



# la **R**evue du **J**ournal des **P**rofessionnels de la **S**anté au **T**ravail

## Cancers professionnels



## Rédaction SNPST

12, impasse Mas

31000 Toulouse

Tél. : 05 61 99 20 77

Fax : 05 61 62 75 66

[courrier@snpst.org](mailto:courrier@snpst.org)

<http://snpst.org>

n° de la commission :

1011 S 05549

## Directeur de la publication :

Gilles ARNAUD

## Rédactrice en chef :

Françoise BLANC

## Comité de rédaction :

Marie Christine LIMAME

Jean Claude GUIRAUD

Pierre JANSOU

Mireille CHEVALIER

## Ont participé à ce dossier :

Jean Marie BIRBES

Annie DEVEAUX

Gérard BARRAT

Gérard LUCAS

Michel HERY

Annie THEBAUD MONY

Geneviève FAYE

Pascale KAUFFMANN

Patrick LE TANNO

Denis GREGOIRE

Arnaud de BROCA

Hélène BOULOT

Frédéric HOUEL

Bernard SALENGRO

Jean-François NATON

## Photos :

Christian GUIRAUD

Gérard LUCAS

Marie-Christine LIMAME

Christian TORRES

## Publicité :

SHUTAFEL

47 rue Cartier Bresson

93500 Pantin

Téléphone : 01 75 43 82 89

Télécopie : 01 72 70 31 48

[shutafel.jst@hotmail.fr](mailto:shutafel.jst@hotmail.fr)

# SOMMAIRE

- 1/** Edito *Françoise BLANC* 5
- 2/** Les malades de l'amiante. Témoignage d'un ancien salarié d'Eternit.  
*Jean Marie BIRBES* 6
- 3/** Le difficile parcours pour la reconnaissance des cancers professionnels :  
A propos de 2 cas de cancers ORL. *Annie DEVEAUX* 8
- 4/** Les cancers professionnels : Le rôle de sentinelle du médecin du travail  
et les limites de l'épidémiologie. *Gérard BARRAT* 11
- 5/** Les cancers des bitumes : Une grosse artillerie épidémiologique détournée.  
*Gérard LUCAS* 14
- 6/** Prévention du cancer de la vessie en milieu professionnel :  
Bilan et perspectives. *Michel HERY (INRS)* 16
- 7/** Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente  
en Seine-Saint-Denis. *Annie THEBAUD MONY* 18
- 7 bis/** Une action d'information et de sensibilisation des salariés exposés  
à des CMR. *Une infirmière en santé au travail* 24
- 8/** Suivi des salariés exposés aux CMR par l'équipe de santé au travail.  
*Geneviève FAYE, Pascale KAUFFMANN* 25
- 9/** Des leçons à tirer de la catastrophe de l'amiante...  
Le rôle du médecin du travail. *Patrick LE TANNO* 28
- 10/** REACH, un aiguillon pour la substitution des cancérogènes ?  
*Denis GREGOIRE, Institut Syndical Européen* 30
- 11/** Les cancers professionnels vont-ils devenir un enjeu de santé publique ?  
*Arnaud de BROCA, FNATH* 32
- 12/** L'amiante en 2008 : que reste-t-il à faire ? *Hélène BOULOT, Frédéric HOUEL,*  
*ANDEVA* 33
- 13/** La parole aux organisations syndicales.  
*Bernard. SALENGRO CFE-CGC, Jean-François NATON CGT* 35
- 14/** La position du SNPST. Le scandale des cancers professionnels. 38

## ÉDITO

UN CANCER, DES MILLIERS DE CANCERS ...  
JE NE FUME PAS MAIS JE TRAVAILLE

FRANÇOISE BLANC

320000 nouveaux cas de cancers en France en 2008 ; entre 11000 et 23000 qui seraient d'origine professionnelle ? 100000 morts annoncées de personnes qui ont été exposées à l'amiante, dont la grande majorité dans le cadre de leur travail ! En Europe, 2,3 millions de nouveaux cas et plus d'un million de décès survenus en 2006 ...

**Ces chiffres font frémir** et sont difficiles à imaginer ...

Mais, l'émotion n'est pas moindre lorsque Jean Marie Birbes, ancien salarié d'Eternit nous raconte leur histoire et nous dit : « Cette année là, nous avons perdu notre premier collègue de travail ... » ou quand Annie Deveaux, médecin du travail, nous raconte l'histoire de Jean et de Stéphane et les longues démarches pour faire reconnaître l'origine professionnelle de leur cancer.

Le docteur Barrat, médecin du travail d'ADISSEO, nous fait part de son travail et de sa vigilance de chaque instant en lien avec le CHSCT. Mais, il nous dit aussi que, sans la mobilisation des salariés syndiqués à la CGT, sans le soutien des médias et d'Henri Pézerat, les cancers du rein seraient sans doute encore en attente de reconnaissance. Et le docteur Barrat s'interroge : « **C'est un échec de la prévention primaire** qui est la mission des acteurs de la santé au travail » ; plusieurs années ont été nécessaires avant la substitution du produit en cause : « Combien de cancers du rein auraient pu être évités ? Nous sommes, à ce jour, à 32 cas ... »

**Quelles sont les causes des cancers ?** Tabac et alcool sont les deux mots qui nous viennent spontanément à l'esprit tant les médias nous le rabâchent ! Mais, professionnels de la santé au travail, scientifiques ou salariés, nous savons bien que les cancers sont toujours dus à un faisceau de causes et Annie Thébaud Mony nous dit que « il n'y a pas de « signature » du cancer permettant de « choisir » pour un individu atteint de cancer entre différentes causes ».

Elle nous rappelle aussi les inégalités sociales déjà établies au début des années 1990 (taux de mortalité par cancer qua-

tre fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres, hommes entre 45 et 54 ans) et confirmées par l'enquête menée en Seine Saint Denis entre 2002 et 2007 (65% des malades atteints de cancer relèvent de la catégorie des ouvriers). Cette enquête, en outre, donne des résultats bien différents de ceux donnés par les diverses statistiques dans ce domaine : en effet, sur près de 700 malades atteints de cancers, dont les parcours professionnels ont pu être reconstitués, 84% ont subi des expositions aux cancérogènes et 55% ont été exposés à au moins 3 substances ou procédés cancérogènes. On est loin des 4 à 8% allégués dans la plupart des statistiques !

**Comment appréhender la réalité des cancers professionnels ?** Cette question fondamentale, pour la reconnaissance, mais aussi et surtout, pour la prévention, est abordée ici par plusieurs auteurs. L'épidémiologie est-elle suffisante ? Ne faut-il pas recourir à d'autres techniques d'évaluation telles que la mise en évidence de clusters (regroupement de cas) limités dans le temps et dans l'espace ? Nous n'avons pas pu approfondir cette question dans ce dossier par l'absence de plusieurs auteurs qui auraient pu débattre utilement ; ceci pourra peut-être faire l'objet d'un futur dossier ?

**L'avenir nous permet-il d'espérer ?** Notre espoir est mesuré car nous savons que le mal est fait et que beaucoup de souffrances sont à venir. Par ailleurs, l'affaire de l'amiante a été un révélateur implacable des insuffisances du système de santé au travail. La réforme attendue va-t-elle réparer ces insuffisances ? Pourtant, REACH nous laisse espérer quelques avancées et nous ne demandons qu'à croire les estimations de la Commission Européenne qui a prévu que 4500 décès par cancer pourront être évités chaque année grâce à REACH !

**Notre dernière pensée est pour les victimes** des cancers, qui ont su se regrouper pour faire valoir leurs droits au sein d'associations comme l'ANDEVA et la FNATH.

# LES MALADES DE L'AMIANTE

## TÉMOIGNAGE D'UN ANCIEN SALARIÉ D'ETERNIT\*

*JEAN MARIE BIRBES, ANCIEN SALARIÉ D'ETERNIT ALBI  
SYNDICALISTE CGT, PRÉSIDENT DE L'ARDEVA DU TARN*



bres du Comité d'Hygiène et Sécurité (commission issue du Comité d'Etablissement) luttèrent pour faire baisser les taux d'empoussièrement.

Au bout de six mois, j'ai été muté au laboratoire process. Le travail consistait à analyser les matières premières et à suivre les process de fabrication ; j'ai eu donc la possibilité de connaître tous les ateliers de l'usine.

J'étais syndiqué à la CGT ; je me suis présenté, dès juin 1977, à l'élection des délégués du personnel et j'ai été nommé représentant syndical au

Comité d'Etablissement.

*Il faut rappeler le contexte de cette époque : les années 70* ont été les années où les ouvrières d'Amisol et le collectif de Jussieu ont eu leurs luttes pour alerter la société française sur les dangers de l'amiante et où sont apparues les premières réglementations, en particulier l'interdiction du flocage.

Ces débats ont aussi eu lieu chez Eternit. Nous avions un syndicat fort avec 130 syndiqués sur 280 salariés ; nous avons lutté pour faire respecter les dernières réglementations, pour abaisser le taux d'empoussièrement ... mais la pression de l'emploi était telle que l'aspect santé est passé au second plan, surtout face aux premiers plans sociaux...

En 1978, plus de 900 salariés ont été licenciés et l'usine de Caronte a été fermée ; c'était l'usine où les revendications concernant l'utilisation de l'amiante étaient les plus fortes. A Terssac, nous avons occupé l'usine pendant 18 jours, mais la lutte portait uniquement sur les questions d'emploi.

A partir de cette année-là, le déclin de l'industrie de l'amiante-ciment s'est accentué. En même temps, c'est la création du Comité Permanent Amiante (CPA) qui développe le concept de « l'usage contrôlé de l'amiante » avec la participation des organisations syndicales, des médecins et des représentants de l'Etat. Ce comité était organisé et financé par les multinationales de l'amiante (Eternit et Saint Gobain).

### *La pression de l'emploi*

De 1978 à 1996, nous avons eu constamment une pression sur l'emploi avec une succession de plans sociaux. La reconnaissance des maladies professionnelles était très difficile à obtenir, les directions locales exerçaient des pressions sur les salariés. Malgré toutes ces difficultés, nous avons vu évoluer le nombre de reconnaissances ; pourtant, jusqu'à l'interdiction de l'amiante en 1996, c'était très difficile et très rare pour les salariés en activité. Les informations que nous avions étaient les suivantes : « La façon dont vous utilisez l'amiante ne représente pas de risque majeur pour la santé » ; « l'amiante bleu » avait été interdit en 1982 et on nous expliquait que la variété d'amiante chrysotile n'était pas dangereuse pour la santé. La médecine du travail n'avait pas l'indépendance requise pour exercer correctement son activité ; des réunions de médecins du travail de sites étaient organisées régulièrement par Eternit.

### *De plus en plus de maladies professionnelles*

La grande majorité de cas reconnus concernait des retraités des usines les plus anciennes, c'est-à-dire Thiant et Paray le Monial : surtout des cas d'asbestoses, rarement des mésothéliomes et encore plus rarement des cancers broncho-pulmonaires. En 1987, seulement 125 maladies professionnelles étaient reconnues chez Eternit France pour une population de plus de 5000 salariés. Deux ans plus tard, en mars 1987, 205 maladies professionnelles reconnues !

### *Nous avions conscience que quelque chose n'allait pas.*

« L'usage contrôlé » de l'amiante ne nous avait pas garanti l'emploi puisque les effectifs ont baissé de 30% entre 1978 et 1982 et que le phénomène s'est amplifié de 1982 à 1991 où la baisse des effectifs fut de 53.2% soit 8.2% par an ! La société Eternit comprenait 5050 salariés en 1978, 1658 en 1991 et seulement 1400 en 1996 avant l'annonce de l'interdiction de l'amiante !

*J'ai commencé à travailler à l'usine ETERNIT de TERSSAC le 1<sup>er</sup> décembre 1976, comme manutentionnaire au service usinage des tuyaux.*

*Les fibres d'amiante, il y en avait partout*

Le travail consistait à mettre sur palettes des joints de tuyaux après l'usinage. Il y avait beaucoup de poussière malgré les systèmes d'aspiration qui venaient d'être installés. Souvent, les conduits d'aspiration se bouchaient et les fibres d'amiante se répandaient dans l'atelier. Alors, nous nous mettions en grève et nous allions nous asseoir dehors.

Chaque fois que nous recevions de l'amiante, nous devions aller la décharger. Elle arrivait par wagons et était conditionnée en sacs de jute ; et il y avait de la poussière partout...

Je pourrais encore citer d'autres exemples de conditions de travail où les salariés de l'usine étaient exposés aux fibres d'amiante ; il y en avait partout ...

Pourtant, l'usine était toute récente ; sa création remonte à 1971 : une chaîne de fabrication de tuyaux suivie, deux ans plus tard, par une chaîne de plaques ondulées. Très rapidement, les systèmes d'aspiration ont été mis en place ; les mem-

(\*) Intervention au FORUM SANTE TRAVAIL de TOULOUSE le 19 juin 2008

*La constatation était évidente : l'usage contrôlé de l'amiante n'avait ni maintenu l'emploi, ni préservé notre santé ; et le pire était à venir ! ...*

En novembre 1990, 223 maladies professionnelles reconnues ; en 1996, on est arrivé à 492 et, aujourd'hui, c'est plus de 1600 maladies reconnues !

*Le Comité Central d'Entreprise (CCE) demande une étude.*

Depuis 1988, j'avais été nommé délégué syndical central et membre du CHSCT ; je siégeais donc au CCE ainsi qu'au comité de groupe. Au CCE, nous avons demandé qu'une étude soit faite sur l'avenir de notre profession. Cette étude a confirmé le déclin de notre industrie et a montré que le groupe s'était repositionné stratégiquement sur le secteur plastique grâce aux bénéfices réalisés dans l'amiante ciment ; et cela, au mépris de la santé des salariés ! La prise de conscience s'est amplifiée avec des interrogations sur l'abandon de l'utilisation de l'amiante et une reconversion vers des nouvelles technologies. Nous savions déjà fabriquer des produits sans amiante, mais les nouvelles fibres étaient 25% plus chères.

Eternit avait des représentants partout : ils sié-

geaient à la CRAM, au conseil d'administration de la CPAM, au conseil d'administration de la médecine du travail de l'Albigeois, au Comité Technique Régional (CTR)... et ils faisaient un travail très important au parlement européen pour lutter contre les directives réglementant l'usage de l'amiante.

En 1994, Eternit France était repris par le groupe belge ETEX ...

*Cette année là, nous avons perdu notre premier collègue de travail* : il travaillait à l'usine de Tersac ; il est décédé à 46 ans d'un mésothéliome après seulement 13 ans d'exposition à l'amiante.

*L'interdiction de l'amiante et la création de l'ARDEVA*

Depuis 2 ans, nous avons des contacts avec Annie Thébaud-Mony et Henri Pézerat. Notre démarche syndicale, tant au niveau fédéral que local, était de convaincre les camarades de travail d'aller vers l'interdiction de l'amiante ; mais le chantage à l'emploi était constant. La décision d'interdire l'amiante en juillet 1996 fut déterminante. Nous avons décidé de créer immédiatement une association pour défendre les victimes : l'ARDEVA, créée par le Comité d'Etablissement d'Eternit Tersac, et la FNATH du Tarn.

Notre premier travail fût la reconnaissance des maladies professionnelles : la peur des salariés ayant disparu, ce fût une véritable explosion ! Ensuite, il fallait faire reconnaître la faute inexcusable de l'employeur : nous l'avons obtenue ; ainsi que le suivi post-professionnel.

Le statut de travailleur de l'amiante, qui était notre idée depuis le début des années 90, a vu le jour sous la forme d'une « allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante » (ACAATA). Cette allocation prend en compte les années d'exposition : en effet, les travailleurs de l'amiante, comme tous ceux qui sont exposés à des produits toxiques et/ou cancérigènes, ont une espérance de vie réduite. Ce système prend donc en compte cette réalité qui s'est confirmée puisque à peu près 25% des salariés qui bénéficient de l'ACAATA meurent avant 60 ans.

*Aujourd'hui encore, les méfaits de l'amiante continuent.*

Nous assistons, au sein de notre association, à une augmentation importante des mésothéliomes. Les méfaits de l'amiante continuent non seulement pour les salariés qui ont été exposés mais aussi pour toutes les personnes qui ont été exposées, dans leur environnement, aux fibres d'amiante.

**Le SNPST, Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail, est ouvert à tous les professionnels de la santé au travail.**

**N'hésitez pas à aller sur notre site pour mieux nous connaître :**

**<http://snpst.org>**

**Ou à nous contacter par mail : [courrier@snpst.org](mailto:courrier@snpst.org)**

**ou par téléphone : 05 61 99 20 77**

**Si l'avenir de la santé au travail vous préoccupe, rejoignez nous.**

**Pour vous abonner à la revue et au journal,**

**téléphonez : au secrétariat du SNPST**

# LE DIFFICILE PARCOURS POUR LA RECONNAISSANCE DES CANCERS PROFESSIONNELS : A PROPOS DE 2 CAS DE CANCERS ORL.

*ANNIE DEVEAUX, MÉDECIN DU TRAVAIL EN SERVICE INTERENTREPRISES*

**Le suivi médical en santé au travail des salariés cesse le plus souvent lors de leur départ en retraite. Suite au scandale de l'amiante, le législateur a prévu un dispositif de suivi post-professionnel, pour un certain nombre de cancérogènes bien désignés, sous réserve que les salariés en fassent la demande, munis d'une attestation d'exposition bien difficile à obtenir dans certaines entreprises. A travers 2 observations, nous souhaitons rappeler la nécessité, pour tout médecin, de garder une vigilance « santé publique ».**

## L'HISTOIRE DE JEAN :

Jean est né en 1942. Il commence à travailler à l'âge de 14 ans. Sa trajectoire professionnelle est facile à reconstituer :

- De mai 1956 à mai 1959 : tisseur dans 3 entreprises différentes de tissage de coton. Le métier de tisseur consiste à approvisionner les métiers à tisser en navettes de fils de trame et à réparer les casses de fils. Les croisements de fils chaîne-trame et le dévidage des navettes produisent de la bourre. Une salle de tissage contenait souvent plus d'une centaine de métiers à tisser. A la période d'activité de Jean, il n'y avait aucun système d'aspiration de poussières.
- De mai 1959 à décembre 1959 : enrobeur de carcasses de matelas dans une fabrique de literie. L'enrobage de matelas consiste à habiller la carcasse en ressorts avec de la matelassure (nappe molle et friable, d'épaisseur et de qualité variable, faite de coton ou de laine, effilochés puis cardés) pour les parties plateaux que l'on couvrait ensuite avec le coutil. Sur les côtés, il s'agit de fixer avec des épingle les bandes de côté. La carcasse enrobée est ensuite reprise par les finisseurs. A ce poste la manipulation de la bourre libérait beaucoup de poussières
- De décembre 1959 à novembre 1960 : trico-

teur. Le métier de tricoteur ressemble au métier de tisseur mais il s'agit de métiers circulaires.

- De novembre 1960 à janvier 1961 : de nouveau tisseur dans un tissage de coton
- De janvier 1961 à mai 1965 : tricoteur à nouveau
- De mai 1965 au 30 juin 1999 : finisseur sommiers. La finition des sommiers consiste à habiller la caisse en bois et sa carcasse de ressorts : une toile de jute puis une couche de matelassure sont posées sur la carcasse ressort. Ensuite on met en place et on fixe la housse du sommier par agrafage. A la fin de la carrière de Jean, la matelassure sera remplacée par du feutre d'une épaisseur de plusieurs millimètres, feutre constitué, là encore, de déchets textiles effilochés, compactés et collés et/ou de la mousse

Toute la carrière de Jean s'effectue donc dans un environnement riche en poussières textiles, plus particulièrement en poussières de coton, sauf dans le tricotage où il s'agit plus souvent de fil synthétique produisant néanmoins des poussières.

En termes de pathologie, Jean bénéficiera en 1992 d'un remplacement valvulaire mitral et reprendra son poste de travail normalement.

Lors de la visite médicale annuelle, en février 1998, Jean, qui a alors 56 ans, signale avoir eu 2 sinusites dans l'année et signale ce jour-là une obstruction nasale droite sans signe de sinusite, associée à une sensation d'hypoacousie droite. La consultation ORL effectuée en mai diagnostiquera une tumeur du cavum, qui sera traitée par chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie : il s'agit d'un carcinome indifférencié du naso-pharynx (carcinome lympho-épithélial), avec positivité de la sérologie pour le virus Epstein Barr.

Il reprendra le travail en mai 1999 avant de bénéficier d'une retraite anticipée en juin 1999.

Lors de sa reprise, je m'interroge sur l'origine professionnelle éventuelle de cette tumeur. En effet, de jeunes salariées d'un atelier voisin, utilisant du feutre m'ont signalé avoir des épistaxis en fonction de la qualité du feutre. Mais, s'agis-



sant d'une pathologie et d'un agent n'existant sur aucun tableau, il faut une IPP (Incapacité Permanente Partielle) de 66 % pour que le dossier soit transmis au CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) (loi n°98-1194 du 23 décembre 1998).

Jean a donc pris sa retraite en juin 1999. Etre médecin du travail en zone semi-rurale donne un avantage considérable, à savoir la possibilité d'avoir des nouvelles des retraités, par les membres de leur famille. J'aurai donc des nouvelles de Jean par ses fils que je vois régulièrement en médecine du travail. Sa tumeur maligne a récidivé.

## L'HISTOIRE DE STÉPHANE

Par mon assistante, j'apprendrai, quasi simultanément, début 2003, la maladie de Stéphane.

Stéphane, 65 ans en 2003, est atteint, lui, d'un cancer du larynx. Il n'a jamais fumé et, pendant les 15 dernières années de sa carrière, il a toujours travaillé à moins de 20 mètres de Jean.

C'est sans doute cette proximité qui m'amène à faire le lien entre leurs 2 histoires pathologiques et à comparer les 2 trajectoires professionnelles.

La trajectoire professionnelle de Stéphane ressemble curieusement à celle de Jean, tout aussi linéaire. Stéphane est né en 1938. Il commence à travailler à l'âge de 14 ans.

- Un an d'apprentissage en miroiterie en 1952-1953 pour lequel, je n'ai aucun renseignement
- Tisseur puis monteur de chaînes de 1953 à 1979 dans 2 entreprises de tissage coton. J'assure le suivi d'autres tisseurs qui ont tra-

vaillé avec lui dans l'entreprise de tissage où il a travaillé à l'âge de 15 ans. Pendant cette période l'empoussiérage coton a été sans doute important.

En 1981, je suis devenue le médecin du travail du tissage que Stéphane avait quitté en 1979 à l'âge de 41 ans. Je garderai cette entreprise dans mon secteur jusqu'en 1996. Je sais donc à quelle date ont été installés les systèmes d'aspiration et je sais que des prélèvements de poussières avaient été effectués alors, pour bénéficier d'un contrat de prévention avec la CRAM (Caisse Régionale Assurance Maladie). Dans cette entreprise, j'avais eu l'occasion de déclarer plusieurs surdités professionnelles et plusieurs TMS (Troubles Musculo Squelettiques).

Les systèmes d'aspiration de poussières ont été installés dans les années 1990, car l'augmentation de vitesse des métiers à tisser devenait incompatible avec la présence de bourre en quantité importante, générant de nombreux arrêts et défauts par casse du fil. La mise en place de systèmes d'aspiration et d'une climatisation répondait à un problème de production et non à un problème de conditions de travail.

- Stéphane enfin était monteur de caisses de sommier dans une fabrique de literie de 1979 à 1995, date de son départ en préretraite, à l'âge de 57 ans.

A ce dernier poste de travail, j'ai été son médecin du travail pendant 15 ans. Ce poste me préoccupait surtout pour ses nuisances sonores et les problèmes ostéoarticulaires qu'il posait. Le montage de caisses s'effectuait initialement dans l'atelier de fabrication de matelas, et Stéphane était donc exposé à des poussières textiles. Ce poste sera ensuite déplacé pour être contigu à la menuiserie, en contrebas de l'atelier de fabrication de matelas et de finition de sommiers, avec donc une double exposition de proximité : poussières textiles et poussières de bois. A ce poste, Stéphane se trouvait à 15 mètres du poste de Jean.

Pendant toute sa carrière, en dehors de fréquents lumbagos et d'une perte auditive importante liée à sa trajectoire professionnelle, Stéphane n'aura pas de problème de santé. Il est porteur d'une valvulopathie aortique rhumatismale bien tolérée. C'est un ancien gymnaste, non fumeur. Ses loisirs sont le jardinage et la pêche en rivière. Il ne boit pas d'alcool et lors de son départ en préretraite en 1995, je pense qu'il va profiter longtemps et en bonne santé de sa retraite.

Je suis donc complètement stupéfaite d'apprendre, début 2003, qu'il serait atteint d'un cancer du larynx. Son médecin traitant contacté, me confirme le diagnostic, porté assez tardivement devant une laryngite traînante. Pas de tabagisme, donc pas de biopsie rapide.

En reprenant le dossier transmis ultérieurement par le spécialiste ORL pour la constitution du dossier de maladie professionnelle, voilà ce que je note :

- 1<sup>ère</sup> consultation en juillet 1999 pour dysphonie modérée depuis 4 mois, sans cause déclenchante particulière, en particulier pas de contexte tabagique. L'examen fibroscopique montre un aspect inflammatoire limité à la corde vocale droite
- Revu en septembre 1999 avec une voix toujours instable et une fatigabilité vocale. L'inflammation a régressé sous traitement anti-acide et rééducation orthophonique
- Revu en septembre 2002 pour dégradation vocale surtout depuis 3 mois et apparition d'un ganglion sous-digastrique droit. La fibroscopie montre un héli-larynx droit bloqué avec des ganglions cervicaux. Le scanner confirme la tumeur endolaryngée droite avec destruction du cartilage thyroïde.
- Ce cancer est tout à fait inhabituel chez un patient non tabagique. Le reflux gastro-oesophagien est un facteur favorisant mais on ne peut écarter l'exposition aux poussières d'environnement professionnel, d'autant qu'il s'agit habituellement de monocordite gauche alors que pour Stéphane, l'atteinte est droite.

### DES CANCERS PROFESSIONNELS ? LA DÉMARCHE DE RECONNAISSANCE

A l'évidence, l'origine professionnelle de ces pathologies devient de plus en plus vraisemblable. En tout cas, il m'apparaît être de ma responsabilité d'approfondir ces dossiers même s'il s'agit de 2 salariés retraités.

Concernant Jean, j'interroge le spécialiste de la consultation ORL de maladies professionnelles. Il me propose 2 stratégies de déclaration possible : soit MCP (maladie à caractère professionnel) car la poussière textile est cancérigène, soit un tableau 47, compte tenu de la zone de transition cavum-ethmoïde et de la proximité des poussières de bois dans la fabrication de matelas et de sommiers.

