



ASSOCIATION
Henri Pézerat
Travail • Santé • Environnement

<http://www.asso-henri-pezerat.org>
asso hp@gmail.com



ASSOCIATION
de lutte contre l'amiante
Ban Asbestos France
<http://www.ban-asbestos-france.com>
banasbestosfrance@gmail.com

Du côté des victimes

Note pour le groupe de travail de l'ANSES sur les maladies professionnelles

14 juin 2021

Remarques préalables

1 - Nous nous interrogeons tout d'abord sur **les marges de manoeuvre de ce groupe de travail**. S'agissant des maladies professionnelles – chacun le sait – il existe non seulement une non-reconnaissance abyssale mais aussi un enfermement des droits des victimes à la reconnaissance dans des procédures hyper-restrictives, individualisantes, humiliantes et kafkaïennes. Les critères de reconnaissance sont aussi éloignés des connaissances scientifiques produites au fil des décennies, que de la réalité des expositions professionnelles subies par les travailleuses et les travailleurs au quotidien dans leurs activités.

Car, au lieu de poser les questions de fond que soulèvent la non reconnaissance des maladies professionnelles, aussi bien pour la prévention que pour la réparation, le groupe de travail se trouve enfermé dans **des saisines gouvernementales qui isole certaines pathologies ou quelques polluants**, interdisant de fait une approche des problèmes fondamentaux que pose notamment l'épidémie de cancer. Ainsi il est question :

- du chlordécone au lieu de prendre en considération l'ensemble des pesticides et leurs conséquences sanitaires ;
- de trois localisations de cancer dont le lien avec l'exposition à l'amiante ne fait plus aucun doute, en ignorant le fait que d'autres fibres (fibres céramiques, nano-tubes de carbone) ont les mêmes propriétés toxiques, et surtout en repoussant l'urgence première qui est la prise en compte de la multi-exposition aux cancérigènes.

Pourtant, si ce groupe de travail a **un défi scientifique, médical et social, voire économique, à relever**, c'est bien celui-ci : **imposer l'application du principe de présomption d'imputabilité en cas de multi-exposition professionnelle aux cancérigènes en préconisant la création d'un tableau de MP, reconnaissant ainsi enfin le rôle de celle-ci dans l'épidémie de cancer.**

Notre inquiétude est aussi que les compromis auxquels aboutiront les travaux de ce groupe de travail « scientifique » soit érigé en « **super-expertise** » **dominante non seulement dans l'espace social et politique, mais aussi dans l'espace juridique comme avis d'expert s'imposant aux juges**, ce qui reviendrait à faire obstacle à l'indépendance de la justice qui est souvent l'ultime recours des victimes de maladie professionnelle dans l'accès aux droits de la réparation.

2 - Pour répondre à la demande de l'ANSES, il faut au minimum rappeler **quelques faits et chiffres primordiaux** quand on parle de la santé des travailleur.euse.s :

- les ouvriers et ouvrières meurent plus et plus tôt que les autres catégories sociales, de cancer notamment ;
- des secteurs entiers sont connus pour exposer massivement et en permanence les travailleurs et les travailleuses à des cancérigènes et autres agents chimiques dangereux, et connus pour certains de très longue date ;

- les résultats de l'enquête SUMER montrent que plus de deux millions de salariés sont exposés régulièrement et ce chiffre, sous-estimé puisqu'il ne prend en compte qu'une vingtaine de cancérogènes avérés, ne baisse pas depuis plus de 20 ans ;
- le suivi médical - post-exposition au temps de l'activité et post-professionnel après la cessation d'activité - n'est toujours pas mis en oeuvre, plus de 25 ans après son inscription dans la loi ;
- la non reconnaissance en maladie professionnelle est officiellement reconnue comme un phénomène récurrent, attesté par de très nombreux rapports et travaux scientifiques depuis des décennies, dans l'indifférence totale des gouvernements successifs, si ce n'est l'aumône officiellement reversée chaque année par le régime ATMP au régime général de l'assurance maladie après décision d'une commission chargée d'en fixer le montant ;
- le coût des maladies professionnelles non reconnues qui aurait dû contraindre les employeurs à des mesures de prévention leur est épargné au préjudice des victimes elles-mêmes, de l'assurance-maladie et de la collectivité dans son ensemble. Dans les rares situations où la maladie est reconnue, le coût en est assumé bien souvent non par l'employeur concerné, et encore moins le donneur d'ordre dans les cas de sous-traitance, mais par le compte spécial mutualisé.

