

*Association pour la Prise en Charge des Maladies Eliminables*  
[www.sic-apcme.net](http://www.sic-apcme.net)



**PROGRAMME "SIC-2015".  
RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE**

**Décembre 2015**

*« Les connaissances des effets des polluants sur la santé humaine ont été souvent acquises par l'analyse des pathologies liées aux expositions professionnelles (...). Les responsables des cellules interrégionales d'épidémiologie rencontrés ont regretté de ne pas parvenir à établir, en dépit de possibilités ouvertes par les textes, un accès aux données de la médecine du travail à des fins épidémiologiques. **Le cadastre des maladies professionnelles établi depuis les années 90 sur la zone de Fos-étang de Berre par l'Association pour la Prise en Charge des Maladies Éliminables apparaît à cet égard exemplaire.** »*

**« Les politiques publiques de lutte contre la pollution de l'air »  
Rapport d'enquête de la Cour des Comptes, décembre 2015**

# Avant-propos

Cette année, de façon inattendue, c'est par un jugement du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) des Bouches-du-Rhône que s'est de nouveau affirmé l'exigence d'effacer les cloisons qui séparent santé publique et santé au travail.

En effet, pour sortir des méandres de l'instruction cahotique d'un dossier de cancer chez un maçon fumiste, le tribunal a finalement confié l'enquête « *visant à recueillir les éléments permettant de déterminer si Monsieur G. a effectué des travaux l'ayant exposé au risque<sup>1</sup>* » au directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Il s'agit d'un cas évoqué dans notre précédent rapport<sup>2</sup> : déclaré en 2006, il avait donné lieu à une longue « action-recherche » animée par le secrétaire du CHSCT d'Ascométal. Ce travail, qui a impliqué le médecin du travail et divers spécialistes, a eu une issue positive : la mise en route d'une installation de captation des fumées cancérigènes<sup>3</sup> en octobre 2014, après « mise en demeure » par l'inspection du travail.

**Ainsi, malgré sa complexité technologique, l'intervention corrective au poste de travail a été mise en oeuvre alors que, 10 ans après la déclaration du cas, la CPCAM n'a pas encore reconnu le caractère professionnel de la maladie !**

Ce n'est pas un incident occasionnel, mais un exemple révélateur de la « panne de système » qui affecte le fonctionnement des organismes chargés d'identifier les maladies dues au milieu de travail afin de mieux les prévenir.

**Marc Andéol, décembre 2015**

---

<sup>1</sup> Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, décision prononcée le 24 septembre 2015, audience numéro 150370.

<sup>2</sup> APCME, rapport d'activité de l'année 2014, paragraphe 3-2 « Une intervention corrective exemplaire », page 34.

<sup>3</sup> APCME, rapport d'activité de l'année 2012, paragraphe 2-3 « Un centre opérationnel pour outiller la recherche du client », page 17.



**Présentation du Trophée du PRSE au bureau de l'APCME en février 2015**

***Le Trophée des actions probantes du Plan Régional Santé Environnement a été attribué en 2015 à l'APCME pour son « cadastre du risque avéré ».***

# SOMMAIRE

## **1 - Des cas qui révèlent toujours les mêmes postes nocifs.**

1-1 L'exemple révélateur des cancers de la cokerie.

1-2 Le CRRMP, un élément de la « panne de système ».

## **2 - Tout ce qui est nécessaire pour assainir existe déjà.**

2-1 Oui, on peut connaître les autres cas au même poste.

2-2 Oui, on peut identifier les causes pour agir sur elles.

2-3 Comment vérifier la réalité de l'assainissement ?

## **3 - Consentement éclairé et autorégulation du système.**

3-1 L'exigence du « consentement libre et éclairé ».

3-2 Distinguer entre dépenses utiles et inutiles.

***Conclusion et annexes.***

# 1 - DES CAS QUI RÉVÈLENT TOUJOURS LES MÊMES POSTES NOCIFS.

## 1-1 L'exemple révélateur des cancers de la cokerie.

En 2015, sur 85 personnes prises en charge, **10 nouveaux cas de cancer** à caractère professionnel ont été déclarés par notre réseau.

### **5 de ces 10 cas sont imputables à une seule installation : la cokerie.**

- Cancer du poumon : 2 cas.
- Cancer de la vessie : 2 cas.
- Cancer de la peau : 1 cas.

### **2 d'entre eux travaillaient pour des entreprises extérieures.**

Dans les statistiques de l'Assurance Maladie - les seules, faut-il le rappeler, dont on dispose pour le risque avéré, réalisé - ils ne seront pas imputés à la cokerie mais à l'employeur sous-traitant.

### **3 travaillaient pour ArcelorMittal.**

L'un d'eux ayant occupé divers postes de maçon-fumiste, il sera probablement imputé au « compte-spécial » plutôt qu'à la cokéfaction ...

Il est hautement probable que **seuls 2 de ces 5 cas seront imputés** à la cokerie dans les statistiques de l'Assurance Maladie<sup>4</sup>. Cela n'en porte pas moins à **21 le nombre de cas de cancer déclarés** par notre réseau pour des personnes ayant « touché le risque » à la cokerie.

### **Au total, combien de cancers sont imputables à cette installation ?**

L'information existe : l'Assurance Maladie n'indemnise pas un sujet sans savoir où il a « touché » le risque. Pourtant, bien que **la première déclaration d'un cancer du poumon chez un cokier de Fos remonte à 1988**, ni les citoyens, ni les médecins, ni les élus du territoire n'ont accès aux données.

**Nous en sommes donc toujours à la question posée en 1995**, il y a exactement 20 ans, sur un « poster » réalisé à l'occasion d'une Assemblée Générale mutualiste :

---

<sup>4</sup> Les motifs de cette distorsion des données ont été décrits dans nos rapports d'activité 2009, 2010 et 2012. Voir : <http://www.apcme.net/theme/Produits/Activites/Activites.html>

# CE QUE LE SIC NOUS DEMANDE

## Utiliser les données pour diriger les dépenses dans un sens :

- qui soit utile à l'amélioration des niveaux de santé
- qui élimine les choses inutiles, parfois dangereuses.



**1** Déclarer toutes les atteintes dues à des environnements nocifs pour obtenir la reconnaissance individuelle.

**2** Déclarer le lieu, qui produit l'atteinte, "le 2 m par 2 m" positionné sur la carte de la commune.

Si les lieux qui produisent des cancers, des sourds etc... sont identifiés sur la carte, on peut provoquer les interventions de la sécurité sociale pour éliminer les situations qui produisent des dépenses inutiles.

42		REGIME GENERAL
Surdité provoquée par les bruits léSIONNELS		
Date de création: 20 avril 1963		Date de mise à jour: 2 septembre 1990
Intégration des données	Code de l'acte	Code de l'acte
<p>La surdité est définie par une perte auditive permanente, bilatérale, de plus de 40 dB à 500 Hz, 1000 Hz et 2000 Hz.</p> <p>La surdité est dite "léSIONNELLE" lorsqu'elle est provoquée par un bruit.</p> <p>La surdité léSIONNELLE est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p> <p>La surdité léSIONNELLE est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p>	<p>La surdité est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p> <p>La surdité est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p> <p>La surdité est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p>	<p>La surdité est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p> <p>La surdité est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p> <p>La surdité est reconnue lorsqu'elle est constatée par un médecin spécialiste, après un examen audiométrique et un examen otologique.</p>

D'autres sujets exposés peuvent se reconnaître dans les situations connues par le SIC, demander la déclaration, et augmenter la possibilité d'actions pour éliminer le risque.

Enrichir la liste des situations reconnues par la loi, c'est à dire qui donnent droit à la reconnaissance individuelle.

Enrichir/vérifier les données par la comparaison avec ce que savent tous les autres centres

**Intégration**  
Citoyens - Médecins  
Médecins - Maires  
Citoyens - Maires  
**Prévention**

Enrichir/vérifier les données par la comparaison avec ce que savent les institutions (la sécurité sociale, l'hôpital, etc...).

**Pourquoi la sécurité sociale ne connaît-elle pas (ne mémorise pas) ce que le SIC connaît, c'est-à-dire "où est le risque"?**

Extrait des panneaux « Ce que le SIC nous donne / Ce que le SIC nous demande » réalisés pour l'Assemblée Générale Mutualiste de 1995.

Depuis, de multiples rapports d'État sont venus argumenter l'exigence d'une information opérationnelle accessible par tous. Par exemple :

- **1998** : « **Rapport sur la gestion du risque et des problèmes de santé publique posés par l'amiante en France** », sous la direction du Pr. Claude GOT.

*« Le besoin de rétroaction est une condition de survie pour tous les systèmes vivants, et ce n'est pas vouloir placer de la biologie partout que d'affirmer que la complexité ne s'accommode pas des systèmes qui veulent tout régler en amont sans développer les moyens de savoir ce qui se passe en aval (...). La possibilité de vérification par l'utilisateur, comme par les services décentralisés de l'État, étant la seule garantie de l'application des textes, il faut que les données acquises soient RENDUES PUBLIQUES, dans des bases ACCESSIBLES par les réseaux de télécommunication ».*

- **2003** : « **La prévention sanitaire en milieu de travail** », Rapport présenté par : Mme Hayet-Zeggar, M. Jacques Roux et M. Pierre de Saintignon, Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

*« Les statistiques de la branche AT-MP de sécurité sociale sont systématiquement avancées pour illustrer une avancée ou un recul d'un risque professionnel alors même que chacun reconnaît leurs limites (...). Il n'y a en effet pas de système d'information autre que comptable, or cette source est par nature inadaptée pour construire des analyses scientifiques même si elle est utile par ailleurs (...). Le dispositif de connaissance des risques sanitaires au travail n'est pas à la hauteur de l'enjeu et COMPROMET l'efficacité des politiques de prévention. ».*

- **2007** : « **Réformer la tarification pour inciter à la prévention. Rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux** », Pierre-Louis BRAS, Inspection Générale des Affaires Sociales.

*« Il serait légitime que les données sur la fréquence des AT-MP par entreprise issues des chaînes de gestion de la CNAMTS, soient accessibles au public. Il semble également LÉGITIME que les salariés puissent connaître ainsi le niveau de risque de leur entreprise et celui des entreprises concurrentes. Par ailleurs, la publicité des données facilite des comparaisons qui peuvent servir aux entreprises elles-mêmes pour situer leurs performances par rapport à leurs concurrents, favoriser l'action des organisations syndicales en faveur de la sécurité au travail, permettre aux observateurs extérieurs qui le souhaitent de se former un jugement sur l'attention portée par les entreprises à la sécurité de leurs salariés. »*

### **Qu'est-ce que ça a changé ?**

On a dépensé plus d'argent pour créer des observatoires, des « tableaux de bord », divers Comités. Les montants de la « réparation » ont cru de façon exponentielle. Mais toujours pas de réponse à ces 2 questions essentielles pour l'évaluation du risque et la prévention :

- **OÙ se situe le risque avéré, « réalisé » ?**

- **COMBIEN de personnes ont déjà été atteintes ?**



## **1-2 Le CRRMP, un élément de la « panne de système ».**

### **a) Des cas examinés « hors-sol ».**

En 2015, c'est le rejet par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) d'un cas de **cancer ayant frappé, à l'âge de 52 ans, Monsieur Gabriel D., ancien secrétaire du CHSCT de la cokerie**, qui constitue l'exemple le plus significatif de la « panne de système » que nous évoquons au fil de nos rapports d'activité. L'argumentaire transmis au Comité était construit selon les 5 critères d'imputabilité de la maladie au facteur de risque habituellement utilisés dans le SIC. En résumé :

**1) OUI, « l'induction de tumeurs du système nerveux central (SNC) par différents agents chimiques, physiques ou biologiques est connue depuis plus de 60 ans<sup>5</sup> »** : le glioblastome est une maladie inscrite au tableau 85 des maladies professionnelles, relatif à certains composés nitrosés.

**2) Quels sont les agents en cause ?** Dans la carcinogénèse chimique des tumeurs du Système Nerveux Central, *« les espèces chimiques principales en cause sont les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et les composés nitrosés.<sup>6</sup> »*

**3) OUI, l'exposition du sujet aux HAP est avérée**, elle a même été tout à fait exceptionnelle, tant en durée qu'en intensité : nous avons fourni les documents qui en attestent (procès-verbaux de CHSCT contenant les résultats des mesurages). La description des conditions d'exécution de la tâche a même **permis d'identifier des « pics de pollution »** : ces dernières années, la toxicologie a démontré que *de tels pics saturent et débordent les capacités de détoxification enzymatique de l'organisme, d'où une toxicité supérieure, en proportion de ces pics et de leur durée*. En outre, le gaz de cokerie contient **de la 2-naphtylamine<sup>7</sup>, composé nitrosé** cancérogène inscrit au tableau 15ter des maladies professionnelles.