En avril 2003, j'adresserai le même courrier à Jean et Stéphane :

« Les recherches épidémiologiques actuelles mettent en cause le rôle des poussières textiles dans le type de maladie dont vous êtes actuellement atteint, donc le rôle des expositions professionnelles passées. Si vous le souhaitez, je suis à votre disposition pour vous rencontrer et en discuter. Nous pourrions tenter de demander la reconnaissance en pathologie professionnelle par le biais du Comité Régional de Reconnaissance, à la fois à titre personnel mais aussi pour faire avancer la réglementation. ».

J'adresserai également un courrier à leur médecin généraliste respectif pour les informer de ma démarche.

Le Code de la Sécurité Sociale vient d'être modifié :

L'article L.461-1 modifié par la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 précise que « peut-être égale-

ment reconnue d'origine professionnelle, une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et qu'elle entraîne le décès de celle-ci (la victime) ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L.434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé »

L'article R 461-8 est modifié comme suit par le décret (n°2002-543) du 18 avril 2002 : « Le taux d'incapacité mentionné au quatrième alinéa de l'article L.461-1 est fixé à 25% ».

En écrivant à ces 2 patients en même temps, qui avaient travaillé longtemps dans la même entreprise, qui avaient des parcours professionnels similaires, qui présentaient des pathologies ORL malignes, et qui n'avaient pas de passé tabagique, j'envisageais la présentation simultanée des 2 dossiers au CRRMP, pour augmenter les chances de reconnaissance de l'origine professionnelle.

Les 2 patients étaient retraités, mais avec le spécialiste ORL qui les avait vus tous les deux, au moins en début de maladie pour Stéphane, j'étais la seule à avoir une connaissance de leur histoire professionnelle, et une connaissance des modalités de déclaration de MP (maladie professionnelle) surtout pour des pathologies non reconnues par les tableaux.

Par contre, je n'avais pas pensé qu'un seul des 2 patients prendrait contact ; ce fut Jean.

Pour assister Jean ou plus exactement son épouse dans les démarches administratives, je serai amenée à me rendre à plusieurs reprises à leur domicile. J'apprendrai alors qu'il y a bien longtemps qu'il saignait du nez, alors qu'il n'en avait jamais parlé lors des examens médicaux. L'état de Jean se dégradera rapidement et il décèdera en octobre 2003. Les visites à son domicile pour aider dans les démarches administratives sont éprouvantes avec un important sentiment de responsabilité.

En décembre 2003, suite à un entretien avec un MIRTMO (Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre) habitué des CRRMP, je transmettrai à la CPAM (Caisse Primaire Assurance Maladie) des éléments bibliographiques concernant les cancers ORL et les poussières de coton, le double de l'avis du spécialiste ORL de la consultation de maladie professionnelle, et des éléments sémiologiques rapportés par des salariés ayant eu des trajectoires professionnelles similaires, à savoir les épistaxis et la nécessité de lavage des fosses nasales en fin de poste, tant l'empoussiérement des voies aériennes est important.

En effet, il ne suffit pas que le médecin du travail donne son avis sur le poste de travail, il est important d'apporter au dossier tous les éléments, y compris bibliographiques, dont il a connaissance, les membres du CRRMP disposant de peu de temps et, en tout cas, pas du temps nécessaire aux recherches bibliographiques,

lorsqu'ils doivent décider si une maladie non mentionnée dans un tableau est « *directement et essentiellement imputable à l'activité professionnelle habituelle de la victime* »

Finalement le CRRMP notifiera une prise en charge de la maladie professionnelle en mai 2004.

A noter que pour le spécialiste ORL qui l'a suivi, la présence du virus Epstein Barr, est la cause de la maladie. En fait le virus d'Epstein Barr est un herpes virus présent chez 95% de la population mondiale (90% de la population européenne, 100 % de la population africaine), il est admis qu'il est un cofacteur de la cancérogénèse mais n'est jamais le seul responsable.

En janvier 2004, j'apprendrai le décès de Stéphane, sans qu'il se soit manifesté suite à mon courrier.

La décision du CRRMP concernant Jean m'encourage à reprendre contact par courrier avec l'épouse de Stéphane, pour l'informer que les ayants-droits peuvent constituer un dossier et que la démarche vient d'aboutir pour un des anciens collègues de travail de son mari.

C'est Franck, le fils de Stéphane qui prendra contact avec moi : en accord avec sa mère, son frère et sa sœur. Il m'explique qu'au moins 2 raisons motivent sa démarche :

- Comprendre pourquoi son père est mort, lui dont le mode de vie était extrêmement sain et qui lui a transmis les mêmes règles de vie ; car, dit-il, « j'ai bien vu, dans le dernier service ORL où il a été soigné, qu'il n'était pas un malade comme les autres ».
- Les difficultés financières de sa mère, qui a toujours travaillé mais ne bénéficie que d'une maigre retraite. Franck s'excuse d'ailleurs, de faire valoir cet argument, et il me faudra lui redire souvent que faire reconnaître une pathologie professionnelle est un droit et qu'il est tout à son honneur de s'inquiéter des ressources de sa mère.

J'expliquerai à Franck les modalités de déclaration de maladie professionnelle, lui remettrai un courrier à destination de chacun des 3 médecins qui ont suivi Stéphane (le médecin généraliste et les deux spécialistes ORL) afin qu'il joigne ce courrier à sa demande de certificat médical post mortem pour l'établissement d'un dossier de maladie professionnelle. Mon courrier reprendra la trajectoire professionnelle de Stéphane, les données de la littérature et les devoirs des médecins à l'égard de la collectivité en termes de santé publique (produire des connaissances) et à l'égard des patients (permettre de bénéficier d'avantages sociaux reconnus selon l'article 50 du Code de déontologie médicale). Je lui remettrai également le certificat médical du médecin du travail concernant les différents postes tenus par son père au cours de sa carrière, en reprenant les éléments sémiologiques rapportés par d'autres salariés ayant travaillé dans les mêmes entreprises et les éléments bibliographiques en ma possession.

Franck sera très agréablement surpris de recevoir par retour de courrier des certificats médicaux extrêmement complets et surtout un appel téléphonique du dernier spécialiste ORL qui a suivi son père. Ce médecin hospitalier, si occupé à soigner des malades atteints de cancer, à qui il n'osait pas écrire pour lui réclamer un certificat médical, prend le temps de l'appeler pour le féliciter d'entreprendre cette démarche de déclaration de maladie professionnelle et lui dire que ce qu'il fait est important pour les autres malades.

Le CRRMP reconnaîtra l'origine professionnelle du cancer du larynx de Stéphane en avril 2005.

### LES RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE ET LES LEÇONS À EN TIRER :

Le principal résultat positif est la reconnaissance en maladies professionnelles de ces 2 cancers.

Avoir initié et soutenu ces démarches pour des patients retraités amène plusieurs réflexions en termes de résultats et en termes de règles de métier de médecin, en particulier de médecin du travail :

#### 1 .Le colloque singulier médecin-patient ou médecin-salarié a toujours des effets en dehors du cabinet médical.

L'histoire de la maladie de Jean reconnue comme professionnelle, s'est répandue dans son environnement familial et professionnel et je suis beaucoup plus souvent sollicitée par des patients retraités, voulant savoir si leurs problèmes de santé ont un lien avec leur activité professionnelle passée, ce, d'autant qu'il s'agit d'un secteur géographique où l'industrie textile a été dominante pendant plus d'un siècle.

Je peux m'appuyer sur au moins deux cas de cancers professionnels liés aux poussières de coton pour faire valoir la nécessité d'améliorer certaines situations de travail, tant auprès des employeurs qu'auprès des salariés pour les inciter à la plus grande vigilance face aux petits symptômes .

Indiscutablement, je revisite beaucoup plus systématiquement, lors des examens périodiques l'ensemble de la trajectoire professionnelle et interroge systématiquement sur des petits symptômes, souvent négligés par les salariés (rhume, sinusite, épistaxis, etc.) que je note sur les dossiers.

Au niveau des médecins traitants, généralistes ou spécialistes, le fait de rappeler l'étiologie professionnelle à propos de cas individuels, entraîne des changements dans les pratiques. Le spécialiste ORL qui a vu Jean et Stéphane questionne maintenant plus systématiquement sur le travail, informe les patients et leur remet les certificats nécessaires à une déclaration éventuelle de maladie professionnelle. J'ai même eu la surprise de recevoir le double d'un courrier adressé au médecin généraliste d'un patient, courrier extrêmement précis, sur la variabilité des symptômes selon la nature des matières premières manipulées et des travaux effectués !!

**2. Il est nécessaire de mettre en place un examen médical de fin de carrière** pour faire le point des expositions passées et peut-être un courrier de synthèse à destination du « médecin traitant ». Nous constatons combien les salariés s'expriment souvent plus volontiers sur des situations de travail passées que sur leur poste actuel.

**3. Il convient de prévoir une disponibilité des médecins du travail pour des consultations spontanées de salariés retraités**, car il est illusoire de penser que les consultations de maladie professionnelle seront sollicitées en première intention par les retraités ou leur médecin traitant. Pour le médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste, le soin passe avant la réparation souvent laissée à l'initiative du patient. S'agissant le plus souvent de salariés peu habitués aux démarches administratives, en difficulté avec l'écrit, l'aide du médecin du travail pour la mise en marche puis en mots de la mémoire du « comment on travaillait » est un appui indispensable.

**4. Aucun dossier médical ne devrait être archivé sans avoir été parcouru par le médecin du travail du salarié**, ce qui interroge sur la circulation et le classement des dossiers médicaux dans les services de santé au travail.

A l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle, dans un pays développé, les observations faites par RAMAZZINI au début du 18<sup>ème</sup> siècle restent d'actualité : « *Les nombreuses et diverses maladies que les artisans doivent au métier qu'ils exercent et dont les conséquences sont souvent funestes, me semblent venir de deux causes principales. La première et la plus importante est le caractère pernicieux des matières qu'ils travaillent : les exhalaisons malsaines et les menues poussières qui s'en détachent sont souvent nuisibles à la vie humaine et produisent des maladies particulières. La seconde cause se rapporte à certains mouvements déréglés et violents et à certaines positions anormales du corps, qui altèrent la structure naturelle de la machine vitale et produisent peu à peu de graves infirmités* (Ramazzini, Chapitre 1<sup>er</sup>)

### Bibliographie :

**1 :** "Occupational risk factors for nasopharyngeal cancer among female textile workers in Shanghai, China" by W Li, R M Ray, D L Gao, E D Fitzgibbons, N S Seixas, J E Camp, K J Wernli, G Astrakianakis, Z Feng, D B Thomas and H Checkoway in *Occup. Environ. Med.* 2006; 63; 39-44. doi: 10.1136/oem.2005.021709

**2 :** "Occupational dust exposure and the risk of laryngeal cancer in Turkey" by Elci OC, Akpinar-Elci M, Blair A, Dosemeci M, in *Scand J Work Environ Health* 2002; 28 (4): 2786284

# LES CANCERS PROFESSIONNELS : LE RÔLE DE SENTINELLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET LES LIMITES DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE

GÉRARD BARRAT, MÉDECIN DU TRAVAIL

ADISSEO est une entreprise chimique qui synthétise de la méthionine et des vitamines (A et E), dont j'ai été le médecin du travail pendant 22 ans de 1977 à 1999.

En novembre 1977, avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité, nous avons défini 3 priorités ; il s'agissait de 3 cancérogènes : l'amiante, le benzène et le chlorure de vinyle monomère (MCV). En 1981, lors du démarrage de la nouvelle synthèse de vitamine A, la question s'est posée de la toxicité des produits intermédiaires qui étaient très réactifs ; c'était le but recherché par les chimistes pour améliorer le rendement et la vitesse de la synthèse de la vitamine A. Mais cette grande réactivité nous a inquiétés dès le début : quelle était l'action de ces molécules sur la cellule vivante, en particulier l'ADN ? Nous verrons que nos craintes étaient fondées... A partir de ces 4 produits (amiante, benzène, MCV, intermédiaires de synthèse de vitamine A) nous analyserons comment le médecin du travail peut jouer son rôle de sentinelle.

## LE RÔLE DE SENTINELLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Ce rôle, le médecin du travail ne peut pas l'exercer seul. Il lui faut l'analyse, le vécu, les 5 sens des opérateurs qui lui permettront, lors des études des postes de travail, d'évaluer, avec le CHSCT (comité hygiène sécurité et conditions de travail), la réalité du travail. De plus, il faut le soutien et la participation des salariés afin que les propositions de prévention collective soient prises en compte quand les enjeux économiques sont importants. Ces enjeux restent encore un obstacle dans le cadre de la vitamine A et des cancers du rein.

Pour remplir son rôle de sentinelle, le médecin du travail dispose de 4 outils :



- la connaissance toxicologique des produits et de la biologie cellulaire avec l'aide des toxicologues
- la visite médicale du travail : c'est un moment privilégié où les salariés exposent sans se censurer leur vécu au travail, les symptômes qu'ils ressentent lors de certaines expositions.
- l'étude des postes de travail
- l'information faite au CHSCT, à la direction et aux salariés sur les risques chimiques.

## NOUS ALLONS REPRENDRE LES 4 CANCÉROGÈNES CITÉS EN INTRODUCTION POUR ILLUSTRER NOTRE PROPOS.

**L'amiante** : ayant fait mes études à Clermont Ferrand, j'ai été très concerné par l'affaire de l'usine AMISOL<sup>1</sup> et la mort par mésothéliome pleural de plusieurs jeunes femmes. Avec l'aide des salariés et de l'ingénieur de sécurité nous avons recherché l'amiante non lié en 1978, dans les calorifugeages, les cordons des presse-étoupes des réacteurs, les cordons isolants au laboratoire, les couvertures antifeu et, à la chaufferie,

dans les joints qui étaient découpés à la scie... En 1997, cela faisait 15 ans qu'il n'y avait plus d'amiante libre dans l'entreprise. Dès 1978 l'attention des personnels d'ADISSEO et des entreprises extérieures était régulièrement attirée sur les dangers de l'amiante.

En 1997, les personnes exposées ont eu un premier scanner thoracique qui a permis de diagnostiquer 6 cas de plaques pleurales.

**Le benzène** : « officiellement » en 1977 il n'y avait pas de benzène dans l'usine. Au cours des visites médicales, en dialoguant avec les mécaniciens du service maintenance j'ai appris qu'ils dégraissaient des pièces avec du benzène qu'ils se procuraient au pied des colonnes de distillation de l'hexane. En effet, l'hexane, largement utilisé comme solvant dans l'entreprise, contenait à titre d'impureté 5% de benzène. L'hexane après utilisation était recyclé puis distillé, le benzène s'accumulant en pied de colonne, chacun venait se servir...

Avec l'appui du CHSCT et de l'ingénieur de sécurité, l'hexane, 3 mois plus tard (début 1978), ne contenait plus de benzène. Ce fut plus long pour faire disparaître les bouteilles de benzène que

1. AMISOL : usine de tissage de l'amiante, située à Clermont Ferrand. L'ANDEVA est née de la lutte des femmes de cette usine avec l'Université de Jussieu. L'usine a fermé en 1977.

quelques « anciens » chimistes continuaient à utiliser au laboratoire pour faire des extractions. Cependant en 1979 il n'y avait plus de benzène dans l'entreprise suite aux campagnes d'information, aux inspections du CHSCT et aux visites du médecin du travail. Nous n'avons pas eu de cas de leucémie à déplorer.

### Le chlorure de vinyl monomère (MCV) :

Le MCV est utilisé pour la synthèse des organomagnésiens vinyliques qui rentrent dans le processus de la vitamine E et de la nouvelle synthèse de vitamine A. En 1977 les salariés ne connaissaient pas les dangers du MCV et la direction était dans le déni du risque. Les conditions de mise en œuvre étaient déplorables : les bouteilles de MCV étaient « dégazées » dans l'atelier, les flexibles étaient toujours « fuyants », les presse-étoupes à tresses d'amiante des réacteurs n'étaient pas étanches.

En 1978, à la demande du CHSCT et du médecin du travail, l'INRS fait une campagne de mesures qui montrent des taux élevés de MCV dans l'atelier avec des pics à plus de 100 ppm... En 1979, des modifications techniques sont réalisées : suppression des bouteilles par la mise en place d'un réservoir extérieur, remplacement des presse-étoupes à presse par des presse-étoupes mécaniques étanches ; chargement des réacteurs à partir d'un sas. En 1980, mise en place d'un analyseur en continu en 10 points de l'atelier, avec alarme en cas de dépassement.

En 1981 une surveillance biologique et échographie hépatique annuelle est mise en place pour le personnel exposé. En 1983, cette surveillance est étendue aux 60 salariés de la SEP (Société des Emballages Plastiques)<sup>2</sup> de Montluçon qui ont été embauchés à ADISSEO après la fermeture de la SEP.

En 1986, la découverte d'un angiosarcome du foie chez un ancien ouvrier de maintenance de la SEP fait prendre conscience à l'ensemble du personnel du risque et de l'importance des mesures de prévention (évacuation de l'atelier en cas d'alarme, par exemple, et surveillance du bon fonctionnement des capteurs et de l'analyseur de MCV). Dès cette date, le service médical d'ADISSEO assure le suivi post professionnel annuel des retraités ; le coût du suivi est pris en charge par l'entreprise grâce à l'appui du CHSCT et du CE. Enfin, les salariés des entreprises extérieures qui sont exposés au MCV sont répertoriés et la liste est adressée chaque mois aux médecins du travail concernés.

## LES INTERMÉDIAIRES DE LA NOUVELLE SYNTHÈSE DE VITAMINE A : L'HISTOIRE DU C5.

### Une usine d'avant-garde ?

Quand, en 1980, la direction a présenté au CHSCT

le projet de la nouvelle synthèse de vitamine A, il s'agissait « d'une usine d'avant-garde, du 21<sup>ème</sup> siècle, sans intervention humaine » ; quelques opérateurs devaient être présents en salle de contrôle et piloter à distance l'installation. A la question du CHSCT sur la toxicité des produits, le président du CHSCT a répondu que cette dernière avait été testée par Rhône Poulenc et qu'il n'y avait pas de souci...

En 1981, au démarrage de la nouvelle synthèse, la réalité était très différente de celle initialement présentée. Le sol de l'atelier était souillé de gouddron et de divers produits ; les opérateurs étaient confrontés aux bouchages des tuyauteries, des filtres, nécessitant des démontages et des nettoyages fréquents. Tout était fait dans l'urgence et la précipitation. Les opérateurs, comme l'encadrement, étaient face à un nouvel outil qu'il leur fallait apprendre à piloter et à une nouvelle synthèse qu'il leur fallait apprendre à maîtriser. L'ensemble des opérateurs était exposé aux intermédiaires de synthèse en particulier le C5.

### Les salariés commencent à parler

De 1981 à 1983, les opérateurs se sont tus sur leurs conditions de travail (poids de la hiérarchie, enjeux importants pour l'avenir de l'usine, stratégie défensive).

Après des rencontres, des échanges, les salariés commencent à témoigner, au cours des visites médicales. Ils signalent des irritations des yeux et des bronches, des céphalées ; ces symptômes sont surtout attribués au C5.

### Des tests de mutagenèse

Nos observations sur le terrain, le témoignage des opérateurs et la structure chimique des produits mis en œuvre nous amènent à demander, en 1983, des tests de Ames (tests de mutagenèse) pour 5 produits. La direction refuse dans un premier temps. En 1986 un seul produit est testé sur les conseils du médecin coordonnateur du groupe Rhône Poulenc. Le test de Ames se révèle négatif. Ce n'est qu'en 1989, après changement du directeur du site, que les tests de Ames sont réalisés sur les 5 produits. Le C5 se révèle mutagène au test de Ames et clastogène au test de micro noyau (résultats connus en 1990).

Avec le CHSCT nous demandons alors un renforcement des mesures de prévention collectives et individuelles dont certaines sont refusées (sas de décontamination – analyseur en continu de l'atmosphère de l'atelier).

### Des cancers du rein, non reconnus en maladie professionnelle

En 1991 le personnel exposé au C5 bénéficie de la même surveillance biologique et échographique que le personnel exposé au MCV. Il en est de même pour le personnel des entreprises extérieures et des retraités.

En 1994, au cours d'une échographie systématique, apparition d'un kyste rénal qui n'existait pas auparavant. Une nouvelle échographie, 6 mois plus tard fait apparaître un bourgeonnement à l'intérieur du kyste : c'est le premier diagnostic de cancer du rein. Une déclaration de maladie professionnelle est faite au CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) qui la refuse. Le CHSCT est informé.

En 1995, 2 autres cancers du rein sont détectés par échographie. La génotoxicité du C5, l'observation des conditions de travail nous font fortement soupçonner une origine professionnelle. Nous demandons une particulière surveillance des reins lors des échographies.

En 1996, avec le CHSCT, nous demandons la substitution du C5 par une molécule non génétique : refus de la direction qui évoque des problèmes économiques.

En 1998, 6 cas au total de cancers du rein sont diagnostiqués. Nous éditons une plaquette afin d'alerter plus nettement encore le personnel.

### La nécessaire médiatisation

En 1999, tous les cancers du rein sont de nouveau déclarés en maladie professionnelle au CRRMP. La suite est connue : devant l'inertie des pouvoirs publics, en 2002, le syndicat CGT avec l'aide précieuse d'Henri PEZERAT, médiatise l'affaire des cancers du rein à ADISSEO. Il est vrai qu'on était arrivé à 13 cas pour un effectif moyen exposé de 360 personnes !

Ceci a permis, en 2003, que tous les malades soient reconnus par le CRRMP en maladie professionnelle et, pour 9 d'entre eux, la faute inexcusable de l'employeur est prononcée par le tribunal en 2007.

### Un échec de la prévention primaire

Depuis 1983, le CHSCT et le médecin du travail ont alerté la direction Rhône Poulenc sur le risque toxique de ces nouvelles molécules intermédiaires de synthèse de la vitamine A, sans succès ! C'est un échec de la prévention primaire qui est normalement la mission des acteurs de santé au travail : « éviter que la santé des salariés ne s'altère du fait de leur travail ».

La prévention secondaire qui, grâce à l'échographie, permet de faire un diagnostic souvent précoce du cancer du rein, rend un grand service aux malades ; mais nous sommes, malgré tout, dans l'échec de notre mission...

Depuis 1996, nous demandons en vain la substitution du C5 ; depuis 1983, nous demandons des tests toxicologiques ! 12 ans, voire 20 ans de prévention primaire ont été perdus ! Combien de cancers du rein auraient pu être évités ? Nous sommes, à ce jour, à 32 cas...

2. SEP : Société des Emballages Plastiques à Montluçon fabriquait du PVC en polymérisant le chlorure de vinyle monomère MCV. L'usine a fermé en 1983.

## LES LIMITES DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DANS L'ÉTUDE ET LA PRÉVENTION DES CANCERS PROFESSIONNELS

Depuis 2003, une équipe compétente d'épidémiologistes étudie la population d'ADISSEO exposée au C5. A ce jour elle n'a toujours pas conclu...

Ceci nous amène à nous poser la question des limites de l'épidémiologie dans l'étude et surtout la prévention des cancers professionnels.

L'épidémiologie reste un outil utile et incontournable pour l'ensemble des acteurs de santé au travail. Grâce à elle nous avons pu étudier, comprendre, identifier les causes principales entraînant un effet délétère sur la santé des salariés. Cela va des principaux contaminants aériens à la psychopathologie du travail grâce à des questionnaires validés. L'enquête SUMER 2003 est un bon exemple de l'apport de l'épidémiologie permettant aux services de santé au travail de mettre en place des plans d'évaluation et de prévention des risques professionnels.

Comme tout outil, l'épidémiologie a ses propres limites et il nous semble que, dans le cadre des cancers professionnels, ces limites sont rapidement atteintes. Pourquoi ?

Nous avons identifié 3 facteurs principaux :

### Le facteur temps :

Le délai est long entre l'exposition et l'apparition du cancer (15 à 40 ans). Les conséquences négatives pour l'épidémiologiste en sont nombreuses : les perdus de vue ; l'évaluation approximative de l'exposition sous ou sur estimée ; reconstitutions difficiles des carrières et donc des expositions ; nombreuses causes de décès inconnues ...

Enfin, dans le cas des cancers professionnels, l'épidémiologie étudie les conséquences d'une exposition ancienne et, de ce fait, elle est rarement un outil de prévention pertinent. Elle peut permettre de faire valoir leurs droits aux victimes, ce qui n'est pas négligeable.

### Des effectifs insuffisants :

Pour les substances chimiques, en particulier pour les process ou les produits intermédiaires les effectifs exposés sont faibles ; la puissance des études est insuffisante pour permettre de conclure sauf quand le cancer est rare comme le mésothéliome.

C'est le cas du C5 pour lequel il semblerait que les critères d'inclusion des exposés aient varié au cours de l'étude ce qui a peut être augmenté la puissance de l'étude mais fait baisser le risque relatif qui est passé de 31 en début d'étude à 17 ; ce qui reste néanmoins un risque relatif très important...

### Le poids des lobbies :

Dans ce cadre, nous n'aborderons pas l'amiante ni les éthers de glycol, cas qui sont connus de tous. Le poids des lobbies, en particulier ceux de la chimie, est important et il s'exerce sur les plus hautes instances (jusqu'à la commission de Bruxelles).

Un exemple qui n'est pas connu est celui du MCV : nous avons la preuve qu'à partir de 1967, soit 13 ans avant la réglementation sur le chlorure de vinyle en 1980, Rhône Poulenc à la SEP (Société des Emballages Plastiques) de Montluçon tenait à jour un registre des décès des ouvriers qui travaillaient à l'atelier de polymérisation. En 1972, les Américains publient des cas d'angiosarcomes chez les ouvriers travaillant dans les ateliers de polymérisation ; en 1974, MALTONI confirme, par l'expérimentation animale chez la souris, le rôle du MCV dans l'apparition des angiosarcomes. Ces faits permettent au chef de service environnement de Rhône Poulenc<sup>3</sup> d'écrire en 1977 : « *ne pas inclure dans le champ d'application de la loi à la CEE les ateliers de transformation du PVC pour lesquels les quantités de CV (chlorure de vinyle) susceptibles de se dégager sont faibles* ». En réalité les granulés de PVC non dégazés pouvaient dégager des quantités importantes de CV. Des angiosarcomes du foie ont été décrits dans des ateliers de transformation du PVC. Dans ce même article, il était noté qu'on s'orienterait vers une teneur à 1 ppm de CV dans les emballages en PVC. Enfin, ce chef de service de l'environnement, afin de justifier la présence de CV dans les ateliers et les emballages donnait cet argument : « *jusqu'à une date récente, on pouvait penser que le CV (...) ne se trouvait pas spontanément dans la nature, le risque zéro pouvait être obtenu en supprimant la production de ce composé chimique. Ceci n'est plus vrai puisque des chercheurs américains ont mis en évidence du CV dans la fumée de cigarette...* »

Pour le C5 nous ne savons pas le poids éventuel des lobbies de la chimie mais nous nous interrogeons sur le retard pris pour la remise de la

conclusion finale de l'étude épidémiologique commencée en 2003 avec les risques relatifs déjà cités 17 voire 31... Enfin, nous sommes étonnés de trouver dans le rapport intermédiaire de février 2007 cet argument pour expliquer le nombre important de cancers du rein « *... laissent penser qu'une part importante de l'excès de cancer observé chez les salariés d'ADISSEO pourrait être expliquée par la pratique du dépistage échographique* ».

