

COMPTE RENDU DE LA RENCONTRE DU 29 DÉCEMBRE AVEC LE SOUS-PREFET D'ISTRES (M. Reuters).

Objet de la rencontre : il s'agissait de remettre le rapport relatif à « *la construction du Cadastre des postes de travail en cause dans les cas de cancers du bassin Fos / Martigues* » au préfet. Nous voulions également l'informer que la réalisation de notre objectif, un « cadastre » des postes de travail pour recenser les postes assainis (porteurs de solutions) et les postes encore nocifs (à assainir), demande que toutes les déclarations de maladies professionnelles soient examinées par les représentants des CHSCT du territoire.

Composition de la délégation : René Giorgetti (Région PACA, président de la Commission Solidarité Santé Prévention) conduisait une délégation composée de Marc Andéol (« cartographe » réalisateur du SIC et auteur du rapport), des docteurs Christian Mizzi et Gilbert Igonet (respectivement Président et trésorier de l'APCME), et de Jean-Philippe Murru (coopération des CHSCT CGT).

Résultats : La rencontre a duré 1 h 30 (de 17 h à 18 h 30). Le Préfet a vu dans notre action une approche déjà utilisée avec succès dans le domaine de la Sécurité Civile : le « retour d'expérience ». Il s'est engagé à lire le rapport et à réfléchir à trois types d'actions : l'information du gouvernement, la proposition de mesures législatives, la « facilitation » des rapports avec les partenaires.

BREF RÉSUMÉ DES ÉCHANGES :

Dans son introduction, René Giorgetti a d'abord rappelé que l'industrialisation de notre bassin de vie a permis, en quelques décennies, une amélioration nette des niveaux de santé. Mais elle a aussi provoqué des morts et des souffrances insupportables, notamment pour tous ceux qui ont été exposés à l'amiante. Le rapport met en évidence que l'inégalité face au risque est encore bien réelle, et que l'amiante est loin d'être le seul facteur en cause. C'est pourquoi l'action présentée veut se situer au niveau de la réalité des postes de travail : parce qu'ils démontrent que la prévention est possible, ceux qui sont déjà assainis rendent plus inacceptable encore la persistance de lieux nocifs sur notre territoire.

Il insiste sur le fait que la démarche entreprise ne vise nullement la fermeture des usines, elle veut au contraire contribuer à la construction d'un système qui permette de garantir réellement à tous qu'ils peuvent y travailler sans exposer leur santé à des risques éliminables. Il est donc indispensable, pour la prévention, que toutes les déclarations de maladies professionnelles soient suivies d'une enquête approfondie sur les postes de travail en cause : on en est très loin puisque seules 0,3% des déclarations donnent lieu à enquête du CHSCT et que 47% des reconnaissances sont affectées au « compte spécial ».

La réponse à cette exigence pourrait prendre la forme d'une commission technique « territoriale » où toutes les déclarations, qu'elle concernent des salariés de la sous-traitance ou non, seraient discutées avec les représentants des CHSCT concernés, l'inspection du travail, etc. C'est de cette proposition opérationnelle que la délégation souhaite discuter.

La première question posée par le préfet a porté sur les critères d'imputabilité de la maladie aux facteurs de risques. Nous lui avons répondu que chaque cas documenté (fiche individuelle) résulte d'un parcours « du soupçon à la connaissance du risque » guidé par la recherche de la réponse à 5 questions structurantes.

Ce parcours mobilise, selon des procédures rigoureuses (le SIC), toutes les connaissances disponibles : celles que l'on « extrait » de l'expérience de l'ouvrier et de son médecin d'une part, celles que l'on extrait de la littérature du domaine d'autre part. Pour la construction du cadastre, on procède ensuite au regroupement « raisonné » des cas analogues.

