largement façonnées par des acteurs ayant leurs propres contraintes et qui – c'est le cas des professionnels du droit – sont portés à cantonner la mobilisation dans un périmètre étroit (celui du droit et du prétoire). Aussi, de la même manière que certaines recherches en matière de santé environnementale militent pour étendre les questionnements sur la production de l'ignorance aux mouvements sociaux[28] – il serait bénéfique à une compréhension des mécanismes de délitement des problèmes sanitaires de les envisager sous l'angle d'une sociologie du silence et de la méconnaissance[29].

Enfin, le fait désormais attesté que la transparence des autorités confrontées à un problème de santé émergent demeure initiée par les précédents scandales et la crainte des mises en cause politiques invite à poursuivre une analyse précise de la communication publique en situation de crise et de ses effets sur les journalistes. L'histoire des surdoses hospitalières met en effet en évidence que les autorités propriétaires du problème peuvent rendre transparents, lors de la phase de publicité, certains de ses aspects seulement (les erreurs mécaniques et humaines à l'origine du problème par exemple). La question qui se pose est alors la suivante : les professionnels de l'information sont-ils encore en position – et si oui, à quelles conditions

[28] Jouzel (J.-N.), *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée, op. cit.*
[29] Selon l'expression employée par Stéphane Latté dans sa recension de l'ouvrage de Jean-Noël Jouzel. Voir Latté (S.), « Sociologie de la méconnaissance », *La vie des idées*, 9 décembre 2013. Disponible sur laviedesidees.fr.

et pour quelles raisons – de contourner ou de prendre l'avantage sur cette communication politique de crise ?

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

A

Agrikoliansky (É.), « Les usages protestataires du droit », Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, 2010, p. 225-243.

Akrich (M.), Barthe (Y.), Rémy (C.), dir., *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes*, Paris, Presses des Mines, 2010.

Akrich (M.), Rabeharisoa (V.), « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé publique*, 24 (1), 2012, p. 69-74.

Alam (T.), « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses*, 1 (78), 2010, p. 48-66.

B

Bachrach (P.), Baratz (M.), « Two Faces of Power », 56 (4), *American Political Science Review*, 1962, p. 947-952.

Bachrach (P.), Baratz (M.), « Decisions and Nondecisions : An Analytical Framework », *The American Political Science Review*, 57 (3), 1963, p. 632-642.

Baisnée (O.), Smith (A.), « Pour une sociologie de l'"apolitique" : acteurs, institutions et représentations au cœur du gouvernement de l'Union européenne », Cohen (A.), Lacroix (B.), Riutort (P.) dir., *Les Formes de l'activité politique. Éléments d'analyse sociologique XVIIIe-XXe siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 2006, p. 335-354.

Barbot (J.), « L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida », *Réseaux*, 1999, 17 (95), p. 155-196.

Barbot (J.), « How to Build an ''Active'' Patient ? », *Social Science and Medicine*, 62 (3), 2006.

Barbot (J.), Cailbault (I.), « ''Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps''. Quand la chirurgie esthétique se donne à voir », *Politix*, 2 (90), 2010, p. 91-113.

Barbot (J.), Dodier (N.), « De la douleur ou droit. Ethnographie des plaidoiries lors de l'audience pénale du procès de l'hormone de croissance contaminée », Cefaï (D.), Gayet (C.), Berger (M.), *Du civil au politique*, Bruxelles, Peter Lang, 2011, p. 289-319.

Barbot (J.), Dodier (N.), « Violence et démocratie dans un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide », *Genèses*, 81, 2010, p. 84-113.

Barbot (J.), Dodier (N.), « Repenser la place des victimes au procès pénal. Le répertoire normatif des juristes en France et aux États-Unis », *Revue française de science politique*, 64 (3), 2014, p. 407-433.

Barbot (J.), Dodier (N.), « Face à l'extension des indemnisations non judiciaires. Le cas des victimes d'un drame de santé publique », *Droit et société*, 1 (89), 2015, p. 83-103.

Barbot (J.), Fillion (E.), « La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion) », *Sociologie et sociétés*, 39 (1), 2007, p. 217-247.

Barbot (J.), Winance (M.), Parizot (I.), « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale », *Sciences sociales et santé*, 33 (2), 2015, p. 76-115.

Barthe (Y.), *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires*, Paris, Économica, 2006.

Barthe (Y.), « Cause politique et politique des causes. La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », *Politix*, 3 (91), 2010, p. 77-102.

Barthe (Y.), « Le recours au politique ou la problématisation politique "par défaut" », Lagroye (J.), dir., *La politisation*, Paris, Belin, 2003, p. 475-492.

Beck (U.), *La société du risque*, Paris, Aubier, 2001 [1986].

Becker (H.), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 [1963].

Belorgey (N.), *L'hôpital sous pression. Enquête sur « le nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

Belorgey (N.), « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2 (2), 2012, p. 9-40.

Benamouzig (D.), Besançon (J.), « Gouverner un monde incertain. Les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires », *Sociologie du travail*, 47 (3), 2005, p. 301-322.

Berlivet (L.), « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », Jorland (G.), Opinel (A.), Weisz (G.), dir., *Body Counts : Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2005, p. 335-357.

Bernard (A.), Cario (R.), dir., *Les politiques publiques interministérielles d'aide aux victimes*, L'Harmattan, Paris, 2001.

Bertaux (D.), *Les récits de vie. Perspective ethnosociologique*, Paris, Nathan, 1997.

Berthaut (J.), *La banlieue du « 20 heures ». Ethnographie d'un lieu commun journalistique*, Marseille, Agone, 2013.

Blumer (H.), « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, 17 (67), 2004 [1971], p. 185-199.

Bogalska-Martin (E.), dir., *Victimes du présent, victimes du passé. Vers la sociologie des victimes*, Paris, L'Harmattan, 2004.

Boltanski (L.), *L'Amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Gallimard, 2011 [1990].

Boltanski (L.), *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, 1993.

Boltanski (L.), *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minuit, 1982.

Boltanski (L.), « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26 (1), 1971, p. 205-233.

Boltanski (L.), Thévenot (L.), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.

Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008.

Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010.

Borraz (O.), *Les politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008.

Borraz (O.), Gilbert (C.), « Quand l'État prend des risques », Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 337-357.

Boudia (S.), « Sur la dynamique de constitution des systèmes d'expertise scientifique : le cas des rayonnements ionisants », *Genèse*, 1 (70), 2008, p. 26-44.

Boudia (S.) « Les problèmes de santé publique de longue durée. Les effets des faibles doses de radioactivité », Gilbert (C.), Henry (E.), dir, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 37-53.

Bourdieu (P.), « Espace social et genèse des ''classes'' », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (52), 1984, p. 3-14.

Bourdieu (P.), *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève, Droz, 1972.

Bourdieu (P.), « La délégation et le fétichisme politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52 (1), 1984, p. 49-55.

Bourdieu (P.), « L'emprise du journalisme », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101 (1), 1994, p. 3-9.

Bourdieu (P.), *Sur la télévision. Suivi de l'emprise du journalisme*, Paris, Raisons d'agir, 1998.

Brami (J.), Amalberti (R.), *La sécurité du patient en médecine générale*, Paris, Springer, 2010.

Brard (D.), *La fabrique médiatique de la canicule d'août 2003 comme problème public*, mémoire pour le diplôme d'études approfondies de sociologie politique, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, Paris, 2004.

Buton (F.), « Le droit comme véhicule : portrait d'un justiciable », Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005, p. 127-139.

Buton (F.), « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 65, 2006, p. 71-91.

Buton (F.), Pierru (F.), « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, 4 (4), 2012, p. 67-90.

C

Callon (M.), Lascoumes (P.), Barthe (Y.), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, 2001.

Cartier (M.), Coutant (I.), Masclet (O.), Renahy (N.), Siblot (Y.), « De la sociologie de la classe ouvrière à la sociologie des classes populaires. Penser ensemble la condition des ouvriers et des employé-e-s », *Savoir/agir*, 34, 2015, p 55-61.

Carricaburu (D.), « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 55-71.

Chabbal (J.), « Le risque invisible. La non-émergence d'un problème public », *Politix*, 2 (70), 2005, p. 169-195.

Chamboredon (H.), Pavis (F.), Surdez (M.), Willemez (L.), « S'imposer aux imposants : à propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 16 (1), 1994, p. 114-132.

Champagne (P.), « L'événement comme enjeu », *Réseaux*, 18 (100), 2000, p. 403-426.

Chateauraynaud (F.), Torny (D.), *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, EHESS, 1999.

Chaumont (J.-M.), *La concurrence des victimes*, Paris, La Découverte, 2010 [2002].

Cobb (R.), Elder (C.), *Participation in Politics. The Dynamics of Agenda-Building*, Boston, Alyn and bacon, 1972.

Collovald (A.), dir., *L'humanitaire ou le management des dévouements. Enquête sur un militantisme de « solidarité internationale » en faveur du Tiers-Monde*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002.

Collovald (A.), « Identité(s) stratégique(s) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 73 (1), 1988, p. 29-40.

Collovald (A.), Gaïti (B.), « Des causes qui ''parlent''… », *Politix*, 4 (16), 1991, p. 7-22.

Collovald (A.), Sawicki (F.), « Le populaire et le politique. Quelques pistes de recherche en guise d'introduction », *Politix*, 4 (13), 1991, p. 7-20.

Commaille (J.), Dumoulin (L.), « Heurs et malheurs de la légalité dans les sociétés contemporaines. Une sociologie politique de la ''judiciarisation'' », *L'Année sociologique*, 1 (59), 2009, p. 63-107.

Cordoliani (Y.-S.), Foehrenbach (H.), *Radioprotection en milieu médical. Principes et mise en pratique*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008.

Cover (M. R.), « Violence and the Word », *Yale Law Journal*, 95 (8), 1986, p. 1601-1629.

Crémieux (A.-C.), *Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires*, Cachan, Lavoisier, 2009.

Cresson (G.), Mebtoul (M.), *Famille et santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

Cuadros Garland (D.), « Engagement et expertise des droits de l'homme. Trente ans de mobilisations au nom des victimes de la dictature chilienne », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 37-52.

D

Dab (W.), Salomon (D.), *Agir face aux risques sanitaires. Pour un pacte de confiance*, Paris, Presses universitaires de France, 2013.

Damamme (A.), Paperman (P.), « Care domestique : des histoires sans début, sans milieu et sans fin », *Multitudes*, 37-38, 2009, p. 98-105.

Delpeuch (T.), Dumoulin (L.), De Galembert (C.), dir., *Sociologie du droit et de la justice*, Paris, Armand Colin, 2014.

Dequirez (G.), « Les formes du discours victimaire et leur réception politique. Le cas des militants tamouls sri lankais en France », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 113-127.

Derbez (B.), Rollin (Z.), *Sociologie du cancer*, Paris, La Découverte, 2016.

Dobry (M.), *Sociologie des crises politiques*, Paris, Presses de sciences po, 2009 [1986].

Dobry (M.), « Ce dont sont faites les logiques de situation », Favre (P.), Fillieule (O.), Jobard (F.), dir., *L'atelier du politiste*, Paris, La Découverte, 2007, p. 119-148.

Dodier (N.), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003.

Dodier (N.), « Experts et victimes face à face », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 29-36.

Dodier (N.), Barbot (J.), « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », Périlleux (T.), Cultiaux (J.), *Destins politiques de la souffrance*, Érès, 2009, p. 99-117.

Dubois (V.), « ‘‘Ethnographier l’action publique’’. Les transformations de l’État social au prisme de l’enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, 1 (1), 2012, p. 83-101.

Dufournet (H.), « Quand techniciser c’est faire de la politique ‘‘sans le dire’’. Récit d’une ‘‘technicisation réussie’’ au ministère de la Défense », *Gouvernement et action publique*, 1 (1), 2014, p. 29-49.

E

Eliacheff (C.), Soulez-Larivière (D.), *Le temps des victimes*, Paris, Albin Michel, 2007.

Erner (G.), *La société des victimes*, Paris, La Découverte, 2006.

F

Fache (P.), Minvielle (É.), Sicotte (C.), Waelli (M.), « Le déploiement d’une politique publique d’évaluation de la qualité par les indicateurs hospitaliers : genèse et développement du cas français », *Quaderni*, 85, 2014, p. 9-27.

Fainzang (S.), « La communication d’informations dans la relation médecins-malades », *Questions de communication*, 1 (15), 2009, p. 279-295.

Fassin (D.), *Faire de la santé publique*, Rennes, EHESP, 2008, [2005].

Fassin (D.), « Les économies morales revisitées », *Annales*, 64 (6), 2009, p. 1237-1266.

Fassin (D.), Rechtman (R.), *L’empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

Felstiner (W. L.), Abel (R. L.), Sarat (A.), « L’émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, 4 (16), 1991 [1981], p. 41-54.

Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, 2010.

Fillieule (O.), Pudal (B.), « Sociologie du militantisme. Problématisations et déplacement des méthodes d’enquête », Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, 2010, p. 163-184.

Fillieule (O.), « Émergence et développement des mobilisations », Cohen (A.), Lacroix (B.), Riutort (P.), dir., *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 514-528.

Fillion (E.), Torny (D.), « De la réparation individuelle à l’élaboration d’une cause collective. L’engagement judiciaire des victimes du distilbène », *Revue française de science politique*, 65 (4), 2015, p. 583-607.

Freidson (E.), *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 [1970].

G

Gaïti (B.), « La publicisation des politiques de santé », Mathien (M.), dir., *Médias, santé, politique*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 159-179.

Gaïti (B.), « Les temporalités renversantes de la sociologie des crises politiques », Aït-Aoudia (M.), Roger (A.), dir., *La logique du désordre. Relire la sociologie de Michel Dobry*, Presses de Sciences Po, 2015, p. 125-152.

Gaïti (B.), « L'érosion discrète de l'État-providence dans la France des années 1960. Retour sur les temporalités d'un ''tournant néo-libéral'' », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (201-202), 2014, p. 58-71.

Gaïti (B.), Israël (L.), « Sur l'engagement du droit dans la construction des causes », *Politix*, 62 (16), 2003, p. 17-30.

Gamson (W.), Modigliani (A.), « Media Discourse and Public Opinion on Nuclear Power : A Constructionist Approach », *American Journal of Sociology*, 1 (95), 1989, p. 1-37.

Garapon (A.), *Bien juger. Essai sur le rituel judiciaire*, Paris, Odile Jacob, 2001.