Cette hypothèse apparaît peu sérieuse car l'échographie n'est pas génotoxique et les cancers diagnostiqués ont un diamètre moyen de 3 à 4 cm. Des cancers de cette dimension ne restent pas longtemps muets et sont rapidement évolutifs. De plus, 160 personnes de la SEP ayant été exposées au MCV sans avoir été exposées au C5 sont suivies par échographie depuis plus de 20 ans. Dans ce groupe aucun cancer du rein n'a été diagnostiqué.

Depuis 2004, le CHSCT d'ADISSEO et Henri Pézerat, demandent des études toxicologiques sur culture cellulaire de rein (institut Pasteur de Lille) et se heurtent au refus de la direction d'ADISSEO. Or nous pensons que l'avenir de la toxicologie, en particulier de la prévention primaire des cancers professionnels, passe par la recherche fondamentale.

L'épidémiologie est un constat à posteriori, elle peut être un moyen de toxicovigilance mais pas un moyen de prévention primaire. Ce fait est confirmé par les études épidémiologiques portant sur la cancérogénicité des métaux<sup>4</sup>. L'auteur de l'article note « *il apparaît clairement que les seuls résultats épidémiologiques ne peuvent fournir qu'exceptionnellement la preuve définitive de la cancérogénicité d'un métal et qu'un mécanisme plausible soutenu par des données expérimentales est nécessaire pour une évaluation fiable* ».

Nous avons, à mon avis, une grande inertie de la pensée et de la réflexion pour la prévention en toxicologie. Avec l'épidémiologie nous sommes dans le rétrospectif, avec la recherche fondamentale nous sommes dans l'anticipation. Il est vrai que cela demande des moyens, et si l'on reprend l'exemple du MCV, faire l'impasse sur la recherche fondamentale a permis d'utiliser sans trop de frais, des molécules dangereuses pendant plusieurs dizaines d'années. On peut souhaiter qu'avec REACH les choses évoluent dans le bon sens.

3. PVC et sécurité réglementation européenne : caoutchouc et plastique n°571 – juin 1977 – 33 – 37

4. Cancer du poumon et exposition professionnelle aux métaux. Documentation pour le Médecin du Travail n°114 – 2me trimestre 2008 – INRS.

# LES CANCERS DES BITUMES :

## UNE GROSSE ARTILLERIE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DÉTOURNÉE

GÉRARD LUCAS, MÉDECIN DU TRAVAIL

**Le bitume, sur lesquels roulent nos voitures, est amorphe et ne représente plus de danger pour les usagers. Mais la mise en oeuvre à chaud expose les travailleurs au contact et à l'inhalation de fumées sous forme de vapeurs et de particules. Les bitumes et leurs fumées, inhalées par les « travailleurs du noir », sont composés de dizaines d'hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) dont les effets mutagènes et cancérigènes sont connus expérimentalement. Pourtant la cancérigénité du bitume est encore rarement reconnue et les cancers rarement réparés et, par suite, les mesures de prévention primaire non appliquées.**

**Il est intéressant d'interroger l'histoire pour comprendre les difficultés de mise en visibilité des cancérigènes et particulièrement ceux d'origine professionnelle.**

### LA PRÉHISTOIRE : LES GOUDRONS ET LES CANCERS DES RAMONEURS

La cancérigénité des goudrons, extraits de la houille avec des procédés de chauffage à 800°, est bien connue et attribuée au Benzo a pyrène ; c'est ce produit qui donnait déjà le cancer des testicules aux ramoneurs dont la courte espérance de vie du fait de leur activité était connue dès la fin du 18<sup>ème</sup> siècle. Les cancers du poumon, de la peau et de la vessie, dus à certaines expositions aux goudrons de houille, sont reconnus dans le tableau des maladies professionnelles n° 16bis. De 1970 aux années 1990, les goudrons, connus comme toxiques, ont été progressivement remplacés par des produits bitumineux issus du pétrole beaucoup moins chauffés et ne contenant pas de Benzo a pyrène, donc pas ou moins cancérigènes. Je me souviens qu'au début des années 1990, avec mes confrères, nous faisons la chasse aux dérivés du goudron encore inclus comme fluidifiants et adjuvants dans les préparations principalement bitumineuses pour les enduits noirs gravillonnés étalés sur les routes, les parkings ou les terrasses.

### ET LES BITUMES ?

Plusieurs études épidémiologiques, à partir d'enquêtes dans les pays du nord de l'Europe, suggèrent alors une prévalence des cancers du poumon et de la peau dus aux bitumes, avec une augmentation du risque moins importante que pour les goudrons. Mais ces résultats sont estimés insuffisants pour conclure en raison du manque de traçage des expositions et de la taille des échantillons. Dans les années 1990, plusieurs équipes anglo-saxonnes mettent en évidence, à l'aide de techniques spécifiques comme l'augmentation des adduits chromosomiques cellulaires, le pouvoir mutagène de l'exposition aux bitumes et à plusieurs HAP. Les poumons, les muqueuses, des cellules urinaires ou sanguines peuvent être atteints et même les cellules sous cutanées après franchissement naturel de la peau. Mais, sans confirmation épidémiologique incontestable, le caractère cancérigène des bitumes est nié.

### L'ACTION DES LOBBIES : LE RISQUE N'EXISTE PAS

C'est alors l'industrie routière qui prend la main en proposant, en 1995, sa collaboration européenne pour une grande étude de cohorte longitudinale multicentrique de mortalité, sous l'égide de l'IARC (International Agency for Research on Cancer, ex CIRC). Rarement des moyens aussi imposants auront été mis en oeuvre en santé au travail. Des équipes d'ingénieurs, de toxicologues, de professeurs, de chercheurs et de statisticiens, sur plusieurs années... Une population

de 30000 « ouvriers du noir » de 7 pays d'Europe, comparée à 30000 autres ouvriers des travaux publics non exposés aux bitumes ; des matrices emploi expositions permettant de pondérer les durées et l'intensité des expositions... Des registres des décès sont extraits les cancers du poumon, une des seules pathologies qui donne à peu près à coup sûr la cause de la mort.

Toute la conception, le recueil, le traitement et les analyses sont canalisés sans autre professionnel de santé que l'épidémiologiste de chaque pays sous contrat avec l'organisation. Les résultats sont publiés à partir de 2001 et les conclusions sont les suivantes : la surmortalité par le cancer du poumon de la cohorte exposée au bitume apparaît modérément (OR 1,3), plus faiblement que pour le goudron, et, compte tenu de facteurs de confusion tels que l'alcool et le tabac, ne permet pas d'affirmer le rôle cancérigène du bitume chez les travailleurs de l'asphalte. Plusieurs publications internationales redondantes s'ajoutent, à partir des mêmes données et de la même interprétation standardisée. L'industrie routière n'hésite pas, dans la presse spécialisée et grand public, à transformer les conclusions dubitatives en affirmation de l'innocuité du bitume. « La preuve est faite [ par cette enquête ] que le bitume n'est pas cancérigène » est une citation de plusieurs représentants patronaux, et reprise encore, 3 ans plus tard, par l'un d'entre eux dans le film documentaire « Les routes du silence »...





### LECTURE ET ANALYSE DES ÉTUDES : DES BIAIS IMPORTANTES

L'ensemble des publications en anglais mérite une lecture et un décryptage. La taille des échantillons et l'excellence statistique en imposent et contribuent sans doute à masquer les limites importantes de l'étude. Pourtant, la lecture et l'analyse des publications révèlent des biais très importants, étonnamment balayés dans les discussions, et dont voici quatre exemples :

1. Le facteur de confusion du tabac et l'alcool qui toucherait davantage certaines populations, est systématiquement invoqué pour effacer les autres origines professionnelles et environnementales des cancers. Épidémiologiquement, on sait en calculer la part attribuable par des enquêtes ad hoc.
2. La cohorte témoin constituée des travailleurs de la construction et des travaux publics non exposés aux bitumes a de fortes présomptions d'être peu fiable. Ces travailleurs sont exposés à de nombreux autres cancérigènes (amiante, solvants, métaux lourds...) et des études confirment le risque relatif plus élevé de prévalence de cancers du poumon (et d'autres) pour cette population. Les conclusions de

cette énorme enquête pourrait-elle donc être, tout au plus, que le bitume représente un risque cancérigène un peu plus élevé que les autres cancérigènes auxquels sont exposés les ouvriers ??

3. Tout aussi étrange est la non prise en compte des perdus de vue. Ceci s'impose éthiquement aux épidémiologistes pour toute étude longitudinale. Le trouble est d'autant plus important que la part des travailleurs immigrés dans cette branche est importante, dans les 7 pays explorés : les Portugais puis les Africains pour la France, les Turcs pour l'Allemagne... et les Palestiniens pour Israël. Autant l'accès aux registres des décès du pays de la période d'emploi est exhaustif, autant il n'a pas été entrepris pour les pays d'origine dans lesquels les travailleurs ont pu retourner. L'estimation, au moins, aurait pu être faite.
4. La durée moyenne du délai d'observation de la mortalité dans cette cohorte est de 17 ans après le début de l'exposition. Qui ne sait pas que la latence moyenne d'apparition des cancers est supérieure à 20 ans ? Pourtant, même avec ce délai moyen limité, la lecture attentive des publications montre une augmentation du risque relatif, proportionnelle-

ment à l'intensité et à la durée d'exposition. Comme on pouvait s'y attendre, la prolongation de la cohorte confirme la tendance y compris en France (I. Stucker, Inserm U754).

On pourrait se demander si l'impuissance révélatrice du montage de cette importante étude n'était pas intentionnelle. Comme l'autre lobby de l'amiante avait su opacifier l'évidence de l'impact cancérigène de l'amiante en focalisant les professionnels et les partenaires sociaux sur les différences de matières et de mises en oeuvre, le lobby des bitumes a tenté de camoufler, par l'épidémiologie, leur cancérigénicité.

### LA CANCÉROGÉNITÉ EST ENCORE À FORMALISER

Désormais, plusieurs HAP présents dans les bitumes sont classés comme cancérigènes probables ou présumés pour l'homme par l'IARC et l'UE (Union Européenne), mais l'IARC considère encore le caractère cancérigène du bitume lui-même, qui en est un riche mélange, comme inclassable. N'est-ce pas un paradoxe ? Il n'existe toujours pas de classification spécifique pour les cancers dus à l'exposition aux bitumes dans les tableaux des maladies professionnelles du régime général ! Les tableaux 16 bis (houille pour la peau, le poumon et la vessie) et le tableau 36 bis (les hydrocarbures aromatiques pour la peau) ne sont pas explicites et toute déclaration de cancer professionnel nécessitera le passage par les CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) qui restent encore assez souvent très restrictifs.

De grandes études de cohortes sont souhaitables pour dévoiler et suivre la part attribuable au travail de la cancérogenèse. L'abord par les substances isolées, comme c'est le cas depuis des décennies, ne rend pas compte de l'effet cancérigène des expositions à des mélanges complexes. Pour un effet cancérigène à long terme, il faut des échantillons fiables dans la longitudinalité. Enfin, la comparaison d'une population exposée aux cancérigènes avec une population non exposée doit être pertinente et ne doit pas être faite avec une population exposée massivement à d'autres cancérigènes.

Les colonnes de cette revue sont ouvertes à nos lecteurs, à tout professionnel qui intervient dans le champ de la santé au travail. N'hésitez pas à nous envoyer des articles qui relatent vos expériences de terrain ou vos recherches...

Le N°3, prévu pour mai 2009 sera consacré aux **nouvelles pratiques, pratiques innovantes en santé au travail ; santé au travail, santé et travail** (y compris le non travail : chômage, précarité, suivi post-professionnel...) : clinique en santé au travail, équipes médicales, pluridisciplinarité, travail en réseaux, veille sanitaire, etc....

**Vous pouvez nous contacter au secrétariat du SNPST ou  
francoise.blancrouffiac@wanadoo.fr**

# PRÉVENTION DU CANCER DE LA VESSIE EN MILIEU PROFESSIONNEL BILAN ET PERSPECTIVES

MICHEL HERY, INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS)  
DIRECTION SCIENTIFIQUE

## LE CANCER DE LA VESSIE EN MILIEU PROFESSIONNEL

### Les cancers attribuables

Dans une étude consacrée à l'estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, E. Imbernon (INVS Institut de Veille Sanitaire) arrive à un chiffre de 625 à 1110 cas de cancers de la vessie attribuables à des expositions professionnelles annuellement<sup>1</sup>. L'estimation de l'Académie de médecine qui, en règle générale, se situe à un niveau très inférieur aux chiffres de l'INVS, donne 465 cas de cancers de la vessie attribuables à une cause professionnelle, soit un chiffre du même ordre de grandeur. Dans la littérature internationale, la part des cancers de la vessie imputables à une exposition professionnelle est estimée de 5 à 25 % du total de cette pathologie selon les auteurs<sup>2</sup>. C'est, en tout cas, le deuxième site pour l'incidence des cancers en Grande



Bretagne et aux Etats Unis (après le cancer du poumon).

Une étude pilotée par l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie) de Haute-Normandie a porté sur les 293 personnes ayant demandé à bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour cancer de la vessie (indépendamment de toute considération de possible exposition professionnelle). Finalement 258 d'entre eux ont été inclus dans l'étude qui a consisté notamment à rechercher une éventuelle origine professionnelle sur la base des données d'exposition professionnelle par une équipe constituée de médecins-conseils, d'ingénieurs-conseils, de médecins du service de pathologie professionnelle du CHU de Rouen et d'un médecin inspecteur du travail. Pour environ 15 % des dossiers, il existait une possibilité de déclaration en maladie professionnelle sur la base des deux seuls tableaux existant (15 ter : amines aromatiques et 16 bis : goudrons de houille)<sup>3</sup>.

Plusieurs études épidémiologiques ont été consacrées au cancer de la vessie. Une étude cas-témoins multicentrique menée dans cinq régions françaises avec de fortes implantations industrielles (mines, chimie, textile, métallurgie, caoutchouc) a montré des liens possibles avec l'exposition aux solvants chlorés, huiles et graisses industrielles, fumées de soudage, poussières de charbon et d'oxydes métalliques (après ajustement sur l'âge et la consommation de tabac)<sup>4</sup>. Une étude complémentaire, effectuée selon une méthodologie proche et consacrée plus particulièrement à des travailleurs soumis à des expositions professionnelles aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), considérés sous les angles des fumées de combustion et des fluides de coupe utilisés pour l'usinage des métaux, aboutit à des résultats analogues avec des rapports de cote (« odds ratio ») significatifs de 2,3 et 2,6 respectivement<sup>5</sup>.

### Les produits ou procédés en cause

Pour un certain nombre de produits, il existe un consensus quant à leur cancérogénicité (prouvée

ou fortement suspectée). C'est le cas en particulier pour un certain nombre d'amines aromatiques. Parmi elles, des composés aujourd'hui interdits à l'utilisation industrielle comme la benzidine ou la *n*-naphtylamine et leurs sels. Mais aussi pour des composés qui sont encore utilisés dans l'industrie française comme la MBOCA (4,4'-méthylène-bis-*o*-chloroaniline) ou la MDA (4,4'-méthylènedianiline). De même, la cancérogénicité des HAP, présents dans différents produits d'origine houillère (comme les brais ou les huiles), dans les électrodes utilisées pour la fabrication de l'aluminium ou, à une certaine époque, dans les fluides d'usinage, est aujourd'hui admise par les experts. Les opérations de vulcanisation du caoutchouc sont également considérées comme des procédés susceptibles de causer le cancer de la vessie, sans que les agents étiologiques aient toujours été identifiés précisément. Au-delà du rôle des amines aromatiques, celui des nitrosamines est suspecté. Ces composés sont susceptibles de se former quand une amine secondaire est mise en présence d'un produit nitrosant, c'est-à-dire une molécule qui peut libérer des oxydes d'azote qui réagiront avec l'amine secondaire.

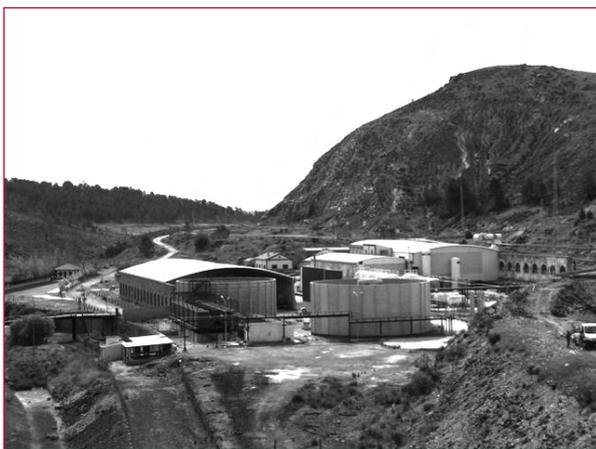
Le rôle des solvants chlorés ou des pesticides est plus discuté. Les études épidémiologiques sont peu nombreuses et contradictoires. En outre, pour une pathologie souvent curable quand elle est détectée rapidement, comme l'est le cancer de la vessie, les études de mortalité peuvent ne pas être les plus adaptées pour mettre en évidence d'éventuels excès de ce cancer : le sujet peut en effet décéder d'une autre pathologie, et l'incidence du cancer de la vessie peut être minorée.

## LES CANCERS D'AUJOURD'HUI SONT LE RÉSULTAT DES EXPOSITIONS D'HIER

Pour le cancer de la vessie, comme pour la plupart des autres pathologies cancéreuses, il existe un temps de latence d'au moins dix ans entre l'exposition professionnelle et l'apparition de la maladie. Il est donc difficile d'estimer à court ou

1. E. Imbernon - Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Institut de veille sanitaire, 2003, 28 pages, Saint Maurice, France.  
2. Académie de médecine. Le cancer en France. [http://www.academie-medicine.fr/Upload/tubiana\\_rapp\\_cancer\\_13sept\\_073.pdf](http://www.academie-medicine.fr/Upload/tubiana_rapp_cancer_13sept_073.pdf)  
3. Union régionale des caisses d'assurance maladie de Haute Normandie - Cancer de vessie et risques professionnels. URCAM, 2005, 4 pages, Rouen, France.  
4. S. Cordier et al. - Occupational risks of bladder cancer in France: a multicentre case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1993, 22, 403-411.  
5. M. Hours et al. - Bladder cancer and occupational exposure. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 1994, 20, 322-330.

moyen terme les progrès qu'apporte la prévention au poste de travail en termes de diminution du nombre de pathologies. Pour autant il est intéressant d'avoir des données sur les quantités de cancérigènes (avérés ou suspectés) utilisées au cours des années passées, ainsi que sur les conditions industrielles dans lesquelles ces produits étaient mis en œuvre. C'est ainsi que dans le cadre du Plan santé travail (PST), l'INRS a effectué en 2005 une étude consacrée aux conditions d'utilisation d'un certain nombre de ces produits au cours des trente dernières années. Les principaux résultats de cette étude montrent que l'utilisation des produits cancérigènes pour la vessie (ou suspectés de cancérigénicité) a diminué au cours de la période.



### Les produits cancérigènes pour la vessie sont moins utilisés

- L'utilisation de la benzidine, de la -naphtylamine et de la 4-aminobiphényle (ainsi que celle du 4-dinitrophényle) avait cessé en France avant leur interdiction en 1989. Globalement, celle des amines aromatiques, suspectées ou non de cancérigénicité, diminue. Par exemple, l'utilisation de la dibenzylamine, utilisée comme retardateur de vulcanisation dans l'industrie du caoutchouc n'est plus que d'une centaine de kilogrammes par an. De même l'emploi de la MBOCA (4,4'-méthylène-bis-o-chloroaniline) comme durcisseur en mécaplasturgie a largement régressé, même si les résultats de l'enquête sur l'utilisation des agents cancérigènes et toxiques pour la reproduction menée en 2006 par l'Inspection du travail et les services Prévention des risques professionnels des CRAM montrent qu'il y a encore une quinzaine d'entreprises qui utilisent ce produit en France<sup>6</sup>.
- A la différence des amines aromatiques, les amines aliphatiques ne sont pas soupçonnées de cancérigénicité : c'est la capacité des amines secondaires à donner naissance, en présence de composés nitrosants, à des nitrosamines qui en fait des agents étiologiques indirects du cancer de la vessie. Les résultats de l'enquête ne mettent pas en évidence de tendances très nettes. Pour autant, le cas particulier de la diéthanolamine mérite qu'on s'y arrête. En effet ce produit, dont environ 20 000 tonnes sont consommées annuellement en France a trois utilisations principales : l'industrie de la détergence pour la fabrication d'éthanolamides, le traitement des gaz acides, l'industrie du lubrifiant en tant que stabilisant des huiles de coupes. Ce produit connaît aujourd'hui une régression significative pour une raison d'ima-

ge : ainsi les constructeurs automobiles proscrivent son utilisation dans les fluides de coupe. Le discours d'alerte des préventeurs a donc bien une influence sur les pratiques des professionnels, même si on voit bien dans l'exemple des secteurs de la détergence et des cosmétiques qu'elle reste limitée : parce que les produits cosmétiques sont en contact direct avec la peau et pour des raisons d'image, l'industrie proscriit l'utilisation de la diéthanolamine. En revanche, l'utilisation de ce produit reste significative dans le domaine de la détergence où les problèmes d'image sont moins prégnants.

- Les dérivés de la houille, brais et huiles, ont été largement substitués au cours des trente dernières années à la faveur du passage de la carbochimie à la pétrochimie, dont les produits sont beaucoup moins riches en hydrocarbures aromatiques polycycliques. Pourtant, un certain nombre d'usages des composés houillers demeure et leur consommation semble avoir atteint un palier relativement stable. Ainsi 65 000 tonnes environ de brai sont consommées tous les ans en France, et si on enregistre une légère tendance à la baisse, elle est davantage due à une délocalisation de l'outil industriel vers des pays tiers qu'à une substitution des matériaux eux-mêmes. Aujourd'hui pour plusieurs applications industrielles, la substitution ne semble pas possible.

### VERS LA DISPARITION DU CANCER DE LA VESSIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE ?

Les données présentées ci-dessus montrent bien les progrès significatifs qui ont été effectués pour la prévention du cancer de la vessie au travail : beaucoup de molécules ont été substituées et les risques sont mieux connus, ce qui induit une meilleure protection au poste de travail. Pourtant, on constate aussi que certaines limites techniques sont atteintes, qu'il est difficile de dépasser : pour la fabrication des électrodes de graphique par exemple, brais et huiles de houille peuvent difficilement être remplacés par d'autres substances pour des raisons de qualité du produit final.

### L'exemple du benzo-a-pyrène :

D'autres difficultés subsistent qui font craindre que les expositions à des cancérigènes de la vessie, et en particulier aux HAP, ne persistent encore pendant plusieurs années. Ainsi le service Prévention des risques professionnels de la CRAM de Normandie a mis en évidence de forts niveaux d'exposition potentiels (jusqu'à 2000 fois la valeur limite d'exposition du benzo-a-pyrène) lors d'opérations de maintenance sur des réseaux d'adduction d'eau. Les tuyaux ont été recouverts jusqu'à la fin des années 1990 d'un vernis contenant de fortes concentrations de brais de houille. Les difficultés pour mettre en place une bonne prévention des risques sont multiples :

- tous les tuyaux n'ont pas été revêtus de ce vernis et il est difficile de reconstituer l'historique de son utilisation : faut-il mettre en place systématiquement une prévention de haut niveau au risque qu'elle se banalise et ne soit plus utilisée quand elle est nécessaire,
- les opérations de maintenance ont bien sûr lieu in situ et elles sont urgentes dans la plupart des cas (pour rétablir l'alimentation dans les meilleurs délais),
- il s'agit d'équipes d'intervention isolées pour lesquelles il est difficile de vérifier la prise en compte des mesures de prévention préconisées,
- ces dernières passent, en particulier et surtout, par la mise à disposition d'appareils de protection respiratoire efficaces dont il faut faire admettre l'utilisation et le coût par les entreprises.

Un travail est actuellement en cours entre préventeurs et professionnels du secteur pour progresser sur la connaissance du problème et mettre en place une prévention efficace. Il est vraisemblable d'ailleurs que des produits du même type ont été utilisés pour des applications analogues sur des tuyaux (gaz par exemple) ou des boîtiers enterrés.

Cet exemple montre bien la difficulté de la gestion dans le temps des cancérigènes. Le parallèle avec l'amiante est tentant, même si l'ampleur du phénomène est évidemment différente. A travers ces exemples, c'est toute la question de la gestion dans le temps de l'utilisation des cancérigènes qui est posée. Dès qu'un cancérigène est dispersé dans l'environnement humain se pose la question de son recensement et celui-ci une fois effectué (quand c'est possible), de la mise en place d'une prévention réaliste et efficace.

A travers cet exemple on voit bien que la question de la substitution des cancérigènes en milieu de travail est manifestement plus que jamais à l'ordre du jour.

6. J.F. Certin, M. Fayol, A.L. Fauquet, M. Héry, E. Langlois, J.C. Protois - Résultats de la campagne de contrôle 2006 « Inspection du travail - Prévention des risques professionnels des CRAM » (avec le soutien technique de l'INRS sur l'utilisation des agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction dans l'industrie. Hygiène et sécurité du travail, 1997, 207, 77-84.