**4) NON, pour ce cas singulier, le diagnostic différentiel n'a pas révélé d'autres causes directes d'importance notable** : l'anamnèse familiale du cas ne révèle ni prédispositions héréditaires, ni facteur extra-professionnel d'exposition aux cancérogènes humains.

**5) OUI, d'autres cas de cancer ayant frappé d'autres travailleurs de la cokerie confirment la réalité du risque**. En considérant les différents organes cible des HAP (la peau, les poumons, les voies urinaires, les cellules sanguines, etc.), le recensement de tous les cas déclarés par des médecins du réseau dénombre 21 cas de cancers chez des sujets ayant « touché le risque » à la cokerie. Le plus jeune avait 35 ans ...

---

<sup>5</sup> Pr. Pairon, Brochard et al., « les cancers professionnels », Editions Margaux Orange, page 618.

<sup>6</sup> Ibidem.

<sup>7</sup> « Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles », Lauwerys, Editions Masson, page 649 de la 5<sup>ème</sup> édition.

La réponse du CRRMP est brève, et elle se veut sans appel : « *Actuellement les études scientifiques n'ont pas mis en évidence de relation entre les tumeurs cérébrales et l'industrie sidérurgique. Quant aux produits nitrosés décrits dans le tableau de MP 85, ces substances ne sont pas présentes en sidérurgie* ».

C'est peut-être vrai, mais la cokéfaction n'est pas une technologie qui relève de la sidérurgie : elle relève de la chimie de base ...

### ***b) La réalité des expositions est ignorée.***

En effet, quiconque s'intéresse à la technologie, discipline propédeutique de la médecine du travail, sait que **la cokéfaction, opération de pyrolyse du charbon, ne fait pas partie de la sidérurgie, ou métallurgie du fer**. Le « code risque » de l'Assurance Maladie situe d'ailleurs la cokéfaction dans la branche des industries chimiques, à la même classe que le raffinage du pétrole ...

Qu'en est-il de l'exposition aux cancérogènes, présentée dans l'avis du CRRMP comme étant plus ou moins bien établie (« *une attestation CMR indique une possible exposition aux HAP ou encore au benzène* ») ?

Les mesurages joints au procès-verbal de la réunion extraordinaire du CHSCT portant sur les résultats de la campagne de mesures de la qualité de l'air à la cokerie de décembre 2006, attestent de ce que le sujet a été régulièrement exposé à **des valeurs qui dépassaient plusieurs centaines de fois les recommandations en vigueur**, dans une atmosphère où la présence d'aérocontaminants multiples (poussières minérales, gaz irritants, etc.) déterminait une pollution complexe, susceptible d'accroître encore le risque.

En effet, c'est le directeur de l'installation lui-même qui reconnaît que, pour le Benzo(a)Pyrène : « **La valeur moyenne des mesures est de 1,15 microgramme par mètre cube. Elle est très éloignée de la valeur moyenne recommandée en France, qui est de 0,15 microgrammes** ». En fait de « possible exposition », la documentation fournie révèle, sur une durée de plus de 20 ans, une **exposition avérée d'une exceptionnelle intensité**.

Dans ce milieu très pollué, **la personne effectuait des travaux pointés dans la recommandation R313<sup>8</sup>** émises dès 1987 par les partenaires sociaux comme étant des travaux particulièrement exposés !

Enfin, contrairement à ce que l'avis du CRRMP mentionne, **des nitrosamines (et notamment la bétanaphtylamine - ou 2-naphtylamine - qui est inscrite au tableau 15ter des maladies professionnelles), sont bien présentes dans les gaz de fours à coke<sup>9</sup>**. En quelle quantité ? L'absence de mesurages ne permet pas de le dire. Il semblerait en outre que l'exposition concomitante aux nitrosamines et aux HAP puisse favoriser la cancérogénicité des HAP ...

---

<sup>8</sup> Voir annexe 1

<sup>9</sup> « *Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles* », Lauwerys, Editions Masson, page 649 de la 5<sup>ème</sup> édition.



**Cokerie, photo du plancher d'enfournement (2012).**

### **c) Les données « populationnelles » sont écartées.**

Dire que « les études scientifiques n'ont pas mis en évidence de relation entre les tumeurs cérébrales et l'industrie sidérurgique » alors que la mission du CRRMP est de rechercher le **mécanisme de pathogénèse spécifique au cas examiné** est très insuffisant pour constituer un avis argumenté acceptable.

**L'esprit scientifique n'autorise pas** l'utilisation d'une catégorie aussi générale que la « branche d'activité » dans la recherche d'éventuelles relations entre un type de tumeur et des agents chimiques : tout le monde sait que pour connaître l'exposition il faut connaître le poste de travail, l'unité élémentaire d'exposition au risque.

Mais surtout, l'avis du CRRMP est émis **sans même rechercher, dans les données dont l'Assurance Maladie dispose déjà, les autres cas de cancer parmi les autres travailleurs au même poste de travail, ou travaillant dans des conditions analogues.**

En 2001, dans une conférence à l'académie de médecine<sup>10</sup>, le Professeur JF Mattei, alors ministre de la santé, avait dit à quel point « **sans un regard populationnel, le système de santé est non seulement myope, mais il est sourd. Il n'est pas à même de resituer les comportements humains dans une approche écologique permettant de comprendre les interactions entre l'homme et son environnement. On voit bien que l'approche individuelle des maladies, pour essentielle qu'elle soit, ne suffit pas. Nous devons également disposer d'un regard sur les groupes d'individus, sur les populations si nous voulons que le système de santé soit juste, efficace et performant.** »

### **d) Un « accident normal »<sup>11</sup> ...**

Cet exemple ne décrit pas une faute ou une erreur quelconque, c'est le **produit « normal », attendu, d'une procédure qui n'est cohérente qu'avec les exigences de l'indemnisation individuelle** (ou de son refus). L'année 2015 a vu bien d'autres avis du CRRMP tout aussi révélateurs. Parmi les plus significatifs :

- Pour des sujets ayant travaillé au **nettoyage des bassins de décantation en raffineries de pétrole** : deux cas atteints d'un cancer de la vessie, l'un est reconnu, l'autre non. Pourquoi ? Un troisième est en cours ...

- Pour des sujets ayant opéré le **soudage des « épingles en chrome » dans les fours pétrochimiques** : c'est le cancer de celui qui a eu les durées d'exposition les moins longues qui est reconnu. Est rejeté celui qui, dans une carrière professionnelle de plus de 40 ans, a ajouté, aux travaux effectués dans les fours pétrochimiques, d'autres expositions encore plus intenses : le déchargement de catalyseurs au chrome VI lors du démarrage de cette activité, le retubage de réacteurs au cobalt, le décroutage de réacteurs de polyéthylène, etc ...

---

<sup>10</sup> Académie Nationale de Médecine : « Le devoir impérieux de santé publique en France et en Europe », Mardi 1er octobre 2002

<sup>11</sup> L'expression est de Charles PERROW, in « Normal accidents », Princeton university Press, 1999

Il faut aussi signaler le rejet opposé à un dossier de surdité répondant à toutes les conditions médicales techniques et administrative du tableau (et qui donc n'aurait même pas dus être soumis au CRRMP) au motif que « **La profession de maçon coffreur n'est pas décrite sur la liste limitative du tableau 42** ».

Et pour cause : cette liste ne contient AUCUN métier car, comme dans TOUS les tableaux de maladies professionnelles, c'est une liste de TRAVAUX ! Sans compter qu'aucune liste n'a jamais eu pour fonction de « décrire » ...

Surtout, tous ceux qui s'intéressent au domaine savent que **les maçons coffreurs sont justement ceux qui réalisent les travaux de vibrage du béton** figurant à l'alinéa 18 du tableau 42 (voir le « Fichier Actualis e des Situation de Travail »<sup>12</sup>  tablis par les médecins du travail du BTP). Dans sa réponse au questionnaire de l'UGRP, le patient avait d'ailleurs indiqu e qu'il avait effectu e de façon habituelle plusieurs des travaux  nonc es au tableau 42.

Et que dire du cas de Monsieur Amar A., dont la surdité - qui remplissait toutes les conditions médicales techniques et administratives du tableau 42, mais qui a été orient e vers le CRRMP pour un motif analogue au cas précédent - a été d eclar e en 2004, et qui attend toujours une réponse de l'Assurance Maladie, malgré l'intervention argument e de l'inspecteur du travail relative à la réalité de l'exposition du sujet aux bruit lésionnels ?

**Monsieur Gabriel D. lui, ne connaîtra jamais la réponse du CRRMP : il est d ec ed e alors qu'il n'avait que 56 ans.** Depuis de longs mois, sa veuve attend que le dossier soit examin e par un autre Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles .

---

<sup>12</sup> <http://www.forsapre.net/accueil/accueil-sante-travail-prevention.htm>

## **2 - TOUT CE QUI EST NÉCESSAIRE POUR ASSAINIR EXISTE DÉJÀ.**

### **2-1 Oui, on peut connaître les autres cas au même poste.**

Face à cette situation, en mars 2015 les nouveaux élus du personnel au CHSCT ont décidé de poser deux questions simples à la CARSAT :

- **Concernant le personnel organique**, savoir combien de cancers ont été reconnus en maladie professionnelle depuis 1998 aux tableaux 4 (benzène), 15ter (amines aromatiques), 16bis (benzo-a-pyrène), 30 et 30bis (poussières d'amiante), ou encore « hors tableaux ».

- **Concernant le personnel sous-traitant et/ou intérimaire** savoir, parmi ceux dont le caractère professionnel du cancer a été reconnu, et pour les mêmes tableaux (ils correspondent aux agents nocifs qu'on trouve dans le gaz de cokerie), combien ont « touché » les installations de la cokerie.

Il a fallu un **délai de 9 mois et la menace d'une saisine du Tribunal de Grande Instance** pour que les syndicalistes obtiennent une réponse.

Et encore : c'est une réponse qui ne donne que les numéros de tableaux sans préciser la nature exacte de la lésion<sup>13</sup>, sans donner l'âge du sujet, ni même la date de la déclaration de la maladie !

### **A) La réponse relative au personnel organique.**

**En 17 ans**, entre 1998 et 2015, **22 cas de cancer** ont été **reconnus** chez le personnel « organique » de la cokerie :

- 4 au titre du tableau 4 (le benzène).
- 14 au titre des tableaux 30 et 30bis (l'amiante).
- 3 au titre du tableau 16 bis (les produits dérivés de la houille).
- 1 cas « hors tableau ».

**C'est une moyenne de plus d'un cas reconnu par an !**

---

<sup>13</sup> Rien ne permet de distinguer un cancer du poumon causé par l'amiante (tableaux 30 et 30 bis) d'un cancer du poumon causé par les HAP (tableau 16 bis). Mais l'indemnisation pour l'amiante donnant accès au FIVA, presque tous les cancers du poumon sont déclarés au tableau 30. Quand aux leucémies, l'agent causal retenu au tableau 4 est le benzène, un hydrocarbure aromatique monocyclique, mais on dispose de plus en plus d'arguments scientifiques conduisant à mettre en cause les hydrocarbures aromatiques polycycliques.

## N'est-ce que la partie visible d'une « épidémie » ?

On estime que « 15 à 30 000 des cancers dépistés en France seraient d'origine professionnelle »<sup>14</sup> alors que l'Assurance Maladie en reconnaît moins de 2000 par an. Les cancers reconnus ne représenteraient donc qu'environ **5 à 10% des cancers** susceptibles d'avoir une origine professionnelle.

Au-delà des conjectures relatives à la sous-déclaration des cancers, nous nous sommes livrés à un test auprès des dermatologues du bassin d'emploi : aucun de ceux que nous avons interrogé ne savait que les épithélioma primitifs de la peau sont inscrit au tableau des goudrons et brais de houille et concernent donc très directement les cokiers. Le seul facteur de risque environnemental qui leur est venu spontanément à l'esprit, c'est l'exposition au rayonnement solaire. **Même notre réseau n'a déclaré qu'un seul cas de cancer de la peau au tableau 16bis.** Il est exclu de le mettre sur le compte exclusif du soleil : c'est un sujet brun à la peau mate ... Combien de cas de ce type sont ignorés ?