Garraud (P.), « Politiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'Année sociologique*, 40, 1990, p. 27-41.

Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, p. 167-191.

Gaxie (D.), « Économie des partis et rétributions du militantisme », *Revue française de science politique*, 1 (27), 1977, p. 123-154.

Gaxie (D.), « Rétributions du militantisme et paradoxes de l'action collective », *Revue suisse de science politique*, 1 (11), 2005, p. 157-188.

Gilbert (C.), « Les différentes facettes des crises sanitaires », *Questions de Santé Publique*, 3 (12), 2011, p. 1-4.

Gilbert (C.), « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1 (114), 2003, p. 55-72.

Gilbert (C.), Henry (E.), « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, 53 (1), 2012, p. 35-59.

Gilbert (C.), Henry (E.), Bourdeaux (I.), « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 9-33.

Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009.

Gilbert (C.), Raphaël (L.), « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? », *Les Tribunes de la santé*, 3 (32), 2011, p. 55-60.

Girard (A.), Roussel (V.), « Une question de confiance », *Raisons politiques*, 2 (10), 2003, p. 172-173.

Godard (O.), Lochard (J.), « L'histoire de la radioprotection, un antécédent du principe de précaution », *Cahier-École Polytechnique*, 019, 2005.

Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Paris, Minuit, 1973 [1959].

Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, Paris, Minuit, 1973 [1971].

Goffman (E.), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit, 1991 [1974].

Gusfield (J.), *La Culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Économica, 2009 [1981].

H

Habermas (J.), *La technique et la science comme idéologie*, Paris, Gallimard, 1973 [1968].

Hamel (M.-P.), Warin (P.), « Non-recours (*non-take up*) », Boussaguet (L.), Jacquot (S.), Ravient (P.), dir., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po., 2014, p. 383-390.

Hamidi (C.), « De quoi un cas est-il le cas », *Politix*, 4 (100), 2012, p. 85-98.

Hamidi (C.), « Le scandale n'aura pas lieu ou l'affaire Pechiney saisie par la presse », *Revue française de sociologie*, 50 (1), 2009, p. 91-121.

Hassenteufel (P.), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011 [2e édition].

Hecht (G.), *Le rayonnement de la France. Énergie nucléaire et identité nationale après la Seconde Guerre mondiale*, Paris, La Découverte, 2004.

Henry (E.), *Amiante. Un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007.

Henry (E.), « Rapports de force et espaces de circulation de discours. Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante », Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 155-174.

Henry (E.), « ''Du silence au scandale''. Des difficultés des médias d'information à se saisir de la question de l'amiante », *Réseaux*, 6 (122), 2003, p. 237-272.

Henry (E.), « Intéresser les tribunaux à sa cause. Contournement de la difficile judiciarisation du problème de l'amiante », *Sociétés contemporaines*, 4 (52), 2003, p. 39-59.

Henry (E.), « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié ''résoudre'' la crise de l'amiante », *Revue française de science politique*, 2 (54), 2004, p. 289-314.

Henry (E.), « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix,* 2 (70), 2005, p. 29-50.

Henry (E.), « Le droit comme vecteur de publicisation des problèmes sociaux. Effets publics du recours au droit dans le cas de l'amiante », Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005, p. 187-195.

Hilgartner (S.), Bosk (C.), « The Rise and Fall of Social Problems : A Public Arena Model », *American Journal of Sociology*, 94 (1), p. 53-76.

Hirschman (A.), *Exit, voice, loyalty. Défection et prise de parole*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2011 [1970].

I

Israël (L.), « Les mises en scène d'une justice quotidienne », *Droit et société*, 42 (1), 1999, p. 393-419.

Israël (L.), « Usages militants du droit dans l'arène judiciaire : le cause lawyering », *Droit et société*, 49 (3), 2001, p. 793-824.

Israël (L.), Sacriste (G.), Vauchez (A.), Willemez (L.), dir., *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005.

J

Jakšić (M.), « Devenir victime de la traite. L'épreuve des regards institutionnels », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 (198), 2013, p. 37-48.

Jaunait (A.), « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. », *Raisons politiques*, 3 (11), 2003, p. 59-79.

Jobin (P.), « Qui est protégé par la radioprotection ? », *Ébisu*, 47, 2012, p. 121-131.

Jouzel (J.-N.), *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, EHESS, 2012.

Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « De l'intoxication à l'indignation », *Terrains & travaux*, 1 (22), 2013, p. 59-76.

Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », *Sociologie du Travail*, 4 (56), 2014, p. 435-453.

Jouzel (J.-N.), Prete (G.), « Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides. Émergence et évolution d'une coalition improbable », *Politix*, 3 (111), 2015, p. 175-196.

K

Kingdon (J.), *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little Brown and company, 2003 [1984].

Knoepfel (P.), Larrue (C.), Varone (F.), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Genève, Helbing et Lichtenhahn, 2001.

L

Lagroye (J.), « Être du métier », *Politix*, 7 (28), 1994, p. 5-15.

Laroche (H.), « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », Gilbert (C.), Henry (E.) dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 73-87.

Lascoumes (P.), Le Galès (P.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.

Lascoumes (P.), Serverin (É.), « Le droit comme activité sociale : pour une approche wébérienne des activités juridiques », *Droit et société*, 9, 1988, p. 171-193.

Latté (S.), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse pour le doctorat d'études politiques de l'EHESS, Paris, 2008.

Latté (S.), « ''La ''force de l'événement'' est-elle un artefact'' ? Les mobilisations de victimes au prisme des théories événementielles de l'action collective », *Revue française de science politique*, 62 (3), 2012, p. 409-432.

Laurens (S.), « ''Pourquoi'' et ''comment'' poser les questions qui fâchent ? Réflexions sur les dilemmes récurrents que posent les entretiens avec les imposants », *Genèses*, 4 (69), 2007, p. 112-117.

Leape, (L. L.), « Making Health Care Safe : Are We Up to it ? », *Journal of Pediatric Surgery*, 39 (3), 2004, p. 258-266.

Le Bart (C.), « Le système des attributions causales dans le discours des candidats à l'élection présidentielle de 1988 », *Revue française de science politique*, 40 (2), 1990, p. 212-229.

Leclerc (O.), « Lanceur d'alerte », Henry (E.), Gilbert (C.), Jouzel (J.-N.), Marichalar (P.), *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 194-202.

Lefranc (S.), « Le mouvement pour une justice restauratrice : ''an idea whose time has come'' », *Droit et société*, 2 (63-64), 2006, p. 393-409.

Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009.

Lefranc (S.), Mathieu (L.), « De si probables mobilisations de victimes », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 11-26.

Le Naour (G.), Musso (S.), « Malades, victimes ou coupables ? Les dilemmes des luttes contre le sida », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 165-179.

Lercier (J.-C.), *Journal d'un surirradié d'Épinal*, Haroué, Gérard Louis, 2008.

Lercier (J.-C.), *Le scandale des surirradiés d'Épinal. Journal d'une victime*, Haroué, Gérard Louis, 2013.

Lercier (J.-C.), *L'affaire des surirradiés d'Épinal. Le procès qui aura aidé la médecine à renforcer la sécurité des malades*, Haroué, Gérard Louis, 2016.

Lopez (G.), *La victimologie [2e édition]*, Paris, Dalloz, 2014.

M

McAdam (D.), *Freedom Summer. Luttes pour les droits civiques, Mississippi 1964*, Marseille, Agone, 2012 [1988].

Marchetti (D.), *Quand la santé devient médiatique*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010.

Marchetti (D.), Champagne (P.), « L'information médicale sous contrainte. À propos du scandale du sang contaminé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101 (1), 1994, p. 40-62.

Marchetti (D.), « Le journalisme d'investigation. Genèse et consécration d'une spécialité journalistique », Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, p. 167-191.

Marx (K.), « Misère de la philosophie », *Œuvres*, tome 1, Paris, Gallimard, 1968.

Mathieu (L.), *Comment lutter ? Sociologie et mouvements sociaux*, Paris, Textuel, 2004.

Mathieu (L.), *L'espace des mouvements sociaux*, Bellecombe-en-Bauges, Croquant, 2012.

Mathieu (L.), « Rapport au politique, dimensions cognitives et perspectives pragmatiques dans l'analyse des mouvements sociaux », *Revue française de science politique*, 52 (1), 2002, p. 75-100.

Mathieu (L.), « L'espace des mouvements sociaux », *Politix*, 1 (77), 2007, p. 131-151.

Matonti (F.), Poupeau (F.), « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 5 (155), 2004, p. 4-11.

Ménoret (M.), *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Éditions, 1999.

Merrien (F.-X.), Parchet (R.), Kernen (A.), *L'État social. Une perspective internationale*, Paris, Armand Colin, 2005.

Metzger (P.), « L'épidémie de chikungunya : un problème de moustique ? », Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 175-193.

Michaut (F.), *Le droit dans tous ses états à travers l'œuvre de Robert M. Cover*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Michaut (F.), « Le processus générateur de normes chez Robert Cover et son utilisation par Frank I. Michelman : de la description à la fiction », *Raisons politiques*, 3 (27), 2007, p. 59-69.

Michel (H.), « Pour une sociologie des pratiques de défense : le recours au droit par les groupes d'intérêt », *Sociétés contemporaines*, 4 (52), p. 5-16.

Mouralis (G.), « Des victimes effacées. Le cas des procès d'épuration dans l'Allemagne post-communiste », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 53-68.

N

Nascimento (A.), *Produire la santé, produire la sécurité. Développer une culture collective de sécurité en radiothérapie*, thèse pour le doctorat d'ergonomie, CNAM, Paris, 2009.

Neveu (E.), *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, Armand Colin, 2015.

Neveu (E), *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, 2015 [1996].

Nollet (J.), « L'économie hybride de la ‘‘communication de crise’’ : une cristallisation des principes contradictoires de la communication ministérielle », Aldrin (P.), Hubé (N.), Ollivier-Yaniv (C.), Utard (J.-M.), dir., *Les mondes de la communication publique. Légitimation et fabrique symbolique du politique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 59-75.

O

Offerlé (M.), *Les groupes d'intérêts*, Paris, Montchrestien, 1988.

P

Pélisse (J.), « A-t-on conscience du droit ? Autour des *Legal Consciousness Studies* », *Genèses*, 2 (59), 2005, p. 114-130.

Pinell (P.), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940*, Paris, Métailié, 1992.

Pinell (P.), Broqua (C.), de Busscher (P.-O.), Jauffret (M.), Thiaudière (C.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, Presses universitaires de France, 2002.

Pollak (M.), « La gestion de l'indicible », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63 (1), 1986, p. 30-53.

Pollak (M.), Heinich (N.), « Le témoignage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63 (1), 1986, p. 3-29.

Ponet (P.), « Devenir cause : les logiques pratiques de production du ''nombre de''. Le moment de l'expertise médicale des victimes de dommages corporels », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 69-82.

Pouchet (M.), *Le cancer dans les médias. 1980-2007*, Boulogne-Billancourt, INCa, 2007.

Pudal (B.), *Prendre parti. Pour une sociologie historique du PCF*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1989.

R

Rabeharisoa (V.), Callon (M.), « L'implication des malades dans les activités de recherche soutenues par l'Association française contre les myopathies », *Sciences sociales et Santé*, 16 (3), 1998, p. 41-65.

Roussel (V.), « Les magistrats dans les scandales politiques en France. Logiques d'action et jeux judiciaires locaux », Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, p 69-86.

Roussel (V.), « Scandales et redéfinitions de la responsabilité politique. La dynamique des affaires de santé et de sécurité publiques », *Revue française de science politique*, 58 (6), 2008, p. 953-983.

Roussel (V.), « Les ''victimes'' : label ou groupe mobilisé ? Éléments de discussion des effets sociaux de la catégorisation », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 101-112.

S

Saas (C.), « Victime en justice. La place de la victime dans le droit pénal français », *Vacarme*, 2 (27), 2004, p. 47-50.

Sarat (A.), Felstiner (W.), « Law and Strategy in the Divorce Lawyer's Office », *Law and Society Review*, 20 (1), 1986, p. 93-134.

Schiltz (M.-A.), Darré (Y.), Boltanski (L.), « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 51, 1984, p. 3-40.

Setbon (M.), *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Seuil, 1993.

Siblot (Y.), *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Presses de Sciences po, 2008.

Snow (D.), Rochford (B.), Worden (S.), Benford (R.), « Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation », *American sociological review*, 51 (4), 1986, p. 464-480.

Sommier (I.), « Les états affectifs ou la dimension affectuelle des mouvements sociaux », Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, 2010, p. 185-202.

Spector (M.), Kitsuse (J.), *Constructing social problems*, New York, De Gruyter, 1977.

Stone (D.), « Causal Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, 2 (104), 1989, p. 281-300.

Strauss (A., L.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.

Suaud (C.), « Le mythe de la base. Les États Généraux du développement agricole et la production d'une parole paysanne », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (52), 1984, p. 56-79.

T

Tabuteau (D.), *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault, 1994.

Thébaud-Mony (A.), « Risques industriels, effets différés et probabilistes : quels critères pour quelle preuve ? », Thébaud-Mony (A.), Daubas-Letourneux (V.), Figul (N.), Jobin (P.), dir., *Santé au travail. Approches critiques*, Paris, La Découverte, 2012, p. 22-39.

Tilly (C.), *La France conteste de 1600 à nos jours*, Paris, Fayard, 1986.

Traïni (C.), dir., *Émotions... Mobilisation !*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009.

Truchet (D.), « Les procédures d'indemnisation : le rôle de l'ONIAM », Viriot-Barrial (D.), dir., *Les catastrophes sanitaires. Actes du XIIe colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 15-16 novembre 2012*, Bordeaux, Les Études Hospitalières Édition, 2013, p. 183-191.

V

Valluy (J.), « Les mobilisations de défense des exilés affaiblies par les politiques d'accueil de demandeurs d'asile », Lefranc (S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 83-98.

Vauchez (A.), « Parler d'expérience(s) », Garraud (P.), Briquet (J.-L.), dir., *Juger la politique. Entreprises et entrepreneurs critiques de la politique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, p. 45-67.

Vilain (J.-P.), Lemieux (C.), « La mobilisation des victimes d'accidents collectifs. Vers la notion de ''groupe circonstanciel'' », *Politix*, 11 (44), 1998, p. 135-160.

Viriot-Barrial (D.), dir., *Les catastrophes sanitaires. Actes du XIIe colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 15-16 novembre 2012*, Bordeaux, Les Études Hospitalières Édition, 2013.