# PRÉVENTION DU CANCER DE LA VESSIE EN MILIEU PROFESSIONNEL BILAN ET PERSPECTIVES

MICHEL HERY, INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS)  
DIRECTION SCIENTIFIQUE

## LE CANCER DE LA VESSIE EN MILIEU PROFESSIONNEL

### Les cancers attribuables

Dans une étude consacrée à l'estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, E. Imbernon (INVS Institut de Veille Sanitaire) arrive à un chiffre de 625 à 1110 cas de cancers de la vessie attribuables à des expositions professionnelles annuellement<sup>1</sup>. L'estimation de l'Académie de médecine qui, en règle générale, se situe à un niveau très inférieur aux chiffres de l'INVS, donne 465 cas de cancers de la vessie attribuables à une cause professionnelle, soit un chiffre du même ordre de grandeur. Dans la littérature internationale, la part des cancers de la vessie imputables à une exposition professionnelle est estimée de 5 à 25 % du total de cette pathologie selon les auteurs<sup>2</sup>. C'est, en tout cas, le deuxième site pour l'incidence des cancers en Grande



Bretagne et aux Etats Unis (après le cancer du poumon).

Une étude pilotée par l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie) de Haute-Normandie a porté sur les 293 personnes ayant demandé à bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour cancer de la vessie (indépendamment de toute considération de possible exposition professionnelle). Finalement 258 d'entre eux ont été inclus dans l'étude qui a consisté notamment à rechercher une éventuelle origine professionnelle sur la base des données d'exposition professionnelle par une équipe constituée de médecins-conseils, d'ingénieurs-conseils, de médecins du service de pathologie professionnelle du CHU de Rouen et d'un médecin inspecteur du travail. Pour environ 15 % des dossiers, il existait une possibilité de déclaration en maladie professionnelle sur la base des deux seuls tableaux existant (15 ter : amines aromatiques et 16 bis : goudrons de houille)<sup>3</sup>.

Plusieurs études épidémiologiques ont été consacrées au cancer de la vessie. Une étude cas-témoins multicentrique menée dans cinq régions françaises avec de fortes implantations industrielles (mines, chimie, textile, métallurgie, caoutchouc) a montré des liens possibles avec l'exposition aux solvants chlorés, huiles et graisses industrielles, fumées de soudage, poussières de charbon et d'oxydes métalliques (après ajustement sur l'âge et la consommation de tabac)<sup>4</sup>. Une étude complémentaire, effectuée selon une méthodologie proche et consacrée plus particulièrement à des travailleurs soumis à des expositions professionnelles aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), considérés sous les angles des fumées de combustion et des fluides de coupe utilisés pour l'usinage des métaux, aboutit à des résultats analogues avec des rapports de cote (« odds ratio ») significatifs de 2,3 et 2,6 respectivement<sup>5</sup>.

### Les produits ou procédés en cause

Pour un certain nombre de produits, il existe un consensus quant à leur cancérogénéité (prouvée

ou fortement suspectée). C'est le cas en particulier pour un certain nombre d'amines aromatiques. Parmi elles, des composés aujourd'hui interdits à l'utilisation industrielle comme la benzidine ou la *n*-naphtylamine et leurs sels. Mais aussi pour des composés qui sont encore utilisés dans l'industrie française comme la MBOCA (4,4'-méthylène-bis-*o*-chloroaniline) ou la MDA (4,4'-méthylènedianiline). De même, la cancérogénéité des HAP, présents dans différents produits d'origine houillère (comme les brais ou les huiles), dans les électrodes utilisées pour la fabrication de l'aluminium ou, à une certaine époque, dans les fluides d'usinage, est aujourd'hui admise par les experts. Les opérations de vulcanisation du caoutchouc sont également considérées comme des procédés susceptibles de causer le cancer de la vessie, sans que les agents étiologiques aient toujours été identifiés précisément. Au-delà du rôle des amines aromatiques, celui des nitrosamines est suspecté. Ces composés sont susceptibles de se former quand une amine secondaire est mise en présence d'un produit nitrosant, c'est-à-dire une molécule qui peut libérer des oxydes d'azote qui réagiront avec l'amine secondaire.

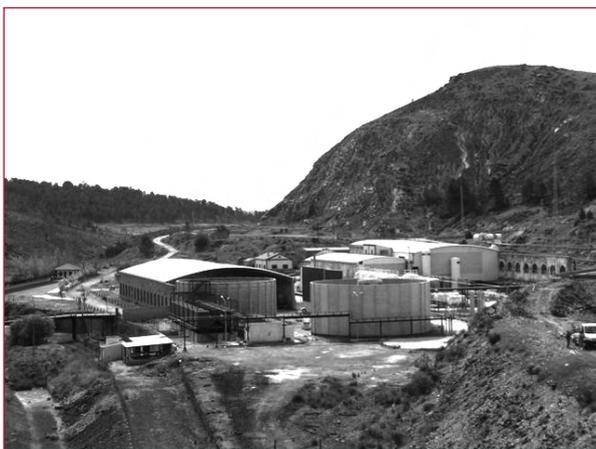
Le rôle des solvants chlorés ou des pesticides est plus discuté. Les études épidémiologiques sont peu nombreuses et contradictoires. En outre, pour une pathologie souvent curable quand elle est détectée rapidement, comme l'est le cancer de la vessie, les études de mortalité peuvent ne pas être les plus adaptées pour mettre en évidence d'éventuels excès de ce cancer : le sujet peut en effet décéder d'une autre pathologie, et l'incidence du cancer de la vessie peut être minorée.

## LES CANCERS D'AUJOURD'HUI SONT LE RÉSULTAT DES EXPOSITIONS D'HIER

Pour le cancer de la vessie, comme pour la plupart des autres pathologies cancéreuses, il existe un temps de latence d'au moins dix ans entre l'exposition professionnelle et l'apparition de la maladie. Il est donc difficile d'estimer à court ou

1. E. Imbernon - Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Institut de veille sanitaire, 2003, 28 pages, Saint Maurice, France.  
2. Académie de médecine. Le cancer en France. [http://www.academie-medicine.fr/Upload/tubiana\\_rapp\\_cancer\\_13sept\\_073.pdf](http://www.academie-medicine.fr/Upload/tubiana_rapp_cancer_13sept_073.pdf)  
3. Union régionale des caisses d'assurance maladie de Haute Normandie - Cancer de vessie et risques professionnels. URCAM, 2005, 4 pages, Rouen, France.  
4. S. Cordier et al. - Occupational risks of bladder cancer in France: a multicentre case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1993, 22, 403-411.  
5. M. Hours et al. - Bladder cancer and occupational exposure. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 1994, 20, 322-330.

moyen terme les progrès qu'apporte la prévention au poste de travail en termes de diminution du nombre de pathologies. Pour autant il est intéressant d'avoir des données sur les quantités de cancérigènes (avérés ou suspectés) utilisées au cours des années passées, ainsi que sur les conditions industrielles dans lesquelles ces produits étaient mis en œuvre. C'est ainsi que dans le cadre du Plan santé travail (PST), l'INRS a effectué en 2005 une étude consacrée aux conditions d'utilisation d'un certain nombre de ces produits au cours des trente dernières années. Les principaux résultats de cette étude montrent que l'utilisation des produits cancérigènes pour la vessie (ou suspectés de cancérigénicité) a diminué au cours de la période.



### Les produits cancérigènes pour la vessie sont moins utilisés

- L'utilisation de la benzidine, de la -naphtylamine et de la 4-aminobiphényle (ainsi que celle du 4-dinitrophényle) avait cessé en France avant leur interdiction en 1989. Globalement, celle des amines aromatiques, suspectées ou non de cancérigénicité, diminue. Par exemple, l'utilisation de la dibenzylamine, utilisée comme retardateur de vulcanisation dans l'industrie du caoutchouc n'est plus que d'une centaine de kilogrammes par an. De même l'emploi de la MBOCA (4,4'-méthylène-bis-o-chloroaniline) comme durcisseur en mécaplasturgie a largement régressé, même si les résultats de l'enquête sur l'utilisation des agents cancérigènes et toxiques pour la reproduction menée en 2006 par l'Inspection du travail et les services Prévention des risques professionnels des CRAM montrent qu'il y a encore une quinzaine d'entreprises qui utilisent ce produit en France<sup>6</sup>.
- A la différence des amines aromatiques, les amines aliphatiques ne sont pas soupçonnées de cancérigénicité : c'est la capacité des amines secondaires à donner naissance, en présence de composés nitrosants, à des nitrosamines qui en fait des agents étiologiques indirects du cancer de la vessie. Les résultats de l'enquête ne mettent pas en évidence de tendances très nettes. Pour autant, le cas particulier de la diéthanolamine mérite qu'on s'y arrête. En effet ce produit, dont environ 20 000 tonnes sont consommées annuellement en France a trois utilisations principales : l'industrie de la détergence pour la fabrication d'éthanolamides, le traitement des gaz acides, l'industrie du lubrifiant en tant que stabilisant des huiles de coupes. Ce produit connaît aujourd'hui une régression significative pour une raison d'ima-

ge : ainsi les constructeurs automobiles proscrivent son utilisation dans les fluides de coupe. Le discours d'alerte des préventeurs a donc bien une influence sur les pratiques des professionnels, même si on voit bien dans l'exemple des secteurs de la détergence et des cosmétiques qu'elle reste limitée : parce que les produits cosmétiques sont en contact direct avec la peau et pour des raisons d'image, l'industrie proscribit l'utilisation de la diéthanolamine. En revanche, l'utilisation de ce produit reste significative dans le domaine de la détergence où les problèmes d'image sont moins prégnants.

- Les dérivés de la houille, brais et huiles, ont été largement substitués au cours des trente dernières années à la faveur du passage de la carbochimie à la pétrochimie, dont les produits sont beaucoup moins riches en hydrocarbures aromatiques polycycliques. Pourtant, un certain nombre d'usages des composés houillers demeure et leur consommation semble avoir atteint un palier relativement stable. Ainsi 65 000 tonnes environ de brai sont consommées tous les ans en France, et si on enregistre une légère tendance à la baisse, elle est davantage due à une délocalisation de l'outil industriel vers des pays tiers qu'à une substitution des matériaux eux-mêmes. Aujourd'hui pour plusieurs applications industrielles, la substitution ne semble pas possible.

### VERS LA DISPARITION DU CANCER DE LA VESSIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE ?

Les données présentées ci-dessus montrent bien les progrès significatifs qui ont été effectués pour la prévention du cancer de la vessie au travail : beaucoup de molécules ont été substituées et les risques sont mieux connus, ce qui induit une meilleure protection au poste de travail. Pourtant, on constate aussi que certaines limites techniques sont atteintes, qu'il est difficile de dépasser : pour la fabrication des électrodes de graphique par exemple, brais et huiles de houille peuvent difficilement être remplacés par d'autres substances pour des raisons de qualité du produit final.

### L'exemple du benzo-a-pyrène :

D'autres difficultés subsistent qui font craindre que les expositions à des cancérigènes de la vessie, et en particulier aux HAP, ne persistent encore pendant plusieurs années. Ainsi le service Prévention des risques professionnels de la CRAM de Normandie a mis en évidence de forts niveaux d'exposition potentiels (jusqu'à 2000 fois la valeur limite d'exposition du benzo-a-pyrène) lors d'opérations de maintenance sur des réseaux d'adduction d'eau. Les tuyaux ont été recouverts jusqu'à la fin des années 1990 d'un vernis contenant de fortes concentrations de brais de houille. Les difficultés pour mettre en place une bonne prévention des risques sont multiples :

- tous les tuyaux n'ont pas été revêtus de ce vernis et il est difficile de reconstituer l'historique de son utilisation : faut-il mettre en place systématiquement une prévention de haut niveau au risque qu'elle se banalise et ne soit plus utilisée quand elle est nécessaire,
- les opérations de maintenance ont bien sûr lieu in situ et elles sont urgentes dans la plupart des cas (pour rétablir l'alimentation dans les meilleurs délais),
- il s'agit d'équipes d'intervention isolées pour lesquelles il est difficile de vérifier la prise en compte des mesures de prévention préconisées,
- ces dernières passent, en particulier et surtout, par la mise à disposition d'appareils de protection respiratoire efficaces dont il faut faire admettre l'utilisation et le coût par les entreprises.

Un travail est actuellement en cours entre préventeurs et professionnels du secteur pour progresser sur la connaissance du problème et mettre en place une prévention efficace. Il est vraisemblable d'ailleurs que des produits du même type ont été utilisés pour des applications analogues sur des tuyaux (gaz par exemple) ou des boîtiers enterrés.

Cet exemple montre bien la difficulté de la gestion dans le temps des cancérigènes. Le parallèle avec l'amiante est tentant, même si l'ampleur du phénomène est évidemment différente. A travers ces exemples, c'est toute la question de la gestion dans le temps de l'utilisation des cancérigènes qui est posée. Dès qu'un cancérigène est dispersé dans l'environnement humain se pose la question de son recensement et celui-ci une fois effectué (quand c'est possible), de la mise en place d'une prévention réaliste et efficace.

A travers cet exemple on voit bien que la question de la substitution des cancérigènes en milieu de travail est manifestement plus que jamais à l'ordre du jour.

6. J.F. Certin, M. Fayol, A.L. Fauquet, M. Héry, E. Langlois, J.C. Protois - Résultats de la campagne de contrôle 2006 « Inspection du travail - Prévention des risques professionnels des CRAM » (avec le soutien technique de l'INRS sur l'utilisation des agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction dans l'industrie. Hygiène et sécurité du travail, 1997, 207, 77-84.

# CONSTRUIRE LA VISIBILITÉ DES CANCERS PROFESSIONNELS

## UNE ENQUÊTE PERMANENTE EN SEINE-SAINT-DENIS

ANNIE THÉBAUD-MONY\*

L'évolution épidémiologique du cancer est très préoccupante. D'après les dernières estimations du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), l'Union européenne comptait 2,3 millions de nouveaux cas et plus d'un million de décès survenus en 2006. En France, l'incidence estimée des nouveaux cas est passée de 170 000 en 1980 à 280 000 en 2000 (Remontet *et al.*, 2003). Depuis 2003, la prévention des cancers professionnels est considérée comme une priorité par la Direction générale du travail et par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les stratégies à construire supposent de croiser des connaissances scientifiques fondamentales relevant des sciences de la vie et de l'épidémiologie concernant les risques et leurs effets, avec les apports des sciences humaines et sociales, sur les conditions et l'organisation du travail dans lesquelles s'inscrivent les risques de cancer. Or depuis plus de vingt ans, les rapports administratifs et parlementaires mettent en cause les « dysfonctionnements » du système de prévention et de réparation des risques professionnels et les carences du système d'information sur les atteintes à la santé liées au travail, en particulier les cancers.

Cet article a pour objectif d'interroger dans une première partie les processus de construction de l'invisibilité sociale des cancers d'origine professionnelle, puis de présenter la démarche engagée en Seine-Saint-Denis depuis 2001 tendant à fonder la production de connaissances sur les cancers d'origine professionnelle sur la reconstitution des parcours professionnels de patients atteints de cancer.

### DE LA CONNAISSANCE OFFICIELLE À L'INVISIBILITÉ SOCIALEMENT CONSTRUITE

Le mouvement social contre l'amiante des années quatre-vingt-dix a contribué à mettre en évidence à quel point, pendant des décennies, les cancers associés à une exposition professionnelle ou environnementale à l'amiante avaient été sous-estimés. Leur mise en évidence à partir de 1997 ne peut faire oublier les décennies pendant lesquelles ces cancers ont été ignorés et les raisons de ce déni (Thébaud-Mony, 2007). Mais l'amiante ne doit pas à son tour faire écran aux autres risques de cancer professionnel. C'est pourquoi il importe de questionner les données officielles sur le cancer et leur interprétation et de montrer sur quelles connaissances repose la visibilité/invisibilité des cancers professionnels.

### Le cancer : une maladie inégalitaire

L'une des caractéristiques principales du cancer est d'être une maladie inégalitaire. Selon la revue bibliographique sur les inégalités sociales face au cancer réalisée par le CIRC dans tous les pays disposant de données statistiques de mortalité par catégories socioprofessionnelles, la mortalité par cancer, en particulier la mortalité précoce (avant 65 ans) est plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles (Kogevinas *et al.*, 1997). Dans le même ouvrage, les auteurs estiment qu'un tiers de l'excès de cancers observé dans les catégories sociales défavorisées comparées aux groupes sociaux les plus favorisés serait lié à l'exposition professionnelle à des cancérigènes industriels. Cette proportion pourrait atteindre la moitié pour les cancers du poumon et de la vessie. En France, les travaux de l'Insee sur la mortalité différentielle permettaient, dès les années 1980, de fonder des hypothèses sur l'influence du « métier » dans les inégalités de mortalité masculine (Teiger *et al.*, 1981 ; Volkoff *et al.*, 1984). Au début des années 1990, il était possible grâce aux données de l'Insee d'établir que le taux annuel moyen de mortalité par cancer chez les hommes de 45 à 54 ans est quatre fois plus élevé chez les ouvriers non qualifiés que chez les cadres et professions intellectuelles (Desplanques, 1993). Enfin depuis 1975 et jusqu'à aujourd'hui, la France est en tête des pays européens en matière d'inégalité de mortalité masculine par cancer avant 65 ans (BEH, 2003).

Les disparités sociales sont mises en évidence géographiquement. La Seine-Saint-Denis connaît des taux particulièrement élevés de cancer par rapportaux moyennes nationales. Selon l'*Atlas de la mortalité par cancer en Île-de-France* (Pepin, 2007), pour la période 1990-1999, le taux standardisé de mortalité masculine par cancer du poumon est de 53,2 pour 100 000 habitants au niveau national. Il est de 65,3 en Seine-Saint-Denis. Il en est de même pour les cancers de la vessie, dont le taux standardisé de mortalité est plus élevé en Seine-Saint-Denis (10,3) qu'en moyenne nationale (8,2). Dans une commune emblématique de l'exposition professionnelle et environnementale à l'amiante en Seine-Saint-Denis, Aulnay-sous-Bois, la Cellule interrégionale d'épidémiologie d'Île-de-France a mis en évidence l'impact de cette exposition chez les travailleurs et les riverains de l'ancienne usine de broyage d'amiante implantée en plein coeur de cette commune (Council *et al.*, 2007). L'étude qualitative menée sur la base d'informations recueillies par l'invisibilité des cancers dus à l'amiante chez ces travailleurs, tout en suggérant dans leurs recommandations l'intérêt d'un signalement des cas à venir pour permettre « une compréhension approfondie, à l'échelle locale, des liens complexes qui relient actuellement les problématiques de santé professionnelle, santé environnementale, et sites et sols pollués » (p. 253).

### Le modèle de référence de la causalité du cancer

Les disparités sociales et géographiques observées en France en matière de mortalité par cancer sont pourtant, par hypothèse, essentiellement rapportées aux habitudes individuelles, en particulier le tabagisme (Kunst, 2000), même si le gradient des disparités de consommation entre groupes sociaux est sans commune mesure avec l'inégalité observée concernant les cancers.

En effet, chez les hommes, l'écart entre cadres et ouvriers concernant la proportion de fumeurs est de l'ordre de 20 %, quand l'excès de risque de mortalité précoce par cancer chez les ouvriers par rapport aux cadres est de l'ordre de 200 % (Brix *et al.*, 2000).

Par ailleurs, sans pouvoir nous étendre sur un sujet qui fait aujourd'hui débat dans la communauté scientifique, le développement de travaux concernant la susceptibilité génétique aux

\* Sociologue, directrice de recherche à l'Inserm et membre du laboratoire IRIS, dirige le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle (GISCOPI 93) à l'université Paris 13.



risques cancérigènes tend à renforcer une interprétation des inégalités face au cancer comme étant liées à l'existence de « *travailleurs à risque* », qualifiés ainsi en fonction de leurs caractéristiques génétiques individuelles, plutôt qu'à celle de « *travaux à risque* » (Thébaud-Mony, 2004).

Le rapport des académies de science et de médecine sur les causes du cancer en France (IARC, 2007) fait mention d'une autre catégorie de facteurs individuels. Il s'agit d'une « estimation des cancers non survenus par le fait d'éviter l'obésité ou d'avoir une activité physique ». De quelle activité physique s'agit-il ? Le rapport ne le dit pas. Il ne dit rien non plus sur les inégalités sociales face au cancer et sur le fait qu'en termes d'activité physique, les ouvriers - qui paient le plus lourd tribut au cancer - sont aussi ceux qui supportent l'essentiel des travaux supposant une activité manuelle, donc physique, souvent très importante.

### Le cancer : une histoire

Ce modèle dominant d'interprétation de la causalité du cancer par les seuls comportements individuels ne tient pas compte des connaissances acquises dans les travaux scientifiques portant sur le processus cancérigène. En effet, le cancer ne répond pas au modèle biologique classique « une cause = un effet ». Le cancer est un processus long qui dure souvent plusieurs décennies de la vie d'un individu. Ce processus se fait en plusieurs étapes et se développe en interaction entre les expositions simultanées et successives de l'individu à des cancérigènes (dans son milieu de travail et de vie), et leur inscription dans le développement biologique et vital d'un individu. On le sait, face à l'atteinte cellulaire par un cancérigène, l'organisme réagit par des stratégies de réparation qui peuvent être globales, laissant la possibilité à une « réparation » effective sans séquelles, ou au contraire partielles, permettant alors la survivance de cellules cancéreuses qui puiseront dans l'interaction constante entre l'individu et son « environnement » (personnel et professionnel) les conditions de développement de tumeurs cancéreuses.

Les travaux sur les effets de synergie d'expositions cumulées à l'amiante et au tabac ont montré que le risque de survenue du cancer est démultiplié quand l'individu subit plusieurs expositions.

Enfin, il faut insister sur le fait qu'il n'y a pas de « signature » du cancer permettant de « choisir », pour un individu atteint de cancer, entre différentes causes. L'histoire de

l'exposition à des cancérigènes d'un patient atteint de cancer peut être reconstituée, mais elle ne permet pas d'identifier la « cause » de ce cancer, le plus probable étant que chacun des différents cancérigènes auxquels ce patient a été exposé a pu jouer un rôle dans le processus ayant engendré et permis le développement de ce cancer.

### « Cancer professionnel » : une triple invisibilité

L'invisibilité des cancers liés au travail puise à trois sources : l'ignorance toxique, l'invisibilité physique et l'invisibilité sociale.

● **L'ignorance toxique** tient tout d'abord à la très grande méconnaissance de la toxicité des substances chimiques présentes dans l'activité de travail. La production mondiale de substances chimiques est passée d'un million de tonnes en 1930 à 400 millions aujourd'hui. Mais, selon l'Agence américaine de protection de l'environnement (EPA), seulement 7 % des substances introduites dans la production industrielle ont fait l'objet d'une recherche de toxicité dont les données sont disponibles. À ces substances, il faut ajouter les pollutions issues du processus de production lui-même, sous forme de poussières, de fumées, de gaz, de rayonnements, dont la toxicité est loin d'avoir été systématiquement étudiée.

Or selon les principes d'inscription d'un cancérigène dans la liste officielle d'agents cancérigènes établie par le CIRC, une substance sera considérée cancérigène en fonction d'études expérimentales (*in vivo*, *in vitro*) et d'études épidémiologiques qui font consensus dans le cadre de groupes de travail réunis par le Centre. Ce consensus repose sur un concept clé celui d'une « évidence suffisante de la cancérigénicité chez les humains » (WHO-IARC, 2006). Cette « évidence » dépend de la réalisation d'études aux résultats convergents. Or la toxicologie industrielle est une discipline quasi inexistante dans de très nombreux pays dont la France, ce qui limite grandement la possibilité de mobiliser les études de toxicité indispensables. Quant à l'épidémiologie, elle connaît d'importantes limites, notamment au regard de la précarisation du travail. Ceci peut être illustré par l'enquête internationale sur les

cancers dus à l'exposition aux rayonnements ionisants chez les travailleurs de l'industrie nucléaire (Cardis, 2005), enquête qui, pour des raisons méthodologiques, a exclu les travailleurs sous-traitants et intérimaires qui pourtant subissent plus de 80 % de l'exposition aux rayonnements ionisants reçue sur les sites nucléaires. Cette mise à l'écart de la population la plus exposée - mais précaire - met en évidence l'angle mort de la démarche épidémiologique dès lors que la population recensée ne prend pas en compte la réalité de l'inégale répartition des risques.

« L'évidence suffisante » est donc directement liée au capital d'études expérimentales et épidémiologiques disponibles, avec leurs limites, ce qui ne recouvre, au plan international, qu'une très faible partie de l'infinie diversité des substances et des situations de travail comportant des expositions aux cancérigènes. L'inscription récente de nouveaux cancérigènes - travail posté, activité des peintres, activité des pompiers - dans la liste des cancérigènes établie par le CIRC est intéressante pour illustrer les aléas de la construction d'une telle « évidence suffisante » (Straif *et al.*, 2007). Le « travail posté » a été inscrit dans la catégorie 2A du CIRC (l'agent est probablement cancérigène pour les humains), parce que des études expérimentales montraient l'influence de la perturbation du cycle circadien sur la cancérigénèse chez le rat mais qu'en épidémiologie les seules études recensées ne concernaient que les infirmières et le personnel navigant des compagnies aériennes. L'insuffisance numérique d'études épidémiologiques a conduit à ne pas inscrire le travail posté dans le groupe 1 du CIRC. En revanche, les activités de peinture ont été inscrites au groupe 1 (les substances ou situations considérées sont cancérigènes pour les humains), dans la mesure où il existe « une évidence suffisante que l'exposition professionnelle des peintres cause des cancers du poumon et de la vessie ». Enfin, bien que les pompiers soient reconnus exposés à de nombreux produits de combustion incluant des cancérigènes (benzène, benzo-a-pyrene, etc.), dans le cadre d'expositions intenses mais intermittentes, le nombre limité d'études épidémiologiques concernant cette population a conduit le groupe de travail du CIRC à inscrire l'activité des pompiers dans le groupe 2B du CIRC (substances ou situations possiblement cancérigènes pour les humains).