## Combien de personnes ont été exposées ?

Aujourd'hui, environ 300 personnes travaillent à la cokerie : 200 à statut Mittal et 100 sous-traitants. L'installation ayant démarré depuis plus de 40 ans, soit deux générations. On peut donc considérer qu'il y a eu au minimum 2x200 « organiques » à la cokerie. En réalité, il faudrait aussi tenir compte d'autres facteurs : au démarrage de l'usine le personnel organique était bien plus nombreux, la rotation du personnel est très importante sur cette installation, etc.

Notons enfin que les données fournies par la CARSAT ne semblent pas cohérentes avec le tableau remis en CHSCT par la direction de l'établissement pour la période 1998/2008. En effet, en 2008, le tableau présenté par Mittal faisait déjà apparaître 4 cas reconnus au titre du tableau 16 bis :

ArcelorMittal Site de FOS sur MER		BILAN des DECLARATIONS des MALADIES PROFESSIONNELLES FONTE - COKERIE de 1998 à 2008					
Secteur	Noms	Maladie Professionnelle	Date Déclaration	Dossier en cours d'instruction	MP reconnue et non spécifiquement imputable à ArcelorMittal	MP rejetée	MP reconnue et imputée à ArcelorMittal
Fonte		30	nov-98		X		
Fonte		42	oct-02			X	
COKERIE		30	juil-98		X		
COKERIE		42	sept-98			X	
COKERIE		42	mai-00		X		
COKERIE		30	déc-00		X		
COKERIE		98	mars-01			X	
COKERIE		16 bis	déc-01		X		
COKERIE		16 bis	janv-02		X		
COKERIE		30	janv-03		X		
COKERIE		42	déc-03			X	
COKERIE		30	juil-05		X		
COKERIE		42	févr-06			X	
COKERIE		30	févr-06		X		
COKERIE		30	nov-06			X	
COKERIE		16 bis	nov-06		X		
COKERIE		16 bis	déc-06		X		
COKERIE		16 bis	mai-05			X	
COKERIE		25	nov-07			X	

<sup>14</sup> Voir : <http://www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels/ce-qu-il-faut-retenir.html>.

## B) La réponse relative au personnel sous-traitant et intérimaire.

**17 cas chez les sous-traitants et intérimaires** : c'est le nombre que nous avons déclaré sur la même période. Ces données, ne portent que sur un faible échantillon de la population (le réseau SIC). Elles sont **les seules données formalisées disponibles**.

En effet, pour les sous-traitants, la CARSAT répond :

*« Il n'est pas possible avec les systèmes d'information existants d'établir le nombre de maladies professionnelles reconnues pour des salariés ayant, dans leur parcours professionnel, exercé des missions ou des travaux pour le compte de leur employeur dans les installations d'ArcelorMittal, de requêter sur les maladies professionnelles imputées au compte spécial pour déterminer celles dont la victime travaillait chez ArcelorMittal ».*

### **Que signifie réellement cette réponse ?**

- **C'est refuser de délivrer une information qui existe sûrement:**  
le caractère professionnel d'une maladie ne peut être reconnu sans que soit établi où le sujet à été exposé au risque. La CARSAT doit rechercher dans les dossiers des sous-traitants habituels de la cokerie (Sodisud, SMRI, ADF, SAF, etc)<sup>15</sup>.

- **C'est offrir 2 excellents moyens pour éliminer les cancers imputables à la cokerie du champs de vision:**

- *N'employer que du personnel sous-traitant*, les éventuels cancers étant alors imputés au compte des entreprises extérieures.

- *Systématiser la rotation des « organiques »*, les éventuels cancers du personnel Mittal étant imputés au « compte-spécial » si leur carrière comporte des travaux effectués dans d'autres services (aciérie, laminoirs, haut-fourneau, etc.).

En résumé, dans l'état actuel des choses on connaît :

- **22 cancers pour le personnel organique.**

- **17 cancers pour le personnel sous-traitant** (selon le SIC).

**Pour ces 39 cas, combien d'enquêtes ont été réalisées par le CHSCT<sup>16</sup> ? Les personnes qui ont quitté la cokerie (retraites, turn-over) bénéficient-elles d'un suivi particulier ?**

---

<sup>15</sup> Certains ont déjà fait ce travail pour d'autres établissements : en 2008, un ingénieur de Naphtachimie atteint de leucémie nous avait confié une étude réalisée par ses soins. Il avait pu accéder aux données de la CRAM. Résultats : **relativement au personnel organique, les personnels des entreprises extérieures sont 7 à 10 fois plus atteints par les maladies professionnelles.**

<sup>16</sup> C'est en 2007, lors d'un « Comité d'assainissement » auquel participait la DRTEFP, que nous avons découvert et remis à l'ordre du jour cette obligation : voir notre rapport d'activité pour l'année 2007 sur <http://www.apcme.net/theme/Produits/Activites/Activites.html>



On ne peut pas opposer, à l'exigence de connaître TOUS les cas susceptibles d'avoir été causés par les HAP de la cokerie, l'insuffisance d'un système d'information régulièrement mis en cause par tous les experts et tous les organismes de contrôle depuis 1998.

En effet, dès 1998, le professeur Claude GOT avait prévenu :

**« C'est la qualité des systèmes d'observation et d'évaluation qui assurera celle des décisions (...). Les erreurs sont inévitables dans un domaine aussi complexe, elles seront acceptées si ceux qui les ont commises avaient mis en place les meilleurs systèmes d'observation possibles et assuré la diffusion des informations qu'ils possédaient. A l'opposé, la décision, improvisée par manque de connaissance et qui s'avèrera désastreuse, sera considérée comme une faute si les responsables n'avaient pas mis en place le recueil des données utiles et leur diffusion<sup>17</sup> ».**

En 2004, le Conseil d'État allait dans la même direction<sup>18</sup> :

**« Le Conseil d'Etat, juge de cassation, affirme tout d'abord, par une déclaration de principe, que si l'employeur est tenu de protéger la santé des travailleurs placés sous son autorité, il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle ».**

---

<sup>17</sup> « Rapport sur la gestion du risque et des problèmes de santé publique posés par l'amiante en France », 1998, sous la direction du Pr. Claude GOT.

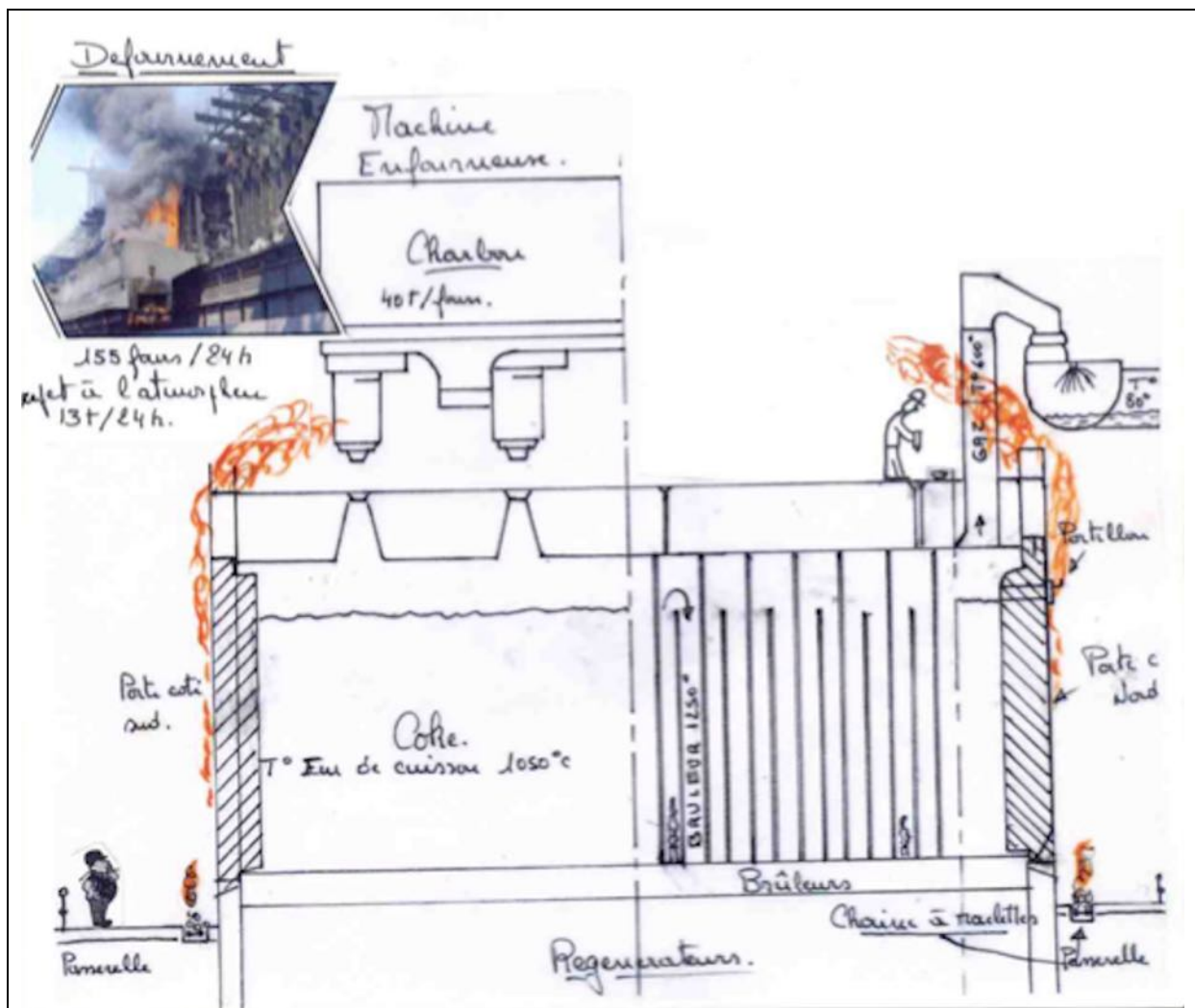
<sup>18</sup> C'est la famille de Jean-Louis Botella, travaillant à Atochem Port-de-Bouc, qui avait été à l'origine de la plainte : il était décédé d'un mésothéliome à 38 ans.

## 2-2 Oui, on peut identifier les causes et agir sur elles.

### D'où provient le risque de cancer en cokerie ?

Rappelons d'abord que le coke est obtenu en éliminant les matières organiques volatiles (gaz, goudrons) contenues dans la houille, qui est introduite dans des fours verticaux au moyen d'une « enfourneuse » par le haut, par gravité.

La cokefaction est **une opération de pyrolyse. Elle se fait en vase clos**, pour éviter la combustion : pendant une vingtaine d'heures, la température est portée à plus de 1000°C. Ces températures de cuisson conduisent, d'une part, à la **distillation d'hydrocarbures polyaromatiques préexistants** et, d'autre part, à la **formation de ces mêmes produits par pyrolyse de la matière hydrocarbonée** composant la houille.



**Coupe Nord-Sud des fours à coke**  
(schéma réalisé par Monsieur Lang).

La question déterminante est donc celle de l'étanchéité des fours. Pour maîtriser le risque, le minimum consiste à appliquer les **recommandations adoptées dès 1987 par le Comité Technique national des industries de la métallurgie**<sup>19</sup>. Elles comportent deux chapitres :

1) Le suivi de l'évolution de la teneur en benzo(a)pyrène<sup>20</sup>, l'un des composés les plus représentatifs du risque, en précisant que **« dans le cas de dépassement, on en cherchera les causes afin de diminuer les émissions ou d'améliorer les captations »**.

2) Les dispositions visant à limiter le dégagement des fumées et les conditions d'exposition aux HAP. Ces dispositions spéciales, portant sur la **recherche constante des technologies les plus sûres** permises par le progrès technique simultanément à un **entretien régulier et assuré par un personnel disposant de protections individuelles adaptées**, concernent les points suivants :

- La maîtrise des fuites des portes de fours.
- La maîtrise des fuites des tampons d'enfournement du charbon.
- Le contrôle automatique de la cuisson du coke.
- Les installations de ventilation et de dépollution.

## Qu'en est-il de la mise en oeuvre de ces obligations ?

L'expérience des ouvriers qui effectuent le colmatage des fuites des tampons d'enfournement nous fournit une mesure empirique mais significative : en 2004 ils n'utilisaient qu'un sac de produit par poste, aujourd'hui ils utilisent une palette entière par poste.

En effet, faute d'entretien, à partir de 2008 l'installation va se dégrader. En 2011, une expertise commandée par la DREAL décrit la **situation de dégradation technique de l'installation**. Une liste des écarts entre les recommandations en vigueur et la situation réelle a été réalisée par des syndicalistes (voir pages 20 et 21).