Voegtli (M.), « ''Quatre pattes oui, deux pattes, non !'' L'identité collective comme mode d'analyse des entreprises de mouvement social », Fillieule (O.), Agrikoliansky (É.), Sommier (I.), dir., *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, 2010, p. 203-223.

W

Warin (P.), « Les politiques publiques face à la non-demande sociale », Borraz (O.), Guiraudon (V.), dir., *Politiques publiques 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 287-312.

Weaver (R. K.), « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, 6 (4), 1986, p. 371-398.

Weckert (E.), Bartillot (H.), « La régulation de la qualité dans le secteur de la santé », *Quaderni*, 85, 2014, p. 39-52.

Welzer (G.), *Le juge, le journaliste et le citoyen*, Courtry, Bartillat, 1996.

Z

Zylberman (P.), « Crises sanitaires, crises politiques », *Les Tribunes de la santé*, 1 (34), 2012, p. 35-50.

ANNEXES

MÉTHODOLOGIE

Liste des entretiens

Corpus d'articles de presse

Quotidiens de presse écrite français recensés sur la base de données

Corpus des journaux télévisés et émissions de télévision

Liste des archives consultées au ministère de la Santé

Questionnaire destiné aux adhérents d'une association de victimes

Modèle de grille d'entretien

Modèle de grille d'observation

Liste des entretiens

[Par ordre chronologique (24)]

14 surirradiés ou proches de surirradiés, 2 avocats, 1 journaliste, 2 médecins, 3 personnels politiques ou administratifs, 2 permanentes d'une association nationale d'accidentés.

- Philippe S.[1] (surirradié, président de l'AVSHE), 23.09.2011, à son domicile dans la région d'Épinal.
- Odile G. (surirradiée, présidente de SOS Irradiés 31), 26.10.2011, dans une brasserie près de son domicile dans le département du Lot.
- Christian D. (surirradié, adhérent de l'AVSHE), 30.11.2011, à son domicile dans une petite commune près d'Épinal.
- André F. (surirradié, adhérent de l'AVSHE), 30.11.2011, à son domicile dans une petite commune près d'Épinal.
- Gérard Welzer (avocat de surirradiés d'Épinal), 30.11.2011, à son cabinet à Épinal.
- Jean K., (surirradié, adhérent de l'AVSHE), 01.12.2011, à son domicile dans la région d'Épinal.
- Alain B. (surirradié, adhérent de l'AVSHE), 01.12.2011, à son domicile dans la région d'Épinal.
- Henri B. (surirradié, adhérent de l'AVSHE), 02.12.2011, à son domicile dans la région d'Épinal.
- Blandine D. (surirradiée, adhérente de l'AVSHE), 02.12.2011, à son domicile dans la région d'Épinal.
- Christophe Lèguevaques (avocat de surirradiés de Toulouse), 18.01.2012, à son cabinet à Toulouse.
- William S. (surirradié, ex-adhérent de SOS Irradiés 31), 18.01.2012, à son domicile dans la région de Toulouse.
- François L. (surirradié, adhérent de SOS Irradiés 31), 19.01.2012, à son domicile dans la région de Toulouse.

[1] Pour rappel, les noms des adhérents ou ex-adhérents des associations de surirradiés ont été rendus anonymes, ayant spécifié cette propriété en amont de l'entretien. S'agissant des autres enquêtés, nous avons seulement rendu anonymes les noms des personnalités n'apparaissant pas déjà publiquement dans les dossiers de surirradiations hospitalières (presse écrite et audiovisuelle), soit les conseillers techniques ministériels et une permanente associative.

- Antoine Perrin (ex-directeur de l'ARH de Lorraine), 31.01.2012, au siège d'une association du secteur médico-social à Paris.
- André Bigard (gastro-entérologue du CHU de Nancy), 08.02.2012, par téléphone.
- Marc Payet (journaliste au *Parisien*), 30.01.2013, dans un café à Paris.
- Jean-Marc Simon (radiothérapeute à La Pitié Salpêtrière, nommé sur mission au service de radiothérapie d'Épinal en 2007), 20.02.2013, dans son bureau de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, Paris.
- Nadine Herrero (ex-permanente de la FNATH Toulouse), 18.10.2013, à son domicile dans la région de Toulouse.
- Audrey B. (juriste de la FNATH Toulouse), 04.03.2013, au local de la FNATH 31.
- Martin G. (conseiller technique dans les cabinets ministériels de Xavier Bertrand et Philippe Bas), 18.02.2014, au siège d'un établissement public à Lyon.
- Daniel N. (conseiller technique dans les cabinets ministériels de Xavier Bertrand, Philippe Bas et Roselyne Bachelot), 07.03.2014, par téléphone.
- Claire A. (adhérente de la FNATH Limoges, mère d'une surirradiée), 31.03.2014, à son domicile dans la région de Limoges.
- Andrée T. (surirradiée, adhérente de la FNATH Limoges), 01.04.2014, à son domicile dans la région de Limoges.
- Jean-Robert V. (surirradié, adhérent de l'AVSHE), 03.10.2014, à son domicile dans la région d'Épinal.
- Gérard P. (surirradié, adhérent de l'AVSHE), 03.10.2014, à son domicile dans la région d'Épinal.

Corpus d'articles de presse

Le Monde **(53 articles) :**

- « La ‘‘mauvaise utilisation’’ d'un logiciel à l'origine d'accidents de radiothérapie à Épinal », 13.10.2006, non signé (*Le Monde.fr*).
- « Accidents de radiothérapie : un mort et treize patients sur-irradiés », 14.10.2006, Cécile Prieur.
- « Accidents de radiothérapie à Épinal : les responsables de l'hôpital mis en cause », 06.03.2007, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Surirradiation : un rapport souligne une chaîne de défaillances », 08.03.2007, Monique Raux.
- « Un 24e patient victime d'un accident de radiothérapie à l'hôpital d'Épinal », 23.03.2007, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Plus de 400 patients ont été victimes de sur-irradiations à l'hôpital d'Épinal », 27.03.2007, Monique Raux.
- « L'Autorité nucléaire préoccupée par les accidents de radiothérapie », 05.04.2007, Hervé Morin.
- « Accidents de radiothérapie : 145 patients sur-irradiés à l'hôpital de Toulouse », 23.05.2007, non signé (*Le Monde.fr* avec *Le Parisien*).
- « 145 patients du CHU Rangueil de Toulouse auraient été ‘‘irradiés’’ », 24.05.2007, Paul Benkimoun.
- « Les radiothérapies du cerveau suspendues dans quatre hôpitaux après des dysfonctionnements », 12.06.2007, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « La radiothérapie suspendue dans quatre hôpitaux après un dysfonctionnement », 13.06.2007, Paul Benkimoun, Hervé Morin.
- « La bataille pour Toulouse a déjà commencé à gauche », 16.06.2007, Stéphane Thépot.
- « On ne peut pas lier mécaniquement dépenses et performances du système de santé », 21.06.2007, propos recueillis par Paul Benkimoun, Sandrine Blanchard et Michel Delberghe (*Le Monde.fr*).
- « Défauts d'appareils, erreurs humaines et manque de spécialistes », 26.06.2007, Hervé Morin.
- « Victimes des rayons », 26.06.2007, Sandrine Blanchard.

- « Incident mineur de curiethérapie dans un centre anticancer de Nice », 28.06.2007, Hervé Morin.
- « Médecine nucléaire et culture de sûreté », 04.07.2007, Paul Benkimoun et Hervé Morin.
- « Le classement des évènements de radiothérapie affectant des patients », 06.07.2007, non signé (*Le Monde.fr*).
- « Après une série de dysfonctionnements dans les hôpitaux français, une échelle expérimentale permettra de classer la sévérité des accidents de radiothérapie », 07.07.2007, Hervé Morin.
- « Douze nouvelles victimes de surirradiation à Épinal », 12.07.2007, AFP.
- « Trois cents nouveaux cas de patients irradiés à l'hôpital d'Épinal ont été identifiés », 07.09.07, non signé (*Le Monde.fr*).
- « À Épinal, 300 nouveaux cas de surirradiations identifiés », 08.09.2007, Hervé Morin.
- « La ministre de la santé promet une indemnisation rapide aux victimes de surirradiation à Épinal », 13.09.2007, non signé (*Le Monde.fr*, avec AFP).
- « Dans l'affaire des irradiés d'Épinal, 63 plaintes ont été déposées pour homicides ou blessures involontaires », 08.09.2007. Sandrine Blanchard, Hervé Morin.
- « Philippe Stäbler. Une brûlure irréparable », 12.10.2007, Sandrine Blanchard.
- « Radiothérapie. La dosimétrie in vivo obligatoire d'ici à 2010 », 05.12.2007, non signé.
- « Les radiothérapeutes des irradiés d'Épinal devant leurs pairs », 11.12.2007, Monique Raux.
- « Une avance de 10 000 euros pour les victimes », 11.12.2007, non signé.
- « Claude Évin chargé d'une mission sur l'indemnisation des surirradiés de Toulouse », 29.01.2008, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Neuf nouveaux cas d'irradiation excessive identifiés à Épinal », 30.01.2008, non signé.
- « À Toulouse, la surdose de radiation n'est pas à l'origine des dix-huit décès survenus selon un rapport », 26.02.2008, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Information judiciaire ouverte sur l'affaire des irradiés de Toulouse », 05.04.2008, AFP.
- « Bilan 2007 contrasté pour la sûreté nucléaire en France », 10.04.2008, Hervé Morin.
- « Pour les surirradiés, la piste des cellules souches », 10.04.2008, non signé.

- « 5 500 victimes de surirradiation à l'hôpital d'Épinal », 22.04.2008, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Nouveau bilan des victimes de surirradiation d'Épinal », 22.04.2008, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : l'hôpital mis en examen », 07.06.2008, AFP.
- « La radiothérapie mettra des années avant d'atteindre un niveau satisfaisant », 02.07.2008, Hervé Morin.
- « Irradiés d'Épinal : le rapport accablant de la chambre régionale des comptes », 09.09.2008, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Le service d'Épinal aurait fonctionné sans contrôle », 09.09.2008, AFP.
- « Plan cancer : ''Près de 750 millions d'euros de dépenses nouvelles », 02.11.2009, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Mediator : ''Pour chaque scandale, il faut un modèle d'indemnisation adapté », 07.04.2011, propos recueillis par Julie Campanaud et Laetitia Clavreul, *Le Monde* pour *Le Monde.fr*.
- « Irradiés de Toulouse : déjà 6 millions d'euros d'indemnisations », 07.07.2011, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Surirradiés de Rangueil : colère des victimes face à un risque de non-lieu », 08.07.2011, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « André-Claude Lacoste, l'ambition d'être un arbitre ''en dehors de la mêlée'' », 03.01.2012, Hervé Morin.
- « L'affaire des surirradiés d'Épinal renvoyée devant le tribunal correctionnel », 06.01.2012, Emeline Cazi
- « Radiothérapie : ce qui a changé depuis le drame d'Épinal », 26.09.2012, François Béguin (*Le Monde.fr*).
- « Irradiés d'Épinal : un médecin évoque douze et non plus sept décès », 02.10.2012, non signé (*Le Monde.fr*).
- « Épinal : prison ferme requise contre les médecins et le radiophysicien », 23.10.2012, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Irradiés d'Épinal : décision attendue mercredi », 30.01.2013, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Ouverture du procès en appel des surirradiés d'Épinal », 12.11.2014, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).

- « La justice rouvre les débats sur les surirradiés d'Épinal », 02.04.2015, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).
- « Irradiés d'Épinal : peines réduites pour deux médecins et un radiophysicien », 02.07.2015, non signé (*Le Monde.fr* avec AFP).

Libération **(41 articles) :**

- « Épinal : Surexposition mortelle de rayonnement à l'hôpital », 13.10.2006, non signé.
- « À Épinal : les erreurs en série du service de radiothérapie », 07.03.2007, Thomas Calinon.
- « 145 patients sur-irradiés dans le cadre de leur radiothérapie », 23.05.2007, non signé (*Libération.fr*, AFP).
- « Surdose de radiation pour 145 patients », 24.05.2007, non signé.
- « Nouveau décès au service de radiothérapie d'Épinal », 05.06.2007, AFP.
- « Les services de quatre CHU suspendus pour un manque de précision des rayons. La radiothérapie à nouveau scrutée au microscope », 13.06.2007, Éric Favereau.
- « 300 nouveaux cas de patients sur-irradiés à Épinal », 07.09.2007, non signé (AFP).
- « Épinal : erreurs à haute dose en radiothérapie », 08.09.2007, Fabrice Tassel.
- « Dérapages, Éditorial », 13.09.2007, Didier Pourquery.
- « Les malades irradiés d'Épinal bien seuls », 13.09.2007, Éric Favereau.
- « ''Sachez, monsieur, que je fais de la radiothérapie de haut niveau'' », 13.09.2007, Éric Favereau.
- « À savoir. Repères. Radiothérapie », 13.09.2007, non signé.
- « Plainte contre X déposée à Mulhouse », 13.09.2007, non signé.
- « Le ministère de la Santé a mis en place un Numéro vert », 13.09.2007, non signé.
- « Épinal : 400 surirradiés ''sur la touche'' », 30.11.2007, Éric Favereau.
- « Un plan pour une radiothérapie plus sûre », 30.11.2007, Éric Favereau.
- « 10.000 euros pour les irradiés d'Épinal », 07.12.2007, non signé (AFP).
- « ''Une erreur systématique de calcul des temps de traitements'' », 11.12.2007, non signé.
- « L'Autorité de sûreté nucléaire a donné son feu vert pour la réouverture du service », 19.02.2008, non signé.