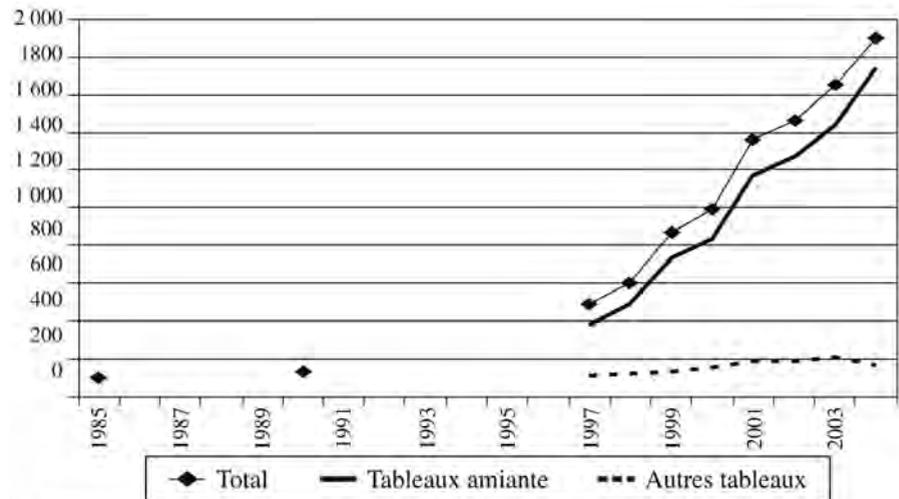
La question posée par ces choix est celle de savoir combien d'études épidémiologiques sont nécessaires pour établir une « évidence suffisante » de la cancérigénicité d'une substance ou d'une situation d'exposition et sur quels critères ? Une seconde question émerge concernant les raisons du choix qui ont fait retenir l'épidémiologie comme discipline de référence de la construction de cette évidence de cancérigénicité, alors que les travaux expérimentaux permettent la mise en évidence anticipée de la cancérigénicité d'une substance sur la cellule ou sur l'animal, en sachant que dans la plupart des cas la cancérigénicité chez l'animal peut être extrapolée chez les humains. Ce choix conduit au maintien de situations dangereuses sans prise en

compte des risques cancérigènes connus ou suspectés, et de leurs effets de synergie. Le raisonnement selon lequel l'exposition étant intermittente, celle-ci aurait des effets différents de ceux identifiés sur d'autres groupes de population ne tient pas compte du fait qu'il n'y a pas de seuil d'exposition au-dessous duquel il n'y aurait pas de risque. Il faut également souligner que les expositions sous la forme de « pics d'exposition », comme c'est le cas pour les pompiers, sont tout aussi redoutables, voire plus, qu'une exposition continue à bas bruit. Ainsi l'ignorance toxique estelle renforcée par les règles restrictives de l'inscription des cancérigènes dans la liste du CIRC.

- **L'invisibilité physique** des cancérigènes réside dans le fait qu'ils échappent en tant que risque mortel à la perception immédiate des travailleurs : les poussières, les fumées, les gaz, les radiations n'ont souvent aucun effet perceptible si ce n'est sous forme d'irritation, de gênes et autres symptômes considérés comme bénins. La mesure du danger échappe aux personnes exposées puisqu'elle dépend d'outils techniques généralement détenus par des organismes spécialisés. Quant aux conséquences, elles ne seront perceptibles que des années ou des décennies plus tard. Cette invisibilité physique est renforcée par l'accès souvent difficile à l'information sur les cancérigènes présents dans le travail, en particulier lorsqu'il s'agit non pas de produits étiquetés mais des cancérigènes directement issus du processus de production, comme dans le cas des fumées de combustion ou des fibres d'amiante ou de silice respirées à l'occasion des chantiers de démolition notamment dans le secteur du BTP.

- Enfin **l'invisibilité sociale** est celle qui résulte de la non-application de règles en vigueur concernant l'obligation faite aux employeurs de déclarer les produits et procédés conduisant à maladie professionnelle (Code de la Sécurité sociale, article L. 461-4) ou d'établir une attestation d'exposition dans tous les cas où un salarié a été exposé à des produits cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (décret CMR no 2001-97 du 1<sup>er</sup> février 2001). Elle résulte aussi du caractère restrictif de la réparation des cancers professionnels en France. Le graphique présente l'évolution du nombre de cancers professionnels reconnus entre 1985 et 2004. Il témoigne de l'impact du mouvement social de l'amiante qui a permis la reconnaissance d'un plus grand nombre de cancers depuis la fin des années 1990. En contraste avec cette évolution de la reconnaissance des cancers liés à l'amiante portant ces derniers à près de 1 800 cas en 2004, ce graphique montre aussi que la reconnaissance cumulée des cancers associés à d'autres substances cancérigènes figurant pour la plupart dans un tableau de maladie professionnelle stagne au-dessous de 200 cas reconnus par an.

Graphique : Évolution du nombre de cancers professionnels reconnus par le régime général entre 1985 et 2004



Source : Statistiques trimestrielles des accidents du travail, CNAMTS.

### UNE RECHERCHE POUR L'ACTION : ENQUÊTE SUR LES PARCOURS PROFESSIONNELS ET LES HISTOIRES D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE AUX CANCÉROGÈNES DE PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Avant de présenter l'enquête et ses résultats, cette seconde partie montre tout d'abord comment s'est constitué le réseau d'acteurs et d'institutions qui a permis la mise en place de ce programme de recherche. Celui-ci a pour objectif une production de connaissances permettant de rompre l'invisibilité des cancers professionnels et d'apporter - en vue d'une amélioration de leur prévention et de leur réparation - les résultats d'une approche pluridisciplinaire.

Dans une perspective de santé publique, la maladie - ici le cancer - apparaît comme un « événement sentinelle » qui permet d'associer connaissance rétrospective (sur l'exposition professionnelle aux cancérigènes) et connaissance prospective (sur la reconnaissance en tant que maladie professionnelle), en partant du patient et de son expérience.

#### Historique

À la fin des années 1980, une recherche pluridisciplinaire menée dans le cadre d'une convention entre une équipe Inserm et le ministère du Travail avait pour objectif l'étude des processus de déclaration et reconnaissance en maladie professionnelle (Thébaud-Mony, 1991). À travers une série de monographies, cette recherche montrait - pour les cancers plus encore que pour toute autre maladie professionnelle - que les dysfonctionnements du système de réparation des maladies professionnelles font obstacle non seulement à la reconnaissance, mais à la connaissance et à la prévention des atteintes liées au travail. Le choix de la monographie comme outil d'étude indiquait l'importance du contexte local, tant du

point de vue de l'organisation sociale du travail et de la production que pour l'observation des pratiques et logiques institutionnelles dans la mise en oeuvre de dispositifs réglementaires. La recherche a permis la mise en évidence de logiques propres à chaque contexte local, tout en en dégagant des résultats de portée généralisable.

L'une des monographies du programme de recherche précédemment cité portait sur la sous-déclaration des cancers professionnels et les obstacles à la connaissance des expositions professionnelles aux cancérigènes en Seine-Saint-Denis, recherche menée avec le soutien et la participation des services d'études du conseil général de la Seine-Saint-Denis. Cette démarche a été à l'origine de la création d'un groupe de travail du conseil départemental d'hygiène (CDH) sur les cancers professionnels réunissant les chercheurs concernés, l'université Paris 13 et les institutions de santé publique et de santé au travail du département de la Seine-Saint-Denis et de la région Île-de-France. En 1998, après la réalisation d'une étude de faisabilité, le CDH a approuvé la création d'un dispositif de recherche en santé publique sur les cancers liés au travail, dans le cadre de l'université Paris 13, prenant appui sur une collaboration entre chercheurs et professionnels de la santé publique et de la santé au travail (Groupement d'intérêt scientifique de surveillance des cancers d'origine professionnelle - GIS-COP 93).

Ainsi a été élaboré un programme de recherches prospectives sur la connaissance des expositions professionnelles aux cancérigènes de patients atteints de cancer, sur la différenciation des processus de reconnaissance en maladie professionnelle et sur les règles et pratiques de la prévention des cancers liés au travail. Ce programme prend appui sur des outils méthodologiques originaux faisant appel à différentes disciplines dans le champ de la santé et du travail. Il s'agit de :

- une enquête permanente auprès de patients de trois hôpitaux de la Seine-Saint-Denis, le CHU Avicenne, hôpital de référence pour l'oncologie et l'hématologie, l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, l'hôpital intercommunal de Montfermeil ;
- une méthode d'identification des expositions professionnelles aux cancérrogènes qui combine la reconstitution des parcours professionnels de patients atteints de cancer au plus près de l'expérience de l'activité de travail de ces derniers et un dispositif d'expertise de ces parcours ;
- une enquête prospective de suivi de la déclaration et de la reconnaissance des cas indemnisables, dans le cadre d'une collaboration avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Seine-Saint-Denis, permettant l'analyse des pratiques médicales et administratives de la déclaration et de la reconnaissance des cancers professionnels en référence aux règles du système de réparation des maladies professionnelles ;
- une démarche de sociologie compréhensive visant l'identification des obstacles à la mise en oeuvre des dispositifs réglementaires concernant la prévention des cancers professionnels, au plus près des pratiques des acteurs de prévention.

Chacune des démarches, succinctement présentées ci-dessus, a supposé la construction d'un réseau d'acteurs de la recherche et la vérification de la rigueur des méthodes mises en oeuvre. L'une et l'autre sont le fruit d'une élaboration progressive, à travers l'histoire de collaborations engagées de longue date, à travers la discussion des méthodes de recherche au fil de leur mise en oeuvre, à travers l'analyse des difficultés rencontrées.

Loin de limiter la portée des résultats du programme de recherche ainsi construit, cet enracinement départemental en garantit la rigueur à plusieurs niveaux. En effet, la population d'étude, résidente dans le département, soignée dans trois hôpitaux de celui-ci, permet d'établir des éléments de comparaison par rapport à la population générale du département. L'étude des conditions institutionnelles de la réparation et de la prévention des cancers professionnels est conduite en référence au réseau départemental et régional des institutions d'assurance maladie, de médecine du travail et d'inspection du travail intervenant dans ce champ. Enfin, les coopérations acquises avec ces différentes institutions permettent d'assurer l'étude prospective des dispositifs en vigueur ainsi que leur évolution et un suivi des évolutions institutionnelles.

La problématique, les méthodes de recherche et les résultats ont une portée généralisable, en ce sens que les connaissances produites renvoient - bien au-delà des spécificités locales - aux logiques structurelles d'organisation du travail et



de l'emploi et aux caractéristiques des dispositifs réglementaires et institutionnels de reconnaissance et de prévention des cancers professionnels à l'échelle nationale. L'observation qualitative dans ce contexte précis et connu ouvre également à l'étude des processus de différenciation et d'inégalités sociales de santé.

### Enquête et méthodes

D'importantes difficultés méthodologiques devaient être surmontées pour développer une enquête sur la connaissance et la reconnaissance des cancers professionnels. Tout d'abord, cette enquête devait prendre en compte la dimension temporelle du cancer et des parcours professionnels, sachant que chez nombre d'ouvriers, en particulier, ce parcours a pu démarrer dès l'âge de 14 ans. C'est notamment le cas d'apprentis qui ont débuté leur vie active dans des garages, la menuiserie, la construction ou la mécanique. Sachant l'absence de toute mémoire constituée des expositions aux cancérrogènes, il fallait pouvoir accéder via la mémoire vivante à ce qu'elle pouvait délivrer comme information concernant l'activité de travail et les expositions aux cancérrogènes. Par ailleurs, dans les services concernés, les médecins établissaient rarement des certificats médicaux initiaux (CMI) de maladie professionnelle pour leurs patients atteints de cancer.

Très rapidement, s'est imposée la nécessité de ne demander à chacun que ce que son expérience lui permet d'accomplir. Les *médecins* identifient les cas de cancer et attestent d'un diagnostic mais ils n'ont ni le temps ni les outils pour faire la reconstitution des parcours professionnels de patients qu'ils ont à prendre en charge au plan diagnostic et thérapeutique (Brisacier, 2008).

Les *patients* peuvent parler de leur expérience de travail mais ne connaissent pas les produits toxiques auxquels ils ont pu être exposés. Les *sociologues* et *psychologues* de l'équipe peuvent, au cours de l'entretien avec le malade, assurer

avec celui-ci une reconstitution fine de son itinéraire professionnel, de ses emplois et postes de travail, de l'activité déployée par cette personne et ceux qui l'entouraient, être à l'écoute active de tous les détails qui peuvent mettre sur la piste d'une exposition aux cancérrogènes, mais leur expérience ne leur permet pas d'identifier et caractériser l'exposition aux cancérrogènes des patients interviewés. Un seul *expert* peut reconnaître dans un parcours une ou des expositions à des cancérrogènes mais son expérience ne peut englober toutes les situations possibles d'exposition dans l'activité de travail et sa grande variabilité.

C'est ainsi qu'a été prise la décision de s'appuyer non pas sur un seul expert, mais sur un *réseau d'experts*. En effet, il fallait « croiser » les savoirs scientifiques sur les cancérrogènes, les savoirs pratiques sur la présence de ces substances dans les processus de production, sur l'activité de travail et sur la connaissance locale du travail dans le bassin d'emploi de la Seine-Saint-Denis et de l'Île-de-France où s'est déroulée la vie professionnelle de nombreux patients participant à l'enquête du GISCOF.

Un groupe d'experts a ainsi été constitué. Il comporte des toxicologues qui apportent une connaissance scientifique sur les substances cancérrogènes industrielles, des *ingénieurs de prévention* (INRS, CRAM) qui ont une expérience de l'utilisation des produits cancérrogènes et de son évolution dans les procédés et ambiances de travail, des *médecins du travail* qui allient la surveillance individuelle des travailleurs et une certaine connaissance des postes de travail en Seine-Saint-Denis, enfin des *secrétaires de CHSCT*<sup>1</sup> qui ont l'expérience du travail lui-même et sont porteurs d'une expérience originale à la croisée des savoirs d'expérience de ceux qui travaillent et des savoirs techniques et scientifiques selon lesquels ces savoirs d'expérience sont réinterprétés. Une liste de cancérrogènes pour lesquels le lien avec le travail a déjà été établi a été discutée et arrêtée par le groupe d'experts en référence aux listes du CIRC et de l'Union européenne. Cette liste comporte 54 substances et procédés cancérrogènes avérés. Depuis mars 2002, une enquête permanente est menée dans trois hôpitaux de la Seine-Saint-Denis (CHU Avicenne, hôpital de Montfermeil, hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois). Elle concerne les nouveaux patients atteints de cancer résidant en Seine-Saint-Denis, pour des localisations ou des pathologies susceptibles d'être en rapport avec une ou des expositions professionnelles (cancers respiratoires, urinaires, hématologiques). Pour chacun de ces patients, une reconstitution approfondie de son parcours professionnel est faite au cours d'un entretien, soit à domicile soit à l'hôpital.

Chacun des parcours est ensuite expertisé et donne lieu, dans le cadre d'une discussion collective des experts, à la mise en débat des caractéristiques des expositions, puis de la décision à prendre concernant la possibilité d'une déclaration en maladie professionnelle. Lorsque celle-ci

1. *Comités d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail.*

est considérée comme possible par les experts, l'équipe de recherche renvoie au médecin qui a signalé le patient, les éléments permettant d'établir un certificat initial de maladie professionnelle.

### Parcours professionnels et histoires d'exposition

Entre mars 2002 et août 2007, 944 patients ont été signalés à l'équipe de recherche et 684 parcours professionnels ont pu être reconstitués. Dans la population d'étude, 82 % sont des hommes et 18 % des femmes. L'âge moyen est de 62,4 ans et 46 % des patients ont moins de 60 ans. Un tiers d'entre ces derniers occupait un emploi lors de l'apparition du cancer. Parmi les postes de travail recensés, 65 % relèvent de la catégorie des ouvriers (qualifiés ou non qualifiés).

Retracer des parcours professionnels s'inscrivant en moyenne dans les trente à soixante dernières années, c'est observer comment ces parcours se sont déployés dans des périodes successives marquées par des transformations profondes : celles de l'organisation de la production industrielle - et dans celle-ci les formes d'utilisation des produits cancérigènes -, celles du contenu même du travail, des outils et de leurs usages, celles des rapports sociaux de travail, celles des politiques publiques qui encadrent l'emploi et la santé au travail. Depuis la fin des années 1970 en particulier, la précarisation sociale issue de stratégies combinées de recours à la flexibilité, au travail temporaire et à la sous-traitance a profondément bouleversé les formes de division sociale du travail et des risques (Appay *et al.*, 1997 ; Coutrot, 1999 ; Thébaud-Mony, 2007).

L'analyse des parcours professionnels des patients interviewés a permis d'établir une typologie de ces parcours en quatre types (Thébaud-Mony *et al.*, 2003) :

- Pour un tiers des patients interviewés au cours des deux premières années d'enquête les parcours présentent :
  - (1) une *continuité de l'activité de travail* pour des personnes ayant travaillé presque exclusivement dans la même entreprise ;
  - (2) ou pour des personnes *ayant changé d'entreprises*.
- Pour tous les autres, les parcours professionnels témoignent de discontinuités dans l'emploi et l'activité :
  - (3) moins d'un quart de ces derniers s'inscrit dans un processus de *mobilité ascendante* ;
  - (4) les trois quarts restants ont vécu des parcours *discontinus sans gain de qualification*, mais aussi parfois entrecoupés de périodes de chômage et de réinsertion dans des emplois moins qualifiés que les précédents.

Une autre caractéristique de ces parcours est, pour la majeure partie des patients, leur inscription dans les fonctions *annexes à la production* - maintenance, nettoyage, entretien, démolition -, fonctions qui ne sont nullement obsolètes aujourd'hui et qui évoluent relativement peu techniquement, rendant hautement probable la persistance, dans ces activités, d'exposition à des substances cancérigènes<sup>2</sup>.

La différenciation des parcours professionnels ainsi que la diversité des « métiers », des activités, des lieux de travail conditionnent également une diversification des histoires d'exposition aux cancérigènes professionnels figurant dans la liste établie par les experts du GISCOPI.

Ces histoires d'exposition aux cancérigènes témoignent tout d'abord de la poly-exposition à des cancérigènes professionnels, sachant que globalement 84 % des patients des trois hôpitaux faisant l'objet de l'enquête, ont subi des expositions aux cancérigènes et 55 % des patients ont été exposés à au moins trois de ces substances et procédés cancérigènes. Pour 90 % des patients, l'exposition est forte ou moyenne avec une durée moyenne de trente ans. Les récits des patients témoignent de l'absence totale de protection collective ou individuelle. Les secteurs d'activité les plus représentés sont ceux de la construction, suivis de ceux du travail des métaux et de la réparation automobile, sachant que presque tous les secteurs d'activité sont concernés. Le tableau 1 présente pour chacun de ces secteurs d'activité le taux d'emplois exposés recensés dans l'enquête. Enfin, si l'amiante demeure fortement présent notamment dans la construction et le travail des métaux, de nombreux autres cancérigènes sont également identifiés dans les parcours professionnels des patients, notamment les hydrocarbures polycycliques aromatiques, la silice, les fumées de soudage, les solvants, le plomb, les chromates, les fumées d'essence et diesel, le benzène, les rayonnements ionisants, etc.

### La reconnaissance des cancers professionnels

Le cadre de référence de la reconnaissance en maladie professionnelle en France (Code de la Sécurité sociale, art. L. 461-1 et -2) spécifie que les maladies inscrites dans la liste des « tableaux de maladies professionnelles » bénéficient de la présomption d'imputabilité<sup>3</sup>. Dans le cas des cancers, vingt substances cancérigènes seulement sont retenues. Aucun tableau ne prend en compte la poly-exposition à différents cancérigènes. Depuis 1993, un système complémentaire permet la reconnaissance de maladies professionnelles ne figurant pas dans les tableaux, dès lors que le médecin a pu établir « le lien direct et essentiel » entre le travail et la pathologie. Enfin, depuis 2002, les victimes de cancer lié à l'amiante ont droit à une indemnisation complémentaire à celle obtenue en maladie professionnelle, dans le cadre du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) créé en 2000 par la loi de financement de la Sécurité sociale.

Le suivi du processus de déclaration et reconnaissance en maladie professionnelle des patients de l'étude, a permis de mettre en évidence l'écart entre le modèle de référence implicite des règles et pratiques de la réparation et la réalité du travail et des expositions aux cancérigènes professionnels vécue par les patients. Tout d'abord, les caractéristiques des expositions présentées par les patients ont conduit les experts du GISCOPI à développer une stratégie d'adaptation aux critères de la reconnaissance et de l'indemnisation, concernant la décision ou non de faire entrer un patient dans la procédure de reconnaissance en maladie professionnelle. Ainsi, 311 sur 572 (soit 54 %) des patients considérés comme exposés à des cancérigènes professionnels dans le cadre de leur activité de travail n'ont cependant pas été jugés par les mêmes experts susceptibles d'engager une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle : ni en référence aux tableaux de maladies profes-

Tableau 1 : Taux d'emplois<sup>(1)</sup> exposés dans les dix secteurs d'activité les plus représentés

Secteurs d'activité économique	Nombre emplois exposés	Taux emplois exposés (%)
Construction	693	87
Fabrication d'autres matériels de transport	84	84
Métallurgie et travail des métaux	266	79
Commerce, réparation, industrie automobile	166	78
Édition, imprimerie, reproduction	78	74
Fabrication de produits minéraux non métalliques	17	74
Services personnels	18	69
Fabrication de meubles	35	63
Éducation	56	44
Services fournis aux entreprises	52	42

(1) Chaque période passée dans une entreprise correspond à un « emploi ». Au cours d'un même emploi, un salarié peut avoir occupé plusieurs postes de travail.

2. L'amiante fournit un bon exemple de la persistance des expositions professionnelles aux cancérigènes. Il y a environ 75 kg d'amiante par habitant en France dont une grande partie dans les bâtiments. Toute opération de rénovation commence par de la démolition. Dans de très nombreux cas l'amiante est présent dans les faux plafonds, les gaines techniques, les calorifugeages de tuyau, etc.

3. Si la maladie et le travail de la personne figurent dans un tableau de maladies professionnelles, la reconnaissance est acquise sans avoir besoin de faire la preuve de la relation de causalité entre le travail et la maladie. C'est ce qu'on appelle la présomption d'imputabilité.

4. La plupart des tableaux de maladies professionnelles concernant les cancers exigent dix ans d'exposition, alors même qu'il est scientifiquement admis qu'il n'y a pas de durée minimale d'exposition en dessous de laquelle un cancérigène est sans effet.

sionnelles, ni dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance (Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles - CRRMP). Lorsque l'on observe les postes de travail occupés par ces patients exposés, on relève, pour les femmes, la présence fréquente d'emplois de service ayant une composante d'activités de nettoyage (femme de ménage, dame de service en école maternelle, aide-soignante). Les expositions professionnelles aux cancérrogènes identifiées par les experts pour ces activités sont notamment le formol et les solvants chlorés. Ces produits ne figurent pas dans la réglementation concernant la reconnaissance en maladie professionnelle. Une déclaration de maladie professionnelle n'aurait aucune chance d'aboutir. Chez les hommes, on relève la fréquence des « métiers » tels que manoeuvres, manutentionnaires, chauffeurs-livreurs et conducteurs d'engins. Les expositions aux produits organiques sont les plus fréquemment identifiées par les experts pour ces postes de travail, en particulier les hydrocarbures polycycliques aromatiques, le benzène, les gaz diesel et l'essence. Seuls figurent dans les tableaux de maladies professionnelles le benzène et les hydrocarbures polycycliques aromatiques, respectivement pour une autre pathologie cancéreuse (la leucémie) ou pour une liste très limitative de travaux. Là encore, une déclaration ne pourrait aboutir, dans la mesure où les liens entre ces expositions et des excès de cancer ne sont pas établis.

Par ailleurs, les normes de référence des tableaux de maladies professionnelles sont la permanence et la durée dans l'emploi et l'exposition<sup>4</sup>. Or, les parcours professionnels des patients exposés jugés « hors critères » de la reconnaissance par les experts du GISCOIP sont caractérisés par l'intermittence de l'emploi et de l'exposition. Il s'agit, en particulier pour les patients les plus jeunes, de conditions habituelles de travail souvent associées à de l'emploi en intérim ou dans le cadre d'opérations de sous-traitance. Ces formes d'emploi - dites « atypiques » au début des années 1980 puis « nouvelles » au début des années 1990 - tendent désormais à se généraliser dans le cadre de la flexibilité structurelle du marché de l'emploi. Cette évolution met en question la conception même du système de reconnaissance, puisqu'elle exclut la possibilité d'une déclaration, pour une proportion importante de patients atteints de cancer et ayant été exposés à des cancérrogènes professionnels mais ne répondant pas aux critères d'emploi et d'exposition.

En outre, les experts du GISCOIP ont été amenés à tenir compte de l'inégalité inscrite dans la loi concernant les montants d'indemnisation puisque les victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante reçoivent une indemnisation complémentaire par le FIVA qui peut décupler les montants obtenus.

La fréquence d'exposition à l'amiante des patients de l'étude a ainsi conduit à ce que 90 % des cas soient instruits en référence aux tableaux de maladies professionnelles liées à l'amiante. De ce fait, disparaissent de la visibilité des « cancers professionnels », non seulement les patients

Tableau 2 : Résultats concernant la reconnaissance en maladie professionnelle pour les patients faisant l'objet de l'enquête en Seine-Saint-Denis

Patients ayant eu une reconstitution du parcours professionnel	684
Pourcentage de patients exposés aux cancérrogènes	84 % (n = 572)
Pourcentage de certificats médicaux initiaux de maladie professionnelle chez les patients exposés	54 % (n = 311)
Pourcentage de déclarations de maladie professionnelle par les patients ayant reçu un CMI	53 % (n = 166)
Pourcentage de reconnaissances en tant que maladie professionnelle parmi les patients ayant déclaré leur cancer en MP	67 % (n = 112)
Refus	n = 26
En attente	n = 28

n'entrant pas dans le cadre des tableaux liés à l'amiante mais aussi le phénomène massif de la polyexposition en relation avec la précarisation des parcours professionnels.

L'enquête met en évidence un écart important entre cas déclarables - pour lesquels les médecins ont établi un certificat médical de maladie professionnelle - et ceux qui ont donné lieu à une déclaration de maladie professionnelle de la part des patients (53 %) (cf. tableau 2). Cet écart est révélateur d'obstacles et d'inégalités moins immédiats à comprendre, en particulier, le décalage entre la gravité de ce qui se joue - la souffrance, la mort - et le fait de demander une « réparation » monétaire ; les inégalités de capital culturel qui rendent plus ou moins inaccessibles à des ouvriers malades les institutions médicales et médico-sociales, mais aussi les organisations syndicales et associatives susceptibles d'apporter un soutien pour engager une procédure souvent qualifiée de « parcours du combattant ».

Enfin, la reconnaissance est acquise pour 67 % des patients ayant fait leur déclaration. L'enquête joue un rôle significatif dans la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes de cancer en Seine-Saint-Denis. En effet, pour l'année 2005, sur les 58 cas reconnus pour l'ensemble du département, 33 cas étaient des patients de l'enquête du GISCOIP. Cependant, il faut considérer que ces reconnaissances concernent à 90 % des cas de malades ayant été exposés à l'amiante (accompagnés d'autres cancérrogènes ainsi rendus invisibles dans les statistiques officielles). Par ailleurs le contentieux s'alourdit pour les cas relevant du système complémentaire de reconnaissance (CRRMP).