En 2010 nous avons remis le rapport d'une recherche effectuée pour l'INCa<sup>21</sup> au sous préfet d'Istres : il contenait déjà des données alarmantes.

**Au mois de mai 2012, le comité de pilotage du SIC**, en présence de la Région et de l'État (DIRECCTE), examine les dernières déclarations de leucémie imputables à la cokerie<sup>22</sup>. Un syndicaliste déclare :

*« En ce moment, le personnel de la cokerie a peur. Nos collègues y restent parce qu'ils doivent travailler, mais tous voudraient partir : ils constatent qu'il y a de plus en plus de fuites, que les protections individuelles sont poreuses, et ils connaissent la réalité de la menace présentée par les HAP pour leur santé. Mais que peuvent-ils faire pour changer cette situation ? »*

---

<sup>19</sup> Voir recommandation R313, annexe 1.

<sup>20</sup> Voir fiche toxicologique FT 144 de l'INRS.

<sup>21</sup> Voir : <http://www.apcme.net/theme/Produits/telechargement/Cancers/ARC-INCA.pdf>

<sup>22</sup> APCME, rapport d'activité de l'année 2012.

# Emissions de fumées : confrontation entre la recommandation R313 et la réalité

## -Comment maîtriser les émissions de fumée ?

### Recommandation R313 de la CNAM

#### 1 : Suivi de la teneur atmosphérique en substance nocives :

##### Hydrocarbures aromatiques polycycliques (H.A.P)

Des contrôles d'atmosphère seront effectués par des laboratoires agréés avec les méthodes normalisées disponibles afin de surveiller l'évolution de la teneur atmosphérique en substances nocives pour pouvoir prendre des mesures nécessaires en cas de dérive des résultats obtenus.

Dans le cas de dépassement, on en recherchera les causes afin de diminuer les émissions ou d'améliorer les captations.

En parallèle on devra limiter le temps d'exposition au risque par rotation du personnel et/ou diminuer la teneur en H.A.P de l'air respiré par port de matériel de protection.

### En réalité

il n'existe pas de suivi de la teneur atmosphérique en substance nocives sur les batteries de fours.  
Des contrôles IBE (indice biologique d'exposition) sont effectués chaque année par un organisme agréé (LECES) sur tous les agents organiques et cotraitants à la COKERIE.  
Ce contrôle IBE se fait par des prélèvements urinaires avant, pendant et à la fin du cycle de travail.



#### 2 : pour limiter les dégagements de fumées et les conditions d'exposition :

##### Portes des fours et tampons d'enfournement



On portera une attention soutenue aux progrès techniques réalisés dans l'amélioration de l'efficacité des joints afin de pouvoir éventuellement rééquiper les fours des meilleures portes possible.

On assurera leur entretien de manière régulière.

A défaut de moyens mécaniques assurant l'étanchéité des tampons d'enfournement, des mesures seront prises pour limiter les émissions de fumées.



[Tapez un texte]

	
<p><b>3 : contrôle automatique de la cuisson du coke :</b></p> <p>L'utilisation d'une installation de contrôle automatique de la cuisson du coke, en éliminant, dans la mesure du possible, des défournements prématurés, généralement de fumées riches en H.A.P, et en diminuant les nombres de mesures devant être effectuées sur le four.</p> <p>Permet également de restreindre le temps d'exposition à des dégagements importants.</p>	<p>Le contrôle automatique de la cuisson du coke est assuré par un programme informatique (CRAPO).</p> <p>Malgré cela, le contrôle de la température des batteries est assuré par du personnel organique et cotraitants (SAF) au niveau du plancher 18 mètres (technicien chauffage) en « manuel ».prise de température des carneaux avec un pyromètre.</p>
<p><b>4 : Installation de ventilation et de pollution :</b></p> <p>Les installations de traitement d'air des cabines des différentes machines sont d'autant mieux supportées qu'elles soient correctement conçues et réalisées.</p> <p>Compte tenu des conditions difficiles de fonctionnement, il importe que l'entretien soit fait régulièrement.</p> <p>Des installations de dépollution permettront de capter les émissions de fumées survenant lors de différentes ouvertures de portes de fours ou de tampons d'enfournement.</p> <p>Un bilan annuel des opérations de contrôle et d'entretien des installations de ventilation et de dépollution sera présenté au CHSCT dans le cadre du rapport annuel ou sur sa demande.</p>	<p>il n'existe pas d'installation de dépollution à l'enfournement, ni à l'ouverture des portes de fours.</p> <p>Il y a une installation « le dépoussiérage » qui aspire les fumées uniquement aux défournements des fours.</p> 

[Tapez un texte]

**Au mois d'août 2012, la CGT effectue une déclaration de « Danger Grave et Imminent », motivée en ces termes :**

*« Lors des enfournements **les tampons sont mal remis en place par l'enfourneuse ce qui entraîne de grosses fuites** sur toute la batterie des fours. S'y rajoute les dysfonctionnements des clapets des colonnes qui ne se referment pas à l'enfournement, ainsi que les défauts d'étanchéité des portes de fours.*

*Nous sommes contraints d'intervenir au-dessus des fours pour assurer la production. Nous sommes donc exposés directement à ces fumées qui, comme vous le savez, contiennent des gaz très toxiques (dont les HAP). De plus, ceux-ci peuvent s'enflammer à tout moment. Nous ne **sommes toujours pas équipés de masques ventilés** ou de masque adéquat pour travailler dans cette zone (y compris les intérimaires). Voici, en pièce jointe, quelques photos démontrant ces conditions de travail inadmissibles ».*

**Au mois de novembre 2013, se tient un CHSCT extraordinaire relatif aux conditions de travail sur plancher d'enfournement. Voici ce qui a été inscrit au registre :**

*« M. le Président,*

*Je vous interpelle sur une situation qui me paraît très dangereuse et aurait pu avoir des conséquences graves pour les salariés.*

*Le tampon 5 du four 201 est très surélevé et **pendant la prise des températures des carneaux, le tampon s'est mis à fumer et, sous l'action du vent a pris feu. L'agent s'est retrouvé en une seconde dans des flammes jusqu'à la taille.** Fort heureusement il portait des guêtres, son masque ventilé et ses gants, car il aurait pu être gravement brûlé.*

*M. le Président, malgré la réfection de la couverture, **nous constatons qu'il y a toujours beaucoup trop de fuites aux portes.** Il y a trop de dysfonctionnements : clapets, colonnes, remises des tampons, absence ou mauvaise qualité du lutage, visibilité quasiment nulle dans l'enfourneuse. Ces dysfonctionnements et les conditions climatiques font du 18 mètres une zone de travail très difficile et très dangereuse (d'ailleurs le nombre d'accidents est en constante augmentation).*

*M. le Président, comme vous le savez toutes ces fuites de gaz sont très dangereuse pour la sécurité et la santé des salariés. J'ai fait des relevés de CO ainsi que des photos et vidéos sur le plancher 18 mètres et les mesures relevées sont catastrophiques. Pendant les prises de températures des régleurs AM ou SAF ou les agents SODISUD, **j'ai relevé des pics de CO à plus de 1000 PPM et une moyenne en traversant une batterie de 150 PPM.** Les conditions de travail ne s'arrangent pas au 18 mètres, elles sont de plus en plus difficiles.*

*M. le Président je compte sur vous pour améliorer les conditions de travail du 18 mètres, et permettre aux salariés de travailler en sécurité et de rester en bonne santé. Dans l'attente d'une réponse, toutes mes sincères salutations. »*

**L'entreprise a annoncé un programme d'interventions correctives : sera-t-il suffisant ? Combien de cancers vont être causés par cette situation de « marche dégradée » ?**

## **2-3 Comment vérifier la réalité de l'assainissement ?**

**Chaque cas de maladie professionnelle reconnue devrait être utilisé pour « éliminer » toutes les autres maladies que le même poste de travail produira sûrement si on n'intervient pas pour corriger ses éléments matériels et/ou d'organisation négatifs.**

L'assainissement, pour être « médicalement certifié », est un processus complexe, à deux faces : il porte tant sur les éléments matériels du poste de travail et l'organisation qui y correspond, que sur le type de contrôles à mettre en œuvre pour **vérifier, sur la santé des hommes, la réalité des résultats**. Ce processus n'est pas étranger aux missions des CARSAT.

L'article L422-2 du code de la Sécurité Sociale leur prescrit en effet deux missions essentielles :

**a) Connaître les maladies dues au milieu de travail et leurs causes :**

*« Les CARSAT recueillent et groupent dans le cadre de leur circonscription et pour les diverses catégories d'établissements tous renseignements permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus ».*

**b) Étudier les problèmes de prévention qui en dérivent :**

*« Les CARSAT procèdent à l'étude de tous les problèmes de prévention qui se dégagent des renseignements qu'elles détiennent. Les résultats de ces études sont portés par elles à la connaissance de la caisse nationale de l'assurance maladie, des autorités compétentes de l'Etat et, sur leur demande, communiqués aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. »*

Chacun le sait, la réalité peut donner du fil à retordre aux textes : **« La possibilité de vérification par l'usager, comme par les services décentralisés de l'Etat, étant la seule garantie de l'application des textes, il faut que les données acquises soient rendues publiques dans des bases accessibles par les réseaux de télécommunication »**<sup>23</sup>

**Sans carte accessible et réellement utilisable des postes de travail ayant déjà causé des maladies professionnelles reconnues, il n'y a pas d'assainissement « certifié ».**

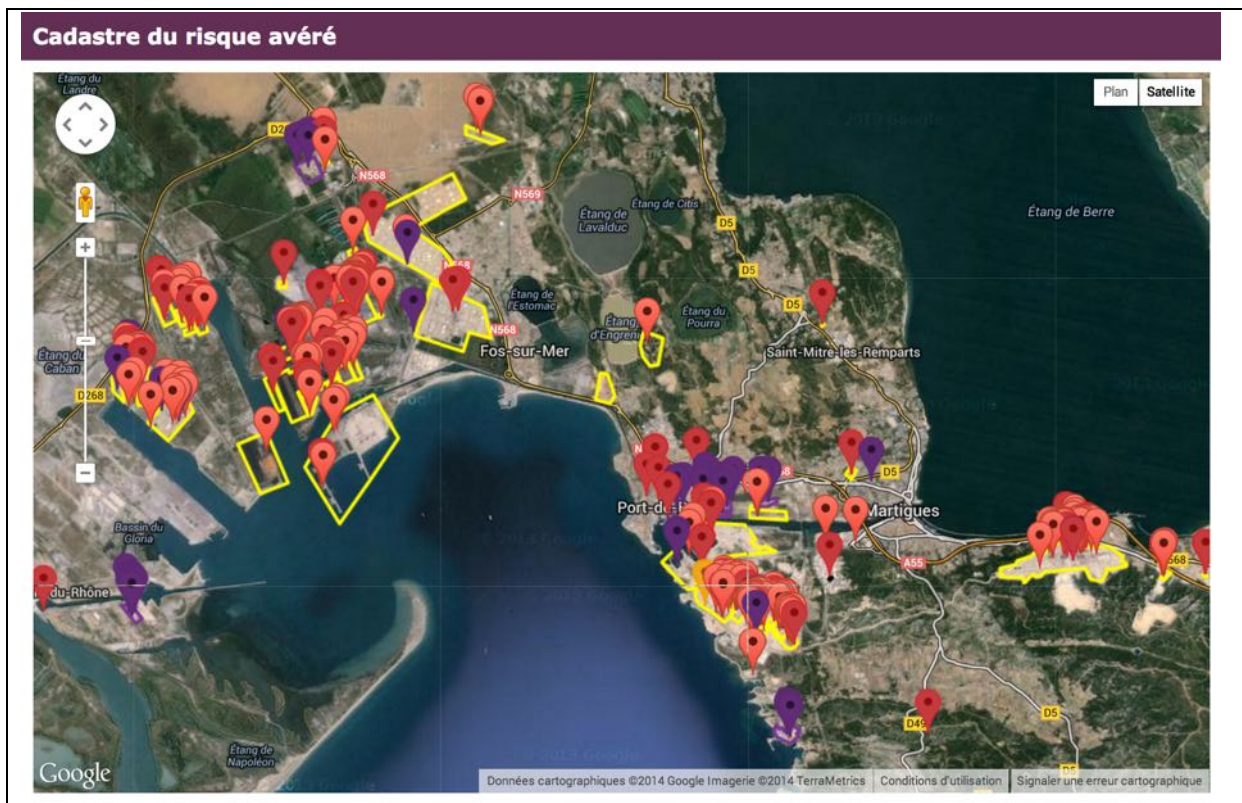
Le SIC a déjà réalisé, à échelle réduite mais de façon rigoureuse et complète, cette *géolocalisation du risque avéré* sans laquelle la maîtrise des effets de l'environnement sur la santé reste aléatoire. Dans sa version « SIC 3.0 »<sup>24</sup>, le système restitue l'information dans une forme simple et opérationnelle :

---

<sup>23</sup> « Rapport sur la gestion du risque et des problèmes de santé publique posés par l'amiante en France », sous la direction du Pr. Claude GOT.