Tous ces éléments nous conduisent à poser cette question préalable :

A quand une grande enquête nationale pluri-disciplinaire ouverte, publique, menée à l'échelle de chaque département, avec toutes les parties concernées, y compris avec l'aide des médias, ayant pour objectif de briser l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle. Dans cette enquête, la sécurité sociale (qui ne doit pas céder ses prérogatives en matière d'analyse des données de santé au *Health Data Hub*¹) jouerait un rôle pivot parce que c'est elle qui dispose de bases de données fiables et parce que c'est son rôle. Elle peut, au bénéfice des personnes, croiser les fichiers sociaux : maladie – entreprise – relevés de carrière. Cela est fait naturellement pour les revenus et le fisc. Pourquoi pas pour la santé ? C'est le fondement même de la sécurité sociale.

Cette enquête pré-figurerait la mise en place immédiate de registres départementaux de cancer, construits selon la même méthodologie, afin qu'il soit tenu compte dans ces registres des activités et postes de travail ayant exposé les patients à des cancérogènes, afin d'éliminer à ces postes de travail les facteurs de risque en particulier les cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques (CMR).

Il existe déjà des travaux scientifiques locaux - tels les GISCOP – et des luttes locales pour la réparation et la prévention des atteintes professionnelles : les cancers du rein et autres cancers liés à des agents chimiques et à l'amiante chez Adisseo à Commentry (Allier), les cancers liés à l'amiante et aux autres cancérogènes utilisés dans la sidérurgie chez Aubert et Duval aux Ancizes (Puy-de-Dôme), les cancers liés à la radioactivité, à l'amiante, aux solvants et autres cancérogènes utilisés en production et maintenance de l'industrie des armes nucléaires à l'Île longue (Finistère), les cancers et maladies neurologiques liés aux métaux lourds chez les travailleurs du recyclage des déchets électro-ménagers chez Environnement Recycling à Montluçon, les cancers liés à la multi-exposition des verriers de Givors, sans oublier les luttes contre les cancers du futur après les incendies industriels tel Lubrizol à Rouen. Chacune de ces situations fait écho à des centaines d'autres qui depuis des décennies auraient dû faire l'objet d'investigations de la part des institutions de santé publique, non pas pour re-démontrer que des cancérogènes avérés donnent le cancer, mais pour prendre la mesure des problèmes et arrêter la contamination des lieux de travail par ces substances toxiques

*

* *

Nous considérons que les localisations de cancer ovarien/laryngé/colorectal devraient depuis longtemps figurer sur le tableau 30bis au même titre que le cancer broncho-pulmonaire. En outre, les tableaux n° 30 et 30bis devraient également depuis longtemps avoir été élargis aux fibres céramiques et aux nanotubes de carbone, dont la toxicité est du même ordre que celle de l'amiante.

Nous souhaitons ici non pas entrer dans une forme de comptabilité de ces victimes non reconnues du travail cancérogène, que nous rencontrons dans les associations, mais restituer ce qui nous paraît essentiel : les savoirs des

1 <https://www.asso-henri-pezerat.org/health-data-hub/>

collectifs ouvriers confrontés à ce que vivent les malades dans cet insupportable chemin d'obstacles médicaux et administratifs, connu sous la formule « parcours du combattant », de la déclaration et de la reconnaissance en maladie professionnelle, et préciser nos revendications.

Puisqu'il s'agit de cancers jusque là non inscrits dans un tableau de maladie professionnelle, quelle est la réalité vécue par les victimes de ces cancers professionnels non inscrits dans les tableaux, et sachant qu'alors l'instance de décision en première intention est le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) ? Nous voulons souligner à ce propos que si la comptabilité chiffrée des avis (favorables ou défavorables) est tenue à jour par l'assurance-maladie pour les assurés du Régime Général, en revanche aucun travail analytique des demandes adressées aux CPAM et des avis rendus par les CRRMP n'est fait et rendu public. Pourquoi ? Cette demande d'analyse des données de CRRMP a souvent été exprimée par les associations et par des équipes de recherche telles celles des GISCO. Elle n'a jamais reçue de réponse.

Se savoir exposé ?

La plupart des personnes exposées à l'amiante ignore qu'ils.elles le sont ou l'ont été et ne déclarent pas leur maladie professionnelle (sauf exception). Les médecins généralistes les plus susceptibles d'avoir connaissance de cas de cancer et éventuellement de soupçonner une maladie professionnelle liée à l'amiante sont démunis pour accompagner leurs patients dans la procédure de maladie professionnelle (et pas seulement signer un CMI), surtout en cas d'obligation pour le travailleur malade de déclarer sa maladie hors tableau. Certains généralistes, membres de l'association Henri Pézerat, déplorent l'absence de moyens tant pour cette démarche que pour faire un bilan épidémiologique descriptif de leur activité à ce sujet et des difficultés qui sont les leurs pour permettre à leur patient d'accéder à ce droit.