Le préfet note avec intérêt qu'il s'agit d'une approche pragmatique, basée sur des raisonnements vérifiables. Il ne s'agit pas d'une épidémiologie de type « statistique », méthode qui a sans doute son intérêt dans certaines conditions, mais dont les résultats laissent très souvent perplexes, sans compter qu'ils ne sont pas toujours en rapport avec l'importance des moyens mobilisés.

Marc Andéol remet ensuite un résumé des principaux résultats du rapport (voir ci-après). Il est discuté au fur et à mesure de sa présentation.

Cette discussion a révélé que Monsieur Reuters a une très bonne connaissance du domaine. Il nous a confié que cela vient sans doute de ce qu'il est fils de sidérurgiste, et qu'il a longtemps vécu dans un bassin minier, donc directement au contact du problème. À l'époque, les maladies professionnelles étaient considérées comme « inévitables », et les conditions de travail étaient bien pires qu'aujourd'hui. Malgré tout, les médecins généralistes de cette région avaient une certaine « culture » du risque. Un indice révélateur : l'interrogatoire du patient comportait toujours la question de savoir s'il travaillait « au fond ».

Le docteur Igonet rappelle qu'en effet, c'est l'action des généralistes des bassins miniers qui a conduit à la reconnaissance, en 1945, de la silicose comme maladie professionnelle. Avant l'inscription de la silicose aux tableaux, pour l'immense majorité des spécialistes de pneumologie, cette maladie était considérée comme une forme particulière de tuberculose : la « tuberculose du poumon empoussiéré ». Le SIC est un outil qui voudrait fournir aux généralistes d'aujourd'hui les moyens d'adapter cette culture de « médecine de l'environnement » aux conditions et aux exigences actuelles.

Le docteur Mizzi ajoute qu'aujourd'hui c'est le tabac qui vient masquer l'importance réelle des expositions professionnelles. Selon lui, le tabac a une double action nocive : une action nocive directe (comme cancérogène), et une action indirecte, comme facteur conduisant à négliger ou à bâcler la recherche des facteurs liés au milieu de travail. Il faut bien avouer que, même en ce qui nous concerne, ce sont souvent les cancers des sujets non fumeurs qui alertent sur la nocivité de certains postes de travail.

Certes, tous les médecins savent que les cancers sont des affections multifactorielles. Pourtant, dès qu'ils ont identifié la consommation de tabac, le raisonnement s'arrête, avec pour conséquence la sous-estimation des situations de travail mal ou trop tardivement identifiées (le drame de l'amiante aurait-il eu cette dimension si les médecins n'avaient pas systématiquement attribué les cancers du poumon au tabac ?). Et les enseignements post-universitaires auxquels le docteur Mizzi assiste régulièrement lui démontrent que cette approche reste encore largement dominante.

Le préfet nous a ensuite interrogés sur les obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre cette démarche. Pour Monsieur Murru, le premier obstacle est représenté par la généralisation de la sous-traitance et de l'intérim. Quand il y a un risque, on sous-traite le poste de travail plutôt que d'affronter le problème. Dès lors, non seulement les plus exposés sont souvent les moins bien protégés, mais en cas de maladie professionnelle reconnue on exonère le donneur d'ordre de toute responsabilité. L'activité de prévention ne se limite certes pas au seul « retour d'expérience » des cas de maladies avérées, mais les données sur les atteintes réellement constatées sont essentielles : on ne peut plus accepter qu'elles soient à ce point « opaques », déconnectées du lieu qui expose au risque.

Marc Andéol voit comme un obstacle majeur le fait que la « tarification du risque » a perdu sa vocation incitative. Résultat : les bons payent pour les mauvais. La tarification des risques visait à ne pas faire peser de handicap sur les employeurs qui ne produisent pas d'atteintes à la santé, et à inciter les autres à en réduire le nombre. On ne le fait pas parce qu'on ne dispose pas d'un système d'information capable de garantir une bonne connaissance de la réalité des atteintes : nous avons construit une approche (galerie des cas et cadastre des postes de travail) qui démontre au contraire que l'on peut dépasser cette situation. Au-delà des données « en soi », il nous semble que c'est ce système (le SIC) qui devrait retenir l'attention.