<sup>24</sup> <http://sic-apcme.net/>

## Le Cadastre du risque avéré : où se situe le risque ?



## Le tableau de bord : les postes de travail en cause sont-ils assainis ?

**SIC les maladies éliminables v 3.0** [administration](#) [déconnexion](#)

[Accueil](#) | 
 [Où se situe le risque ?](#) | 
 [Qui a «touché» le risque ?](#) | 
 [Avec quelles maladies ?](#) | 
 **Tableau de bord** | 
 [Commentaires](#) | 
 [Glossaire](#)

**Tableau des risques prioritaires**

export csv

commune:

installation:

Risque DE	Exposés connus du SIC	Maladies déclarées	Maladies reconnues	Postes de Travail Connus	Postes de Travail Actifs	Enquêtes CHSCT	Risque réduit	Risque éliminé
ALLERGOPATHIE	2	0	0	4	4	0	0	0
ASBESTOSE	31	16	17	47	34	1	2	12
B.P.C.O.	24	10	4	56	53	2	1	0
CANCER	70	69	58	164	105	2	16	7
SILICOSE	4	0	0	3	2	1	0	0
SURDITÉ	30	13	11	68	63	3	1	0
Autres	16	3	2	16	14	0	0	0



Parce que **la prévention est bien plus importante que l'indemnisation**, le « tableau de bord » du SIC ne se limite pas au dénombrement des personnes exposées (colonne 1), des maladies déclarées (colonne 2) et des maladies reconnues (colonne 3).

Il suit la situation de chacun des postes de travail dont la nocivité a été révélée par les cas pris en charge dans le réseau :

- La colonne 4 recense les « postes de travail connus » (il s'agit des « unités élémentaires d'exposition » en cause dans la reconnaissance d'au moins une maladie professionnelle).

- Parmi ces **postes de travail connus**, la colonne 5 dénombre ceux qui sont encore « actifs » (par exemple tel poste de chargement du goudron de houille à la cokerie a disparu : il ne figure pas dans le décompte des postes actifs bien qu'il soit présent dans le décompte des postes connus pour le risque de cancers).

- Pour les **postes de travail « actifs »** ayant donné lieu à une reconnaissance de maladie professionnelle, on recense le **nombre d'enquête CHSCT** dont on a connaissance (colonne 6) ; puis de ceux pour lesquels il y a eu une **intervention corrective** permettant de réduire le risque (colonne 7), et enfin ceux pour lesquels il y a eu non seulement une intervention corrective mais également un contrôle sur la santé des personnes exposées qui permet d'affirmer, par ses résultats, que **le risque a été éliminé** (colonne 8).

Au prix de 30 ans d'efforts, de dizaines de milliers d'heures de travail, de l'implication de militants et d'experts de tous horizons, nous avons projeté et construit le langage, les instruments, les procédures et le programme informatique nécessaires pour entreprendre la combinaison de **TOUTES les informations utiles** à l'identification des situations nocives et la vérification de leur assainissement<sup>25</sup> :

- **Celles, déjà formalisées, qui proviennent de la recherche scientifique.** Elles sont valables partout, absolument sûres, mais comme incomplètes si on ne les ressitue pas dans le contexte vivant et complexe du milieu réel, tel que les hommes l'« explorent » par l'action de travail.

- **Celles, au début non formalisées, qui proviennent de l'expérience** de ceux qui connaissent leur environnement sur la base de l'action qu'ils y déploient quotidiennement. C'est un matériau « brut » (c'est-à-dire : en attente d'élaboration), mais riche et vivant. Une approche crédible et scientifique de la santé au travail a besoin de récupérer et d'élaborer au moins une partie de cette « expérience brute ».

Dans un documentaire télévisé évoquant notre travail<sup>26</sup>, Madame Marine Jeantet, directrice des risques professionnels de la CNAMTS, ne conteste pas les insuffisances de son système d'information. Mais elle se déclare perplexe quand à la possibilité de le changer : « *Nous n'avons pas les moyens de pouvoir rattacher la sous-traitance à son activité réelle, c'est une faille du système à laquelle il faut qu'on réfléchisse, on n'a pas actuellement d'outils concrets et surtout faisables, utilisables* ».

## Pourquoi ne pas utiliser le SIC ? C'est prêt ...

<sup>25</sup> Voir : <http://www.apcme.net/theme/Le%20SIC/telechargement/2011Cadastre.pdf>

<sup>26</sup> « La santé en France », documentaire de Eric Guéret diffusé le 19 novembre sur France3.

## 3 - CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET AUTORÉGULATION DU SYSTÈME

### 3-1 L'exigence du « consentement libre et éclairé ».

**Tout le monde a le droit de connaître la réalité du risque** auquel sa santé peut être exposée, dans son environnement ou en toute autre circonstance.

Pour toute conduite thérapeutique, le médecin demande à la personne son consentement libre (donné en l'absence de contrainte) et éclairé (précédé par une information aussi complète et objective que possible).

Concrètement - pour une intervention chirurgicale par exemple - le praticien va, lors d'une consultation préopératoire, informer la personne des risques d'accidents ou de maladies normalement prévisibles. Pour ce faire, il s'efforce de « traduire » ce qu'il sait comme médecin dans le langage de la personne et, autant que possible, **il s'assure qu'elle ait bien compris**. Si elle est d'accord, elle signe le document qui contient les explications données pour éclairer sa décision.

Dans ce cas, **le risque est concrètement défini**.

**Il est localisé « dans » la personne** : c'est une lésion (« en coupant ici, je risque de toucher tel ou tel organe ») ou une maladie. Et **le médecin s'engage** sur les moyens qu'il va mettre en oeuvre pour **éviter que ce risque ne se réalise**.

Pour les personnes que nous prenons en charge, l'information sur les risques présents dans leur poste de travail, même s'il a déjà donné lieu à des cas de maladies professionnelles reconnues, est le plus souvent **inexistante. Quand elle existe, elle est surabondante**.

Un sujet atteint de cancer à 48 ans<sup>27</sup> nous a présenté sa « fiche d'exposition » : il n'y figurait pas moins de 14 produits CMR, sans que le mot « cancer » ne soit jamais utilisé ! **Le risque, au sens de « maladie redoutée » n'apparaît pas**.

Lors d'une rencontre de vérification des résultats du SIC, la présentation de cette fiche a provoqué la réaction de l'inspecteur du travail :

*« Nous avons posé un principe réglementaire simple : pas d'avis de non contre-indication sans fiche d'exposition individuelle. **Les employeurs ont contourné la difficulté en créant une fiche dite de « risque d'exposition » surabondante, en cochant tous les produits de la terre que les salariés peuvent rencontrer dans leur année de travail.** »<sup>28</sup>*

<sup>27</sup> Voir <http://www.apcme.net/theme/Instruments/telechargement/CR-CTCA/2014-CTCA.pdf>

<sup>28</sup> Ibidem

Les données surabondantes de la fiche d'exposition ne constituent pas une information qui permette au sujet et à son médecin traitant d'adopter un comportement adéquat. Dans la fiche de poste de travail du SIC, au contraire, le risque DE maladie est au centre<sup>29</sup> :

**SIC** les maladies éliminables v 3.0
déconnexion

Accueil
Où se situe le risque ?
Qui a «touché» le risque ?
Maladies déclarées
Tableau de bord
Commentaires
Glossaire

**131 | Poste de chargement de goudrons de houille | Cessè**
modifier

**19 COKERIE**

13039 Fos-sur-Mer



Intermittent	oui
Chantier	non
Espaces confinés	non
Risque PAR avec effets différés	oui

**Périmètre (2mx2m)** : Sur le toit de la citerne du camion, à côté des dômes de remplissage de la cuve. **Opérations** : Chauffeur chargeur. Ouvre le dôme de la cuve, positionne le bras de chargement articulé dans l'orifice, contrôle le remplissage visuellement, visage au-dessus de l'orifice.

**Spécificités locales** : Les fumées s'accumulent sous l'auvent et tourbillonnant en cas de Mistral l'opérateur ne peut pas les éviter quelle que soit sa position sur la citerne.

**Risques DE (avéré)**

- **Cancer du nasopharynx** PAR Fumées de goudrons de houille (HAP), Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques  
état: éliminé, enquête CHSCT: non

**Risques PAR (prioritaires)**

- Fumées de goudrons de houille (HAP)

**Risques DE (autres, probables)**

- ALLERGOPATHIE

**Documents**

nom	description	date	file
Détails PDT	Description détaillée du poste de travail	30 octobre 2013 18:51:03	<a href="#">wplace/poste-chargeement-goudrons/Imputabilité.doc</a>

**Notes**

**Exposés (estimation)**

**Exposés connus du SIC**

**Maladies déclarées**

Commentaires (soumis à modération)

[poster un commentaire](#)

Idéalement, en cliquant sur les liens prévus à cet effet, la personne et son médecin traitant peuvent :

- Identifier le **risque réel de maladie à travers le nombre de cas où il s'est déjà réalisé**,
- Accéder aux **enquêtes du CHSCT si elles ont été réalisées**,
- Savoir si des **interventions correctives** ont - ou non - été introduites,
- Connaître le type de **suivi médical** qui devrait être organisé compte-tenu de chaque risque de maladie identifié (avec, quand on parvient à les obtenir, les résultats des examens sur les autres travailleurs au même poste de travail).

<sup>29</sup> Tous ces éléments sont décrits en détails dans le chapitre « transformer les données en information opérationnelle » du manuel relatif au Cadastre. Voir : <http://www.apcme.net/theme/Instruments/telechargement/CR-CTCA/2014-CTCA.pdf>

Tout le monde a le droit de connaître la réalité du risque.  
Tout le monde doit pouvoir vérifier les critères sur la base desquels l'information a été construite.

Pas de responsabilité individuelle pleine et entière sans « consentement **libre et éclairé** ». C'est ce qu'ignorent le plus souvent les arguments juridiques, tels ceux que nous avons vu s'exprimer en 2015 :

**1) Concernant la responsabilité du délégué de CHSCT.** Voici un extrait des conclusions des avocats d'ArcelorMittal pour le TASS des Bouches-du-Rhône: « *Il est intéressant de lire avec attention la pièce adverse n°14, attestation de Monsieur X., contre la société ArcelorMittal Méditerranée ; il indique avoir été membre du CHSCT et avoir constaté l'utilisation de divers solvants. Il ne précise pas avoir fait jouer son droit d'alerte ou avoir incité Monsieur NB à faire jouer son droit de retrait. Ce manquement fautif ne peut s'expliquer que par son absence, en qualité de membre du CHSCT chargé de veiller à la santé et à la sécurité de ses collègues, de conscience du danger !* ».

**2) Concernant la responsabilité du salarié lui-même.** Un extrait de l'arrêt de la cour d'appel d'Aix, rejetant la demande de reconnaissance de la « faute inexcusable de l'employeur » pour un fondeur au Haut-Fourneau : « *Attendu au demeurant que Monsieur Y ne démontre pas avoir notifié à son employeur qu'il commençait, au cours de l'année 2006, à présenter un déficit auditif qui aurait pu justifier, au bénéfice de risque accru auquel il était soumis, un réaménagement de ses conditions de travail* ».

## **3-2 Distinguer entre dépenses utiles et inutiles.**

L'urgence de **réduire le plus possible les dépenses de « l'État providence » n'est envisagée que d'un point de vue comptable.**

On ne fait pas l'effort de définir les **critères** qui permettraient de distinguer les dépenses utiles des dépenses inutiles, de proposer des **catégories** offrant la possibilité d'identifier les différentes causes de ces dépenses ...

La question de savoir si les coûts des organismes qui ont pour mission de garantir la santé au travail sont ou non justifiés est liée à une seule chose : **leur capacité à s'autoréguler**, c'est-à-dire leur capacité à intervenir pour corriger les éléments qui ont déterminé les atteintes à la santé que l'on peut éviter.

Ne pas assainir réellement et durablement un poste de travail qui a été cause d'une maladie professionnelle avérée signifie qu'on **renonce à éliminer les autres maladies** qui seront inévitablement causées par ce même poste de travail, et donc que l'on accepte des « gaspillages » humains et financiers supplémentaires ...