- « Hôpital d'Épinal : Bachelot révèle le chiffre de 5 500 irradiés », 22.04.2008, AFP.
- « Hôpital. La ministre de la Santé Roselyne Bachelot a révoqué le chef de service de radiothérapie », 07.05.2008, non signé.
- « Hôpital. L'ancienne directrice de l'hôpital d'Épinal, où au moins 5 500 personnes traitées par radiothérapie ont été victimes de surirradiation, a été mise en examen », 02.06.2008, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : le service fonctionnait sans contrôle », 09.09.2008, AFP.
- « Les accidents médicaux rarement devant les juges », 16.07.2012, Éric Faverau.
- « La justice au chevet des irradiés d'Épinal », 21.09.2012, Éric Favereau.
- « Le procès des surirradiés d'Épinal s'est ouvert à Paris », 24.09.2012, AFP.
- « Repères. Les irradiés d'Épinal », 24.09.2012, non signé.
- « Surirradiés : ''C'est pour mon mari que je suis là'' », 24.09.2012, Éric Favereau.
- « Surirradiés d'Épinal : ''Les radiothérapeutes écrivaient des mensonges'' », 26.09.2012, Éric Favereau.
- « ''J'ai l'impression qu'on m'a brûlé ma retraite'' », 01.10.2012, Éric Favereau.
- « Les non-dits du service de radiothérapie d'Épinal », 03.10.2012, Éric Favereau.
- « Un rayon de justice pour les irradiés », 23.10.2012, Éric Favereau.
- « De douze à dix-huit mois de prison requis dans le procès des surirradiations d'Épinal », 23.10.2012, AFP.
- « Prison ferme pour trois médecins dans le procès des surirradiés d'Épinal », 30.01.2013, AFP.
- « Ouverture du procès en appel des surirradiés d'Épinal », 12.11.2014, AFP.
- « Début du procès en appel des 450 irradiés d'Épinal entre 2001 et 2006 », 12.11.2014, Éric Favereau.
- « À quel moment une erreur médicale devient-elle une faute pénale ? », 14.11.2014, Sonya Faure.
- « Surirradiés d'Épinal : le radiophysicien ''demande pardon'' aux victimes », 26.11.2014, AFP.
- « Surirradiés d'Épinal : dix-huit mois de prison ferme requis en appel », 11.12.2014, AFP.
- « Irradiés d'Épinal : la justice reporte sa décision à début juillet », 02.04.2015, avec AFP.
- « Surirradiés d'Épinal : peines réduites à du sursis en appel », 02.07.2015, AFP.

Le Parisien-Aujourd'hui en France **(93 articles) :**

- « Les manipulateurs radio appuyaient sur le mauvais bouton... », 13.10.2006, Dimitri Rhamelow.
- « Bavure médicale à Épinal : treize patients irradiés, un mort », 13.10.2006, Rodolphe Landais.
- « Deux patients de l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal, victimes de surirradiation entre mai 2004 et mai 2005, ont porté plainte contre X hier pour blessures involontaires. En Bref », 17.10.2006, non signé.
- « La famille d'une nouvelle victime accable l'hôpital d'Épinal », 18.10.2006, Dimitri Rahmelow.
- « Nouveaux soupçons d'irradiation à l'hôpital d'Épinal », 31.01.2007, Marc Payet.
- « Un patient irradié à l'hôpital de Tours », 03.03.2007, non signé.
- « Rapport accablant sur les irradiations à l'hôpital d'Épinal », 07.03.2007, Marc Payet.
- « Les accidents de radiothérapie se sont multipliés en France », 24.03.2007, Marc Payet.
- « Des mesures pour renforcer la sécurité en radiothérapie ont été annoncées hier par le ministère de la Santé. En Bref », 10.05.2007, non signé.
- « 145 malades irradiés à l'hôpital de Toulouse », 23.05.2007, Marc Payet.
- « À Épinal et ailleurs, d'autres cas suspects », 23.05.2007, François Vignolle.
- « Tous les centres de radiothérapie vont être inspectés », 24.05.2007, Marc Payet.
- « Scandale des irradiés », 5.06.2007, Marc Payet.
- « La chronologie », 05.06.2007, non signé.
- « ''Ils ont reconnu leurs torts'' », 05.06.2007, Marc Payet.
- « La colère des familles de victimes », 05.06.2007, Marc Payet.
- « Greffe de cellules pour trois patients surirradiés », 05.06.2007, Marc Payet.
- « Toulouse : le rapport critique de l'Autorité de sûreté nucléaire », 08.06.2007, Marc Payet.
- « Roselyne Bachelot : ''Nous sommes face à une catastrophe sanitaire'' », 08.06.2007, Marc Payet.
- « Scandale des irradiés : 620 nouveaux patients rappelés », 12 .06.2007, Marc Payet.
- « Après Épinal, les patients craignent les rayons », 28.06.2007, Alexandra Echkenazi.

- « Sept décès et plus de 1 181 personnes touchées depuis deux ans », 28.06.2007, H.B.
- « Irradiations à l'hôpital : 4 500 personnes rappelées », 07.09.2007, Marc Payet.
- « ‘‘Une affaire sanitaire d'une ampleur rarissime’’ », 07.09.2007, propos recueillis par Marc Payet.
- « Inquiétudes pour les patients du CHU de Toulouse », 07.09.2007, Marc Payet.
- « Nouvelles plaintes dans le scandale des irradiés à l'hôpital », 08.09.2007, Marc Payet.
- « Les avocats des victimes irradiées de l'hôpital d'Épinal comptent demander 20 000 euros par personne au titre du préjudice subi », 13.09.2007, Marc Payet.
- « Le cri de colère des irradiés de Toulouse », 01.10.2007, Marc Payet.
- « ‘‘Une plainte pour mise en danger d'autrui’’ », 01.10.2007, Marc Payet.
- « ‘‘Ma vie est gâchée, je veux comprendre’’ », 01.10.2007, Marc Payet.
- « Décès de deux irradiés à Toulouse », 04.10.2007, Marc Payet.
- « Accusations en chaîne », 06.10.2007, non signé.
- « Épinal : les juges entendent des victimes », 17.10.2007, Marc Payet.
- « Deux nouveaux décès ont été enregistrés ces derniers jours parmi les 145 victimes de la surdose de radiation à l'hôpital de Toulouse-Rangueil, portant le nombre de décès à quatre », 24.10.2007, non signé.
- « Décès chez les irradiés », 23.11.2007, non signé.
- « Un centre sur cinq pourrait fermer », 29.11.2007, Marc Payet.
- « Pas de mesures pour le moment pour les victimes de Toulouse », 07.12.2007, non signé.
- « Bachelot : ‘‘10 000 euros pour chaque irradié d'Épinal’’ », 07.12.2007, Marc Payet.
- « Le président de l'association des victimes de l'hôpital d'Épinal, Philippe Stabler, s'est réjoui de l'annonce par la ministre Roselyne Bachelot d'une avance d'indemnisation de 10 000 euros pour 500 malades », 08.12.2007, non signé.
- « 5 000 euros d'indemnisation pour les surirradiés de Toulouse », 28.12.2007, non signé.
- « En Bref. Irradiés », 29.12.2007, non signé.
- « Première plainte des irradiés de Toulouse », 15.01.2008, Marc Payet.
- « En Bref. Plaintes », 19.01.2008, non signé.
- « Claude Évin s'occupera des surirradiés de Toulouse », 26.01.2008, non signé.
- « Bras de fer sur le montant de l'indemnisation », 01.02.2008, Julie Rimbert.

- « Un calendrier d'indemnisation pour les irradiés de Toulouse », 13.02.2008, Lysiane Beaumel.
- « Le ‘‘rapport-vérité’’ sur les irradiés de Toulouse », 26.02.2008, non signé.
- « Pour la première fois, on comprend comment le drame des surirradiés a pu être possible », 26.02.2008, Marc Payet.
- « En bref. Irradiés de Toulouse », 03.04.2008, non signé.
- « Les irradiés vont pouvoir être indemnisés », 10.04.2008, Julie Rimbert.
- « Irradiés d'Épinal. Le chef du service de radiothérapie révoqué », 07.05.2008, non signé.
- « Irradiés d'Épinal : l'ex-directrice de l'hôpital mise en examen », 31.05.2008, Marc Payet.
- « Repères », 31.05.2008, non signé.
- « Des indemnisations record de 20 millions d'euros », 31.05.2008, Marc Payet.
- « Irradiés d'Épinal : trois nouvelles mises en examen », 02.06.2008, Marc Payet.
- « Trois autres responsables de l'hôpital mis en examen », 03.06.2008, Marc Payet.
- « Surirradiés d'Épinal : l'hôpital mis en examen », 06.06.2008, non signé.
- « En bref. Irradiés d'Épinal », 06.06.2008, non signé.
- « Un expert rend la surirradiation responsable d'un décès », 10.06.2008, non signé.
- « Radiothérapie : Creil et Compiègne en sursis », 26.06.2008, Jean-Michel Bénard.
- « Indiscret. Une perquisition a eu lieu au ministère de la Santé, à Paris, dans l'affaire des irradiés de l'hôpital d'Épinal », 01.07. 2008, Marc Payet.
- « Après les irradiés d'Épinal, les services jouent l'apaisement », 29.07.2008, non signé.
- « Épinal : le service de radiothérapie épinglé », 09.09.2008, non signé.
- « Un rapport accablant pour l'hôpital d'Épinal », 10.09.2008, non signé.
- « Limousin. Le sort des irradiés », 18.09.2008, non signé.
- « En bref. L'association SOS irradiés 31, regroupant des patients du CHU toulousain victimes d'une surdose de radiations lors de leur traitement en 2006-2007, a demandé une aide financière d'urgence à l'Etat », 11.01.2009, non signé.
- « Radiothérapie : Bachelot rassure les patients », 22.05.2009, non signé.
- « Indemnisations », 22.10.2009, non signé.
- « 10 millions d'euros pour les irradiés d'Épinal », 16.06.2010, non signé.
- « Radiothérapie : le rapport secret qui relance le débat », 23.07.2010, non signé.
- « L'un des irradiés d'Épinal s'est suicidé », 23.06.2010, non signé.

- « Vers une baisse des doses de rayonnements médicaux », 25.10.2010, non signé.
- « Ils marchent pour conserver la radiothérapie », 07.02.2011, non signé.
- « Surirradiés de Toulouse : déjà 6 millions d'indemnisations », 06.07.2011, non signé.
- « Surirradiés de Rangueil : les victimes ‘‘en colère’’ contre un risque de non-lieu », 07.07.2011, non signé.
- « 6 millions pour les irradiés », 07.07.2011, non signé.
- « Irradiés de Rangueil : vers un non-lieu », 08.07.2011, Lysiane Beaumel.
- « Irradiés d'Épinal : renvoi en correctionnelle requis », 10.12.2011, G.T.
- « Le soulagement des surirradiés de l'hôpital d'Épinal », 11.12.2011, non signé.
- « Les surirradiés d'Épinal auront leur procès », 07.01.2012, non signé.
- « ‘‘Pourquoi nous ont-ils fait tant de mal ?’’ », 24.09.2012, non signé.
- « ‘‘Ce que j'ai là, ce n'est pas une maladie, c'est une blessure’’ », 24.09.2012, non signé.
- « Afflux de plaintes contre les erreurs médicales », 27.09.2012, non signé.
- « Justice », 30.09.2012, non signé.
- « Un test rend la radiothérapie plus sûre », 07.11.2012, Claude Massonnet.
- « Irradiés d'Épinal : prison ferme pour deux médecins », 30.01.2013, non signé.
- « Midi-Pyrénées. Irradiés déboutés », 05.03.2014, non signé.
- « L'affaire des irradiés d'Épinal rejugée », 12.11.2014, Pascale Égré.
- « Surirradiés : à Épinal, les familles veulent que les médecins ‘‘regrettent leur faute’’ », 12.11.2014, non signé.
- « Les longs calvaires des surirradiés d'Épinal », 19.11.2014, AFP.
- « Surirradiés : le premier médecin se décharge sur le radiophysicien », 20.11.2014, AFP.
- « Surirradiés d'Épinal : la justice reporte sa décision », 02.04.2015, AFP.
- « Surirradiés d'Épinal : peines réduites en appel, mais victimes satisfaites », 02.07.2015, AFP.

***L'Est Républicain*[2] (155 articles) :**

- « Radiothérapie mortelle : un ancien logiciel en cause », 13.10.2006, Frédéric Clausse.

[2] Les journalistes des quotidiens de presse régionale signent souvent avec leurs initiales. Lorsqu'il a été possible de les rattacher à un journaliste identifié, nous les avons remplacées par les noms et prénoms. Dans le cas contraire, les initiales ont été laissées.

- « Radiothérapie fatale : l'ARH joue la transparence », 14.10.2006, non signé.
- « Deux nouveaux patients surirradiés refusent les indemnisations proposées », 16.10.2006, non signé.
- « Irradiation fatale d'Épinal, les premières plaintes », 17.10.2006, Krystel Bablée.
- « ''Une indemnisation au rabais'' », 18.10.2006, Krystel Bablée.
- « Pour ''rassurer les victimes'' », 19.10.2006, non signé.
- « Ne pas oublier les irradiés vosgiens », 15.12.2006, Claude Girardet.
- « Épinal : nouvelles plaintes contre les irradiations », 01.02.2007, Jean-Claude Vannson.
- « Un rapport accablant », 06.03.2007, Linda Cortey.
- « Des sanctions mais pas de fermeture », 06.03.2007, propos recueillis par Linda Cortey.
- « Surdosage mortel », 07.03.2007, Said Labidi.
- « Nouvelle enquête sur la radiothérapie », 10.03.2007, Linda Cortey.
- « Les cellules souches au secours des irradiés », 21.03.2007, Linda Cortey.
- « Diagnostic aggravé à Épinal », 24.03.2007, Jean-Paul Vannson.
- « Seize plaintes déposées au parquet », 24.03.2007, Jean-Paul Vannson.
- « Être jugés sur place », 17.04.2007, Jean-Paul Vannson.
- « L'affaire des irradiés d'Épinal sera jugée à Paris », 05.05.2007, Christophe Hérigault.
- « Renforcer la sécurité de la radiothérapie », 10.05.2007, Linda Cortey.
- « Antoine Perrin rejoint Roselyne Bachelot », 23.05.2007, Benoît Gaudibert.
- « Surdose de radiations pour 145 patients à Toulouse », 24.05.2007, non signé.
- « Irradiés d'Épinal, décès du premier plaignant, 06.06.2007 », Linda Cortey.
- « ''Dysfonctionnement'' au centre Alexis-Vautrin, 12.06.2007, non signé.
- « Doubler en cinq ans le nombre de radiophysiciens », 22.06.2007, non signé.
- « ''S'unir pour savoir'' », 23.06.2007, Linda Cortey.
- « Trouver des réponses », 24.06.2007, Linda Cortey.
- « Douze nouveaux cas de surirradiation », 10.07.2007, Linda Cortey.
- « Épinal privée de radiothérapie », 24.07.2007, Linda Cortey.
- « Épinal : 4800 patients surirradiés », 08.09.2007, Julien Delattre.
- « Les irradiés d'Épinal chez Bachelot », 13.09.2007, Jean-Paul Vannson.
- « Bachelot réconforte les surirradiés », 14.09.2007, Benoît Gaudibert.
- « Épouvantable et catastrophique », 18.09.2007, Marie-Ange Creusot.