René Giorgetti revient alors sur la demande de « cartographie des risques » qui conclut le rapport. Il souligne qu'on ne peut sortir des carences de la situation actuelle, des souffrances et des drames qu'elle génère, que par une approche territoriale, incluant aussi bien les sous-traitants que les organiques, aussi bien l'agriculture que l'industrie. Que peut faire le préfet ?

Le Préfet rappelle qu'il ne peut pas agir directement sur l'Assurance Maladie, parce que c'est un organisme paritaire. Mais trois types d'actions sont envisageables :

- L'information du gouvernement, qui est une modalité que tous les préfets utilisent quand il y a un élément d'importance notable à signaler.
- La proposition de mesures législatives.
- La facilitation des rapports avec les partenaires.

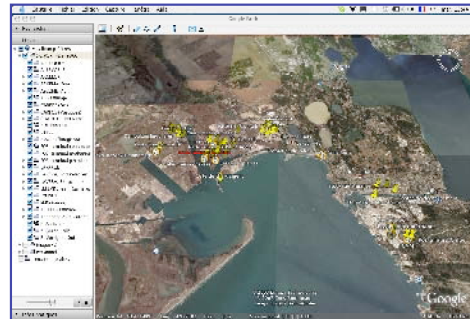
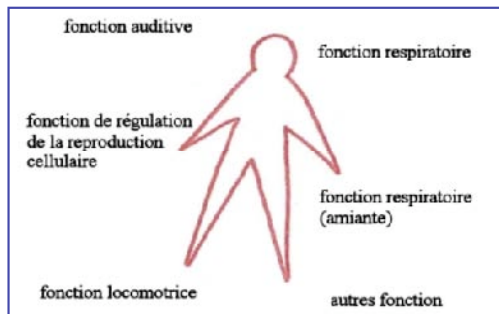
En effet, il ne trouve pas, dans ce qui lui a été présenté les motifs d'inquiétude que certains ont pu manifester ces derniers temps à l'égard de l'action des médecins de l'APCME. La méthode qui lui a été exposée rejoint même ce qu'il connaît et pratique dans le domaine de la protection civile : le « retour d'expérience ».

Il faut s'attacher à éliminer les situations nocives, dont le coût humain est de toute façon transféré sur la collectivité. C'est aussi une condition essentielle pour que l'industrie soit attractive auprès des jeunes. La crise en cours nous démontre clairement que l'industrie et l'agriculture sont la base de la richesse des nations, il faut donc veiller aux conditions de leur développement durable.

LE SYSTÈME D'INFORMATION CONCRET (SIC).

Toute atteinte vérifiée, qui confirme la réalité d'un risque, doit provoquer la recherche attentive des causes dans les postes de travail où la personne a travaillé afin de déclencher les interventions correctives nécessaires (**retour d'expérience**). C'est ce que nous faisons pour les cas pris en charge dans le SIC :

Un panneau des résultats accessible sur le Web Internet :



Qui est atteint ?

Galerie de tous les cas.

Où est le risque ?