Les informations que les organismes recueillent pour identifier les atteintes dues au milieu de travail et avoir la capacité de les réduire, l'évaluation de la validité des informations recueillies, demandent **des données accessibles et compréhensibles par tous**. Si, sur la base de ces informations, les organismes modifient la situation réelle par **des interventions correctives adéquates, vérifiables, ils démontrent leur capacité à s'autoréguler**. La capacité à utiliser tout ce qu'on connaît déjà pour s'adapter est un critère qui permet de vérifier à coup sûr la capacité d'autorégulation d'un organisme.

Depuis des années, nos rapports d'activité documentent que, **dans la rétroaction, c'est-à-dire dans l'information qui retourne de l'assuré vers les organismes d'assurance** quand se déclare une atteinte causée par la réalisation d'un risque environnemental, les organismes concernés n'affrontent pas le problème de l'assainissement<sup>30</sup>.

Pourquoi ? En premier lieu parce que, dans l'instruction d'un dossier de demande de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie, et alors que **l'atteinte vérifiée constitue l'indice majeur de la réalité du risque**, les organismes **n'affrontent pas l'exigence de description du scénario**, entendu comme **interaction** entre le milieu, l'activité réelle et la personne, qui a conduit à transformer le risque en maladie.

L'enquête sur les expositions du sujet au risque (dite « enquête administrative ») ne porte pas une attention suffisante à la récupération de **l'expérience de l'opérateur relative à l'influence des conditions de travail sur la santé**<sup>31</sup> **dans son poste/groupe de travail spécifique**.

Parce qu'elle n'envisage le risque « réalisé » que du point de vue de l'indemnisation individuelle, l'assurance, qui devrait être l'élément qui stimule l'action sur le risque, devient au contraire un élément qui conduit à sa « conservation » pour les autres travailleurs au même poste de travail.

<sup>30</sup> Voir : <http://www.apcme.net/theme/Produits/Activites/Activites.html>

<sup>31</sup> Même le formulaire de déclaration est baclé : voir annexes.

**Les organismes d'assurance obligatoire ont été conçus pour garantir, certifier, la maîtrise des situations à risque**, éviter que le risque potentiel ne se transforme en maladie avérée. En réalité :

- Ils n'organisent pas la collecte d'informations sur les maladies susceptibles d'avoir une origine environnementale (voir page suivante).

- Ils ne garantissent pas la connaissance des postes de travail qui produisent les maladies professionnelles qu'ils reconnaissent eux-même.

- Ils ne garantissent pas non plus la réalisation de l'assainissement après qu'ils aient eux-même indemnisé la maladie. L'information sur le risque avéré étant distordue par des critères de collecte et de mémorisation des données inadéquats, la « tarification du risque » comme instrument d'incitation à la prévention (réduire la prime d'assurance pour les employeurs qui ne produisent pas d'atteintes à la santé, exiger des programmes d'interventions correctives sous peine de l'accroître considérablement pour les autres) n'est pas vraiment utilisée<sup>32</sup>.

**En substance, il n'y a pas d'arc réflexe entre l'information « le risque est avéré » et l'action « éliminons le risque ».**

Pour les maladies dues au milieu de travail, il serait pourtant absolument nécessaire que « l'arc réflexe » **puisse avoir son origine au niveau du travailleur singulier, du médecin traitant, du médecin du travail.**

Il devrait pouvoir intervenir dans les délais les plus brefs possibles. *C'est essentiel, car on peut parfois éviter l'apparition d'une maladie irréversible : il faut rappeler que la BPCO causée par les poussières, vapeurs, gaz irritants, connaît au début une forme transitoire (dite « maladie des petites voies aériennes ») qui peut permettre la restitution « ad integrum » de la fonction respiratoire si le sujet est exclu de l'exposition à l'agent causal.*

L'information sur le risque réel doit être connue par le travailleur singulier via son « **consentement éclairé** » **au moment du recrutement** ou du changement de tâche, elle doit être connue immédiatement par le **médecin traitant** pour créer dans sa prise en charge un soupçon obligatoire permanent afin de rendre significatifs tous les symptômes et tous les signes de l'atteinte attendue (redoutée).

Aujourd'hui, la structure de l'organisation sanitaire présente des nœuds, des goulots d'étranglement qui rendent discontinu le parcours que nous avons défini dans le SIC comme parcours « *du soupçon (que la maladie puisse être causée par un facteur environnemental) à la connaissance du risque* »<sup>33</sup>. C'est probablement l'une des causes essentielles de « l'invisibilité » de ces maladies.

Un des nœuds visible par tous, mais hélas envisagé surtout d'un point de vue bureaucratique, comptable, est le rapport « patient / médecin traitant ». **Le binome formé par la personne et son médecin généraliste est le moteur de tout le système de santé. Il représente donc un élément de production essentiel.**

C'est seulement si on garantit, à ce niveau, une condition de productivité maximale, qu'on peut commencer à parler de qualité d'organisation de la santé.

---

<sup>32</sup> Voir annexe 4

<sup>33</sup> <http://www.apcme.net/theme/Instruments/telechargement/STATUTS2001.pdf>

Qu'en est-il pour le généraliste en situation de travail ?

- Il n'a pas d'archives personnelles sur les maladies professionnelles. Un indice significatif : quand, pour une déclaration, il fait un certificat initial, le formulaire de sécurité sociale ne prévoit pas de double à son usage !

- Pas non plus d'archives accessibles pour lui sur les maladies professionnelles effectivement constatées, reconnues par la Sécurité Sociale, dans le bassin de vie où il opère (les données existent, mais elles ne sont pas accessibles).

- L'Assurance Maladie n'est pas obligée de le renseigner sur le résultat des enquêtes médicales et d'expositions auxquelles elle se livre. Par conséquent il n'apprend pas ce qu'il faut faire au juste (pas de "retour d'expérience").

**Un indice particulièrement significatif : dans notre bassin de vie, le système de rémunération sur objectifs de santé publique (R.O.S.P.) ne comporte aucun indicateur relatif à la capacité du professionnel de santé à identifier les atteintes d'origine environnementale.**

Pourtant, personne ne peut contester que l'amélioration de la qualité des soins de ville est étroitement dépendante de la connaissance que le médecin généraliste a du risque individuel pour chaque sujet singulier : **l'utilisation de stratégies adéquates pour le diagnostic, la thérapeutique et la réinsertion dépend directement de la connaissance de l'étiologie.**

**Réalisé à petite échelle, le SIC a démontré qu'il est possible** de dépasser cette situation autrement que par des campagnes de « sensibilisation » ou l'organisation de formations qui n'apprennent rien sur le risque réel du territoire réel.

Nous avons vérifié la possibilité de produire **une meilleure intégration** (du point de vue de la connaissance et, surtout, de l'action) entre tous les groupes concernés par la **prévention** des maladies d'origine professionnelle : les travailleurs exposés, leurs médecins traitants, les élus du personnel au CHSCT, les spécialistes chargés de la surveillance du milieu de travail et de la prévention des risques, les spécialistes de médecine du travail.

L'extension d'une telle approche permettrait **d'éliminer les gaspillages** représentés par toutes les **visites médicales inutiles**, par tout **le travail bureaucratique** à la charge des entreprises pour répondre aux obligations de la loi relative à l'évaluation « a priori » des risques. Cela passe à travers l'utilisation des informations fournies par **des visites médicales sérieusement connectées à la connaissance, par les médecins concernés (médecins traitants et médecins du travail) de la réelle situation de risque pour le travailleur réel considéré dans son environnement réel.**

L'information est un produit coûteux, du moins si nous voulons la rendre authentiquement opérationnelle, capable de servir à la fois d'argument scientifique à la prévention et d'argument pédagogique à la participation des groupes impliqués. **C'est un coût qui ne se justifie que si l'information produite est apte à maîtriser le coût de l'action et à la rendre plus efficace.**

# Conclusion

Nous avons vérifié, en actes, la possibilité de mieux contrôler l'information relative aux rapports entre la santé et l'environnement : en outillant le binôme généraliste patient-travailleur, on peut identifier les maladies imputables au milieu de travail et remonter aux situations susceptibles de les causer. Ponctuellement, nous avons aussi vérifié qu'on peut organiser, du point de vue de l'action sur le risque, une meilleure intégration entre tous les acteurs intéressés à sa maîtrise<sup>34</sup>.

La multiplicité des disciplines qu'il faut mobiliser (médecine, technologie, ergonomie, jurisprudence, etc.), l'éparpillement des données théoriquement disponibles, le cloisonnement des organismes, bref l'absence de système d'information intégré pose des problèmes complexes. En facilitant la **gestion des interfaces** entre les groupes professionnellement engagés dans la prévention des risques d'une part, et entre chacun de ces groupes et les citoyens d'autre part, le SIC a démontré que ces problèmes ne sont pas insolubles.

Dans la lutte pour l'éradication des maladies éliminables, l'urgence est désormais moins dans la recherche de « découvertes originales » que dans la mise en oeuvre d'un système de surveillance performant et sûr, capable de garantir « l'utilisabilité » maximale de tout ce qui existe déjà<sup>35</sup>. La complexité demande un système organisé selon des critères ergonomiques, afin que tous ses « terminaux » (médecins généralistes inclus) puissent y être intelligemment actifs.

Seule une dimension plus collective, un engagement plus résolu des organismes responsables de la santé au travail permettra de franchir le cap de la diffusion de ce type d'approche. Cela signifie notamment :

- Pour chaque enquête suscitée par la déclaration de maladie professionnelle, aller au-delà de la collecte des informations utiles à l'indemnisation individuelle. Mettre **au centre de tout l'assainissement**, et engager tout le monde, y compris la personne, à s'intéresser aux autres, à ceux qui pourraient être victimes de la même nuisance au même poste de travail.

- Ensuite, **agir "avec"**. Avec les médecins généralistes, les spécialistes de technologie et d'hygiène industrielle, les syndicalistes, les employeurs. Les collectivités territoriales comme la Commune, la Région, peuvent jouer un rôle essentiel pour impulser cette dynamique.

- Enfin stimuler les organismes qui ont en charge la santé au travail **pour qu'ils travaillent de façon intégrée** (donc sur la base de mémoires, d'archives, « intégrables »), en donnant à tous la possibilité de vérifier les résultats, c'est-à-dire l'assainissement des situations qui, dans un périmètre identifié topographiquement, déterminent les atteintes à la santé de ceux qui y travaillent.

---

<sup>34</sup> <http://www.apcme.net/theme/Instruments/telechargement/CR-CTCA/2014-CTCA.pdf>

<sup>35</sup> <http://www.apcme.net/theme/Le%20SIC/telechargement/2011Cadastre.pdf>



# **ANNEXES**

- 1) Recommandation R313 relative aux cokeries.**
- 2) Réponse du CRRMP au dossier de M. Gabriel D.**
- 3) Le nouveau formulaire de déclaration.**
- 4) La tarification du risque.**
- 5) Les HAP : question à la recherche scientifique.**
- 6) Articles et communications.**