- « ‘‘Une affaire complexe’’ », 06.10.2007, Jean-Charles Verguet.
- « Traitement expérimental refusé », 11.10.2007, Paul Aubriat.
- « Les surirradiés reçus par les juges », 16.10.2007, Paul Aubriat.
- « ‘‘On se sent ignoré’’ », 12.11.2007, Paul Aubriat.
- « On se moque de nous », 30.11.2007, G.M.
- « Première victoire des irradiés », 08.12.2007, Paul Aubriat.
- « Appel aux surirradiés », 15.12.2007, Pascal Najean.
- « Premiers irradiés indemnisés », 28.12.2007, Paul Aubriat.
- « Un défi pour les experts », 12.02.2008, Jean-Paul Vannson.
- « Reprise de la radiothérapie », 22.02.2008, Paul Aubriat.
- « Satisfaction des surirradiés », 23.02.2008, Paul Aubriat.
- « Les rapports qui accusent », 27.02.2008, non signé.
- « ‘‘Pour eux, tout était normal’’ », 19.03.2008, Paul Aubriat.
- « Une vie passée aux rayons X », 20.03.2008, Paul Aubriat.
- « Surirradiés : l’attente de soins », 10.04.2008, Paul Aubriat.
- « Roselyne Bachelot à Épinal », 16.04.2008, Baptiste Bize.
- « Le Président aux irradiés d’Épinal : ‘‘Je veux que ça aille vite’’ », 18.04.2008, Jean-Paul Vannson.
- « Baume », 18.04.2008, Jean-Paul Vannson.
- « ‘‘Les Vosges dans mon cœur’’ », 21.04.2008, propos recueillis par Marie-Ange Creusot.
- « Épinal : 5 500 victimes de surirradiation à l’hôpital », 22.04.2008, non signé.
- « Roselyne Bachelot à Épinal », 22.04.2008, Paul Aubriat.
- « Plus de 20 millions aux surirradiés », 25.04.2008, Paul Aubriat.
- « Surirradiés d’Épinal : la Ligue contre le cancer se porte partie civile », 27.04.2008, Jean-Paul Vannson.
- « ‘‘Silence coupable’’ », 05.05.2008, Jocelyne Ruer.
- « Radiothérapeute révoqué à Épinal », 07.05.2008, Baptiste Bize.
- « Surirradiés et médias », 13.05.2008, Paul Aubriat.
- « Quatre surirradiés demandent justice », 23.05.2008, Jean-Paul Vannson.
- « Épinal : 16,5 millions pour les surirradiés », 27.05.2008, Jean-Paul Vannson.
- « Fiançailles à l’hôpital », 28.05.2008, Baptiste Bize.
- « Irradiés : la directrice ‘‘assume’’ », 01.06.2008, Paul Aubriat.

- « Surirradiés d'Épinal : trois nouvelles mises en examen », 03.06.2008, Paul Aubriat.
- « Précision », 04.06.2008, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : deux nouvelles mises en examen », 06.06.2008, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : l'hôpital mis en examen », 07.06.2008, non signé.
- « ''Décès causé par les soins'' », 10.06.2008, Baptiste Bize.
- « Irradiés : victimes entendues », 12.06.2008, Paul Aubriat.
- « 5 000 euros pour les Irradiés », 14.06.2008, Paul Aubriat.
- « 5 000 euros de plus pour les surirradiés », 15.06.2008, non signé.
- « Transaction à l'amiable pour quatre surirradiés », 27.06.2008, Jean-Paul Vannson.
- « Accord entre 4 surirradiés et l'assurance », 28.06.2008, non signé.
- « L'appel aux spécialistes », 29.06.2008, G. M.
- « Surirradiés : le ministère perquisitionné », 02.07.2008, non signé.
- « Affaire des surirradiés : perquisition à l'hôpital Rangueil de Toulouse », 18.07.2008, non signé.
- « Irradiés : rapport accablant », 09.09.2008, Paul Aubriat.
- « Irradiés : réactions en chaîne », 10.09.2008, Paul Aubriat.
- « Les autorités prennent acte », 10.09.2008, Paul Aubriat.
- « Épinal : l'hôpital ausculté », 11.09.2008, Paul Aubriat.
- « Cherchez le responsable », 19.09.2008, Jean-Paul Vannson.
- « Les patients évaluent l'hôpital », 31.10.2008, Paul Aubriat.
- « Le livre du scandale », 01.11.2008, Paul Aubriat.
- « Épinal a sauvé sa réanimation », 12.12.2008, Marie-Ange Creusot.
- « État stationnaire en Lorraine », 23.12.2008, Dominique Campistron.
- « Indemnisation-éclair pour les surirradiés », 15.01.2009, Jean-Paul Vannson.
- « Indemnisations des surirradiés d'Épinal », 16.01.2009, non signé.
- « Assaut de bonnes intentions. Le rendez-vous du médiateur », 02.02.2009, Jean -Louis Antoine.
- « Les usagers et le système de soins », 06.02.2009, Guillaume Mazeaud.
- « Les juges chez les surirradiés », 12.02.2009, Christophe Gobin.
- « Des expertises contestées », 12.02.2009, Catherine Gavand.
- « Surirradiés de Toulouse : rapports accablants », 19.03.2009, non signé.
- « Surirradiés : un sixième cas », 27.03.2009, Marie-Hélène Vernier.
- « Jean-Yves Grall directeur de l'ARS », 03.10.2009, Pascal Salciarini.

- « Grall en quête de performance », 09.01.2010, Pascal Salciarini.
- « Le pharmacien des rayons », 31.07.2010, Marie-Ange Creusot.
- « Zoom sur la radiothérapie », 19.10.2010, Benoît Gaudibert.
- « Surirradiés : dossier bouclé », 13.01.2011, non signé.
- « La révolte des ‘‘laissés pour compte’’ », 13.01.2011, non signé.
- « Son cas s'est aggravé. Une victime attaque l'assurance de l'hôpital », 27.01.2011, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : l'assureur de l'hôpital attaqué », 29.01.2011, non signé.
- « Deux associations se sont portées civiles », 16.03.2011, non signé.
- « Jean-Yves Grall à Paris ? », 10.05.2011, non signé.
- « Jean-Yves Grall, directeur général de la Santé », 12.05.2011, Marie-Hélène Vernier.
- « Surirradiés d'Épinal : renvoi en correctionnelle requis », 10.12.2011, non signé.
- « Les radiothérapeutes seront jugés pour homicides involontaires », 06.01.2012, non signé.
- « Les médecins seront jugés », 07.01.2012, Christophe Gobin.
- « Sévérité », 07.01.2012, Chantal Didier.
- « Chronologie », 07.01.2012, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : procès cet automne à Paris », 17.02.2012, non signé.
- « Patients surirradiés : un procès en septembre », 22.02.2012, C.G.
- « Le procès s'ouvre demain. ‘‘On attend la vérité’’ », 23.09.2012, Éric Nicolas.
- « L'hôpital d'Épinal : cinq ans après », 23.09.2012, Sergio de Gouveia.
- « Un membre du personnel se souvient. ‘‘Pour de nombreuses personnes nous étions tous responsables’’ », 23.09.2012, Sergio de Gouveia.
- « Témoignage », 23.09.2012, non signé.
- « Début du procès des surirradiés d'Épinal », 24.09.2012, Éric Nicolas.
- « Là je n'ai presque plus rien. Seuls inconvénients, je vais à la selle un peu », 24.09.2012, non signé.
- « Justice », 25.09.2012, non signé.
- « Surirradiés : le terrible décompte », 03.10.2012, non signé.
- « Surirradiés : l'heure de vérité », 30.01.2013, Éric Nicolas.
- « Surirradiés. ‘‘Nous avons écopé de la perpétuité’’ », 30.01.2013, Sergio de Gouveia.
- « Chronologie », 30.01.2013, non signé.
- « Surirradiés : de la prison ferme », 31.01.2013, Éric Nicolas.

- « Surirradiés : appel des trois condamnés », 07.02.2013, Éric Nicolas.
- « À la barre du tribunal de Vesoul. Injures quotidiennes : six mois de prison à la voisine », 14.03.2013, W.K.
- « ‘‘Médiator, pilule et risque médical’’ », 14.05.2013, Didier Hemardinquer.
- « Le danger des scanners et radios », 04.06.2013, Patrick Perotto.
- « Surirradiés d’Épinal : procès en appel en novembre 2014 », 23.11.2013, non signé.
- « Surirradiés : de la prison ferme », 31.12.2013, non signé.
- « Radiothérapie : ‘‘Réduire les doses aux patients’’ », 29.04.2014, non signé.
- « Ils sont nés ou ont grandi à Audincourt. Ils aiment leur ville, mais, pour des raisons professionnelles, ont dû la quitter », 13.08.2014, Myriam Bourgeois.
- « Surirradiés : l’heure de l’appel », 10.11.2014, Éric Nicolas.
- « ‘‘Le mobile ? L’orgueil et l’argent’’ », 10.11.2014, Éric Nicolas.
- « Surirradiés », 12.11.2014, non signé.
- « ‘‘Des fautes à sanctionner’’ », 13.11.2014, Éric Nicolas.
- « ‘‘Toujours aussi combatifs’’ », 13.11.2014, Sergio de Gouveia.
- « ‘‘Des dossiers anormalement maigres’’ », 14.11.2014, Éric Nicolas.
- « ‘‘Une erreur humaine’’ », 15.11.2014, Éric Nicolas.
- « ‘‘Pourquoi tant de certitudes’’ ? », 20.11.2014, Éric Nicolas.
- « ‘‘Anah se rebiffe et s’écroule…’’ », 22.11.2014, Éric Nicolas.
- « ‘‘En avance sur les Américains…’’ », 27.11.2014, Éric Nicolas.
- « ‘‘Je leur demande pardon’’ », 27.11.2014, Éric Nicolas.
- « Un défaut d’information », 29.11.2014, Éric Nicolas.
- « Près de 5 000 surirradiés entre 1987 et 2000 ! », 29.11.2014, Éric Nicolas.
- « Un silence radio qui interroge », 04.12.2014, Sergio de Gouveia.
- « ‘‘J’étais catastrophé et effondré’’ », 05.12.2014, Sergio de Gouveia.
- « ‘‘Ils ont nié les évidences’’ », 06.12.2014, Sergio de Gouveia.
- « Surirradiés d’Épinal : ‘‘Plus jamais ça !’’ », 11.12.2014, Sergio de Gouveia.
- « Surirradiés : prison ferme requise », 12.12.2014, Sergio de Gouveia.
- « Surirradiés d’Épinal : décision le 2 avril », 13.12.2014, non signé.
- « Surirradiés : décision aujourd’hui », 02.04.2015, non signé.
- « Surirradiés d’Épinal : encore trois mois d’attente », 03.04.2015, non signé.
- « Surirradiés d’Épinal : décision le 2 juillet », 03.06.2015, non signé.
- « Les bons points de l’atome civil », 16.06.2015, non signé.

- « Surirradiés d'Épinal : la justice rend sa décision aujourd'hui », 02.07.2015, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : peines réduites à du sursis », 03.07.2015, non signé.

La Dépêche du Midi **(107 articles) :**

- « Radiothérapie : un mort, treize surirradiés », 13.10.2006, non signé.
- « Tarbes : irradiée à la clinique », 16.02.2007, non signé.
- « Toulouse Rangueil : comment ils ont été irradiés », 24.05.2007, Hervé Monzat.
- « ''Rien à voir avec Épinal'' selon la direction de l'hôpital toulousain », 24.05.2007, non signé.
- « Polémique. La Lotoise irradiée veut fédérer les victimes », 25.05.2007, Laurent Benayoun, Lionel Laparade.
- « Toulouse. Les irradiés s'organisent », 26.05.2007, Lionel Laparade.
- « De quel mal souffrent les irradiés de Rangueil ? », 30.05.2007, Lionel Laparade.
- « Le défilé des irradiés », 05.06.2007, Lionel Laparade.
- « Un défaut de réglage », 05.06.2007, non signé.
- « Nous voulons connaître la vérité », 05.06.2007, non signé.
- « Toulouse. L'association ''SOS irradiés 31'' sera créée mercredi », 07.06.2007, Lionel Laparade.
- « ''Surdose de radiations à Toulouse : l'ASN s'inquiète pour six patients'' », 12.06.2007, non signé.
- « Surdoses à Rangueil : vérification de tous les appareils Brainlab en France », 12.06.2007, non signé.
- « Les radiothérapies du cerveau suspendues au CHU de Montpellier », 12.06.2007, non signé.
- « Toulouse. Irradiations : le grand cafouillage », 13.06.2007, Jean-Jacques Rouch.
- « Surdose de radiations : création à Toulouse d'une association ''SOS Irradiés'' », 13.06.2007, non signé.
- « Irradiés de Rangueil : le conseil général veut savoir. En bref », 12.07.2007, non signé.
- « Les irradiés de Toulouse s'inquiètent », 08.09.2007, Lionel Laparade, Hervé Monzat.
- « Irradiés. Roselyne Bachelot tente de rassurer les victimes », 14.09.2007, non signé.

- « Surirradiations de Rangueil : deux réunions d'information pour les victimes », 28.09.2007, non signé.
- « Irradiations. Les victimes indemnisées au cas par cas », 05.10.2007, propos recueillis par Jean-Louis Dubois-Chabert.
- « Rangueil. Irradiés : le CHU accepte l'expertise », 02.10.2007, Jean-Jacques Rouch.
- « Rangueil. Deux morts suspectes parmi les irradiés », 04.10.2007, Jean-Jacques Rouch.
- « Toulouse : Deux nouveaux décès après des surexpositions aux radiations », 23.10.2007, non signé (avec Agence).
- « Rangueil. Irradiés : des décès de plus en plus inquiétants », 24.10.2007, J. C.
- « Irradiés de Rangueil. ''Un désastre sanitaire'' », 08.11.2007, Lionel Laparade.
- « Le CHU va créer une commission », 08.11.2007, non signé.
- « Décès d'un septuagénaire irradié à Toulouse-Rangueil », 21.11.2007, non signé (avec Agence).
- « Six décès suspects parmi les irradiés de Rangueil », 23.11.2007, non signé.
- « Toulouse. Les surirradiés veulent le même traitement qu'à Épinal mais le ministère n'a rien prévu », 07.12.2007, non signé (avec Agence).
- « Les irradiés de Rangueil demain chez Bachelot », 19.12.2007, Lionel Laparade.
- « Surirradiés : une sixième victime », 20.12.2007, non signé (avec Agence).
- « Surirradiés de Rangueil : le CHU va débloquer une avance », 23.12.2007, non signé.
- « Les associations de surirradiés contestent le montant de l'indemnisation », 24.12.2007, non signé (avec Agence).
- « Une provision pour les irradiés de Rangueil », 25.12.2007, J.-M., L.S.
- « Irradiés de Rangueil. ''Nous sommes satisfaits et scandalisés'' », 27.12.2007, non signé.
- « Surirradiés de Toulouse : la provision d'indemnisation revue à la hausse », 28.12.2007, non signé (avec Agence).
- « Toulouse : des victimes de surirradiations vont porter plainte contre X », 10.01.2008, non signé (AFP).
- « Les irradiés portent plainte pour homicide involontaire », 11.01.2008, Jean-Jacques Rouch.
- « Quarante-six plaintes déposées à Toulouse par les ''irradiés de Rangueil'' », 18.01.2008, non signé (AFP).
- « Aude, 12 ans, irradiée : ''Ma vie est gâchée'' », 18.01.2008, Jean-Jacques Rouch.