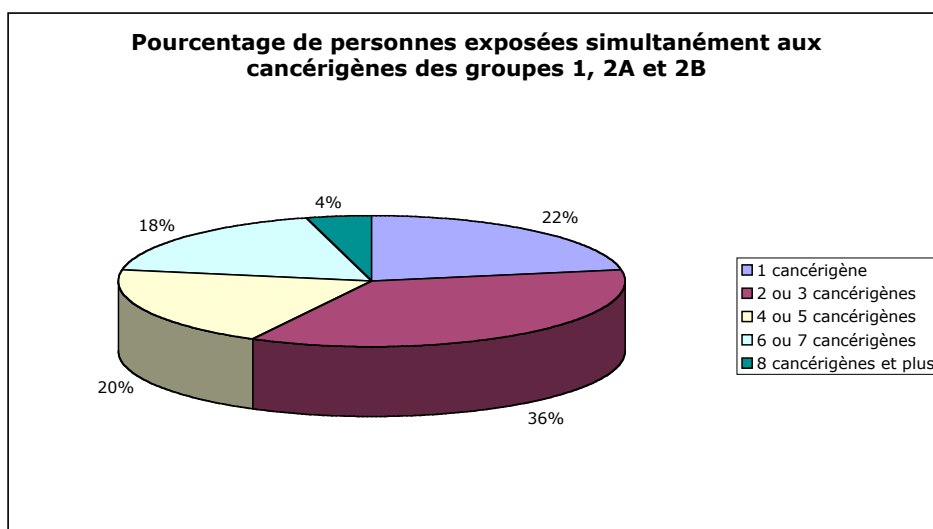
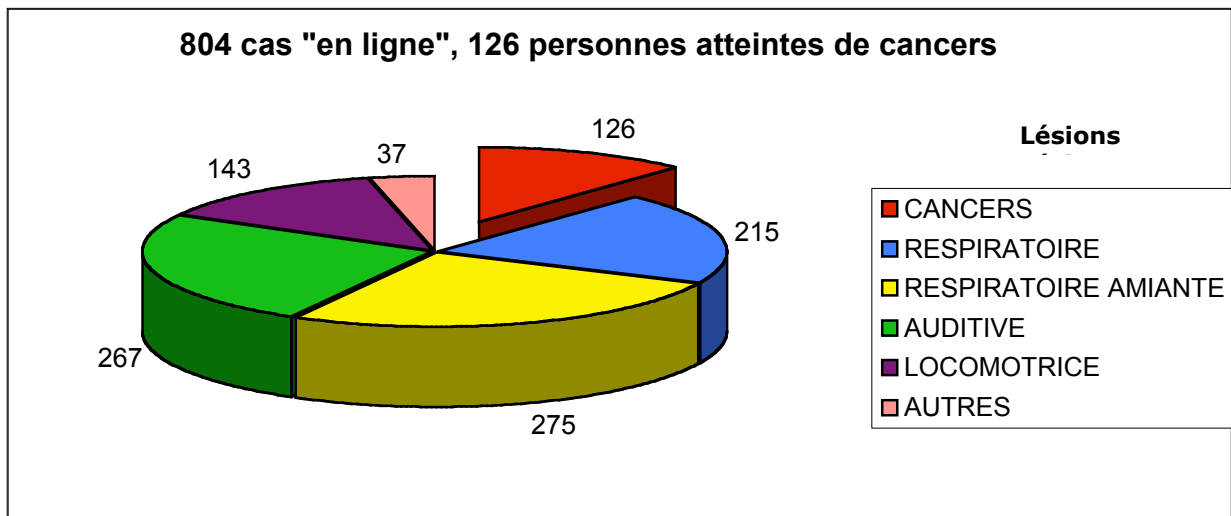
- Cadastre des lieux nocifs.
- Cadastre des lieux assainis.

Tout le monde peut vérifier, commenter, enrichir les données.

Pourtant, les données de l'Assurance Maladie sont profondément altérées par l'utilisation de critères inadéquats, même quand il s'agit de maladies graves comme les cancers.

- Les maladies professionnelles reconnues ne représentent que la partie émergée de l'iceberg (1800 cas de cancer reconnus chaque année, contre 11000 à 23000 cas « attendus »).
- Seules 0,3% des maladies déclarées ont donné lieu à l'enquête obligatoire du CHSCT (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail).
- Les maladies des sous-traitants (les plus nombreuses) sont imputées à l'activité économique de l'employeur et non à celle des lieux qui les causent.
- Près de 50% des maladies reconnues sont affectées à un "Compte Spécial" qui ne dit rien du secteur d'activité à l'origine de l'atteinte.