# 1) Recommandation R313 relative aux cokeries.

<b>R 313</b>	
LA SÉCURITÉ SOCIALE AU SERVICE DE LA PRÉVENTION	
<h1>TRAVAIL</h1> <h1>DANS LES COKERIES</h1> <h2>PRÉVENTION DES RISQUES D'ACCIDENTS</h2>	
<i>Recommandations adoptées le 4 décembre 1987 par le Comité Technique national des industries de la métallurgie</i>	
<b>1 - PRÉAMBULE</b> <p>En complément des textes réglementaires en vigueur, il est recommandé aux chefs d'entreprises dont tout ou partie du personnel relève du Régime général de la Sécurité sociale et travaille, même à titre secondaire ou occasionnel, dans des cokeries, d'appliquer les mesures détaillées ci-après.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Risques de chute, de glissade lors de la circulation du personnel sur des sols, escaliers encombrés par du charbon, du coke, des outils, etc.</li><li>- Risques de brûlure par contact ou par rayonnement.</li><li>- Risques de brûlures chimiques (acides et soude).</li><li>- Risques de maladies à caractère professionnel dus :<ul style="list-style-type: none"><li>• à l'inhalation de fumées (hydrocarbures aromatiques polycycliques),</li><li>• à l'inhalation de poussières et de gaz.</li></ul></li><li>- Risques électriques liés aux installations non protégées, aux armoires non fermées, et au contact direct avec les trolleys.</li><li>- Risques d'incendie et d'explosion dus à l'utilisation de gaz.</li><li>- Risques engendrés par les conditions de travail : posture, visibilité, charge de travail, chaleur, travail posté, etc.</li><li>- Risques liés à la consommation d'alcool et de tabac qui peuvent être des facteurs aggravants.</li></ul>
<b>2 - DESCRIPTION DES RISQUES</b> <p>Les risques principaux sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Risques de coincement entre deux machines en mouvement ou entre une machine et un élément fixe.</li><li>- Risques liés au transport de matières (d'entraînement et de coincement dus aux bandes transporteuses, goulottes, etc.).</li><li>- Risques d'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone.</li><li>- Risques de maladies professionnelles dus :<ul style="list-style-type: none"><li>• à la présence de benzène,</li><li>• à l'utilisation de l'amiante,</li><li>• à la présence de poussières pouvant être silicogènes (maçons-fumistes),</li><li>• à la présence d'oxyde de carbone dans les fumées,</li><li>• au contact avec des sous-produits de récupération résultant de la cuisson du charbon (goudron et mixtes composés de goudron et de poussières),</li><li>• au bruit.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre à disposition du personnel intervenant sur le parcours des machines, des obstacles amovibles permettant d'interrompre le déplacement des machines.</li><li>- Installer des avertisseurs sonores pour signaler le déplacement des machines.</li><li>- Améliorer la visibilité des conducteurs en installant, par exemple des caméras avec écrans de contrôle ou un double poste de commande.</li><li>- Mettre en place des procédures ou des consignes définissant les règles de passage entre les fours et les machines.</li><li>- Veiller à maintenir un espace libre de 80 cm entre les machines et entre les machines et les garde-corps.</li><li>- Éliminer les portes donnant directement sur une zone de déplacement des machines.</li><li>- Veiller à l'interverrouillage des différentes machines devant fonctionner ensemble (défourneuses, guide-coke et wagons).</li><li>- Installer des interphones entre les différents conducteurs et la salle de contrôle, quand elle existe.</li></ul> <b>3.2 - Risques d'entraînement et de coincement dus aux bandes transporteuses</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Éliminer les possibilités d'accès aux angles rentrants</li></ul>
<b>3 - MESURES DE PRÉVENTION TECHNIQUES</b> <b>3.1 - Risques provoqués par des machines ou organes en mouvement</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre en place des détecteurs d'obstacles provoquant l'arrêt de la machine.</li></ul>	<b>3.3 - Risques de maladies professionnelles</b> <b>3.3.1 - Réglementation</b> <p>Il est rappelé qu'un certain nombre de textes réglementaires visent les produits susceptibles d'entraîner des maladies professionnelles. On consultera avantageusement la bibliographie située en fin de document pour connaître leurs références.</p> <b>3.3.2 - Sous-produits de récupération</b> <p>Les sous-produits résultant de la cuisson du charbon (goudron et mixtes composés de goudron et de poussières). Compte tenu de l'existence d'un texte récent traitant des risques évoqués, le lecteur est invité à se reporter aux recommandations de la Caisse nationale de l'Assurance maladie « Prévention des risques pathologiques dus à l'exposition aux brai et goudron de houille lors de la fabrication, la manipulation et l'utilisation des produits en contenant » (R 278).</p> <b>3.4 - Risques de chute, de glissade</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Maintenir propres les zones de travail du personnel et des machines.</li><li>- Prévoir un raclage mécanique du coke au droit des portes et le compléter par un pelletage et un balayage.</li><li>- Limiter le balayage manuel en installant des aspirateurs sur les machines.</li><li>- Prévoir des endroits réservés au rangement des outils.</li><li>- Entretenir correctement les escaliers, échelles, rambardes.</li><li>- Fournir des échafaudages en nombre suffisant.</li></ul>

<p><b>3.5 – Risques de brûlure par contact ou par rayonnement</b></p> <p>Isoler au maximum les surfaces brûlantes pour rendre accessibles les températures de surface. En cas d'impossibilité, prévoir des écrans assurant un éloignement suffisant (voir norme NF E 09.010).</p> <p>Pour les zones rayonnantes, assurer l'éloignement et l'installation d'écrans pour les vitres des cabines de machines.</p> <p><b>3.6 – Risques de brûlures chimiques</b></p> <p>Prendre toutes mesures appropriées pour limiter les risques de projection d'acides et de soude.</p> <p>Installer des douches et des rince-œil dans les zones où ces risques existent.</p> <p><b>3.7 – Facteurs de maladies à caractère professionnel</b></p> <p><b>3.7.1 – Hydrocarbures aromatiques polycycliques (H.A.P.)</b></p> <p>Des contrôles d'atmosphère seront effectués par des laboratoires agréés avec les méthodes normalisées disponibles afin de surveiller l'évolution de la teneur atmosphérique en substances nocives pour pouvoir prendre les mesures nécessaires en cas de dérive des résultats obtenus.</p> <p>Les rapports seront communiqués au Médecin du Travail et, à leur demande, aux agents du Service Prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sera informé des résultats par son président lors de la réunion du Comité qui suit la réception des rapports.</p> <p>L'évolution de la teneur en benzo (a) pyrène, un des composés représentatifs du risque sera suivie tout en sachant que la valeur limite d'exposition habituellement</p>	<p>recommandée (voir Recommandation C.N.A.M. en bibliographie pour ce type de pollution (150 nanog/m<sup>3</sup>) est une valeur estimée pour une exposition continue de 8 heures par jour.</p> <p>Dans le cas de dépassement, on en recherchera les causes afin de diminuer les émissions ou d'améliorer les captations. En parallèle, on devra limiter le temps d'exposition au risque par rotation du personnel et/ou diminuer la teneur en H.A.P. de l'air respiré par port de matériel de protection.</p> <p>Pour limiter les dégagements de fumées et les conditions d'exposition, il faudra prendre des dispositions sur les points suivants :</p> <p><i>Portes des fours et tampons d'enfournement</i></p> <p>On portera une attention soutenue aux progrès techniques réalisés dans l'amélioration de l'efficacité des joints afin de pouvoir éventuellement rééquiper les fours des meilleures portes possibles.</p> <p>Dans l'attente de solutions réellement efficaces, on assurera leur entretien de manière régulière. Celui-ci sera effectué d'une façon continue par du personnel équipé des protections individuelles souhaitables et disposant des matériels d'accès adéquats.</p> <p>À défaut de moyens mécaniques assurant l'étanchéité des tampons d'enfournement, des mesures seront prises pour limiter les émissions de fumées.</p> <p><i>Contrôle automatique de la cuisson du coke</i></p> <p>L'utilisation d'une installation de contrôle automatique de la cuisson du coke, en éliminant, dans la mesure du possible, des défournements prématurés, généralement de fumées riches en H.A.P., et en diminuant le nombre de mesures devant être effectuées sur le four, permet également de res-</p>	<p>treindre le temps d'exposition à des dégagements importants.</p> <p><i>Installations de ventilation et de dépollution</i></p> <p>Les installations de traitement d'air des cabines des différentes machines, enfourneuses, défourneuses, guide-coke, coke-cars, sont d'autant mieux supportées qu'elles sont correctement conçues et réalisées.</p> <p>Compte tenu des conditions difficiles de fonctionnement, il importe que l'entretien soit fait régulièrement afin qu'une diminution du débit d'air notamment liée à un encrassement trop important des filtres, ne pousse les utilisateurs à ouvrir leur porte. Il est nécessaire également que le niveau de bruit reste satisfaisant.</p> <p>Il peut être intéressant d'équiper les cabines d'écrans de visualisation reliés à des caméras extérieures pour éviter aux opérateurs de sortir trop fréquemment.</p> <p>Des installations de dépollution permettront de capter les émissions de fumées survenant lors des différentes ouvertures de portes ou de tampons. L'efficacité des captages et celle de la filtration sont contrôlées conformément à l'arrêté préfectoral d'exploitation.</p> <p>Un bilan annuel des opérations de contrôle et d'entretien des installations de ventilation et de dépollution sera présenté au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans le cadre du rapport annuel ou sur sa demande.</p> <p><i>Locaux sociaux</i></p> <p>Les locaux sociaux (réfectoires, salles de repos...) seront installés loin des sources de pollution afin de limiter les risques encourus. Ils seront maintenus en bon état de propreté.</p> <p>Si ces locaux sont exposés, ils devront être équipés</p>	<p>d'une installation de ventilation les maintenant en surpression par rapport à l'extérieur.</p> <p>Les installations seront conçues en fonction des articles R. 232-1 à R. 232-4 du Code du Travail.</p> <p><b>3.7.2 – Poussières</b></p> <p>Dans les installations de préparation, transport, criblage, broyage et manutention de charbon et de coke, le taux d'empoussièrement sera diminué, si nécessaire, par des mesures d'abattement.</p> <p><b>3.8 – Risques électriques</b></p> <p>Appliquer les textes traitant des risques électriques, en particulier le décret du 14 novembre 1962 et la norme NF C 15.100.</p> <p>Porter une attention soutenue aux interventions à proximité des trolleys.</p> <p><b>3.9 – Risques d'incendie et d'explosion dus au gaz et aux produits pulvérulents</b></p> <p>Appliquer les recommandations des travaux élaborés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Association technique de la Sidérurgie dans le domaine des gaz, suite aux directives des Communautés Européennes (directive dite SEVESO...).</li> <li>- le Centre d'étude et de recherche de Charbonnages de France (CERCHAR) dans le domaine des poussières.</li> </ul> <p><b>3.10 – Risques dus au bruit</b></p> <p>Bien que le bruit ne soit pas le risque majeur des cokeries, il n'est pas inutile de s'en préoccuper afin d'éviter des surdités professionnelles et des accidents résultant de l'impossibilité d'entendre les signaux des machines se déplaçant.</p> <p><b>3.11 – Risques d'intoxication par l'oxyde de carbone</b></p> <p>Le personnel qui intervient dans des zones où des fuites d'oxyde de carbone sont possibles, doit disposer d'appareils de détection continue.</p>
--	--	---	---

## 2) Réponse du CRRMP au dossier de M. Gabriel D. :



(article L. 461-1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale)

dossier CRRMP n° R07-2014-1289

organisme destinataire de l'avis : CPAM des Bouches du Rhone

### • motivation de l'avis du Comité\* (suite)

- b. en cas de rapport de causalité retenu, la caractérisation du lien de causalité direct entre la maladie en cause et le travail habituel de la victime :

Patient âgé de 56 ans présentant, selon le certificat médical initial du Dr Hauwelle en date du 28.04.14 : « Cancer du cerveau chez un patient ayant subi une exposition professionnelle autant en durée (20 ans) qu'en intensité aux gaz de cokerie contenant des HAP et des composés nitrosés cancérigènes ainsi que du monoxyde de carbone - Déclaration hors tableau (alinéa 4) ».

Le Comité est interrogé au titre du 4<sup>ème</sup> alinéa pour affection non inscrite dans un tableau de maladies professionnelles.

La profession exercée a été celle de gazier de 1977 à 1983.

L'intéressé effectue des rondes de surveillance sur site sidérurgique et intervient sur les circuits de gaz des hauts fourneaux.

Entre 1983 et 2004 il travaille en cokerie comme machiniste. Une attestation CMR indique une possible exposition aux HAP ou encore au benzène.

Au-delà de 2004, Mr D occupe un poste en salle de contrôle, sans facteur de risque d'exposition connu.

Le patient présente depuis 2011 un gliome infiltrant peu différencié.

Il a été traité par chimiothérapie, une invalidité a été accordée en 2013.

Actuellement les études scientifiques n'ont pas mis en évidence de relation entre les tumeurs cérébrales et l'industrie sidérurgique. Quant aux produits nitrosés décrits dans le tableau de MP 85 (nitroso guanidine, nitrosourée...), ces substances ne sont pas présentes en sidérurgie.

En conséquence, le comité ne retient pas un lien direct et essentiel entre la pathologie déclarée et la profession exercée.

Professeur des Universités

Pr Favre

Médecin Inspecteur  
Régional du travail  
Absent, convocation envoyée à la  
DIRECCTE  
le 02.12.14

Médecin conseil

Dr Milella

\* la motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties, sauf ceux qui ont un caractère confidentiel (pathologie non déclarée à titre professionnel, facteurs pathogènes extra-professionnels)

S 6025

### 3) Le nouveau formulaire de déclaration.

En 2015, le nouveau formulaire destiné au patient pour déclaration de maladie professionnelle a été mis en ligne sur ameli.fr :

L'en-tête, bien visible, offre au déclarant le choix entre deux options :

- Déclaration d'une maladie professionnelle.
- Demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Qui peut expliquer quelle est la différence entre « déclarer » et « demander la reconnaissance » ?