- « Rangueil : Quarante-six irradiés déposent plainte », 19.01.2008, Jean-Jacques Rouch.
- « Les surirradiés réclament 10 000 euros par patient avant le 1er mars », 21.01.2008, non signé.
- « Surirradiés : Roselyne Bachelot mandate Claude Évin pour accélérer l'indemnisation », 26.01.2008, non signé.
- « Surirradiés : les associations satisfaites », 29.01.2008, Jean-Louis Dubois-Chabert.
- « Surirradiés : Claude Évin convoque un comité d'expertise le 12 février », 31.01.2008, non signé.
- « Un comité pour indemniser les surirradiés. En bref », 01.02.2008, non signé.
- « Quatre surirradiés de Toulouse reçoivent une provision à Limoges », 11.02.2008, non signé (avec Agence).
- « Quatre surirradiés reçoivent 5 000 euros. En bref », 12.02.2008, non signé.
- « 5 000 € de provision pour quatre victimes de surirradiation », 13.02.2008, Philippe Emery.
- « Claude Évin à Toulouse hier. Vers une indemnisation des surirradiés de Rangueil », 13.02.2008, non signé.
- « Une chaîne de manquements à l'origine des sur-irradiations de Toulouse », 26.02.2008, non signé (AFP).
- « Surdoses de radiations : le CHU ''assume sa responsabilité'' face à la ''catastrophe'' », 26.02.2008, non signé (avec Agence).
- « Surirradiés de Rangueil : révélations accablantes », 27.02.2008, Lionel Laparade, Jean-Jacques Rouch.
- « Irradiés. La plainte examinée à Paris », 06.03.2008, non signé.
- « Indemnisation des surirradiés : signature d'une convention pour le 9 avril », 12.03.2008, non signé.
- « Vers une indemnisation rapide », 13.03.2008, non signé.
- « Irradiés de Rangueil : l'accident agréé. En bref », 27.03.2008, non signé.
- « Irradiés : comment les dédommager », 02.04.2008, Jean-Jacques Rouch.
- « Surirradiés : l'indemnisation des victimes accélérée », 03.04.2008, Jean-Jacques Rouch.
- « Ouverture d'une information judiciaire à Paris sur les irradiés de Toulouse », 03.04.2008, non signé.

- « Irradiés de Rangueil : l'hypothèse de ‘‘l'homicide involontaire'' », 04.04.2008, Lionel Laparade.
- « Les irradiés de Rangueil pourraient signer aujourd'hui leur convention d'indemnisation », 09.04.2008, non signé.
- « Irradiés de Rangueil : un accord d'indemnisation », 10.04.2008, Jean-Jacques Rouch et Philippe Emery.
- « Épinal : 5 500 surirradiés en 19 ans. En bref », 22.04.2008, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : l'ancienne directrice de l'hôpital mise en examen », 31.05.2008. Non signé (AFP).
- « Irradiés : les premiers chèques pour les victimes », 08.06.2008, Jean-Jacques Rouch.
- « Irradiés de Toulouse-Rangueil : cinquante-six nouvelles victimes reçoivent leur avance », 09.06.2008, non signé.
- « Radiothérapie. Neuf centres menacés », 06.07.2008, Sébastien Dubos.
- « Toulouse. Faits et gestes », 18.07.2008, non signé.
- « Surriradiés d'Épinal : aucun contrôle », 10.09.2008, non signé.
- « Premières expertises pour les irradiés de Rangueil », 16.09.2008, Bernard Davodeau.
- « Irradiés. Bachelot : ‘‘Une erreur humaine terrible à Rangueil'' », 18.09.2008, Sébastien Marti.
- « Rangueil. Surirradiés : deux cas de décès expertisés », 29.09.2008, S.M[3].
- « Justice. Irradiés de Rangueil : perquisition chez le fabricant du Novalis », 15.10.2008, Jean-Noël Gros.
- « Rangueil. Les irradiés se sentent floués », 16.01.2009, Jean-Louis Dubois-Chabert.
- « Surirradiés de Toulouse : les 1res indemnisations attendues avant avril », 22.01.2009, non signé (avec Agence).
- « Irradiés : expertises en cours », 23.01.2009, non signé.
- « Surirradiés : état de santé ‘‘accablant'' pour les victimes », 17.03.2009, Andrée Brassens.
- « Surirradiés de Rangueil. Les précisions du CHU », 20.03.2009, non signé.
- « Surirradiés : le temps des indemnisations est venu. Me Rastoul, avocat de la Fnath », 20.07.2009, propos recueillis par Philippe Emery.

[3] Deux personnes de la rédaction du quotidien portent ces initiales. Nous ne pouvons reconstituer son auteur avec certitude.

- « Surirradiés de Toulouse : des propositions d'indemnisation ‘‘insuffisantes’’ », 21.07.2009, non signé (AFP).
- « Surirradiés : ‘‘Indemnisations dérisoires’’ », 22.07.2009, Jean-Louis Dubois-Chabert.
- « La menace des surirradiés de Rangueil », 11.02.2010, Jean-Louis Dubois-Chabert.
- « Odile Guillouët : ‘‘Toute ma vie s'est écroulée’’ », 23.03.2010, Andrée Brassens.
- « Irradiés de Rangueil : premiers signes d'espoir pour les victimes », 24.03.2010, Andrée Brassens.
- « Aucamville. 80 ans d'actions de la FNATH pour des victimes », 27.05.2011, non signé.
- « Le long combat des irradiés de Rangueil », 05.07.2011, Emmanuelle Rey.
- « Irradiés de Rangueil : un procès aboutirait à la relaxe selon les juges », 08.07.2011. Emmanuelle Rey.
- « Irradiés de Rangueil : l'expertise remise en cause », 26.11.2011, Lionel Laparade.
- « Surirradiés d'Épinal : après six ans d'enquête, le procès s'ouvre à Paris », 22.09.2012, AFP.
- « Irradiés d'Épinal : le procès, enfin », 24.09.2012, non signé (*La Dépêche du midi*).
- « Le procès des irradiés d'Épinal s'est ouvert », 25.09.2012, non signé.
- « La colère des irradiés de Rangueil », 26.09.2012, Lionel Laparade.
- « Irradiés d'Épinal : le jugement qui relance le dossier toulousain », 24.10.2012, Lionel Laparade.
- « Irradiés d'Épinal : prison ferme contre deux médecins et un radiophysicien », 30.01.2013, non signé.
- « Après les condamnations d'Épinal, les irradiés de Rangueil exigent un procès », 30.01.2013, Lionel Laparade.
- « Vers un nouveau procès en appel à Épinal », 30.01.2013, non signé.
- « Irradiés de Rangueil : le juge d'instruction conclut au non-lieu », 08.10.2013, Lionel Laparade.
- « La colère des victimes », 08.10.2013, non signé.
- « Médecine : on passe trop aux rayons X », 05.06.2014, Jean-Marie Decorse.
- « Surirradiés d'Épinal : la douleur de ‘‘tous les jours’’ des victimes », 12.11.2014, AFP.
- « Les surirradiés de Rangueil n'ont pas renoncé à relancer la procédure », 13.11.2014, Gilles-R. Souillés.
- « Le jugement d'Épinal en appel », 13.11.2014, Gilles-R. Souillés.

- « Surirradiés d'Épinal : confirmation de prison ferme requise en appel », 11.12.2014, AFP.
- « Surirradiés d'Épinal : la justice reporte sa décision », 02.04.2015, AFP.
- « Surirradiés d'Épinal : peines réduites à du sursis en appel », 02.07.2015, AFP.

Le Populaire **(41 articles) :**

- « Surdoses de radiations à Rangueil », 24.05.2007, non signé.
- « Seize limousins Irradiés à Toulouse », 16.06.2007, Dominique Pierson.
- « Les Irradiés cherchent à se retrouver », 18.06.2007, Dominique Pierson.
- « L'angoisse, la déception et le doute », 30.06.2007, Dominique Pierson.
- « Le risque est-il écarté », 30.06.2007, non signé.
- « Irradiés de Toulouse : un troisième décès à Limoges », 23.09.2007, Dominique Pierson.
- « Quand le mieux se révèle ennemi du bien », 23.09.2007, non signé.
- « Un briviste irradié à Toulouse est décédé », 22.11.2007, non signé.
- « 5 000 euros pour commencer », 09.02.2008, Dominique Pierson.
- « Six des 145 patients décédés », 09.02.2008, non signé.
- « Pour une indemnisation rapide des irradiés de Toulouse », 14.02.2008, Dominique Pierson.
- « Défaut et retard d'information », 27.02.2008, Dominique Pierson.
- « Tout n'est pas gagné pour les irradiés de Toulouse », 03.04.2008, Dominique Pierson.
- « Journée décisive pour les irradiés de Toulouse », 09.04.2008, Dominique Pierson.
- « Irradiés de Toulouse : la convention a été signée », 11.04.2008, non signé.
- « Irradiés d'Épinal. Les sanctions sont tombées », 07.05.2008, [pas d'auteur à disposition].
- « Éloge de la fessée », 07.05.2008, [pas d'auteur à disposition].
- « Toulouse : terribles conclusions », 17.03.2009, Dominique Pierson.
- « Trente-neuf patients venaient du Limousin », 17.03.2009, non signé.
- « Les expertises commencent pour les irradiés de Toulouse », 19.09.2008, Dominique Pierson.
- « Irradiés de Toulouse. Et maintenant les indemnités », 19.03.2009, Dominique Pierson.

- « Un accident longtemps minimisé », 19.03.2009, non signé.
- « Les irradiés en appellent à Mme Bachelot », 12.04.2009, Dominique Pierson.
- « Les irradiés de Toulouse perdent patience », 23.06.2009, non signé.
- « Des indemnisations jugées insuffisantes », 18.07.2009, Dominique Pierson.
- « En chiffres », 18.07.2009, non signé.
- « Insuffisantes, incomplètes, dérisoires », 22.07.2009, Dominique Pierson.
- « Deux limousins témoignent », 22.07.2009, non signé.
- « Irradiés de Toulouse. Entre regrets et espoirs », 16.03.2010, Dominique Pierson.
- « L'ultime espoir d'une médiation », 17.03.2010, Dominique Pierson.
- « Irradiés de Toulouse. Évolution positive », 18.03.2010, Dominique Pierson.
- « Surirradiés. L'indemnisation semble en bonne voie », 27.03.2010, Dominique Pierson.
- « ''Je suis la ministre de la sécurité des soins'' », 23.07.2010, Hervé Moisan.
- « Justice : aujourd'hui, c'est un tournant pour les irradiés de Toulouse », 07.07.2011, Dominique Pierson.
- « Des erreurs insuffisantes pour aller vers un procès », 8.07.2011, Dominique Pierson.
- « Colère et accablement des victimes », 10.01.2012, Dominique Pierson.
- « M^{e} F. Rastoul », 10.01.2012, non signé.
- « Irradiés de Toulouse : un couple limougeaud indigné », 10.01.2012, Dominique Pierson.
- « Irradiés d'Épinal », 25.09.2012, non signé.
- « Surirradiés », 31.01.2013, non signé.
- « Surirradiés d'Épinal : peines réduites en appel, mais victimes satisfaites », 02.07.2015, AFP (*lepopulaire.fr*).

Quotidiens de presse écrite français recensés sur la base de données [global.factiva.com]

Inventaire établi le 3 juillet 2015 à partir de l'onglet « *Content watch* » du site Internet *global.factiva.com*, avec comme critères « *Language : French ; Region : France ; Type : newspaper : all* ».

Dans l'ordre alphabétique donné par le site Internet : *20 Minutes ; 20Minutes.fr ; L'AGEFI Quotidien ; L'Aisne Nouvelle ; Bakchich ; Le Berry Républicain ; Bien Public ; Blogs Libé ; Centre Presse ; La Charente Libre ; Le Courrier de l'Ouest ; Le Courrier du Loiret ; Courrier Picard ; La Croix ; La Dépêche du Midi ; Dernières Nouvelles d'Alsace ; Dimanche Ouest France ; Dordogne Libre ; L'Écho Charitois ; L'Écho ; L´Écho Républicain ; Les Échos Business ; Les Echos Business.fr ; Les Échos ; Les Échos.fr ; Les Échos.Net ; L'Éclair des Pyrénées ; L'Éclaireur du Gâtinais ; Écrans.fr ; L'Équipe ; L'Est Républicain ; L´Éveil de la Haute-Loire ; Le Figaro ; La Gazette de Thiers et d'Ambert ; Le Havre Dimanche ; Le Havre Libre ; Le Havre Presse ; L'Humanité ; L'Indépendant ; Le Journal de Gien ; Le Journal de Saône-et-Loire ; Le Journal du Centre ; Lamontagne.fr ; Larep.fr ; Leberry.fr ; Lechorepublicain.fr ; Lejdc.fr ; Lepopulaire.fr ; Libération ; Libération.fr ; Liberté Dimanche ; Lyoncapitale.fr ; Lyonne.fr ; Le Maine Libre ; La Marseillaise ; Métro ; Midi Libre ; Le Monde Argent ; Le Monde des Livres ; Le Monde Éco et entreprise ; Le Monde Emploi ; Le Monde ; Le Monde.fr ; La Montagne ; Nice Matin ; Nord Eclair ; Nord Littoral ; Normandie Dimanche Dieppe-Bray-Caux ; Normandie Dimanche Eure ; Le Nouvel Économiste ; La Nouvelle République des Pyrénées ; La Nouvelle République Dimanche ; La Nouvelle République du Centre Ouest ; L'Opinion ; Ouest France ; Paris Normandie ; Le Parisien-Aujourd'hui en France ; Le Pays Roannais ; Le Petit Bleu de Lot-et-Garonne ; Le Populaire du Centre ; Presse Océan ; Le Progrès de Fécamp ; Le Progrès ; La Provence ; La République des Pyrénées ; La République du Centre ; Le Revenu ; Le Revenu Hebdo ; Sud-Ouest ; Les Suppléments de Sud-Ouest ; La Tribune ; La Tribune Hebdomadaire ; La Tribune.fr*.