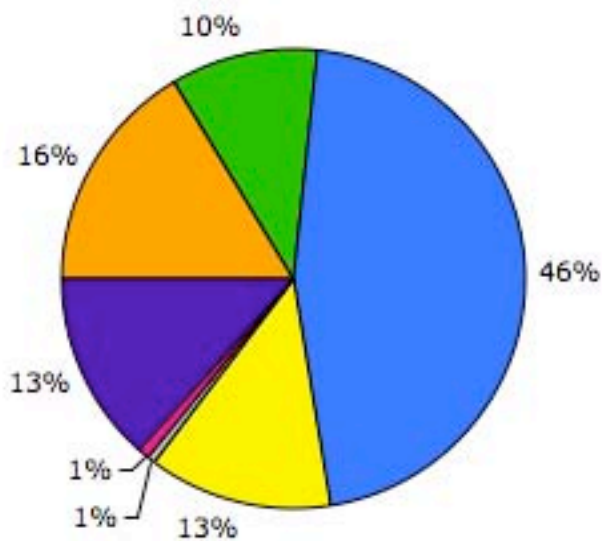
1) CE QUE LE SIC NOUS DONNE :



- Entre 2003 et 2009, si l'on applique mécaniquement les estimations de l'INCA (une moyenne nationale), les 138 médecins généralistes du bassin auraient dû déclarer 225 cancers d'origine professionnelle.

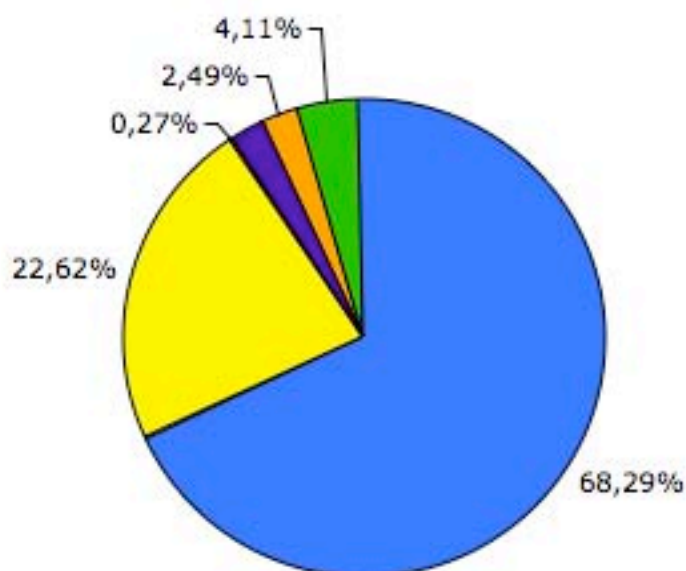
- Sur la même période, la quarantaine de médecins qui travaillent dans notre réseau ont produit 135 déclarations (pour 126 personnes atteintes). Ceci signifie qu'environ 25% des médecins du bassin déclarent 60% des « cancers attendus ».

Sites des cancers APCME (135 cancers, données locales)