Est-ce une sorte d'aveux ? On veut sans doute se référer à la différence entre les maladies inscrites sur la liste des maladies susceptibles d'avoir une origine professionnelle et les maladies non inscrites sur cette liste ... Comme le disait Lacan « *tout le monde n'a pas la chance de parler chinois dans sa propre langue* ».

Quant à l'espace pour « déclarer » le poste de travail, il n'a pas changé : 3,5 cm !!

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

## **4) La tarification du risque.**

Le système français comporte, dans le régime général de la Sécurité Sociale, une distinction nette entre la branche maladie (dite AS) et la branche « accidents du travail - maladies professionnelles » (dite AT-MP).

La branche AS est financée par des cotisations également réparties entre tous, alors que, pour favoriser la prévention des atteintes éliminables, les cotisations à la branche AT-MP (qui reposent sur les seuls employeurs) sont calculées en fonction des taux d'accidents et de maladies survenus dans l'établissement au cours des années passées. Ainsi, d'une part, on vise à ne pas faire peser de handicap sur ceux qui ne produisent pas d'atteintes à la santé, et d'autre part on vise à inciter les autres à en réduire le nombre.

D'ailleurs, quand la CARSAT notifie à une entreprise son taux, elle l'informe en ces termes : **« Le taux annuel de cotisation est fixé en fonction du risque que présente l'activité de chacune des entreprises cotisantes ».**

Mais pour que cette dynamique prévue se réalise effectivement et soit équitable, encore faut-il connaître les maladies réellement produites et les situations qui les causent, et affecter à la branche voulue, cas par cas et jour après jour, les dépenses qui en découlent.

**Qu'en est-il réellement ? Voici quelques taux de cotisation AT-MP :**

- 1,5 % pour l'APCME (risque zéro).
- 2,37% pour ArcelorMittal (soit 0,87% de plus) : la partie émergée de l'iceberg, c'est 285 déclarations de maladies professionnelles en 10 ans<sup>36</sup> !
- 1,68% pour Multiserv, un sous-traitant de Mittal (en 2005, il était de 4,95%).

Pour Mittal, le taux de 2,37% vaut pour toutes les installations du site : il est fixé selon l'activité principale de l'établissement (APE). La Cokerie n'est pas distincte des Expéditions ou du Laminoir, alors qu'un code risque spécifique pour est prévu dans la nomenclature pour la cokéfaction.

Entre les taux de l'APCME et ceux de Mittal, la différence est de 0,87%.

Entre les taux de l'APCME et ceux du sous-traitant, la différence est de 0,18% !!

**Autant dire qu'il n'y a plus de « tarification incitative » : désormais le risque est « mutualisé ». Quel comportement économiquement « rationnel » dériver de cette situation ?**

---

<sup>36</sup> Voir pages 56 et 57 de :

<http://www.apcme.net/theme/Le%20SIC/telechargement/2011Cadastre.pdf>

**Vos contacts**  
 CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTE AU TRAVAIL  
 DU SUD-EST  
 35 RUE GEORGE  
 13386 MARSEILLE CEDEX 20  
**Pour nous appeler**  
 Accueil : 0821101313  
 Risques professionnels : 08 21 10 13 13 UF : GP004KS

**Identification**  
 Siret 484922869 00025  
 Adresse de l'établissement  
 CTN II  
 Section 01  
 Code risque 913EH  
 Libellé du code risque Ordres, Syndicats et organisations professionnelles, économiques, religieuses, philosophiques, politiques. Autres services fournis à la collectivité.

**CARSAT Sud Est 35 RUE GEORGE**  
**13386 MARSEILLE CEDEX 20**  
 0123675460 470325 100  
 eco'pli CI 1505 07.01.16 14 BASSE NORMANDIE PIC

ASS ASS PRISE CHARGE MALADIES ELIMINABLES  
 MISON DES SERVICES AU PUBL  
 30 R CHARLES NEDELEC  
 13110 PORT DE BOUC

**LE  
COMPTÉ  
AT/MP**  
 >>

le moyen le plus pro de gérer vos risques pros  
[www.net-entreprises.fr](http://www.net-entreprises.fr)

Le 01/01/2016

**Objet : Notification de votre taux de cotisation AT/MP**

Madame, Monsieur,

Les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles sont assurés collectivement par les entreprises. Ces cotisations indemnisent les salariés victimes d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle. Le taux annuel de cotisation est donc fixé en fonction du risque que présente l'activité de chacune des entreprises cotisantes.

**Le taux de cotisation** pour la section 01 de votre établissement - SIRET n° 484922869 00025 - classé sous le code risque 913EH est fixé à **1,50 % à effet du 01/01/2016**.

La nomenclature des risques a été simplifiée. Pour tout savoir sur votre nouveau code risque rendez-vous sur <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>.

Votre taux est celui de votre secteur d'activité. Les taux collectifs sont fixés chaque année par arrêté ministériel. Sachez que vous disposez de **l'ensemble de ces informations sur votre Compte AT/MP** sur [net-entreprises.fr](http://net-entreprises.fr).

**Cette cotisation est payable à l'Urssaf dont dépend votre établissement.**

Conservez ce courrier de notification de votre taux et donnez une copie à votre comptable s'il établit pour vous les déclarations sociales.

Toute évolution de votre activité entraînant une aggravation des risques encourus par vos salariés doit nous être déclarée (article L 242-5 du code de la Sécurité Sociale). Si l'activité décrite par votre numéro de risque ne correspond pas à celle exercée par vos salariés, je vous invite à nous contacter aux numéros indiqués sur ce courrier pour faire le point de votre situation.

Le Directeur Général

  
**Vincent VERLHAC**

Conformément aux articles 34 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant. Pour exercer ce droit, adressez-vous à votre Carsat ou à la Cram pour la région Ile de France.

**Possibilité de recours - formes et délais (art. R.143-21 du code de la Sécurité sociale)**

**Recours gracieux**

Il doit être formé auprès de votre caisse dans un délai de 2 mois, à compter de la date de réception de la présente notification, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

**Recours contentieux**

Le recours, établi en triple exemplaire, doit être formé dans le délai de 2 mois à compter :

- de la date de rejet explicite
- de la date de rejet implicite (le recours gracieux n'a pas fait l'objet d'une décision de la caisse 2 mois après son introduction)
- de la date de réception de la présente notification.

Par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'Assurance des accidents du travail (CNITAAAT) - section tarification - Immeuble Oxygène - 80 rue de la Vallée - CS52617 - 80 000 Amiens.

Dans le même délai de 2 mois, les mémoires justificatifs établis également en triple exemplaire doivent être adressés à ladite Cour.

Procédure gratuite, sauf cas prévus à l'article R 144-10 du code de la Sécurité Sociale, notamment en cas de recours jugé dilatoire ou abusif.

010143500000

## **5) Les HAP : question à la recherche scientifique.**

Les modalités de collecte et de mémorisation des informations utilisées dans le SIC sont basées sur deux unités d'information élémentaires, non divisibles : la personne et le poste de travail. Et pour chacun de ces postes de travail, on tente d'identifier toutes les nuisances d'importance notable (utilisation de la grille dite « des quatre groupes de facteurs »).

Cette approche a régulièrement fait émerger des questions qu'on ne « voit » pas quand on utilise les outils habituels. En 2012, le Comité d'Évaluation Scientifique de l'Institut National du Cancer avait d'ailleurs bien perçu sa fécondité : « *Ce projet mérite d'être soutenu car ses enseignements pourraient servir de modèle pour le repérage épidémiologique des situations de risque professionnel, problème qui va croissant dans un contexte de forte mobilité professionnelle* ».

Un exemple.

En 2015, nous avons déclaré un huitième cas de leucémie où, dans les postes de travail « touchés » par la personne atteinte, l'exposition à de faibles doses de benzène s'accompagne d'expositions aux HAP dépassant très largement les niveaux recommandés<sup>37</sup>.

Sans remettre en cause le risque « benzène » - aromatique monocyclique -, ces observations récurrentes ainsi que des données issues de diverses publications, nous conduisent à nous interroger sur le rôle des HAP - Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques – dans la survenue des leucémies.

Dans l'ouvrage « *Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles* » de R. Lauwerys, on relève, à la page 888, que « *certaines enquêtes épidémiologiques ont aussi suggéré que des cancers pouvaient être induits par les HAP à d'autres sites tels le système lymphohématopoïétique* ».

Dans le Rapport de l'INERIS relatif à l'évaluation de la dose-réponse pour des effets cancérigènes des HAP<sup>38</sup>, on note une référence à l'étude de Neal et Rigdon, datée de 1967, qui indique que : « *La survenue des tumeurs gastriques, des adénomes pulmonaires et des leucémies a été observée en fonction de la concentration en benzo(a)pyrène administrée* ».

Dans la fiche toxicologique relative au benzo(a)pyrène de l'INRS, on relève que des adénomes pulmonaires et des leucémies apparaissent chez la souris contaminée par voie orale<sup>39</sup>.

Par ailleurs, on note dans une expertise collective de l'INSERM de 2001<sup>40</sup>, que « *Les études épidémiologiques ont montré que certains hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) étaient responsables de cancers respiratoires, de la vessie, de la peau, des voies aérodigestives supérieures, des systèmes lymphatique et hématopoïétique et des voies digestives.* ».

---

<sup>37</sup> Valeur recommandée par la CNAMTS pour le benzo(a)pyrène à 150 ng/m<sup>3</sup>. Il n'existe pas de valeur réglementaire.

<sup>38</sup> Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques (HAPs), Évaluation de la relation dose-réponse pour des effets cancérigènes, INERIS, 2006

<sup>39</sup> Benzo(a)pyrene, Fiche Toxicologique FT 144, 2007

<sup>40</sup> INSERM, Expertise collective, « Susceptibilités génétiques et expositions professionnelles », 2001



De plus, l'analyse des données mécanistiques contenue dans la même expertise, suggère un effet potentialisateur des HAP d'autres substances cancérigènes.

Enfin, un échange informel avec l'un des auteurs les plus pointus sur ce sujet, le Pr Paolo Boffetta, suggère qu'il pourrait être pertinent de revoir la littérature sur le sujet pour valider, le cas échéant, ces observations.

L'exposition aux HAP semble être relativement importante dans divers secteurs d'activités. Elle est, en général, concomitante d'une exposition à d'autres agents dangereux, en particulier cancérigènes ou mutagènes.

Partant de ce constat, nous avons décidé d'interpeler le directeur général du travail sur cette question pour qu'il interroge les agences ou organismes de prévention compétents. Une exposition aux HAP, même à des faibles niveaux, est-elle susceptible, en plus des affections cancéreuses déjà identifiées pour certaines des substances de cette famille, de provoquer des cancers du système lymphohématopoïétique et en particulier des leucémies ?

Relevons par ailleurs que le benzène fait l'objet d'une Valeur Limite d'Exposition Professionnelle contraignante fixée à 3,25 mg/m<sup>3</sup>. Le benzo(a)pyrène fait, quant à lui, l'objet d'une simple recommandation de la CNAMTS à ne pas dépasser 150 ng/m<sup>3</sup> mais ne fait pas l'objet d'une valeur réglementaire. Au-delà du benzo(a)pyrène, aucun autre HAP ne fait l'objet d'une valeur réglementaire permettant à minima d'évaluer et de contrôler les risques liés aux expositions à ces cancérigènes puissants.

Compte tenu de l'effet potentialisateur des HAP évoqué plus haut et de la concomitance des expositions au benzène et aux HAP, nous nous interrogeons sur la pertinence de la VLEP benzène en vigueur dans le cadre d'une co-exposition avec d'autres agents cancérigènes, en particulier les HAP, et nous nous demandons dans quelle mesure celle-ci est à même d'expliquer nos observations et de permettre une gestion des risques appropriée pour les salariés.

## **6) Articles et communications de 2015.**

- « *Le Système d'Information Concret* », Marc Andéol, Rossella Cruciani et le Pr. Alessandra Re in « Les risques du travail », avril 2015.

Voir : <http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index>

- « *Le SIC, une démarche exemplaire* », revue Pratiques, n°69, docteur Marie Kayser, mai 2015.

Voir : <http://pratiques.fr/Le-SIC-une-demarche-exemplaire.html>

- « *La santé en France, enquête sur les inégalités* », documentaire d'Éric Guéret contenant une présentation du SIC, diffusé sur France 3 le 19 octobre 2015 à 20h50.

Voir : <http://www.france3.fr/emission/la-sante-en-france>