Corpus des journaux télévisés et émissions de télévision

JT *TF1* (25 reportages) :

- « 13 heures », 06.03.2007.
- « 13 heures », 23.05.2007.
- « 13 heures », 07.09.2007.
- « 13 heures », 08.09.2007.
- « 13 heures », 13.09.2007.

- « 13 heures », 06.01.2012.
- « 13 heures », 24.09.2012.

- « 20 heures », 12.10.2006.
- « 20 heures », 13.10.2006.
- « 20 heures », 17.10.2006.
- « 20 heures », 06.03.2007.
- « 20 heures », 23.03.2007.
- « 20 heures », 23.05.2007.
- « 20 heures », 07.09.2007.
- « 20 heures », 01.10.2007.
- « 20 heures », 17.10.2007.
- « 20 heures », 30.11.2007.
- « 20 heures », 22.02.2008.
- « 20 heures », 26.02.2008.
- « 20 heures », 06.05.2008.
- « 20 heures », 23.07.2010.
- « 20 heures », 06.01.2012.
- « 20 heures », 23.09.2012.
- « 20 heures », 24.09.2012.
- « 20 heures », 30.01.2013.

JT *France 2* (25 reportages) :

- « 13 heures », 13.10.2006.
- « 13 heures », 24.02.2007.
- « 13 heures », 06.03.2007.
- « 13 heures », 02.10.2007.
- « 13 heures », 17.10.2007.
- « 13 heures », 29.11.2007.
- « 13 heures », 7.12.2007.
- « 13 heures », 21.04.2008.

- « 13 heures », 06.05.2008.
- « 13 heures », 09.09.2008.
- « 13 heures », 13.02.2009.
- « 13 heures », 24.09.2012.

- « 20 heures », 13.10.2006.
- « 20 heures », 06.03.2007.
- « 20 heures », 23.05.2007.
- « 20 heures », 7.09.2007.
- « 20 heures », 17.10.2007.
- « 20 heures », 26.10.2007.
- « 20 heures », 26.02.2008.
- « 20 heures », 21.04.2008.
- « 20 heures », 06.05.2008.
- « 20 heures », 09.09.2008.
- « 20 heures », 24.09.2012.
- « 20 heures », 23.10.2012.
- « 20 heures », 30.01.2013.

Émissions de télévision (9) :

- « C dans l'air », *France 5*, « La vérité sur les erreurs médicales », 13.12.2006.
- « C dans l'air », *France 5*, « Les irradiés d'Épinal », 09.03.2007.
- « Allo docteur », *France 5*, « Faut-il avoir peur de la radiothérapie ? », 10.10.2007.
- « C à dire ? », *France 5*, 12.10.2007 (invité : un adhérent de l'association de l'hôpital d'Épinal).
- « 66 minutes », *M6*, 21.10.2007 (sujet sur un « scandale à l'hôpital d'Épinal »).
- « C dans l'air », *France 5*, « Les marchands de la santé », 25.01.2008.
- « Pièces à conviction », *France 3*, « Surirradiés à l'hôpital : la série noire », 08.02.2008.
- « Ça vous regarde », *LCP*, « Erreurs médicales : à qui la faute ? », 12.02.2008.
- « C dans l'air », *France 5*, « Ces procès qui n'en finissent pas », 03.10.2012.

Liste des archives consultées au ministère de la Santé

- CAB/2010/006, articles 1 à 16 : déplacements de Madame la Ministre : programmes, CV, notes de couverture (2007-2008).

- CAB/2010/007 : dossiers de Conseil des Ministres : ordre du jour, dossiers présentés en séance.
    - article 1 : 18 mai 2007 au 26 mars 2008.
    - article 2 : 2 avril 2008 au 13 octobre 2008.

- CAB/2010/050 : discours de Madame la Ministre :
    - article 4 : « Hôpital » (2008-2009), « Médecine libérale » (2007-2010).
    - article 5 : « Médicament » (2007-2009), « Alertes sanitaires » (2007).
    - article 6 : « Alertes sanitaires » (2008-2009), « Maladies » (2007-2008).
    - article 13 : « Accompagnement politique et diplomatique » (2010), « Finances et économie de la Santé et des Sports » (2010), « Gestion des alertes et crises sanitaires » (2010), « santé publique et société » (2010).

- CAB/2010/051 : Courriers de particuliers, associations, professionnels de santé (classement alphabétique) :
    - article 1 : A à Ba
    - article 15 : de Rom à Sh

- CAB/2010/054, articles 1 et 2 : CD élaboré par la cellule communication : photographies et fichiers de données pour conférences de presse (2007-2008).

- CAB/2011/001, article 1 : dossiers de déplacements de Madame la Ministre : dossiers d'audiences, dossiers thématiques (2007- janvier 2009).

Questionnaire destiné aux adhérents d'une association de victimes

[Modèle adressé aux adhérents surirradiés de l'Association des victimes de surirradiations de l'hôpital d'Épinal (AVSHE) en 2013]

QUESTIONNAIRE

Les adhérents des associations de surirradiés

***

Renseignements :

Madame, Monsieur

Je suis étudiant en thèse de sociologie à l'Université de Nantes. Je travaille sur ce qui a permis aux personnes surirradiées à Épinal et Toulouse de se mobiliser ensemble. Après avoir rencontré et interviewé un certain nombre d'entre vous, je vous adresse cette fois-ci à toutes et tous, avec l'accord de votre président, ce questionnaire. Celui-ci porte avant tout sur votre rapprochement avec une association de victimes. Comme tout questionnaire de sociologie, il garantit l'anonymat des réponses. Ces questionnaires seront en effet soumis à un traitement statistique destiné à dégager des grandes tendances. De plus, à aucun moment votre nom ou prénom ne vous sera demandé.

Le temps pour remplir ce questionnaire est estimé à 15 minutes. S'il pouvait retenir votre attention, je vous en serais reconnaissant.

Si vous souhaitez avoir plus de renseignements, n'hésitez pas à me contacter :

- par téléphone au

- par mail, à

- par courrier à

Une fois rempli, vous pouvez renvoyer ce questionnaire à l'adresse postale ci-dessus, avec la lettre pré-timbrée jointe.

En vous remerciant d'avance,
Cordialement,

*I) **Votre traitement par radiothérapie/radiochirurgie***

1.1 De quelle pathologie souffriez-vous et qui nécessitait un traitement par rayons ?
….....
.....

1.2 En quelle année vous a-t-on diagnostiqué cette pathologie ?
….....

1.3 Quand avez-vous suivi vos séances de radiothérapie/radiochirurgie ? *(exemple : janvier 2004)*
….....

1.4 Dans quel hôpital avez-vous suivi ces séances ?
….....

1.5 Combien de séances avez-vous suivi ?
….....

1.6 Combien de fois avez-vous rencontré votre radiothérapeute ou radiochirurgien au cours du traitement ?
….....

1.7 A cette époque, vous étiez :
☐ Retraité
☐ Actif (dans ce cas, précisez quelle activité :.....
….....)
☐ Sans emploi
☐ Autre (précisez : ….....
….....)

1.8 Vous-même ou un membre de votre entourage aviez-vous été confronté à la maladie avant ce traitement par rayons ?
☐ Non
☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser qui, quand et pour quelle(s) maladie(s) :.....
….....
.....)

1.9 Avez-vous eu des problèmes de santé après votre traitement ?
☐ Non *(passez à la question 1.9.7)*
☐ Oui

1.9.1 Quand sont-ils apparus ?
☐ a) Dès la première séance de traitement ?
☐ b) Après quelques séances de traitement ? (dans ce cas, précisez :.....
….....)
☐ c) Au bout de quelques mois ? (dans ce cas, précisez :.....
….....)
☐ d) Au bout de quelques années ? (dans ce cas, précisez :.....
….....)

1.9.2 Comment se manifestaient-ils *(exemple : des douleurs, saignements etc.)* ?
….....
.....

.....

1.9.3 Avez-vous, en raisons de ces problèmes, sollicité *(plusieurs réponses possibles)* :
☐ Votre radiothérapeute ou radiochirurgien ?
☐ Un médecin traitant ?
☐ Un ou des spécialistes ?
☐ Non, je n'ai sollicité personne parce que je n'avais pas de problèmes de santé.
☐ Non, je n'ai sollicité personne même si j'avais des problèmes de santé.

1.9.4 Si vous avez consulté, que disaient ces médecins à propos de vos problèmes de santé *(précisez quel médecin : le radiothérapeute etc.)* ?.....
….....
.....
.....

1.9.5 Ces problèmes ont-ils eu des conséquences sur : *(plusieurs réponses possibles)*
☐ a) Votre vie professionnelle ?
☐ b) Votre vie sociale ?
☐ c) Ils n'ont pas eu de conséquence sur ces deux aspects

1.9.6 Si vous avez coché la réponse a) ou b), pouvez-vous préciser comment concrètement, ces problèmes vous affectaient : .....
….....
.....
.....

1.9.7 Actuellement, êtes-vous sujet à des problèmes de santé (quels qu'ils soient) ?
☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser lesquels : ….....
….....
.....)
☐ Non

1.10 Savez-vous quel pourcentage de surdose de rayons vous avez reçu ?
☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser le pourcentage : ….....
….....)
☐ Non (dans ce cas, pouvez-vous préciser pourquoi vous ne savez pas: ….....
….....)

II) <u>Le moment où vous avez appris votre surirradiation</u>

2.1 Comment avez-vous pris connaissance de votre surirradiation ? : *(plusieurs réponses possibles)*
☐ a) Après avoir été convoqué à un entretien ou une visite avec la direction de l'hôpital et/ou le personnel médical
(Dans ce cas, comment avez-vous été prévenu :.....
….....)
☐ b) En recevant une lettre à mon domicile indiquant explicitement que je faisais partie des personnes surirradiées
(Dans ce cas, de qui cette lettre émanait-elle et quand vous a-t-elle été adressée :.....
….....)
☐ c) En étant contacté par téléphone
(Dans ce cas, par qui :.....

….....)

☐ d) Par un tiers (familles, amis, connaissances)
(Dans ce cas, pouvez-vous préciser : ….....
….....)

☐ e) Par l'intermédiaire d'un article de presse écrite
(Dans ce cas, vous souvenez-vous dans quel journal et à quelle date ?.....
….....)

☐ f) Par l'intermédiaire d'un reportage à la radio
(Dans ce cas, vous souvenez-vous quelle était la radio et à quelle date ?.....
….....)

☐ g) Par l'intermédiaire d'un reportage télé
(Dans ce cas, vous souvenez-vous quelle était l'émission et à quelle date ?.....
….....)

☐ h) En appelant un numéro vert mis à ma disposition

☐ i) D'une façon autre (précisez :.....
….....)

2.2 Avez-vous revu, après avoir pris connaissance de votre surirradiation, votre radiothérapeute ou radiochirurgien ?

☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser combien de fois et dans quelle circonstance cette ou ces rencontres se déroulaient ?.....
….....
….....)

☐ Non (le vouliez-vous cependant, pourquoi ?.....
….....
….....)

III) ***<u>Votre rapprochement avec l'association de victimes de surirradiation</u>***

3.1 Étiez-vous présent le jour même où l'association s'est créée ?

☐ Oui

☐ Non (dans ce cas, précisez à quelle date et comment en êtes-vous venu à adhérer pour la première fois à l'association ? *exemple : octobre 2007, après un entretien téléphonique avec le président* :.....
….....
.....)

3.1.1 Comment aviez-vous eu connaissance de l'existence d'un tel regroupement de personnes surirradiées : *(plusieurs réponses possibles)*

☐ a) Par un tiers (avocat, familles, amis, connaissances...)
(Dans ce cas précisez par qui : ….....
….....)

☐ b) Par l'intermédiaire d'articles de presse écrite
(Dans ce cas, vous souvenez-vous dans quel journal et à quelle date ?.....
….....)

☐ c) Par l'intermédiaire d'un reportage à la radio
(Dans ce cas, vous souvenez-vous quelle était la radio et à quelle date ?.....
….....)

☐ d) Par l'intermédiaire d'un reportage télé
(Dans ce cas, vous souvenez-vous quelle était l'émission et à quelle date ?.....
….....)

☐ e) D'une façon autre (précisez :.....

…….)

3.1.2 Vous êtes-vous rendu seul à votre première rencontre avec l'association ?

☐ Oui

☐ Non (dans ce cas, pouvez-préciser avec qui :.....
……)

3.2 Vous étiez-vous auparavant renseigné (voire même rapproché) d'autres associations de victimes d'erreurs médicales ou d'accidentés ?

☐ Non

☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser laquelle et ce que vous y cherchiez :.....
…….
.....
.....
.....)

3.3 Que vous a apporté, personnellement, votre rapprochement avec l'association de victimes ?

…….
…….
.....
.....
.....
.....
…….

3.4 Connaissez-vous des personnes surirradiées dans le même hôpital que vous et qui n'ont jamais rejoint l'association ?

☐ Non

☐ Oui (dans ce cas, savez-vous pourquoi :.....
…….
.....
.....)

3.5 Occupez-vous ou avez-vous occupé des postes à responsabilités dans l'association (trésorier...) ?

☐ Non

☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser quand et lesquels :.....
……)

3.6 Avez-vous participé à une ou plusieurs réunions de l'association ? *(plusieurs réponses possibles)*

☐ a) Oui, j'ai participé à une ou des assemblées générales (AG) de l'association. Dans ce cas, pouvez-vous :

- Estimer le nombre d'AG auxquelles vous avez participé :
  - ☐ De une à deux
  - ☐ De trois à quatre
  - ☐ Quatre et plus
- préciser si, dans ces assemblées générales (AG), vous avez pris, à un moment ou un autre, la parole ?

☐ Non

☐ Oui

(Si oui, était-ce plutôt pour :

☐ Des questions d'ordre personnel (problème de santé, problème administratif...)