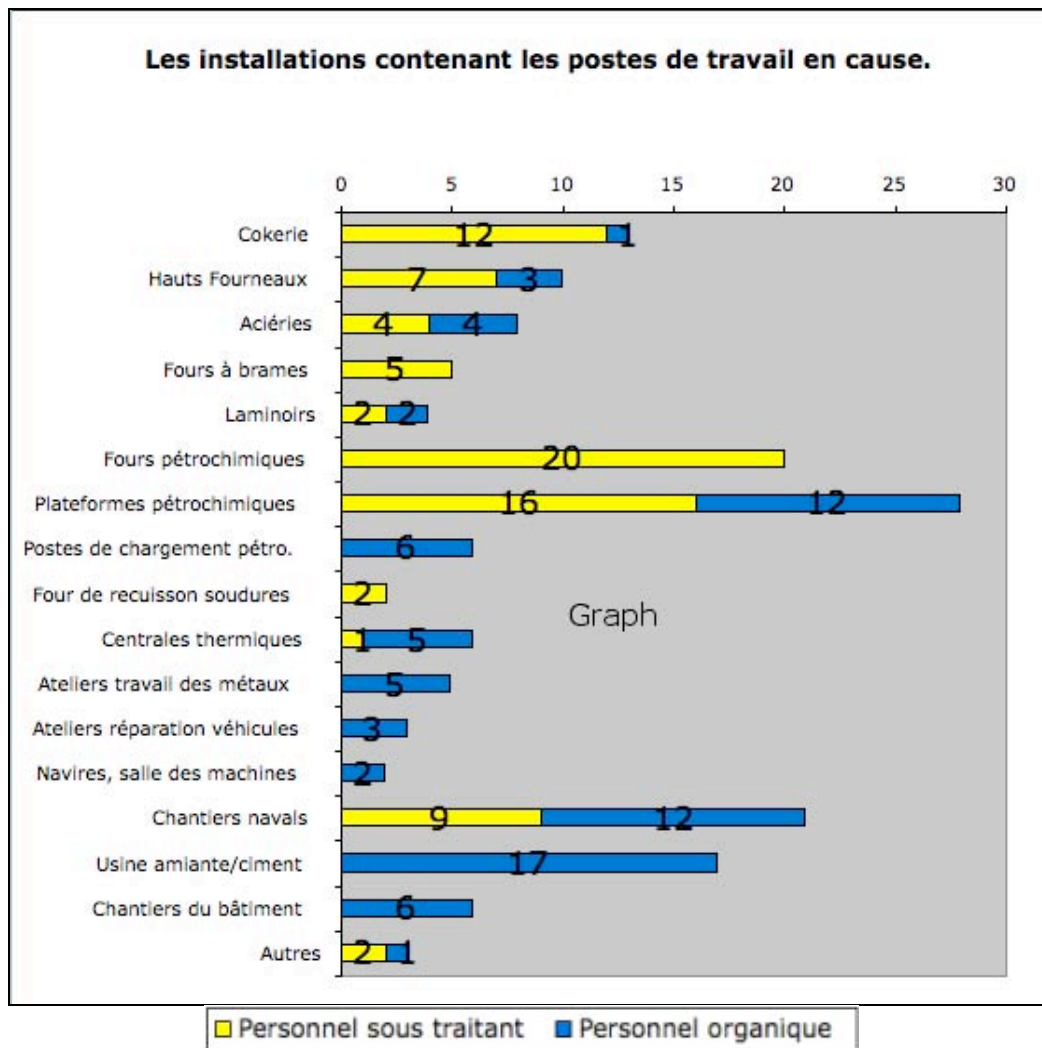
- Cancers urologiques
- Cancers des voies aérodigestives supérieures
- Cancers broncho-pulmonaire
- Mésothéliomes
- Cancers cutanés
- Cancer du foie
- Hémopathies malignes

Sites des cancers Assurance Maladie (1866 cancers, données nationales 2007)