En outre, les travailleur.euse.s exposé.e.s à l'amiante ne sont que très rarement seulement exposés à l'amiante. Dans les usines notamment, la liste des produits dangereux et cancérogènes est impressionnante. L'acharnement des médecins-conseil et des médecins de CRRMP à vouloir à tout prix déterminer le lien entre un « agent causal » professionnel unique et la maladie est tout à la fois contraire à ce qu'on sait aujourd'hui des mécanismes de cancérogénèse (voir annexe) mais aussi de la réalité des activités de travail exposant aux cancérogènes, sachant l'importance de la « sous-traitance des risques » vers les travailleurs soumis à la précarisation du travail et de l'emploi, ce qui amplifie l'écart entre les pré-requis de la reconnaissance et la réalité des conditions et activités de travail.

La procédure et ses aléas

A l'issue de la déclaration, pour les maladies hors tableau, la première étape est une humiliation, sans cesse renouvelée, du fait d'une pratique considérée par les juges comme discriminatoire, nous voulons parler des fameux 25 %. Les experts médicaux des CRRMP, qui, la plupart du temps, ne voient pas les malades, témoignent d'une indifférence totale à l'égard de ces derniers dans l'évaluation théorique du préjudice. Qui peut prétendre qu'il s'agit d'un critère scientifique ? Nous en voulons pour preuve ce qui s'est passé pour les salariés de l'usine Adisseo à Commeny, victimes de cancer du rein. Au début des années 2000, les premières déclarations MP de cancer du rein associées à l'exposition au chloracétal C5 conduisent à des taux anticipés d'IPP de 20 %. Une mobilisation syndicale forte, appuyée par les travaux d'Henri Pézerat et Gérard Barrat, relayée par les médias nationaux, a conduit le médecin-conseil à relever ce taux à 25 %, ne permettant pas seulement la reconnaissance en maladie professionnelle mais ouvrant la voie à la faute inexcusable de l'employeur (TASS Montluçon, 20 avril 2007). Cette pratique du taux imposé de 25 % a été jugée discriminatoire par le tribunal du Havre le 30 mars 2021.

Puis vient la procédure de reconnaissance elle-même. Là, le travailleur ou la travailleuse malade est censé.e apporter la preuve non seulement de son exposition professionnelle (or elle a été maintenue dans l'ignorance de celle-ci) mais du lien certain entre celle-ci et sa maladie, ce qui est évidemment une gageure. Il faut souligner que ceux qui sont en charge d'un avis à ce sujet, à savoir les médecins de CRRMP, n'ont pas la compétence requise pour établir ce lien. En outre, ils statuent sur dossier sans même rencontrer les victimes ou celles et ceux qui les accompagnent dans leurs démarches.

S'agissant de cancers devant passer par le CRRMP, la plupart des malades essuient un premier refus. Nombre d'entre eux abandonnent. Ceux qui sont soutenus par une association, un syndicat, un service social ou autre sont contraints d'aller au contentieux qui engage alors la saisine d'un 2^e puis d'un 3^e CRRMP. A chaque saisine c'est 2 ans supplémentaires avant d'arriver à une première décision judiciaire qui, bien souvent, devra être suivie de la cour d'appel, voire de la cour de cassation. Il n'est pas rare que de telles procédures aient une durée totale de 10 à 15 ans avant reconnaissance, celle-ci intervenant souvent « post-mortem ».

Enfin un droit essentiel des travailleurs et travailleuses est la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur et du donneur d'ordre (en cas de sous-traitance) quand ce dernier connaissait ou aurait dû avoir connaissance du risque et n'a pas pris les mesures de prévention qui s'imposaient. Nous nous interrogeons vraiment sur la suggestion faite très souvent par les médecins-conseil aux victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante de faire une demande d'indemnisation au FIVA. C'est un parti pris. L'information donnée par les médecins-conseil devrait concerner la faute inexcusable et le FIVA.

La jurisprudence

Le 9 avril 2014, le TASS de Lyon a reconnu le rôle de la poly-exposition dans le cas d'un verrier décédé de deux cancers primitifs (cancer du plancher de la bouche, cancer du pharynx). Les juges du TASS ont considéré que :

« l'exposition simultanée et/ou successive de Monsieur Cervantes, sur une durée de plus de trente années, à de multiples agents toxiques, dont trois sont des cancérrogènes majeurs (amiante, HAP, solvants) entrés en synergie les uns avec les autres, a accru le risque de développement d'un cancer de la sphère ORL, et partant qu'elle a pu causer le "cancer du plancher de la bouche", mais également le "cancer du pharynx" diagnostiqués successivement et qui ont conduit à son décès ».

Cette décision a été confirmée par la cour d'appel de Lyon le 9 novembre 2015 puis la cour de cassation le 15 avril 2017. La faute inexcusable de l'employeur a ensuite été reconnue.