☐ Des questions liées à la mobilisation (stratégie, modes d'actions...)

☐ Les deux à la fois

☐ Autre (précisez : ….....

….....

.....

.....

.....)

☐ b) Oui, j'ai participé à d'autres réunions que des AG (repas, réunions de préparation d'actions...). Dans ce cas, pouvez-vous :

- Estimer le nombre de réunions auxquelles vous avez participé :

☐ De une à deux

☐ De trois à quatre

☐ Quatre et plus

- Préciser ce que sont ces réunions *(exemple : repas, préparation d'action...)* :

….....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ c) Non, je n'ai participé à aucune réunion (dans ce cas, pourquoi :.....

.....

.....

.....)

3.7 Avez-vous participé à une ou plusieurs actions organisées par l'association ?

☐ Non

☐ Oui (dans ce cas, lesquelles ?.....

….....

.....

.....

….....

….....)

3.8 Actuellement, êtes-vous toujours adhérent de l'association ?

☐ Oui

☐ Non (dans ce cas, pourquoi : ….....

….....

.....

.....)

IV) <u>Les démarches en justice</u>

4.1 Avez-vous personnellement (c'est-à-dire en dehors de tout cadre associatif), déposé plainte en justice ?

☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser quand et pour quelle(s) raison(s) ?.....

….....

.....

.....)

☐ Non (dans ce cas, avez-vous tout de même un avocat personnel - en dehors de celui de l'association -) ?

☐ Oui

☐ Non

4.2 Avez-vous passé une expertise médicale préalable à une action en justice ?

☐ Oui

☐ Non

4.2.1 Si un procès s'est tenu concernant les surirradiations qui ont eu lieu dans l'hôpital où vous avez été traité, avez-vous assisté, à un moment ou à un autre, aux audiences ? *(Si aucun procès, passez à la question* **5.1***)*

☐ Non

☐ Oui (dans ce cas : faisiez-vous parti des personnes citées comme victimes) :

☐ Non

☐ Oui

4.2.2 Êtes-vous satisfait de ce procès *(précisez pourquoi)* ?.....
….....
.....
.....

V) Les expertises médicales liées aux procédures d'indemnisation

5.1 Avez-vous passé une expertise préalable à une indemnisation éventuelle en tant que victime de surirradiation ?

☐ Non

☐ Oui (dans ce cas, êtes-vous satisfait ? Précisez pourquoi :.....
….....
.....
.....
.....)

5.2 Avez-vous fait appel, pour vous aider dans les démarches d'indemnisation, à un ou des membres de l'association (pour rédiger des dossiers...) ?

☐ Oui

☐ Non

VI) Votre rapport aux médias

6.1 Avez-vous témoigné, à un moment ou un autre, dans les médias (journal, TV...) ?

☐ Oui (dans ce cas, pourquoi avoir témoigné : ….....
….....
.....
.....)

☐ Non mais je n'ai pas été sollicité

☐ Non, je ne souhaitais pas témoigner

VII) Vos éventuelles expériences associatives, militantes antérieures

7.1 Aviez-vous, avant votre rapprochement avec l'association de victimes, adhéré ou participé à des associations (quelconques), des syndicats, des partis politiques ?

☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser dans quel domaine et ce que vous y faisiez :
….....
.....

.....)

☐ Non

7.2 Aviez-vous, avant votre rapprochement avec l'association de victimes, participé à des actions de protestations (manifestation, grève...) ?

☐ Oui (dans ce cas, pouvez-vous préciser quelles étaient ces actions :

….....

.....

.....)

☐ Non

VIII) ***<u>Vous êtes :</u>***

☐ Une femme

Votre âge :.....

☐ Un homme

☐ Retraité(e) (dans ce cas, votre activité antérieure :.....

☐ Vous exercez une profession *(précisez le plus possible : intitulé de la profession ; à temps partiel ou complet ; à votre compte ou salarié)* :.....

….....)

☐ Sans emploi

☐ Autre : ….....

8.1 Avez-vous un ou des diplômes ?

☐ Oui (dans ce cas, quels sont leurs intitulés :.....

….....)

☐ Non

8.2 Votre commune de résidence :.....

8.3 Quel est votre état matrimonial actuel ?

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Pacsé(e)

☐ Veuf(-ve)

8.4 Si vous avez un(e) conjoint(e), est-il/elle :

☐ Retraité(e) ; dans ce cas, son activité antérieure :.....

☐ Il/elle exerce une profession *(précisez le plus possible : intitulé de la profession ; à temps partiel ou complet ; à son compte ou salarié(e))* :.....

….....

☐ Il/elle est sans emploi (dans ce cas, son ou ses activités antérieures.....

….....)

☐ Autre : ….....

8.5 Avez-vous des enfants ? : oui / non *(rayez la mention inutile).*

Si oui, pouvez-vous préciser combien :.....

Si oui, combien vivent avec vous à votre domicile :.....

8.6 Votre père exerçait la (ou les) activité(s) de :(*profession)*.....

….....

Votre mère exerçait la (ou les) activités de :.....

….....

Modèle de grille d'entretien

[Exemplaire réalisé pour l'entretien avec la présidente de l'association SOS Irradiés 31]

L'affaire : aspects personnels	**Le déroulement de l'affaire**	**L'association**	**Les démarches en justice**	**Les contacts avec les médias**	**Relations avec l'hôpital**	**Rapport avec le monde politique**	**Trajectoire sociale de l'enquêtée**
- Retour sur le cas personnel de l'enquêtée : soignée pour quelle maladie, combien de gray délivrés en théorie et en pratique ; séquelles etc. ? - A-t-elle eu des effets secondaires ? Si oui, quelles réactions, actions ? - Quand et comment est-elle élue présidente de l'association ? Est-elle alors entrée en contact avec M. S. de l'AVSHE ? Si oui, quelle est la nature des relations entre ces deux associations ? -Combien d'adhérents à sa création. Aujourd'hui ? Des compétences particulières	-Dès juillet 2007 =demande de création d'une commission d'expertise et d'indemnisation (À Épinal à l'époque, pas de commission d'indemnisation). Comment vous êtes-vous orientée sur un comité d'indemnisation (influence d'AZF notamment) ? Revenir sur les modalités de cette « convention Évin » (le comité de suivi et d'indemnisation : accord signé en avril 2008) = pourquoi volonté indemnisation rapide ? Quelles sont ces « expertises » qui sont menées (pourquoi pas juste sur dossiers, comme à Épinal) ? - En mars 2008 : somme forfaitaire de 5000 euros à l'ensemble des victimes versée par l'assureur du CHU = indépendant de la commission d'indemnisation ?	-Création le 13 juin 2007, soit moins d'un mois après la publicisation de l'affaire : comment cela s'est fait concrètement ? -La première action ? -Il y a eu des débats internes sur la direction à prendre ? (en fonction des savoir- faire existant par exemple ?) (SE FAIRE RACONTER REUNIONS). Combien ? Car dans ses statuts : *l'assoc ne s'interdit aucune action qui pourrait contribuer à émergence de la vérité : comment s'est décidée cette volonté de « faire feu de tout bois » ?	- Comment l'assoc s'est-elle adjugé les services de M[e] Lègaveques ? - Est-ce que, à la création de l'assoc, définition de la stratégie en partenariat avec avocat(s) ? -Porter plainte : janvier 2008. Du point de vue de l'association, quels étaient les enjeux de cette demande en justice : faire en sorte que les patients obtiennent indemnisation ? Ou pointer un « scandale » ? Quel est le statut de l'action judiciaire : l'aboutissement ou une action parmi d'autres ? - Est-ce que les expertises réalisées pour la commission d'indemnisation ont été réutilisées ou il a fallu faire de	- Il semble que ce soit *Le Parisien* qui ait évoqué l'affaire pour la première fois, le 22 ou 23 mai 2007 ? - Ce n'est qu'après la création de l'association, le 13 juin, que vous donnez une toute première interview à La Dépêche du midi ? Avec un numéro de téléphone : donc objectif = était de contacter patients ? - Avec l'assoc, avez-vous cherché à contacter les journalistes (recherche soutien médiatique) ? Ou est-ce eux qui appelaient ?	- En mai 2007, l'hôpital convoque les patients pour des bilans de santé. Et ensuite : un suivi régulier ? - Sur le site Internet de l'association, rubrique enquête : « la position du CHU de Rangueil a toujours consisté à nier toutes relations entre le surdosage et les nouvelles pathologies des patients. » Revenir sur les déclarations du directeur de l'hôpital suite au rapport IRSN de février 2008 : « catastrophe, échec ». - Ce qui se jouait ici : votre statut de victimes ?	- Avec l'association, avez-vous mené des actions en direction du personnel politique départemental, régional (contact...) ? Pourquoi ? - Même question pour ce qui est de la représentation nationale (député, ministère de la Santé etc.). - Avez-vous rencontré un ou des ministres de la Santé pendant votre mobilisation ? Notamment après votre lettre ouverte à Mme Bachelot de janvier 2009 ? - Que pensez-vous des mesures qui ont été prises depuis Épinal	-nom, âge -situation familiale -situation professionnelle, trajectoire -Lieu de résidence - Diplôme(s) - Expérience militante antérieure ? Si oui, en poste de responsabilité ? - Héritage capital militant (parents)

des adhérents ?	Le 21/07/09, l'avocat de la FNATH critiquera des indemnisations insuffisantes. SOS irradiés 31 : d'accord ?	+ toutes mesures visant à reconnaissance des « préjudices des victimes » : ce fut difficile de faire reconnaître cela ? Pourquoi est-ce important ? - Réunions d'informations à Limoges, Mérignac... Objectif : rassembler unitairement = Rapport avec la FNATH ? (pourquoi ne pas avoir adhéré à la FNATH. Concurrence ?) - Combien de victimes exactement à ce jour : 145 ? Combien de décès radio-induits prouvés à ce jour ? Combien souffrent de pathologies qu'elles estiment liées à leur surirradiation ? Combien de personnes indemnisées à ce jour ? (Dommages et intérêts)	nouvelles expertises ? Mettre en avant le lien causal pour aller en justice ? - Qu'attendez-vous d'un éventuel procès ? Des sanctions ? D'autres indemnisations ? (Important pour vivre ?).	- Qui est chargé des relations presse ? Que leur disiez-vous (recours à Épinal) ? Comment réagissaient les journalistes ? Était-ce difficile de les convaincre de relayer la lutte ?		et Toulouse dans les services utilisant des appareils délivrant des rayons ? (Démarches assurance qualité)	

Modèle de grille d'observation

[Le jugement en délibéré du procès en appel des surirradiés de l'hôpital d'Épinal (2 juillet 2015)].

Grille d'observation du délibéré, 2 juillet 2015, TGI Paris

	Victimes, proches (AVSHE)	Avocat(s) des victimes	Avocat(s) des prévenus	Président tribunal	Prévenus	Journalistes	Témoins au procès présents le 2/07	Psy et association d'aide aux victimes
Entrée au tribunal 12h45								
Commentaires Actions, échanges, manifestation d'émotions								
Hall du tribunal avant jugement								
Commentaires Actions, échanges, manifestation d'émotions								
Salle du délibéré								
Commentaires Actions, échanges, manifestation d'émotions								
Hall, sortie jugement								
Commentaires Actions, échanges, manifestation d'émotions								

UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

UNIVERSITÉ DE NANTES

Thèse de Doctorat

Florian PEDROT

Comment devient-on « victime » ? Le cas des surirradiés en milieu hospitalier

How do you become a « victim » ? The case of radiation overdoses in hospital

Résumé

À partir d'une étude de cas d'accidents médicaux – les surirradiations de patients traités par radiothérapie survenues dans les hôpitaux d'Épinal et Toulouse, révélées en 2006-2007 – cette thèse examine les effets des précédentes crises sanitaires sur l'action publique en santé et sur les mobilisations de victimes. Au croisement d'une sociologie politique, des problèmes de santé publique, du droit et des mobilisations, elle montre que ces précédents pèsent désormais sur les acteurs d'un drame sanitaire. Parce qu'elles surgissent après d'autres affaires où les acteurs politiques ont été mis en cause judiciairement par des victimes, ces surirradiations donnent lieu à des anticipations. Pour le personnel politique, il s'agit d'éviter leur transformation en crise sanitaire et politique. Devançant les journalistes dans l'accès aux accidents, il obtient un alignement du traitement médiatique sur sa propre définition, au prix de la victimisation des patients. Mais tous les patients ne se reconnaissent pas victimes et, en dépit de la publicisation des accidents et d'un droit de la responsabilité médicale favorable, un travail de réalisation des surirradiés en victimes a été nécessaire. L'intervention d'acteurs du droit – les avocats – a été indispensable pour faciliter la naissance d'associations de victimes et pour mettre en valeur les causes de leur état. Ces avocats transforment la cause en canalisant les griefs des victimes jusqu'au procès. En s'appuyant sur des archives de presse et administratives, des entretiens, des questionnaires, des observations, la thèse propose l'analyse paradoxale de la non-émergence d'une crise sanitaire et sa transformation en affaire judiciaire.

Mots clés
Accidents médicaux, surirradiations, crises sanitaires, problèmes de santé publique, mobilisations de victimes, procès.

Abstract

This thesis is a case study based on medical malpractice records of radiation overdoses of patients treated by radiation therapy at both Épinal and Toulouse hospitals, revealed in 2006 and 2007. This thesis studies the effect of previous health crisis regarding the publicly funded national healthcare system and victims' mobilizations. At the intersection of the sociology of politics, public health issues, law and social mobilizations, this thesis demonstrates how the above come into play in creating a sanitary crisis. Because this happens after other sanitary affairs where the politicians have been accused by victims in trials, these overdoses are anticipated. Politicians want to avoid a possible future sanitary and political crisis. Anticipating the role of journalists on the issue of medical malpractice, politicians manage therefore to align the media coverage towards their own definition, at the cost of turning the patients into victims. However, not all patients recognize themselves as victims and despite the fact that medical malpractices have become public knowledge and medical liability and medical malpractice laws are favourable towards victims, the victimisation of overdose patients is needed. The intervention of law professionals – lawyers – was necessary to establish victims' associations and to highlight the causes of their state. These lawyers transform the cause by channelling the victims' claims to trial. Based on media and administrative archives, as well as interviews, questionnaires and observations, this thesis analyses the paradoxical non-emerging health crisis and its transformation into a court case.

Key Words
Medical malpractice, radiation overdoses, health crisis, public health problems, mobilizations of victims, trial.

L'Université Bretagne Loire