## CONCLUSION

« Cancers professionnels : une plaie sociale trop souvent ignorée » (Mangeot, 2007). C'est ainsi que la brochure éditée par l'Institut syndical européen pour la recherche, la formation et la santé et sécurité (ETUI-REHS) qualifie la situation actuelle en matière de connaissance et de prévention des cancers professionnels.

Les résultats de l'enquête engagée en Seine-Saint-Denis témoignent d'une influence réciproque des aléas de la connaissance scientifique sur les cancérrogènes (et leurs effets en population), de la méconnaissance des lieux et conditions d'exposition professionnelle et des règles

particulièrement restrictives de la reconnaissance en maladie professionnelle des cancers, qui renforce ainsi l'invisibilité socialement construite des cancers professionnels.

Dans ce département, les réseaux qui se sont constitués au fil de vingt ans d'échanges et de collaboration entre des institutions de santé publique et de santé au travail, l'université, le cancéropole, les organismes d'assurance maladie, les mutuelles, les instances politiques départementales et régionales, ainsi que des syndicats de travailleurs salariés et des militants associatifs, ont contribué à une mobilisation contre les cancers professionnels.

En effet, les résultats de l'enquête, dans le contexte départemental et régional, sont mobilisables pour améliorer la reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de cancer et mettre en oeuvre des stratégies de prévention.

Pour briser l'invisibilité des cancers professionnels et lutter contre des catastrophes sanitaires que préfigure celle de l'amiante, une suggestion peut être fondée sur des expériences étrangères et sur les premiers résultats du GISCOIP 93, celle de créer des registres de cancer dans chaque département, registre comportant nécessairement la reconstitution du parcours professionnel de chaque patient. Cette mémoire du travail est indispensable à la production de connaissances à l'échelle locale pour permettre le développement de stratégies de prévention primaire, les seules susceptibles de faire régresser l'épidémie de cancer et les inégalités sociales face au cancer.



## BIBLIOGRAPHIE

- APPAY B., THÉBAUD-MONY A., (dir.), (1997), *Précarisation sociale, travail, santé*, Iresco, Inserm-CNRS, Paris.
- BEH, (2003), « La mortalité prématurée en France », *BEH*, no 30/31, 8 juillet 2003.
- BRISACIER A.C., (2008), *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers professionnels en France*, thèse pour le doctorat de médecine, université Paris 13, Bobigny.
- BRIXI O., LANG T., (2000), « Comportements », in A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, p. 391-403.
- CARDIS E., GILBERT E.S., CARPENTER L., HOWE G., KATO I., AMSTRONG B.K., BERAL V., COWPER G., DOUGLAS A., FIX J. et al., (1995), « Effects of low doses and low dose rates of external ionizing radiation : cancer mortality among nuclear industry workers in three countries », *Radiation Research*, 142, p. 117-132.
- COMMISSION D'ORIENTATION SUR LE CANCER, (2003), *Rapport*, Ministère des Affaires sociales, Paris.
- COUNIL E., DANIAU C., ISNARD H., (2007), *Étude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amiante, le comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis). Pollution environnementale de 1938 à 1975 : impact sanitaire et recommandations*, Drass/Cire Île-de-France, InVS, Paris.
- COUTROT T., (1999), *Critique de l'organisation du travail*, La Découverte, coll. « Repères », Paris.
- DESPLANQUES G., (1993), « L'inégalité sociale devant la mort », in *Données sociales*, Paris, Insee, p. 251 à 256.
- KOGEVINAS K., PEARCE N., SUSSER M., BOFFETA P. (ed.), (1997), *Social inequalities and cancer*, Lyon, IARC Scientific Publications, 138.
- KUNST A.E., GROENHOF F., MACKENBACH J.-P., (2000), « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », in A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 2000, p. 53-68.
- MANGEOT M. A., (2007), *Les cancers professionnels : une plaie sociale trop souvent ignorée*, Bruxelles, ETUI-REHS.
- PEPIN P., (2007), *Atlas de la mortalité par cancer en Île-de-France*, Paris, ORS.
- REMONTET L. et al., (2003), « Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51, p. 3-30.
- STRAIF K., BAAN R., GROSSE Y., SECRETAN B., EL GHISSASSI, BOUVARD V., ALTIERI A., BENBRAHIM-TALLA A., COGLIANO V., (2007), « Carcinogenicity of shift-work, painting, and fire-fighting », *The Lancet Oncology*, <http://oncology.thelancet.com>, vol. 8, December.
- TEIGER C., LAVILLE A., (1981), « Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité », *Le travail humain*, t. 44, 1.
- THÉBAUD-MONY A., (1991), *La reconnaissance des maladies professionnelles. Acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française.
- CARTERON H., VINCENTI M., (2003), « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France) », *Revue PISTES* (Perspectives interdisciplinaires sur la santé et le travail, université du Québec à Montréal), 1 (5), mai.
- THÉBAUD-MONY A., (2004), « Genetics and Prevention : work at risk or "workers at risk" ? », *Archives of Public Health*, 62, 5/14.
- THÉBAUD-MONY A., (2007), *Travailler peut nuire gravement à votre santé. Soustraction des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, souffrance physique et morale, cancers professionnels*, Paris, La Découverte.
- VOLKOFF S., MOLINIÉ A.-F., (1985), « Mortalité et condition sociale », in B. Cassou, D. Huez, M.-L. Mousel, C. Spitzer et A. Touranchet, *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, p. 29-30.
- WHO/IARC, (2006), *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Preamble*, Lyon, France.
- WHO/IARC, (2007), *Attributable causes of cancer in France in the year 2000*, Lyon, France.

Cet article a été publié dans la Revue Française des Affaires Sociales n°2-3, avril septembre 2008 : « Santé Travail - Connaissances et reconnaissance » - La documentation française - Réf. : 3303337402262 - ISSN : 0035-2985 - [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

## UNE ACTION D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION DES SALARIÉS EXPOSÉS À DES CMR

### PAR UNE INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL



Faisant suite à une demande du CHSCT de mettre en place une information pour les salariés exposés aux CMR, le médecin du travail et moi-même avons créé un plan d'intervention avec un diaporama sur ce thème. Ce travail a exigé beaucoup de recherches et du temps pour la mise en forme, d'autant que je n'ai pu y travailler que sur mon temps personnel, par faute de temps dégagé sur mes heures de travail. Le plan a été initié par le médecin ; je me suis chargée de la mise en forme et de la création du diaporama, avec échanges constants des informations.

Les premières présentations se sont faites en duo, chacun prenant en charge une partie de la présentation selon ses affinités. Lors des interventions suivantes, je présentais seule, le médecin était présent pour compléter ma présentation, en fonction des questions soulevées par les salariés.

Les questions portaient essentiellement sur les produits utilisés lors de leur pratique quotidienne, sur leur utilisation, sur le suivi médical pendant et après leur activité.

Je pense que ces présentations ont permis de sensibiliser et d'interpeller les salariés. L'information les a amenés à réfléchir sur leurs pratiques face aux produits utilisés et à envisager quelques modifications au vu des informations dispensées.

Ce travail m'a beaucoup apporté car j'ai enfin abordé une partie essentielle de ma profession d'infirmière dans un service de santé au travail : transmettre un savoir utile pour les salariés, dans le but de protéger leur santé ; être actrice en prévention.

Mon travail en Service de Santé au Travail est trop souvent limité aux tâches administratives, et ce type d'intervention me permet d'exercer pleinement mon rôle d'infirmière en santé au travail.

# SUIVI DES SALARIÉS EXPOSÉS AUX CMR PAR L'ÉQUIPE DE SANTÉ AU TRAVAIL

*GENEVIÈVE FAYE-GUILLERAND, INFIRMIÈRE DE SANTÉ AU TRAVAIL*

*PASCALE KAUFFMANN, MÉDECIN DE SANTÉ AU TRAVAIL*

**Le suivi des salariés exposés aux CMR se base sur la circulaire du 24.05.06 qui complète les décrets du 01.02.01 (Cancérogènes Mutagènes et Reprotoxiques CMR) et du 23.12.03 (Agents Chimiques Dangereux ACD). Le rôle du Service de Santé au Travail (SST) est d'informer et de rappeler à l'employeur ses obligations en matière de risques et donc, bien évidemment, en matière de risque chimique. De même, il assure le suivi régulier des salariés exposés.**

## **PROTOCOLES D'INTRODUCTION ET DE SUIVI D'UN PRODUIT CHIMIQUE**

Une « fiche de suivi pour autorisation et introduction d'un nouveau produit chimique » (Annexe 1) est créée par le responsable du service utilisateur. Cette fiche est adressée au médecin du travail pour tout produit chimique entrant sur le site, accompagnée de la fiche de données de sécurité (FDS) comprenant, entre autres, l'étiquetage et les phrases de risque. L'infirmière recherche la toxicité des composants en s'aidant de la FDS et des sites Web puis complète les informations. Le médecin fait, si nécessaire, une demande confidentielle du pourcentage des composants au fabricant. Il valide ensuite la fiche de suivi et demande la substitution du CMR. Si le CMR ne peut être remplacé, une étude préalable approfondie est nécessaire. Ainsi le service de santé au travail évalue le risque et fixe les règles à suivre. Il est nécessaire de prendre en compte les propriétés physico-chimiques. A ce titre, la température d'ébullition et la pression de vapeur sont l'objet d'une attention particulière. A partir de ces données, il est possible d'évaluer le produit qui a le plus tendance à s'évaporer dans l'atmosphère.

Le médecin du travail préconise la prévention collective (aspiration des vapeurs, capotage, vase clos...).

## **LA FICHE D'EXPOSITION INDIVIDUELLE**

L'employeur est tenu de limiter le nombre d'opérateurs exposés, la durée et l'intensité de l'exposition. De même, il doit élaborer la fiche d'exposition individuelle qui doit être transmise au méde-

cin du travail et conservée dans le dossier médical pendant 50 ans. Celle-ci comprend la liste des CMR auxquels est soumis l'opérateur, en fonctionnement normal et en cas d'incident.

Des prélèvements atmosphériques sont programmés annuellement et en cas de dysfonctionnement ou de changement de process. Ils sont consignés sur la fiche d'exposition.

Les composants à rechercher sont ciblés et l'infirmière s'assure que les lieux de prélèvements sont judicieux. Sa connaissance du travail réel et sa connaissance du risque lui donnent un atout considérable pour apporter les informations, en direct, sur le poste du travail. De plus, sa présence sur le site lui permet d'être à l'affût de tout incident et elle peut ainsi alerter les intervenants concernés (agent de sécurité, contremaître, maîtrise...).

La fiche d'exposition permet l'élaboration de l'attestation post-professionnelle remise à chaque salarié lors de son départ de l'entreprise (autre entreprise ou retraite). Ainsi le suivi post-professionnel sera assuré par le médecin traitant qui trouvera toutes les indications sur le parcours professionnel de son patient.

## **LA FICHE DE POSTE**

Le médecin du travail donne son avis sur la fiche de poste, faite conjointement avec le technicien de sécurité, et s'assure que les équipements de protection individuels (EPI) proposés soient bien adaptés. Cette fiche est affichée dans l'atelier concerné.

Le risque CMR doit être intégré dans le Document Unique.

## **INFORMATION DES OPÉRATEURS ET MISE EN PLACE DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE**

Une visite médicale est obligatoire avant toute affectation à des travaux exposant aux cancérogènes. La fiche médicale d'aptitude doit mentionner l'absence de contre-indication à ces travaux. Elle indique également la date de l'étude du poste de travail et celle de la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise. Cette fiche doit être renouvelée au moins une fois par an. Pour une exposition à certains cancérogènes (benzène, amiante) ou lors de certains travaux, des arrêtés prévoient réglementairement le contenu et la fréquence de la surveillance médicale.

Le code du travail spécifie que le médecin du travail doit être informé des arrêts maladie de plus de 10 jours pour tout opérateur travaillant avec des CMR.

Afin de pouvoir informer efficacement les agents et adapter la surveillance médicale, il convient de connaître les différents modes d'absorption du produit (cutané, pulmonaire, digestif...), les organes « cibles » ainsi que les pathologies, les sensibilités et les modes de vie des agents. Des opérateurs peuvent être écartés de certains travaux en fonction de leur morbidité.

Lors de la visite médicale, le médecin recherche par l'interrogatoire et l'examen clinique tout élément traduisant un retentissement d'une exposition sur la santé du travailleur

Il profite de ce moment privilégié pour rappeler aux agents le risque spécifique lié aux CMR (voies de pénétration, effets secondaires, mesures de prévention).

L'infirmière, quant à elle, pourra apporter un complément d'information si nécessaire. Son écoute et sa position vis-à-vis de chaque personne lui permettent de s'assurer que les messages de prévention donnés par le médecin ont été compris et pris en compte (bonne compréhension du risque, manipulation sécurisée des produits, port des EPI, ...) Elle profite de chaque situation (secourisme du travail, gestes et postures..) pour rappeler les règles de prévention et d'hygiène indispensables.

La surveillance médicale peut alors être mise en place par :

- les examens complémentaires (analyses des paramètres biologiques sanguins ou urinaires avec recherche de micro albuminurie) qui permettent de surveiller le bon fonctionnement de l'organisme et d'écartier les sujets à risque.
- l'exploration fonctionnelle respiratoire qui évalue la capacité pulmonaire, voie d'entrée de prédilection des agents chimiques et qui alerte sur une inhalation possible des produits.
- la biométrie avec la recherche des indices biologiques d'exposition (IBE) qui signe, quand elle peut être réalisée, la présence réelle du produit dans l'organisme. (cf INRS Biotox)

## **SUIVI POST-PROFESSIONNEL**

Lors du départ d'un salarié, une visite médicale est programmée. Le médecin l'informe alors de la

possibilité de prise en charge médicale par son médecin traitant, des pathologies en rapport avec son parcours professionnel et remet les fiches de suivi post-professionnel (Annexe 2). Ces fiches auront été complétées au préalable par l'infirmière avec l'aide de différents intervenants (service du personnel, technicien de sécurité.)

### CONCLUSION

La gestion du risque chimique se fera dans l'entreprise par une bonne collaboration de tous les partenaires qui forment l'équipe pluridisciplinaire de santé et sécurité du travail.

Chaque membre du groupe apporte sa spécificité

et c'est grâce à cette complémentarité que le risque chimique sera le mieux maîtrisé.

La gestion du risque chimique concernant les CMR va intégrer au fur et à mesure les différents agents chimiques dangereux (ACD) ainsi que cela est prévu dans la législation.

## ANNEXE 1

Logo entreprise	<b>FICHE DE SUIVI POUR AUTORISATION ET INTRODUCTION D'UN NOUVEAU PRODUIT CHIMIQUE</b>	
Service Sécurité et Environnement	Site d'exploitation :	Numéro fiche

*A joindre obligatoirement à toute nouvelle Fiche de Données de Sécurité  
et à transmettre au Service Sécurité et Environnement*

<b>Demandeur :</b>	<b>Signature :</b>	<b>Date :</b> ___/___/200__
Service utilisateur :	Observations	
Désignation commerciale :	Référence :	
Fournisseur :		
Nature de l'utilisation :	Lieu de stockage :	
Mode d'utilisation :	Conditionnement :	
Essais :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<i>Si oui : Remplir le cadre en fond de page à la fin des essais</i>
<b>Imp + FDS</b>	Enregistrement au Service Sécurité le :	___/___/200__
Avis du médecin du travail : .....		
.....		
	Le ___/___/200__	Nom et signature :
<b>Imp + FDS</b>	Retour au Service Sécurité le :	___/___/200__
Décision du Service Sécurité et Environnement : .....		
.....		
	Le ___/___/200__	Nom et signature :
Autorisation de commande au <b>Service Achats</b>		
et/ou utilisation d'échantillon gratuit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
		Transmis le : ___/___/200__
Copie de la FDS + Imp avec consignes d'utilisation au <b>correspondant sécurité</b>		
et/ou <b>responsable du service utilisateur</b> :		
		Transmis le : ___/___/200__
Copie de la FDS + Imp au <b>service incendie</b> pour la M. à J. des fiches réflexes :		
		Transmis le : ___/___/200__
Copie de la FDS + Imp au <b>responsable magasin matière et/ou technique</b> :		
		Transmis le : ___/___/200__
Copie de la FDS + Imp au <b>médecin du travail</b> :		
		Transmis le : ___/___/200__
Copie de la FDS + Imp au <b>secrétaire du CHSCT</b> :		
		Transmis le : ___/___/200__
Archivage au service <b>Sécurité et Environnement</b> :		
		Le ___/___/200__
<b>Validation de l'essai :</b> Produit maintenu en utilisation industrielle		
		Validation du <b>Demandeur</b> :
		Produit abandonné
Retour au service <b>Sécurité et Environnement</b> :		

**ANNEXE 2**

Logo entreprise	<b>Suivi médical post-professionnel</b> (Arrêté du 28 février 1995)
<b>Attestation d'exposition n°</b>	<b>Site d'exploitation :</b>

**1.1. Le salarié :**

NOM : ..... Prénom : .....

Numéro de matricule : ..... Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

**1.2. L'entreprise : dans le(s)quel(s) le salarié a été exposé à l'agent ou procédé cancérigène.**

Nom : ..... Numéro SIRET : .....

Adresse : .....

**1.3. Nom du médecin du travail :** .....**2. Éléments d'information fournis par l'employeur et le médecin du travail :****2.1 Identification de l'agent ou du procédé cancérigène :**

NOM de la préparation : ..... N° de C.A.S. : .....

Composant dangereux : .....

**2.2. Description succincte du (ou des) poste(s) de travail :**.....  
.....**2.3. Date de début et de fin d'exposition :**.....  
.....**2.4. Date et résultats des évaluations et mesures des niveaux d'exposition sur les lieux de travail :**.....  
.....**2.5. Informations prévues par l'article R. 231-56-4 (d) du code du travail :**.....  
.....**3. Éléments d'information fournis par le médecin du travail et adressés, après accord du salarié, au médecin de son choix :****3.1. Dates et constatations cliniques qui ont été effectuées durant l'exercice professionnel du salarié en précisant notamment l'existence ou l'absence d'anomalies en relation avec l'agent ou le procédé cancérigène concerné :**.....  
.....**3.2. Dates et résultats des examens complémentaires effectués dans le cadre de la surveillance médicale spéciale propre à l'agent ou procédé considéré :**.....  
.....**3.3. Date et constatations du dernier examen médical effectué avant la cessation d'exposition à l'agent ou procédé cancérigène concerné :**.....  
.....**3.4. Autre renseignement que le médecin du travail juge utile de fournir :**.....  
.....

# DES LEÇONS À TIRER DE LA CATASTROPHE DE L'AMIANTE...

## LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

*PATRICK LE TANNO, MÉDECIN DU TRAVAIL*

Ce n'est rien de le dire, l'affaire de l'amiante est un fiasco : fiasco humain tout d'abord, tant les souffrances des victimes et de leurs familles sont immenses ; fiasco social et financier ; fiasco préventif enfin. Echec collectif puisque ni le législateur, ni les chefs d'entreprises n'ont su ou voulu prendre les mesures préventives qui s'imposaient lorsque des milliers d'ouvriers étaient exposés quotidiennement à un danger manifeste : l'amiante (classée CMR 1 dans la classification européenne). Des arguments psychologiques allant de la pensée magique (l'amiante produit idéal) au déni s'alliaient aux arguments économiques soutenus par les lobbies.

Se posait-on quelques questions au moins ?

Oui, certains, et en particulier les professionnels de santé au travail ; mais ils étaient souvent trop isolés, enfermés dans un carcan réglementaire, sans pouvoir, ni soutien. Quand « l'affaire » de l'amiante a éclaté, ils furent les boucs émissaires désignés.

Pour autant, a-t-on fait le « job » ? Si nous en sommes arrivés là, c'est peut-être aussi parce que nous n'avons pas assez réfléchi à nos pratiques : trop médicaux, pas assez axés sur la prévention.

Un tel « tsunami » ne pouvait heureusement que faire réagir et, depuis une décennie, bien des évolutions ont eu lieu ; mais le progrès est lent, les débats sont nombreux sur l'évolution de la santé au travail, parfois violents ; le pouvoir médical est parfois remis en cause, notamment par les approches anglo-saxonnes centrées sur le risque.

### LES MÉDECINS ONT-ILS ENCORE UNE PLACE DANS LE SYSTÈME PRÉVENTIF DE LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

Ma réponse de modeste médecin du travail de terrain est : OUI. 25 ans d'expérience m'ont conduit à modifier considérablement mon point de vue, à modifier mon mode d'exercice, à m'ouvrir davantage en créant des réseaux internes et externes, en associant des professionnels non médicaux à la prévention.

OUI, le médecin du travail a sa place et doit même occuper une place privilégiée. Il est le garant auprès des salariés que la surveillance médicale correspond aux valeurs actuelles des données de la science. Ce rôle, que personne ne semble contester (on le cantonnerait plutôt dans cette position), doit être équilibré par le « management » des problématiques sanitaires.

Le médecin du travail, compte tenu de ses compétences et de sa place dans l'entreprise, n'est pas simplement un acteur, c'est aussi un auteur. Il connaît le texte, il peut l'améliorer et l'accompagner de la musique appropriée.

Il a un rôle central, que certains lui contestent, mais à nous de montrer que nous en sommes dignes. Mais pas seulement : démontrons à nos interlocuteurs que les médecins du travail sont incontournables car ils connaissent les effets des expositions, le contexte, et savent choisir les actions de prévention en fonction de la gravité du dommage possible. Ils ont, de par leur statut de médecin, un rôle légitime à jouer pour informer (conseiller) les décideurs mais surtout les salariés, soit dans le cadre des consultations, soit en introduisant le débat dans les milieux professionnels (instances et ateliers).

C'est autour de 2 rôles complémentaires que je peux apporter ma modeste contribution. En effet, le médecin du travail a 2 rôles fondamentaux préventifs à assurer :

- L'un concerne la prévention tertiaire qui s'exerce par la surveillance médicale,
- L'autre par son rôle de « manager de la santé », en pilotant la prévention primaire centrée sur le risque.

### LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET LA PRÉVENTION TERTIAIRE

En 1999, quand je suis arrivé sur un gros site sidérurgique, j'ai été immédiatement frappé par la nécessité de mieux surveiller la santé du personnel ayant été exposé à l'amiante (plusieurs cancers professionnels reconnus en MP)

J'ai d'abord entrepris, pendant 1 an, une historisation des expositions pour identifier les personnes ayant été exposées (création d'une matrice emploi/exposition) avec au préalable une négociation auprès de la direction pour asseoir la surveillance médicale sur la conférence de consensus de 1999.

Divers arguments me conduisaient à prendre cette décision.

#### Arguments pour prise de décision :

- Dépistage précoce
- Aspect psycho-social
- Obligation de moyens des médecins
- Nécessité de concourir à la reconnaissance des maladies professionnelles
- Ouverture des droits des salariés (retraite anticipée, indemnisation)

Mais pour aller plus loin, il convenait au préalable :

- D'informer le CHSCT et chaque salarié : la rupture en termes de surveillance pouvait effectivement entraîner une inquiétude
- De débattre avec mes pairs (autres médecins de la sidérurgie)
- De mettre en place un réseau de surveillance extérieure associant pneumologues, radiologues et médecins traitants

**Le réseau de surveillance** s'est constitué avec comme point de départ une réunion de travail organisée sous l'autorité d'un professeur de médecine spécialisé en imagerie médicale. Il s'agissait d'établir, dans la concertation, des règles de bonne pratique pour dépister au mieux tout en irradiant le moins possible. En parallèle, les enjeux de la surveillance médicale devaient être débattus entre professionnels pour comprendre les points de vue de chacun.

- D'établir un protocole pour l'accompagnement des personnes : pas de différence sur l'origine de l'exposition, retraités pris en charge, explications détaillées après chaque étape, Attestation d'Exposition Amiante (AEA) lors des visites de départ.
- D'associer les médecins généralistes du bassin d'emploi en faisant un EPU (Enseignement Post Universitaire) sur le thème de la surveillance des patients exposés à l'amiante

## LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET LA PRÉVENTION PRIMAIRE

« Éviter toute altération de la santé du fait du travail... »

Identifier les « traces » du travail lors de l'examen médical ne suffit plus, il faut absolument agir au niveau du risque. Ceci est encore plus vrai pour les risques chimiques et en particulier le risque lié à l'exposition aux CMR.

Pour les CMR, la voie royale est la suppression de l'exposition. Par ses connaissances toxicologiques et par son statut, le médecin du travail tient une position clé sur ce thème. A mon sens, il lui appartient de s'emparer du management du risque chimique pour éclairer et proposer des actions préventives auprès des employeurs.

Sur mon site industriel, c'est toute l'équipe de santé au travail qui est mobilisée sur ce sujet. L'engagement et les ressources nécessaires au bon déroulement du projet nécessite d'impliquer la direction de l'entreprise.

A partir de l'évaluation qualitative (méthode INRS) systématisée sur tout le périmètre industriel, les programmes de prévention sont déclinés, s'appuyant strictement sur la législation en vigueur.

Comme je le dis souvent aux cadres de l'entreprise en introduction des débats sur la prévention, l'amiante doit nous servir de leçon. Ce n'est pas dans le domaine du droit ou des finances mais dans le domaine de la prévention que s'est située initialement la faille.

Nous devons reconsidérer l'amiante en tant que produit chimique et tous les produits chimiques identifiés CMR, développer une évaluation et une prévention scientifique, rigoureuse et lisible.

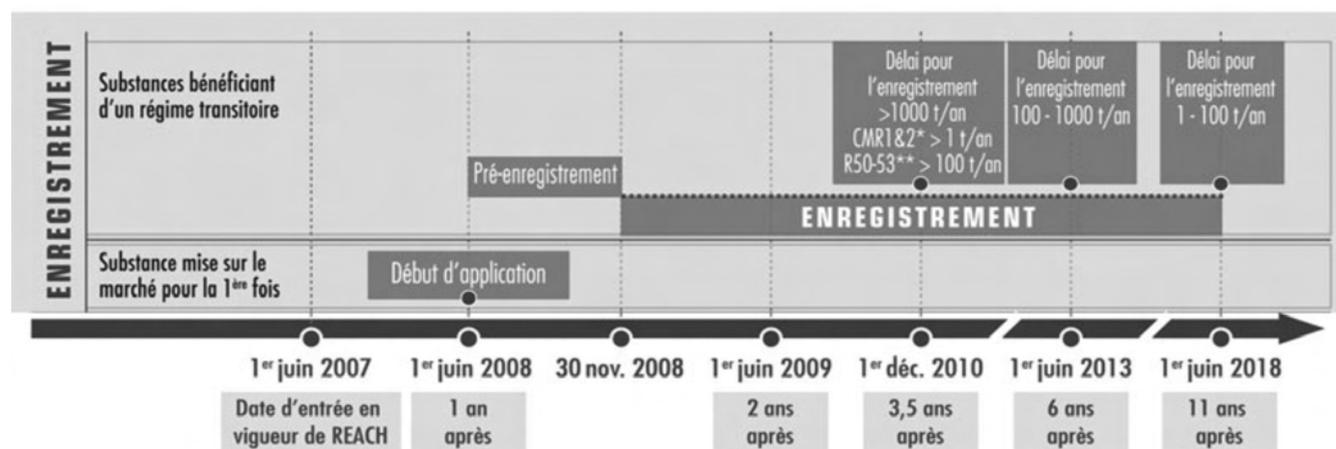
C'est dans ces conditions d'exposition nulle ou faible que la prévention peut atteindre son objectif de préservation de la santé.