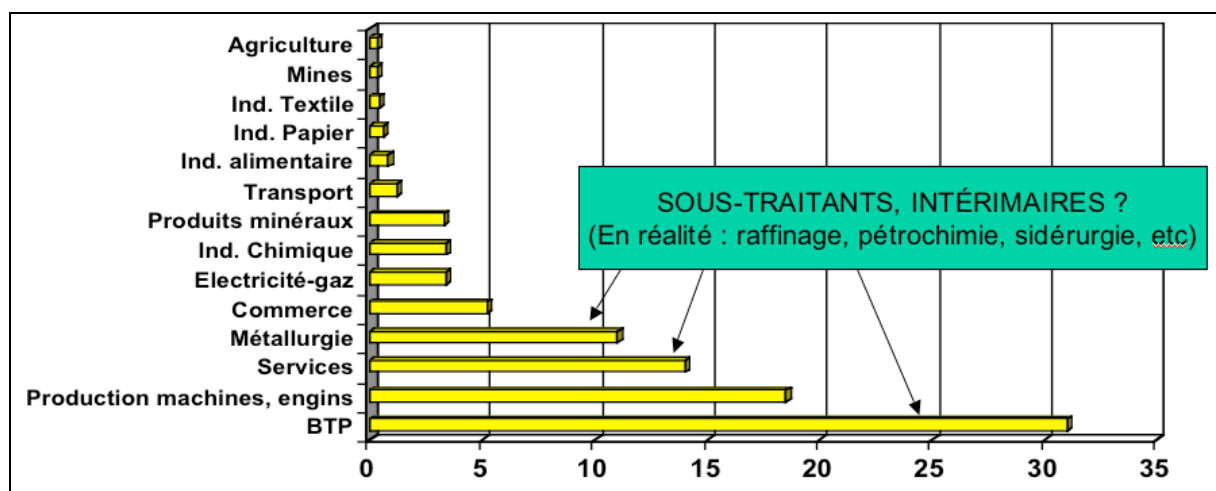


- Cancers urologiques
- Cancers des voies aérodigestives supérieures
- Cancers broncho-pulmonaire
- Mésothéliomes
- Cancers cutanés
- Hémopathies malignes

Les secteurs d'activité en cause selon le SIC :



Les secteurs en cause selon les statistiques CNAMTS:



NB : 50% des maladies reconnues sont affectées au « compte spécial ».

2) CE QUE LE SIC NOUS DEMANDE :

« Nous ne changerons pas nos comportements, et il faut qu'ils changent, si nous ne changeons pas d'instruments de mesure : voilà l'enjeu ».
(Henri Guaino, à propos du rapport Stieglitz).

Nous avons **expérimenté, testé, vérifié et éprouvé un système informatisé (le SIC) qui permet d'intégrer** toutes les données qui existent déjà, mais qui sont habituellement « éparpillées », afin de les rendre réellement utilisables. Les éléments essentiels :

- Une « Galerie » de tous les cas réels du territoire réel ;
- Un « Cadastre » sélectif des postes de travail (à assainir où déjà assainis) ;
- Un « Comité Territorial de Connaissance et d'Assainissement » où tous les groupes engagés peuvent participer à la vérification des résultats.

Dans l'immédiat, la réalisation de trois propositions permettrait de s'engager réellement dans la voie d'un véritable système, capable d'autorégulation :

- **Faire converger toutes les données disponibles** sur les cas avérés dans un cadastre territorial unique, « officiel », des lieux/postes de travail ayant déjà produit au moins un cas reconnu comme maladie professionnelle. On pourrait commencer avec les postes déjà assainis, pour promouvoir leur valeur exemplaire, créer une incitation positive.
- **Respecter l'obligation d'enquête du CHSCT** en cas de déclaration de maladie imputable au milieu de travail. Que la personne appartienne au personnel organique, sous-traitant, ou intérimaire de sous-traitant, le CHSCT du site qui expose au risque doit savoir et comprendre pour résoudre (assainir) au même titre que le CHSCT du sous-traitant (quand il existe).
- **Déclencher le suivi « éclairé » des autres travailleurs** au même poste de travail dès qu'un cas a été reconnu. Le suivi « post-exposition » ne doit plus dépendre d'une appréciation exclusive de l'employeur, mais de la connaissance des cas de cancer avérés.

Le moyen organisationnel à mettre en œuvre pour compléter cette approche, l'étendre à tout le territoire : **une commission technique d'examen de tous les cas déclarés** pour identifier les postes de travail en cause et vérifier la réalité de leur assainissement. Toutes les déclarations enregistrées par la CPCAM sur le territoire pourraient être discutées avec les représentants des CHSCT concernés, les inspecteurs du travail, etc ...

La connaissance de la réalité est en effet le seul moyen de mettre en place réellement ce que prévoyait la loi de 1945 : une « tarification du risque » (cotisation des employeurs à la branche AT-MP) indexée sur la réalité des dommages provoqués.