Nos revendications

Outre l'enquête évoquée dans les premières pages de ce texte, nous demandons :

- l'inscription immédiate des cancers laryngé/ovarien/colorectal dans le tableau 30 bis.
- l'élargissement des tableaux 30 et 30bis aux fibres céramiques et aux nanotubes de carbone.
- la suppression du critère de gravité (IPP 25%) préalable à l'instruction du dossier en CRRMP.
- une refonte du dispositif des CRRMP, pour introduire la pluridisciplinarité (toxicologues, ingénieurs de prévention) et des voix délibératives de tous les experts présents, médecins ou non.
- l'obligation pour le CRRMP d'entendre les victimes de maladies professionnelles.
- le renversement de la charge de la preuve, tant en matière d'exposition que de lien direct et essentiel entre la pathologie et le travail.
- Rendre enfin effectif le droit au suivi post-professionnel et en faire un levier pour l'accès aux droits de la reconnaissance en maladie professionnelle
- **la création d'un tableau de MP pour les cancers associés à une multi-exposition aux cancérrogènes.**

Annexe

Quelques éléments de connaissance scientifique sur les mécanismes de survenue du cancer

Le savoir accumulé en biologie et toxicologie depuis trente ans sur la maladie cancer permet d'affirmer que 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.

Il faut souligner que :

- **Les effets sanitaires dits de synergie ou « effets cocktail » conduisant à la survenue ultérieure de cancers n'ont pas fait l'objet d'étude épidémiologique spécifique tenant compte des caractéristiques de l'exposition, simultanée et/ou successive, à plusieurs cancérigènes.** Or les connaissances biologiques acquises en matière de cancérogénèse montrent que les processus d'atteintes mutagènes et cancérigènes, provoqués par l'exposition à plusieurs cancérigènes, se combinent et multiplient les risques de survenue d'un cancer à un âge précoce.

- **L'atteinte par un cancérigène ne concernent pas un seul organe cible.** Des corrélations statistiques significatives ont été établies entre exposition à l'amiante et survenue du mésothéliome de la plèvre, du péritoine ou du péricarde, le cancer broncho-pulmonaire, le cancer du larynx et du pharynx, le cancer des ovaires, le cancer de l'estomac, le cancer colorectal, le cancer du rein, et sans doute bien d'autres en raison de la multi-exposition dans laquelle s'inscrit l'exposition à l'amiante. L'épidémiologie ne s'intéresse habituellement qu'à une seule substance à la fois et un seul type de cancer, ce qui est trompeur en raison des effets multiples possibles.

- **il n'y a pas de « signature » du cancer permettant de « choisir », pour un individu atteint de cancer, entre différents facteurs à l'exclusion des autres.** Sur la base de l'expérience propre d'un patient atteint de cancer et de la connaissance du processus de production de l'entreprise dans laquelle il travaillait, l'histoire de l'exposition à des cancérigènes d'un patient peut être reconstituée. Elle permet, non pas d'établir un lien causal avec un agent toxique spécifique, mais de recenser toutes les contaminations qui ont pu porter atteinte à l'intégrité physique de cette personne et contribuer à la survenue du cancer dont il souffre. Dans l'histoire corporelle d'un patient atteint de cancer, chacun des différents cancérigènes, auxquels il a été exposé, joue très probablement un rôle – en synergie avec les autres – dans le processus ayant engendré et accéléré le développement de ce cancer. La complexité de ce processus ne peut permettre à un expert d'exclure, **arbitrairement**, le ou les polluants en cause.

- **L'inexistence d'études épidémiologiques dans certaines activités professionnelles ne peut en aucun cas constituer une preuve de non atteinte cancéreuse par une exposition à des cancérigènes.** Que les épidémiologistes ne se soient pas intéressés à la multi-exposition (ou n'aient pas pu la prendre en compte dans leurs modèles) ne peut constituer une absence de preuve d'un lien direct et essentiel entre celle-ci et différentes localisations de cancer. Il n'y a pas lieu de re-prouver indéfiniment pour des groupes spécifiques que ces cancérigènes provoquent le cancer.

Les connaissances scientifiques, produites depuis des décennies par la toxicologie (notamment sur les mécanismes de cancérogénèse) et l'épidémiologie, sur les liens entre cancer et exposition à des cancérigènes avérés, induisent des conditions particulières d'identification du lien direct et essentiel entre des expositions professionnelles, multiples et de longue durée à des cancérigènes, et le cancer. En effet, **l'attention doit être portée, non pas à des données épidémiologiques – le plus souvent inexistantes – mais à la toxicité avérée des produits auxquels la personne a été exposée dans son activité professionnelle, en particulier la cancérogénicité, surtout quand il s'agit de cancérigènes officiellement inscrits dans les catégories 1 et 2A du CIRC.**