Evidemment ce changement conceptuel doit être accompagné d'un changement organisationnel mais il faut, à mon avis, maintenir le médecin comme pivot de la prévention.



## CALENDRIER D'ENREGISTREMENT DES SUBSTANCES COUVERTES PAR REACH

Source : Centre de ressources des technologies pour l'environnement, Ministères luxembourgeois de l'environnement et de l'économie (<http://www.reach.lu/>).



\* CMR : Cancérogène, Mutagène et toxique pour la Reproduction

\*\* RSO-53 : substances classées comme très toxiques pour les organismes aquatiques et pouvant entraîner des effets néfastes à long terme pour l'environnement aquatique

# 10 REACH\*, UN AIGUILLON POUR LA SUBSTITUTION DES CANCÉROGÈNES ?

DENIS GREGOIRE, RESPONSABLE DE L'INFORMATION INSTITUT SYNDICAL EUROPÉEN (ETUI)

**Le 18 décembre 2006 restera une date clé dans l'histoire du Parlement européen. Ce jour-là, les députés ont adopté le règlement REACH qui doit réformer de fond en comble le commerce des produits chimiques dans l'Union européenne. La grosse fût longue et particulièrement pénible. Ce n'est qu'au prix d'un marchandage entre les forces politiques proches des milieux patronaux et celles plus sensibles à l'environnement, aux travailleurs et aux consommateurs que le bébé a pu voir le jour. Malgré d'importants allègements accordés aux industriels, la nouvelle législation devrait permettre de faire entrer la chimie européenne dans une ère plus verte et plus respectueuse de la santé des hommes.**

Quand, en février 2001, la Commission européenne présente dans un Livre blanc sa future politique dans le domaine des substances chimiques, l'objectif affiché est d'engager un processus de réforme dont la finalité est le développement durable<sup>1</sup>. Peut-on considérer que la version finale du règlement, adoptée le 18 décembre 2006 par le Parlement européen, permettra d'atteindre cet objectif ambitieux ?

Sans doute pas comme l'espéraient les plus chauds partisans de la réforme car, entre février 2001 et décembre 2006, le projet a été sensiblement reconfiguré à la suite d'une campagne de pression d'une ampleur inédite de mémoire de parlementaire européen. Les bataillons de lobbyistes envoyés par l'industrie chimique à Bruxelles et Strasbourg ne sont toutefois pas parvenus à détourner entièrement le projet initial de sa route. Le principe fondamental du « renversement de la charge de la preuve » a ainsi pu être sauvegardé. Il conditionne la commercialisation d'un produit chimique à la communication préalable aux autorités européennes, par le producteur ou l'importateur, d'un certain nombre d'informations.

Ce principe, que l'expression : « Pas de données, pas de marché » résume parfaitement, constitue une rupture nette avec le passé. Auparavant, les autorités devaient démontrer les conséquences inacceptables pour la santé humaine d'une substance avant de pouvoir en restreindre ou en interdire complètement la commercialisation. A ce jour, seulement 52 substances ou groupes de substances sont concernées par ce régime de restriction ou d'interdiction<sup>2</sup>. Cette procédure n'est généralement enclenchée qu'à l'issue de très longues enquêtes épidémiologiques qui souvent sont venues confirmer les inquiétudes de « donneurs d'alertes » trop longtemps ignorées.

L'immense tragédie de l'amiante illustre cette logique que REACH est supposé rompre. Alors que des inspecteurs du travail constatent, dès l'aube du XX<sup>e</sup> siècle, une mortalité anormalement élevée parmi les travailleurs des filatures d'amiante, les preuves épidémiologiques du caractère cancérigène de cette fibre ne seront apportées qu'un demi-siècle plus tard<sup>3</sup>. Et l'amiante ne sera déclaré « hors-la-loi » dans l'Union européenne qu'en janvier 2005, à l'échéance du délai de transposition d'une directive, adoptée six ans plus tôt, qui en interdisait totalement le commerce. Entre-temps, cette substance aura provoqué la mort de plusieurs dizaines de milliers de travailleurs à travers l'Europe.

## **DOPER LES CONNAISSANCES TOXICOLOGIQUES**

Avec l'entrée en vigueur de REACH, une substance chimique produite en quantité supérieure à une tonne par an devra être enregistrée avant de pouvoir être commercialisée. Producteurs et importateurs devront déposer auprès de l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) un dossier avec une série d'informations sur ses propriétés physico-chimiques, toxicologiques et écotoxicologiques du produit chimique. L'industriel devra également établir des mesures de gestion des risques qui permettent de l'utiliser en toute sécurité.

Plus les quantités mises sur le marché seront importantes, plus les informations exigées devront être consistantes et plus le délai accordé à l'industriel pour introduire un dossier d'enre-

gistrement sera court (voir calendrier ci-dessous). En ce qui concerne le cas particulier des cancérigènes, cette approche par volumes reste de mise : plus un cancérigène est produit en grande quantité, plus les données toxicologiques à fournir devront être détaillées. Par contre, il n'y a pas de distinction entre cancérigènes en ce qui concerne les délais : toutes les substances susceptibles d'être classées cancérigènes de catégorie 1 et 2 dans la législation européenne devront être enregistrés au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

Les partisans de REACH fondent beaucoup d'espoir dans les données qui seront fournies par les industriels dans la phase d'enregistrement, espérant qu'ils permettront de combler les nombreux vides dans les connaissances toxicologiques actuelles. En effet, sur les quelque 100.000 substances qui circulent sur le marché européen, seulement environ 4.000 ont fait l'objet de tests toxicologiques minimums. Il s'agit principalement des substances mises sur le marché européen depuis 1981.

**\* Calendrier d'enregistrement des substances couvertes par REACH (voir p 29).**

## **UNE LOGIQUE INCITATIVE**

Il serait naïf de croire que REACH va permettre d'écarter des lieux de travail et des étagères de nos magasins de bricolage les milliers de produits contenant des substances cancérigènes. Seules les substances posant « un risque inacceptable pour la santé ou l'environnement » pourront faire l'objet d'une restriction de mise sur le marché voire d'une interdiction complète. Des dispositions similaires existaient déjà avant l'adoption de REACH et on ne s'attend pas à un boom des substances bannies du marché européen avec la mise en œuvre progressive de la réforme.

L'optique choisie par le législateur européen est davantage incitative que coercitive. Pour les substances « extrêmement préoccupantes », parmi lesquelles figurent les cancérigènes, REACH prévoit un mécanisme dit d'autorisation. L'industriel qui souhaite continuer à utiliser une de ces substances devra bénéficier d'une autorisation des

\* REACH est le nouveau Règlement sur l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation et les restrictions des substances chimiques. Il est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2007. REACH rationalise et améliore l'ancien cadre réglementaire de l'Union européenne (UE) sur les produits chimiques (NDLR)

1. Livre blanc. Stratégie pour la future politique dans le domaine des substances chimiques, Commission des Communautés européennes, 27 février 2001, COM(2001) 88 final, p. 4.

2. Directive 76/769/CEE du Conseil relative à la limitation de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses. Cette directive a été abrogée par l'entrée en vigueur de REACH.

3. En 1955 pour le cancer du poumon, en 1960 pour le mésothéliome.

autorités européennes pour chaque type d'utilisation qu'il veut en faire.

Cette autorisation sera accordée pour une durée déterminée. Dans le cas d'un cancérigène, deux scénarios sont possibles. S'il a été possible de fixer un seuil d'exposition en deçà duquel il n'y a pas d'effet pour la santé humaine, l'industriel pourra continuer à y recourir même si des substituts plus sûrs sont disponibles.

Les cancérigènes pour lesquels il n'est pas possible de déterminer des seuils d'exposition devront en principe être remplacés par des substances plus sûres. Toutefois, en l'absence de substance ou de technologie de remplacement, l'industriel pourra continuer à utiliser ce cancérigène « sans seuil » s'il peut démontrer que les avantages socio-économiques l'emportent sur le risque pour la santé humaine.

Compte tenu du nombre élevé de substances considérées comme « extrêmement préoccupantes », environ 1.500, et des ressources limitées de l'ECHA en termes de personnel et d'experts, toutes ces substances dangereuses ne seront pas directement soumises à autorisation. Une liste des substances prioritairement soumises à autorisation devra être établie à la date du 1<sup>er</sup> juin 2009. On estime généralement qu'entre 20 et 25 dossiers d'autorisation pourront être traités par l'ECHA chaque année. L'examen des demandes d'autorisation susceptibles d'être déposées pour les quelque 800 substances classées cancérigènes de catégorie 1 ou 2 dans la législation européenne risque donc de prendre de nombreuses années. Le niveau de classement du cancérigène sur la liste des « substances prioritaires » sera donc décisif.

Il faut s'attendre à un regain d'activités dans les coulisses européennes afin d'empêcher qu'une substance, dangereuse mais économiquement « vitale », figure en haut de cette liste. Les pressions risquent d'être d'autant plus fortes que ce sont les Etats membres, et non pas un comité scientifique indépendant, qui détermineront l'ordre de priorité des substances soumises à autorisation. Comme REACH ne prévoit pas de moratoire sur les substances en attente d'autorisation, de nombreux cancérigènes, en particulier ceux produits en faible volume, continueront à être utilisés.

Le manque probable de transparence dans le choix des substances prioritaires suscite bien des craintes au sein du mouvement syndical européen. Les multiples exemptions au principe de

substitution obligatoire, en particulier pour les cancérigènes pour lesquels des seuils d'exposition ont été fixés, constituent une autre source de mécontentement. Les syndicats se refusent à considérer comme dénuée de risque une exposition à un cancérigène, même à des niveaux très bas. Admettons que le risque pour la santé d'un cancérigène soit négligeable en deçà d'un certain seuil, peut-on pour autant arriver à la même conclusion lorsqu'un travailleur est « faiblement » exposé à plusieurs produits cancérigènes ? Les effets sur la santé de ces poly-expositions, a fortiori quand elles s'inscrivent dans la durée, sont encore trop peu étudiés pour accorder une confiance aveugle à des seuils d'exposition.

### UNE COHABITATION QUI S'ANNONCE DIFFICILE

Sur le dossier de la substitution obligatoire des cancérigènes, les organisations syndicales n'ont pas encore abdicqué. Elles comptent poursuivre le combat en se reposant sur le volet social de la législation européenne. En effet, le principe de substitution obligatoire des cancérigènes est établi dans une directive sur la protection des travailleurs contre les substances cancérigènes et mutagènes<sup>4</sup>. Cette législation soumet l'employeur à une hiérarchie de mesures visant à réduire le risque cancérigène à un minimum. La première de ces mesures prévoit la substitution obligatoire d'un cancérigène quand un substitut existe, et ce quel qu'en soit le coût pour l'entreprise.

Comment ces deux pans de la législation européenne, l'un social l'autre commercial, vont-ils cohabiter ? Un employeur qui utilise un cancérigène pour lequel existe un seuil d'exposition considéré comme sans effet pour la santé devrait-il remplacer cette substance, comme le prévoit la législation sociale européenne, ou pourra-t-il continuer à l'utiliser comme l'y autorise REACH ? Jusqu'à présent, les autorités européennes n'ont pas apporté de réponse claire à ces interrogations.

Une autre source d'irritation syndicale réside dans le fait que REACH ne contraint pas les industriels à fournir un rapport de sécurité chimique pour les substances produites ou importées dans des volumes inférieurs à 10 tonnes par année, même quand ces substances sont des cancérigènes. Le rapport sur la sécurité chimique devra présenter des scénarios d'exposition qui doivent permettre à l'utilisateur industriel de mettre en

place des mesures de gestion des risques. Ce rapport constitue donc un outil de prévention absolument fondamental. En réserver l'exclusivité aux substances produites en quantité supérieure à 10 tonnes par an, soit seulement un tiers des substances concernées par REACH (environ 10.000 substances), représente une disposition qui porte atteinte au principe d'égalité de protection des travailleurs.

### QUEL IMPACT SUR LES CANCERS ?

Etrangement, alors que plusieurs dizaines d'études ont été consacrées aux coûts de la mise en oeuvre de REACH pour l'économie européenne<sup>5</sup>, un nombre limité d'études - une petite dizaine tout au plus - a tenté de chiffrer l'impact socio-économique positif de la réforme.

La Commission européenne, qui est pourtant l'instigatrice de tout l'édifice REACH, n'a commandité que deux études explorant ces aspects positifs. En octobre 2003, sur la base d'estimations conservatrices de la Banque mondiale, la Commission a estimé que 4.500 décès par cancer pourront être évités chaque année grâce à REACH<sup>6</sup>. Un autre rapport considère que la réduction du nombre de cancers professionnels par année dans l'UE-15 se situera dans une fourchette entre 2.167 et 4.333<sup>7</sup>.

A défaut d'une législation qui aurait permis d'éliminer le risque cancérigène à sa source, REACH offre aux travailleurs et à leurs représentants au sein des entreprises un outil qui devrait faciliter leur accès aux informations sur la toxicité des produits auxquels ils sont exposés, et ainsi renforcer les politiques de prévention sur les lieux de travail. Le règlement devrait également inciter les industriels à abandonner les substances les plus dangereuses. Le coût lié à l'introduction d'une demande d'autorisation, qui pourrait atteindre 50.000 euros, ne sera pas nécessairement toujours dissuasif. Une mobilisation du mouvement syndical européen reste donc indispensable pour la réussite du processus d'élimination des cancérigènes des lieux de travail.

*Pour mieux comprendre REACH : Defrise, D., REACH : Une opportunité syndicale ? Comprendre et agir dans les entreprises, RISE (réseau inter-syndical de sensibilisation à l'environnement), Octobre 2007, 84 p.*

4. Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail.

5. The impact of REACH. Overview of 36 studies on the impact of the new EU chemicals policy (REACH) on society and business, Workshop REACH Impact Assessment, 25th - 27th October 2004, The Hague, The Netherlands. Disponible sur <http://hesa.etui-rehs.org/uk/dossiers/files/EU2004REACH.pdf>

6. Extended Impact Assessment, Commission staff working paper, COM(2003)644 final, Brussels, 29/10/2003

7. Assessment of the impact of the new chemicals policy on occupational health, RPA Inc., March 2003.

# LES CANCERS PROFESSIONNELS VONT-ILS DEVENIR UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE ?

ARNAUD DE BROCA, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA FNATH\*

**La Fnath, association des accidentés de la vie, compte près de 200 000 adhérents, pour la plupart d'entre eux victimes du travail. Depuis de nombreuses années, notre association plaide pour une intégration de la santé au travail au sein de la santé publique. Au-delà des mots, il s'agit d'exiger que la santé au travail ne relève plus uniquement d'enjeux de négociation entre les partenaires sociaux mais bien de la politique de santé. Sans nul doute, la prévention, peu développée et délaissée en France, doit être au cœur de cette politique.**

Ces dernières années, la lutte contre les cancers est devenue une priorité de santé publique, leur progression devenant préoccupante. Pour autant, la part des cancers professionnels dans cette évolution a été pendant longtemps sous-évaluée. A tort, puisque de nombreuses statistiques montrent que les cancers professionnels - en particulier ceux liés à l'exposition à l'amiante - explosent et doivent pas conséquent devenir un véritable enjeu de santé publique, au cœur des missions conjointes des ministères de la santé et du travail.

Face à cette inquiétante progression, il serait nécessaire qu'un véritable plan de lutte contre les cancers professionnels puisse être lancé. Il devrait reposer sur plusieurs piliers afin d'associer la prévention, une véritable politique de recherche, un objectif de sensibilisation et d'information des travailleurs, mais aussi une réflexion sur le rôle, les missions et les modes de financement des médecins du travail, la mise en place d'un outil de traçabilité des expositions ainsi qu'une véritable réflexion sur la réparation des maladies professionnelles.

Au début des années 2000, la FNATH a participé à un pôle de recherche financé par l'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) spécifiquement consacré aux cancers professionnels. C'était sans nul doute la première fois qu'autant de chercheurs se regroupaient dans le cadre de ce réseau pour poursuivre et échanger sur leurs recherches. Ce pôle était à l'époque innovant. Il semble nécessaire, toujours aujourd'hui, de développer la recherche scientifique sur les cancers professionnels et d'en traduire les résultats

par des mesures de prévention individuelle ou collective pour les travailleurs exposés à des substances cancérogènes.

L'enjeu réside bien entendu pour nous dans l'information et la sensibilisation des travailleurs, notamment des plus jeunes d'entre eux, pour qui les cancers professionnels, par nature, restent une problématique lointaine en raison du délai de latence entre l'exposition et le développement de la maladie qui peut s'élever à plusieurs décennies. Dans cet objectif d'information, la FNATH a récemment réalisé une brochure intitulée « Cancers professionnels : des clés pour agir », afin de présenter d'une part les principales caractéristiques des cancers professionnels et substances cancérogènes, mais aussi les principaux acteurs auxquels peuvent faire appel, dans les entreprises même, les salariés exposés : médecin du travail, organisations syndicales, délégués du personnel,...

Le sujet des cancers professionnels illustre bien aussi les différentes problématiques actuelles qui sont au cœur des débats sur la santé au travail, en particulier le rôle des médecins du travail dont les missions et les modes de financement doivent être réformés pour coller davantage aux enjeux de santé au travail et à la prévention des cancers professionnels. Le drame de l'amiante a laissé un « goût amer » aux salariés vis-à-vis de certains médecins du travail.

Le problème des cancers professionnels pose également la question de leur réparation. La FNATH, qui compte parmi ses adhérents de très nombreuses victimes de cancers professionnels, dont les origines sont très diverses, réclame qu'au-delà de la prévention, la politique en matière de santé au travail s'intéresse à la réparation des victimes. Si les victimes de l'amiante ont obtenu, à juste titre et grâce à l'implication de leurs associations, une réparation intégrale de leurs préjudices, il n'en est pas de même des autres victimes qui restent dans un système de réparation qui date de plus d'un siècle. La mise à jour des tableaux de maladies professionnelles peut mettre plusieurs années pendant lesquelles elle s'enlise dans d'interminables débats entre les partenaires sociaux. La réparation des veuves et orphelins de ces victimes, qui sont la plupart du temps condamnés à vivre dans le dénuement après le décès de leur

conjoint, mérite d'être abordée enfin sérieusement par les pouvoirs publics.

La FNATH dénonce sans relâche la sous déclaration des cancers professionnels, qui n'est plus vraiment niée par personne, depuis que des études officielles ont montré que le nombre de cancers indemnisés à ce titre était largement inférieur aux estimations. Mais, cette sous déclaration conduit à faire porter sur les comptes de la branche maladie des frais qui devraient être supportés par la branche accidents du travail et maladies professionnelles, c'est-à-dire par les employeurs eux-mêmes.

Pour lutter contre cette sous déclaration, il serait essentiel de développer la formation des médecins traitants, généralistes ou spécialistes : il leur revient souvent de faire le lien entre les pathologies de leur patient et leur parcours professionnel. Or, combien vont faire le lien entre un cancer de la vessie et les emplois occupés par le malade ? Renforcer la formation des médecins et la sensibilisation des salariés devraient donc être des axes majeurs d'un éventuel plan de lutte contre les cancers professionnels.

Pour cela, il est nécessaire de mettre en place un système de traçabilité des substances auxquelles sont exposés les travailleurs mais aussi des conditions de travail. Lors de la création du dossier médical personnel, la FNATH avait proposé qu'il puisse comporter une partie sur la santé au travail, accessible aux médecins traitants. La conférence nationale sur les conditions de travail a engagé un travail sur la mise en place d'un tel outil.

Pour toutes ces raisons, la FNATH est, bien entendu, favorable au lancement d'un plan sur les cancers professionnels, qui devrait permettre enfin d'envisager la santé au travail comme un des éléments de la santé publique.



\* FNATH, association des accidentés de la vie - [www.fnath.org](http://www.fnath.org)

# L'AMIANTE EN 2008 : QUE RESTE-T-IL À FAIRE ?

HÉLÈNE BOULOT - FRÉDÉRIC HOUEL - ANDEVA

**L'ANDEVA (Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante) a été créée en 1996 et regroupe aujourd'hui 22000 adhérents et 60 associations en région. Ses buts sont de promouvoir l'entraide et la solidarité entre les victimes de l'amiante, les regrouper pour défendre leurs intérêts ; aider à la reconnaissance de toutes les maladies liées à l'amiante (déclaration et contentieux juridique) ; obtenir une indemnisation équitable pour toutes les victimes de l'amiante (travailleurs salariés et non salariés, victimes environnementales) ainsi que pour les ayants droit des victimes décédées ; aider les personnes qui engagent des actions en justice pour obtenir réparation de leurs préjudices et sanctionner les responsables de la catastrophe ; améliorer les conditions d'accès à la Cessation Anticipée d'Activité ; obtenir un suivi médical de qualité pendant et après l'activité professionnelle ; informer toutes les personnes susceptibles d'être exposées au risque amiante, les aider à se protéger et à se défendre ; améliorer la prévention pour éviter de nouvelles victimes ; agir collectivement et représenter les victimes auprès des caisses primaires, du Fonds d'indemnisation des Victimes de l'Amiante, des institutions médicales et des pouvoirs publics ; imposer des réformes en matière d'indemnisation des maladies, de médecine du travail et de prévention des risques professionnels. <http://andeva.fr/>**

L'amiante est interdit en France depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Des premières alertes de l'inspecteur du travail Auribault en 1906, à la médiatisation de la pollution des locaux de Jussieu, il aura fallu plus 90 ans pour que les pouvoirs publics se décident à interdire une substance responsable de 3000 morts par an. Un drame de santé publique, que certains seraient aujourd'hui tentés de considérer comme appartenant au passé. Pourtant, douze ans après l'interdiction, le nombre de victi-

mes continue à augmenter et c'est en 2020 que des épidémiologistes prévoient le pic de l'épidémie. Les maladies de l'amiante, le plus souvent d'origine professionnelle, surviennent plusieurs décennies après l'exposition. Le bilan cumulé de cette catastrophe sanitaire s'élèvera au minimum à 100.000 morts en France. Un chiffre qui donne l'ampleur des problèmes posés aujourd'hui et pour les générations futures.

## **1) LES CANCERS DE L'OMBRE : L'EXPOSITION À L'AMIANTE EST TOUJOURS D'ACTUALITÉ.**

Avant son interdiction, l'amiante a longtemps été considéré comme un matériau miracle et la France, avec 150 millions de tonnes importées par an dans les années 70, a été l'un des plus gros consommateurs. Ce matériau a été utilisé dans de très nombreux secteurs d'activité (bâtiment, construction navale, automobile). Sa fabrication, sa commercialisation, son importation sont aujourd'hui interdites. Mais les millions de tonnes d'amiante en place n'ont pas disparu pour autant : des matériaux en fibrociment, des floccages, des faux plafonds, des dalles de sols... sont présents dans de très nombreuses constructions datant des années 60 et 70, une époque où le boom du bâtiment s'est accompagné d'une utilisation massive de l'amiante. Le parc des constructions se renouvelle lentement. L'amiante reste un produit très courant susceptible de créer des situations à risque, particulièrement chez les professionnels du BTP intervenant à son contact (démolisseurs, électriciens, plombiers, chauffagistes...).

En matière de prévention du risque amiante, la législation française est sans doute l'une des plus avancées de la planète. Le Code de la santé publique, le Code du travail, le Code de l'environnement définissent les obligations des propriétaires d'immeubles pour protéger la population, celles des employeurs pour protéger les travailleurs en activité, celles des professionnels du bâtiment en cas de démolition, celles des particuliers en cas de vente d'un appartement ou d'une maison... Pourtant, l'expérience montre que cette réglementation est loin d'être toujours appliquée et que les pouvoirs publics ne se sont pas donnés les moyens de contrôler sa mise en œuvre.

### **Quelques exemples :**

La réalisation d'un dossier technique amiante (DTA) est une obligation pour tous les propriétaires de bâtiments. Une vaste gamme de matériaux contenant de l'amiante doit y être recensée, leur

état de conservation évalué, avec mention des mesures à prendre. Ce document doit être mis à disposition des occupants et des entreprises qui y réalisent des travaux. Cette réglementation est applicable à l'ensemble du parc immobilier fin décembre 2005. Pourtant, on observe aujourd'hui que, pour de nombreux bâtiments, y compris des bâtiments publics, aucun DTA n'a encore été réalisé par le propriétaire.

Pour des travaux de retrait d'amiante, le propriétaire doit faire appel à une société spécialisée, disposant d'une habilitation et d'un personnel formé au risque amiante. Les règles de sécurité sont draconiennes : le travail doit se faire à l'humide, sous confinement étanche à l'air et à l'eau, afin de protéger l'environnement immédiat des poussières d'amiante. Les ouvriers doivent être équipés de combinaisons et de masques à adduction d'air. Cependant ces dispositions bien connues des professionnels de ce secteur, sont loin d'être toujours appliquées. Des campagnes de contrôle de chantiers de désamiantage menées en 2005 et 2006 par le ministère du travail, ont révélé des entorses à la réglementation plus ou moins graves sur les deux tiers des chantiers.

Plus inquiétant encore, de nombreux chantiers présentant un risque amiante ne font l'objet d'aucun diagnostic avant travaux ni d'aucune déclaration à l'inspection du travail. C'est tout particulièrement le cas de bâtiments destinés à la démolition où l'on rencontre des donneurs d'ordres indélicats, faisant appel à des sociétés non qualifiées pour des chantiers à risques. Les coûts supplémentaires que représentent les services d'une société spécialisée ainsi que l'évacuation des déchets dans des décharges de classe 3 expliquent ces comportements répréhensibles. Ces sociétés de démolition font appel à des intérimaires ou même parfois des ouvriers sans papiers, un personnel généralement sous informé et dans des conditions de précarité propices à leur faire accepter des conditions de travail dangereuses. Un certain nombre de travailleurs sont donc toujours exposés à l'amiante, exposition qui se combine à une contamination environnementale, parce que ces chantiers ne sont pas confinés. Les déchets sont très souvent transportés sans aucune précaution et entreposés dans des décharges non habilitées. Face à ce problème, les institutions publiques telles que les services de l'inspection et de la médecine du travail ne semblent pas en mesure d'apporter les bonnes réponses. Faute de moyens et d'agents, les inspections sont trop rares pour dissuader cer-

tains entrepreneurs. Et même en cas de contrôle, les sanctions encourues sont faibles.

A ces difficultés s'ajoutent de graves insuffisances en matière de suivi médical. Certains employeurs ignorent ou nient l'existence d'un risque amiante, alors que leurs salariés démolissent à la masse ou tronçonnent des matériaux en fibrociment. S'il les croit sur parole, le médecin du travail n'identifiera pas ces salariés comme des travailleurs à risque. C'est tout l'intérêt du tiers temps réservé à l'inspection des chantiers. Pourtant ces inspections sont rarement menées alors qu'il appartient à la médecine du travail de rédiger les fiches d'entreprises qui répertorient les processus de travail et les risques associés. Ces carences de suivi médical sont elles le résultat d'un système ne responsabilisant pas suffisamment sa pratique ? De fait, l'amiante reste le quotidien de milliers de travailleurs qui demain seront les prochaines victimes de cancers.

## 2) L'INDEMNISATION, UN PARCOURS SEMÉ D'EMBÛCHES.

D'un point de vue institutionnel, les voies d'indemnisation des victimes de l'amiante en France peuvent être considérées comme parmi les plus abouties. De plus la mobilisation des victimes et de leurs associations a permis d'améliorer grandement leur indemnisation. Le montant des indemnités a été en moyenne multiplié par dix lors de ces dix dernières années. Cependant on continue d'observer une sous déclaration des pathologies liées à l'amiante et l'indemnisation des victimes reste souvent un parcours long, difficile et incertain.

Dans le parcours de reconnaissance en maladie professionnelle, l'exposition à l'amiante est encore très souvent contestée par les caisses de sécurité sociale. Les enquêtes menées par ces dernières se limitent le plus souvent aux déclarations des employeurs. La preuve d'exposition reste donc à la charge de l'employé. Or pour de nombreux itinéraires professionnels il est très difficile de réunir des témoignages sur des expositions qui datent pour la plupart de plus de vingt ans. Des salariés exerçant des professions notamment exposées voient leur demande rejetée. En 2008, le cas d'un plombier chauffagiste ou celui d'un ouvrier de démolition atteint de plaques pleurales est malgré tout refusé en maladie professionnelle « *faute de preuves d'exposition* » ne relève pas de l'anecdote, mais du quotidien pour les associations qui défendent ces malades. Plus dramatique encore, cet ancien électricien atteint de mésothéliome et qui a vu sa demande de reconnaissance en maladie professionnelle elle aussi refusée, en juillet dernier. Pourtant, peut-on nier que cette profession a été fortement concernée par l'amiante ? On comprend bien le désespoir de cet homme lorsqu'il lui est demandé de fournir des témoignages d'anciens collègues, 30 ans après...

D'autre part, les victimes rencontrent des difficultés importantes liées à l'identification de la cause de leur pathologie. Beaucoup de médecins ignorent la notion de **présomption d'origine**, clé

de voûte du système des tableaux de maladies professionnelles : lorsque tous les critères du tableau sont remplis, l'origine professionnelle de la maladie est présumée, elle peut et doit être reconnue.

Cela devrait être le cas du mésothéliome (cancer de la plèvre, maladie spécifique de l'amiante), mais aussi du cancer broncho-pulmonaire (pathologie multifactorielle non spécifique).

Or, en pratique il apparaît que les diagnostics de cancers broncho-pulmonaires, sont systématiquement imputés au tabac par le corps médical ; y compris chez des travailleurs notamment exposés à l'amiante. Cette pratique, qui aboutit à priver des salariés de leurs droits, se rencontre aussi bien chez des médecins du travail, que chez des médecins traitants ou des spécialistes. La profession souffre sans doute d'un manque de formation, mais souvent le médecin préfère aller au plus simple disculpant ainsi la responsabilité de l'employeur et de la collectivité. D'autres praticiens ont pu délibérément prendre la défense des professionnels de l'amiante et de sa production. Des comportements laxistes ou mal intentionnés très loin de satisfaire les associations de victimes qui se sont portées partie civile dans le cadre de plusieurs plaintes pénales en cours d'instruction. Plusieurs médecins du travail ont été mis en examen dans le cadre de ces plaintes pénales.

Mais les difficultés liées au diagnostic ne se limitent pas au cancer broncho-pulmonaire. Pour le mésothéliome, le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) exige une confirmation du diagnostic du pneumologue basé sur des données cliniques par un examen en anatomopathologie, alors que l'état de certains patients rend une biopsie difficilement praticable. Il demande même que les lames de l'examen anatomopathologique soient envoyées à un collège d'experts, le groupe Mesopath de Caen, pour confirmation du diagnostic. Ces pratiques du FIVA ont pour conséquence de différer la reconnaissance de la maladie liée à l'amiante et d'allonger les délais d'indemnisation.

La présence de métastases pleurales amène une autre difficulté pour la validation du diagnostic du mésothéliome : l'identification du cancer primitif (seul indemnisé). Les techniques de marquage et d'anatomopathologie comportent une marge d'erreur et ne semblent pas parfaitement discriminantes. Lorsque les résultats de l'examen anatomopathologique laissent persister un doute sur le caractère primitif de la tumeur, ce doute péna-



lise le patient, dont la maladie n'est pas reconnue, même si l'exposition professionnelle à l'amiante est avérée.

## 3) BRISER L'IMPUNITÉ

Les premières plaintes pénales ont été déposées par l'Andeva dès 1996. Or à ce jour, 12 ans après, aucun procès ne s'est encore tenu pour mettre en évidence l'ensemble des responsabilités pénales qui ont permis cette catastrophe de santé publique avec plus de 100000 morts à venir.

### Pourquoi un procès pénal ?

Cette question est posée, alors que de multiples actions en faute inexcusable de l'employeur ont par ailleurs abouti devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale ou les chambres sociales des cours d'appel. En fait l'objectif principal des actions au civil est d'indemniser les préjudices des victimes, celui des actions au pénal de rechercher des responsabilités et de sanctionner ceux dont les fautes ont conduit à cette catastrophe (afin d'en éviter d'autres) : les employeurs qui ont exposé leurs salariés sans moyen de protection ni information sur les risques liés à l'amiante, mais aussi les industriels de l'amiante qui se sont organisés et ont exercé un lobby très actif pour continuer à utiliser ce matériau mortel en créant le CPA (Comité Permanent Amiante).

Le CPA a fonctionné de 1981 à 1996 et a réuni, rappelons-le, les industriels de l'amiante, mais aussi des représentants du ministère du travail, ministère de la santé, des représentants des confédérations syndicales et des experts, parmi lesquels des médecins.

Comment expliquer également l'échec des institutions chargées de la veille sanitaire, telles que la médecine du travail, l'inspection du travail ou d'organismes comme l'INRS ? S'il y avait une impunité pénale et que ces responsabilités n'étaient pas établies, nous pouvons légitimement penser que l'affaire de l'amiante peut se reproduire.

Derrière la demande des victimes et des familles de victimes, morts de l'amiante, il y a ce besoin de justice et de dire « Plus jamais ça ! ».

# LA PAROLE AUX ORGANISATIONS SYNDICALES

**C'est un parti pris du SNPST de donner la parole aux diverses organisations syndicales de salariés pour tous les dossiers traités dans le cadre de cette revue.**

**Nous le faisons sans aucune censure, y compris lorsque certaines organisations expriment des positions différentes voire opposées aux nôtres. Nous exprimons seulement un souhait de réciprocité ...**

## Quand le scandale de l'amiante met en cause les médecins du travail...

Les médias ont diffusé l'information plusieurs fois : certains médecins du travail ont été mis en examen dans le cadre d'enquêtes sur des salariés victimes de l'amiante. Ces situations ont été l'occasion, pour le SNPST, de préciser sa position, en particulier dans un communiqué de presse diffusé le 1er août 2008 et dont nous reproduisons ici l'essentiel :

« Dans le drame de l'amiante, le SNPST a toujours dénoncé l'organisation des différentes institutions de prévention, organisation qui n'a pas permis aux professionnels d'exercer correctement leur métier de préventeur. En ce qui concerne la médecine du travail, la gestion patronale a été et

reste un frein à la mission de surveillance, de conseil et d'alerte du médecin du travail.(...) Le SNPST a conscience de la possibilité de la mise en examen d'autres médecins, comme l'a annoncé l'ANDEVA. Cela ne signifie nullement que le SNPST souhaite de telles mises en examen, bien au contraire. En ce qui concerne les diverses affaires, le SNPST ne s'est nullement prononcé ; il respecte la présomption d'innocence, et ne peut donc émettre aucun avis. Cependant, en règle générale, le syndicat estime qu'il est normal que la justice fasse son travail, et qu'en tant que citoyen, un médecin qui aurait gravement failli à sa mission soit jugé (en prenant en compte l'état des connaissances et des conditions d'exercice de l'époque). Le SNPST a vocation de défendre la prévention en santé au travail et les professionnels qui y travaillent, mais sans corporatisme et, dans un cas particulier, il ne se prononce qu'après avoir connaissance de l'ensemble du dossier. »

## LES CANCÉROGÈNES AVANCENT MASQUÉS ET SOURNOIS... OU DE L'IMPÉRIEUSE NÉCESSITÉ DE L'INTERDICTION DE L'USAGE DU TÉLÉPHONE PORTABLE ?

*BERNARD SALENGRO, CFE-CGC*

**Les médecins du travail, conscients de leur responsabilité et de la mission qui leur est confiée par la loi, concluent à demander l'interdiction du téléphone portable. Cette demande d'interdiction ne peut être que professionnelle, étant donné le champ d'action des médecins du travail. En effet, en l'état actuel des données de la science, il est impossible de garantir qu'il n'y a pas de risque cancérigène à l'utilisation de ces appareils ; le principe de précaution impose donc cette interdiction, d'autant qu'une directive européenne sur le sujet interpelle. Les employeurs et les pouvoirs publics doivent prendre les mesures adaptées à la gravité potentielle de la situation. Cette petite fable semble un peu surréaliste ? .....et pourtant !**

Elle indique que la limite du risque acceptable ou non est floue ; elle varie selon les modes, les habitudes sociales, les traditions, l'évolution de la connaissance des risques, etc.... Elle n'est pas uniquement fondée sur une raison désincarnée et absolue.

Bien d'autres exemples pour le risque cancer pourraient être mis en examen : est-il légitime de continuer à produire et à consommer des aliments fumés, notamment ceux produits par trempage dans des jus contenant des résidus de pyrolyse ? Est-il raisonnable de laisser en vente libre un produit comme le tabac, qui est un cancérigène puissant, et qui présente aussi d'autres inconvénients ?

Le principe de précaution peut s'appliquer si de fortes présomptions de risque existent, faute de preuve absolue ; mais le principe d'assistance à personne en danger s'impose si le produit est attesté dangereux ou pire mortel. Et pourtant ...

En tant que conseillers, il y a des risques que les médecins du travail ne doivent pas laisser prend-

re à leurs consultants, même si actuellement ils ne sont pas établis mais simplement suspectés ; ces mêmes médecins risquent d'avoir à en répondre 30 ans après devant un juge spécialisé , qui, au vu des connaissances d'alors, leur dira ce qu'ils auraient dû faire jadis. Les médecins devraient-ils faire signer une attestation à leurs patients pour qu'ils confirment qu'ils ont bien reçu l'information sur les risques et les précautions d'usage pour l'utilisation du téléphone portable y compris des oreillettes Bluetooth ?

Cela devrait être un sujet d'études et de réflexions pour les médecins ; et combien d'autres préoccupations ne devraient elles pas également bénéficier de réflexions et d'études avant la mise sur le marché.

Indiscutablement le système de santé au travail a atteint ses limites : quand on voit la réalité des petits arrangements de pouvoir et des restrictions pour le fonctionnement des services de santé au travail ; quand on voit l'effet de rouleau compresseur des actes inutiles et la pesanteur structurelle qui bloque toute initiative des méde-

cins pour se regrouper et se pencher sur tel ou tel problème ou tel risque!

Il faut en convenir, les cancérigènes en font la démonstration, mais ils ne sont pas seuls, l'enjeu de la mission des médecins du travail est incompatible avec la structuration, le fonctionnement et la gouvernance actuels.

La conclusion peut être apportée par Georges CLEMENCEAU qui fut médecin du travail à Montmartre avant de s'égarer dans les temples du pouvoir politique: dans un éditorial de l'Aurore au sujet de la céruse de plomb, il reprochait au pouvoir son laxisme et son inertie à interdire ce toxique violent et bien attesté, et ce pour comploter aux industries productrices, alors même que les médecins avaient bien authentifié le risque et en avaient déclaré l'importance : "Les médecins sont des gêneurs avec leurs prescriptions politiques, il faut avant tout produire".

Les constatations d'hier sont encore les constatations d'aujourd'hui.

L'actualité montre que le risque est permanent et que sa surveillance nécessite de plus en plus de s'appuyer sur des connaissances techniques de haut niveau et aussi d'être à l'écoute attentive des salariés. Cette écoute des salariés par les médecins du travail est fondamentale, non seulement pour une veille épidémiologique, pour comprendre le vécu et le métabolisme psychologique des situations, mais également pour permettre aux salariés une expression libre hors hiérarchie garantie par le secret et l'éthique médicale.

La question des cancérigènes s'inscrit tout à fait dans cette problématique de la nécessaire connaissance conjointe de la santé physique et morale des salariés et des dangers et nuisances des postes de travail. Cette double approche permet d'éviter les pièges technocratiques et les scotomisations techniques des risques. Un procès en sorcellerie est fait actuellement à plusieurs confrères (et il n'y a pas que les cas connus de Normandie et de Dunkerque). Ils sont

accusés personnellement, et de façon tout à fait inique, de l'inadéquation de la prévention réglementaire à une époque ancienne dont ils furent non pas les coupables, mais les victimes !

Qui oserait dire qu'ils sont coupables alors qu'ils ont eu régulièrement (tous les cinq ans) l'autorisation de fonctionner par les directions du travail instruites par les médecins inspecteurs du travail et par la Direction Régionale du Travail, avec information aux inspecteurs du travail ?

Qui oserait dire qu'ils sont responsables de ne pas avoir empêché l'usage de l'amiante alors que cet usage n'était interdit par aucune réglementation, et que le seul pouvoir du médecin était d'informer et de convaincre des précautions minimum à prendre !

Qui oserait dire qu'ils auraient dû réussir à faire proscrire l'usage de l'amiante car s'il est connu comme cancérigène depuis environ 1900, la physiopathologie de ces différents cancers était encore mal précisée jusque dans les années 90. Il est inéquitable de juger des actions d'hier avec le savoir d'aujourd'hui !

Qui oserait dire que les médecins du travail ont été aveugles, sourds et muets. Ils ont alerté par leurs constats écrits, ne serait ce que dans les rapports annuels qui sont restés lettre morte, empilés en tas dans les caves des directions du travail, avant de partir au pilon.

Si les médecins du travail ne furent pas sourds, le silence des autorités devant les difficultés rencontrées sur le terrain pour une prévention rationnelle et organisée, lui, pourtant, a été assourdissant !

Le triste constat, issu de la réflexion sur les cancérigènes, est bien que le système réglementaire est inadapté et qu'il a été mal pensé par les politiques (hommes politiques, hauts fonctionnaires) et leurs conseillers (bien souvent issus des mêmes moules de pensée et éloignés du terrain).

C'est pourquoi la CFE-CGC propose un système de

santé au travail régional, fédéré nationalement, pour bénéficier d'une masse critique qui permette une vraie pluridisciplinarité, avec les experts nécessaires aux diverses approches explorées par les médecins du travail.

Cette masse critique est également nécessaire pour permettre à certains de se spécialiser sur les risques de certaines branches ou certains métiers. Il suffirait de conserver les services actuels en transformant les conseils d'administration en conseils de surveillance et d'organiser une administration régionale pour l'emploi.

Cette régionalisation est nécessaire pour se coordonner avec les autres préventeurs qui sont aussi organisés régionalement (ORST, CRAM, CRPRP, ARACT, OPPBT, commission régionale de prévention, CTR, etc....).

La CFE-CGC propose également un régime paritaire de gouvernance, un vrai paritarisme où les représentants des confédérations sont nommés et dénommés par les confédérations, où ils sont formés par leurs confédérations et où ils bénéficient de temps et de moyens pour exercer la grande responsabilité qui est la leur. Actuellement, cette représentation, lorsqu'elle existe, est vide de sens et de moyens!

La CFE-CGC tient au maintien de l'engagement et de la responsabilité de l'état concrétisé par la procédure de l'agrément que les services du ministère donnent ou pas tous les cinq ans aux services de santé au travail. Les répercussions de la santé au travail sont trop importantes sur la santé publique et sur les comptes de l'assurance maladie pour que l'état se défasse comme il tente de le faire avec les propositions du ministre.

Enfin, la CFE-CGC estime inutile bien des actes médicaux comme les visites semestrielles pour le travail de nuit mais elle estime, par contre, nécessaire la rencontre régulière et systématique de tous les salariés avec le médecin du travail, avec une fréquence raisonnable.



# CANCERS PROFESSIONNELS ET SYNDICALISME....

*JEAN FRANÇOIS NATON, CGT*

**Le nombre de cancers déclarés a augmenté de 62% en 20 ans en France. En 1980, 170 000 nouveaux cas ; en 2000, 280 000.... Aujourd'hui le cap des 320 000 nouveaux cas est franchi ! Le vieillissement et le dépistage n'expliquent pas toute cette fulgurance.**

**En 2005, l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) suspectait entre 11 000 et 23 000 cancers d'origine professionnelle alors que seulement 2059 ont été reconnus cette même année par la CNAMTS...La non reconnaissance reste donc massive.**

**Comprendre cet écart, c'est approcher ce que beaucoup appellent l'invisibilité du « mal travail », l'injustice et le scandale de la double peine du monde ouvrier : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte... Car le monde du travail meurt précocement et les cancers des voies aéro-digestives restent de véritables marqueurs sociaux.**

**Les inégalités sociales et de santé demeurent profondes et ce n'est pas seulement le tabac et l'alcool, qui en sont responsables, cette « mauvaise vie » du monde ouvrier plus enclin à faire la fête qu'à travailler...**



A cet instant, nous devons approcher deux dimensions par delà les drames engendrés par cette « mal vie » au travail :

**1.** Cette non reconnaissance entraîne un déport de prise en charge des soins sur l'assurance maladie et aggrave un déficit déjà lourd.

Cette situation entraîne des plans successifs de maîtrise qui aboutissent aux saccages des valeurs fondatrices de la Sécurité Sociale : le droit à la santé pour toutes et tous, financé par un système de solidarité où chacun cotise suivant ses moyens et reçoit suivant ses besoins.

Un déficit, qui autorise les politiques et le patronat à parler de mauvaise gestion de la branche maladie de la Sécu et, au contraire, à vanter la branche AT/MP qui reste en excédent. Pour cause ! une partie des dépenses relevant de son champ de responsabilité n'est pas facturé, comme le démontre avec justesse le rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale. Une commission chargée d'évaluer le montant annuel des sommes à verser à la branche maladie pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière du fait d'accidents du travail et de maladies professionnelles non déclarés et/ou non reconnus. Cette année le montant estimé du transfert dépasse un milliard d'euros...Concernant les cancers, même si la CGT aurait souhaité voir les données de l'INVS prises en compte, en lieu et place de celles du CIRC qui restent contestées et contestables, la fourchette des hypothèses oscille entre 4870 et 9693 cancers attribuables à une exposition professionnelle...

**2.** Plus en avant, cette invisibilité des conséquences du « mal travail » autorise le patronat à prétendre que tout va mieux dans les entreprises, les services, et donc



à ne pas engager les mesures de prévention, de protection qui s'imposeraient si cette vérité était reconnue. Cela permet aussi de laisser « pourrir » la négociation sur pénibilité et la retraite et, dans le même mouvement, de discourir sur l'emploi des seniors au delà de 65, 67, 70 ans...

Ainsi la bataille de la reconnaissance des AT/MP reste essentielle pour le syndicalisme car, en comprenant ce scénario, c'est un appel à œuvrer au renversement des politiques actuelles de réparation, pour enfin agir pour une politique de santé basée sur la prévention et la suppression des risques au travail.

Agir pour une politique de prévention, une politique de santé publique avec, au cœur, le travail ; car le risque est réel de voir le syndicalisme se laisser entraîner par la victimisation. Un syndicalisme, culpabilisant le travail et prônant la fuite, le repli sur le hors travail pour enfin respirer.

Le danger existe d'oublier le travail comme sujet d'émancipation, comme élément de transformation sociale. Alors que le travail redevient sujet de débat, enjeu de société ; où une campagne électorale s'est construite sur la valeur travail, réussissant un formidable retournement, profitant largement de cet abandon par beaucoup de salariés qui ne voient plus le travail comme l'un des champs principaux du développement humain.

Le combat pour la reconnaissance de tous les cancers d'origine professionnelle doit se conjuguer avec le quotidien syndical. C'est agir sur les situations de travail pour les transformer afin de reconquérir ce droit au bien être et à la liberté au travail...

# LA POSITION DU SNPST LE SCANDALE DES CANCERS PROFESSIONNELS

**Les cancers professionnels, véritable problème de santé au travail et de santé publique, aujourd'hui et demain, sont encore occultés, alors qu'ils mettent en danger la santé et la vie de milliers de travailleurs.**

**Depuis toujours, le SNPST agit dans le sens d'une amélioration du système de santé au travail et dénonce les divers obstacles à la réalisation de la mission de prévention primaire.**

**L'affaire de l'amiante, en mettant au jour le désastre de santé publique, a révélé en même temps, l'insuffisance du système de santé au travail.**

**Plusieurs articles et communiqués de presse ont exprimé la position du SNPST sur ces questions :**

- **Indispensable indépendance des professionnels de la santé au travail et nécessité d'une profonde réforme du système, en particulier, en mettant fin à la gestion uniquement patronale des services de santé au travail**
- **Refus de prononcer une aptitude des salariés à être exposés aux cancérogènes (3)**
- **Dénonciation de la sous évaluation des cancers professionnels (1)**

Vous trouverez ci-dessous certains communiqués de presse et les références des articles publiés.

## **COMMUNIQUES DE PRESSE :**

**Février 2000**

Un nouveau plan de lutte est mis en place contre les cancers. On ne peut que souscrire à la prise de conscience que cela révèle. Mais ! Pourquoi occulter encore et toujours l'origine professionnelle de certains cancers ? Combien faudra-t-il « d'affaire amiante » pour que soit enfin posée la question du facteur professionnel dans l'origine

de certains cancers ? Dans les réflexions en cours pour une réforme de la prévention en santé travail, il convient d'analyser ce qui paralyse, dans ce pays, la recherche, l'épidémiologie et la veille sanitaire. Au sujet des cancers professionnels, il convient d'analyser les actions de prévention primaire que devraient mener les médecins du travail. Indépendance, moyens nouveaux, contrôle social de la médecine du travail restent à mettre en place.

**Avril 2008**

*« AGRESSIONS » PAR DECRET ET CIRCULAIRE DE LA RECONNAISSANCE DE MALADIES PROFESSIONNELLES*

En France, environ 4 millions de travailleurs sont exposés à des solvants qui peuvent entraîner des pathologies graves. Les modifications par décrets et circulaires des tableaux n° 12 et 84, avec notamment une limitation ou suppression des solvants concernés, des conditions limitatives importantes de reconnaissance des pathologies, constituent une régression sans aucun fondement scientifique. Y a t il eu un « lobbying » efficace des secteurs d'entreprises concernés ? Alors que les cancers professionnels sont déjà notoirement sous déclarés en France, ces mesures portent atteinte au droit des salariés à une réparation légitime pour des pathologies dues au travail. De plus elles nuisent à une démarche efficace de prévention en diminuant la mise en visibilité des effets des expositions professionnelles. Le Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail (SNPST) alerte sur ce coup fourré passé inaperçu.

- *décret n°2007-457 du 25 mars 2007 tableau n°84*
- *décret n°2007-1084 du 10 juillet 2007 tableau n°2*
- *circulaire C.I.R - 38/2007 du 28 août 2007 tableau n°12*

## **ARTICLES PUBLIES PAR LE SNPST :**

1. Les cancers professionnels, une sous évaluation persistante - Gérard LUCAS - JMT N°8, septembre 2003
2. Prévention du risque cancérogène : exemple d'une action coordonnée - Patrick BOUET - JMT N° 11-12, janvier février 2004

3. Exposition aux CMR : réponse du Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé à la saisie du SNPMT - Gilles ARNAUD - JMT N° 11-12, janvier février 2004

4. Amiante : confrontation avec une douloureuse réalité - Martine LEONARD - JMT N° 11-12, janvier février 2004

5. Risques liés aux poussières de freins dans les garages : évaluation d'une action d'information entreprise dans la Vienne - Patrick BOUET, Mireille CHEVALIER - JMT N° 17, mars 2005

6. Rôle confirmé des éthers de glycols dans l'atteinte de la reproduction - André CICOLELLA - JMT N° 17, mars 2005

7. Savoir tirer les leçons de l'indemnisation des victimes de l'amiante - Anne FLORENTIN - JST N° 19, novembre 2005

8. REACH ou l'annonce d'une lente révolution pour la santé - Vincent NOUZILLE - JST N° 21, avril 2006

9. Face à la silice cristalline, négocier ou légiférer ? - Tony MUSU (ETUI-REHS) - JST N° 26, avril 2007

10. ADISSEO ou l'obscurité clarté des expertises - Jean Michel STERDYNIK - JST N° 28, octobre 2007

11. Entretien avec des acteurs santé travail de l'affaire ADISSEO - Jean Michel STERDYNIK - JST N° 29, décembre 2007

12. Entretien avec François DERIAUX, président de l'ANDEVA - JST N° 30, février 2008

13. Les cancers liés à des expositions professionnelles : intérêts et limites d'une démarche - Omar BRIXI (Institut National du Cancer) - JST N° 31, avril 2008-10-05

14. Cadmium et cancer du poumon : un nouveau tableau de maladie professionnelle inacceptable en l'état - Henri PEZERAT, toxicologue - JST N° 32, juin 2008

**Ces articles peuvent être consultés sur le site du SNPST : <http://snpst.org>**

**ou réclamés au secrétariat : 05 61 99 20 77**