

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination

- Audition de M. Marc Andéol, coordinateur de l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME)..... 2
- Présences en réunion 13

Mercredi

6 juin 2018

Séance de 14 heures

Compte rendu n° 18

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

**Présidence de
M. Julien Borowczyk,
*Président,***



L'audition débute à 14 heures.

M. le président Julien Borowczyk. Une délégation de notre commission d'enquête s'est rendue lundi dernier dans les Bouches-du-Rhône. La matinée a été consacrée au site industriel d'ArcelorMittal, où nous avons pu dialoguer avec l'employeur et ses salariés, ainsi que des sous-traitants et leurs salariés. Les échanges de l'après-midi ont concerné la direction de la caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) Sud-Est et les membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Nous n'avons pas pu rencontrer, à cette occasion, l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME). Afin de compléter le panorama de la situation et des initiatives existantes autour de l'étang de Berre et du bassin d'emploi de Fos-sur-Mer et Martigues, nous recevons aujourd'hui M. Marc Andéol, coordinateur de l'APCME.

L'APCME, a mis en œuvre une démarche originale de repérage et de suivi des pathologies en relation avec le travail, diagnostiquées par les médecins généralistes du bassin industriel de Fos-sur-Mer et Martigues. Cette démarche permet de rassembler les informations sur les occurrences de maladies professionnelles, les postes de travail concernés et leur emplacement sur une carte de la région permettant de situer les risques pour les autres travailleurs.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958, les personnes entendues déposent sous serment. Je vous demande donc, monsieur Andéol, de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(M. Marc Andéol prête serment.)

Je vous remercie et vous donne la parole pour nous présenter rapidement votre démarche avant de poursuivre par un échange de questions réponses.

M. Marc Andéol, coordinateur de l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME). Je vous remercie pour votre invitation.

Le système informatique que l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) utilise pour gérer les informations a été baptisé SIC – système d'information concret. Il a été construit de 1992 à 2017, en partant du postulat suivant : il est indispensable d'aider les médecins généralistes à gérer des informations devenues à la fois surabondantes, insuffisantes et contradictoires.

En 1992, si nous connaissions déjà les conséquences des expositions à l'amiante et au benzène, des études américaines indiquaient la présence de substances cancérogènes naturelles dans le basilic ; vous imaginez le retentissement d'une telle information dans notre région, qui compte le plus d'amateurs de soupe au pistou en France ! Depuis sont apparus le glyphosate, le potassium 40 dans le lait et autres agents toxiques.

Nous avons donc mis au point une grille de lecture, des filtres, afin de pouvoir gérer la surabondance des informations. Soit nous nous comportons comme le pilote d'avion de Tex Avery – nous fermions les yeux en espérant que tout se passerait bien –, soit nous affrontons

le problème avec un ergonomiste de la connaissance, en construisant des outils et des savoir-faire permettant de gérer ces informations ; c'est bien entendu la seconde solution que nous avons choisie.

Le SIC a pu être défini comme un système ergonomique centré sur le binôme médecin-patient, c'est-à-dire un système de collecte et de mémorisation des informations pertinentes. Facile à dire, beaucoup plus difficile à faire. En effet, la plupart des maladies environnementales ne présentent aucun signe médical de leur origine environnementale. C'est le plus souvent la connaissance de l'exposition qui permet de trancher.

Or, dans son cabinet médical, pour connaître l'exposition, le médecin n'a pas d'autres interlocuteurs que l'ouvrier qui est en face de lui. Sauf qu'entre l'ouvrier et le médecin, il y a une interface, au sens donné à ce terme par la physique dans les années 1970, c'est-à-dire une frontière entre deux états de la matière.

Deux états complètement différents, puisque le sujet, celui qui travaille, celui qui connaît son environnement de travail pour y agir, a une connaissance qui n'est jamais formalisée ; n'étant pas formalisée, elle n'est ni utilisable ni vérifiable, même si elle présente des caractères extrêmement intéressants, puisqu'elle représente une approche globale de la situation du travail. De son côté, le médecin a accès, *via* la littérature médicale, à des connaissances formalisées qui sont valables partout, mais qui ignorent le contexte et présupposent une situation qui n'existe jamais dans la réalité, à savoir le contact entre une substance isolée et un organe ou une fonction. La réalité est beaucoup plus complexe que cela.

Pour répondre à cette complexité, il a fallu construire des outils, des savoir-faire, un système dont le médecin généraliste occupe le centre et se pose la question : « Comment puis-je exclure la cause environnementale de la maladie que présente mon patient, et d'abord son milieu de travail ? ». Le médecin ne peut pas répondre seul à cette question car il ne connaît quasiment rien des expositions subies. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place un centre local d'enquêtes et de documentation – avec un cartographe, votre serviteur – dont la fonction est de récupérer les cartes cognitives du sujet et de les traduire en cartes de risque formalisées. Le centre local réalise cette mission en s'appuyant sur le travail d'experts de technologie et d'hygiène industrielle – experts des liens entre la santé et l'environnement.

Si la maladie est déclarée, ce n'est qu'après l'accomplissement d'un parcours et la réalisation d'un dossier pour lequel le salarié est interrogé, non seulement sur sa maladie, mais aussi sur les postes de travail qu'il a occupés. Le but est bien d'améliorer la situation sanitaire globale de l'environnement, car sans assainissement, l'indemnisation des maladies professionnelles ne représente rien d'autre qu'une dépense de plus.

Au fur et à mesure des visites des patients dans les cabinets médicaux, nous avons construit un cadastre : une carte des situations nocives qui ont été vécues – concrètement, des postes de travail qui ont été occupés – par des travailleurs dont la maladie professionnelle a été reconnue. Cette carte est sous-tendue par une galerie de tous les cas pris en charge par les médecins généralistes, qui ont permis de mettre en évidence une relation probable entre la maladie et l'exposition – on ne peut jamais aller au-delà du « probable ». Tel est le schéma général de fonctionnement du SIC, qui est un parcours structuré.

Lorsqu'il ne peut pas exclure la cause environnementale de la maladie qu'il diagnostique, le médecin remet au patient un questionnaire – qui déclenche un parcours « du soupçon à la connaissance du risque » – basé sur cinq questions relatives à l'imputabilité de la

maladie au facteur professionnel : la maladie est-elle susceptible d'avoir une origine environnementale ? (le premier niveau de réponse réside dans la consultation des tableaux de maladies professionnelles, le deuxième niveau est l'état des connaissances médicales, un troisième niveau relève de savoirs, d'hypothèses, pas encore consolidés mais dont il faut tenir compte) Quels risques, quels agents, quelles nuisances sont susceptibles de la provoquer ? Dans quelles conditions le sujet a-t-il été en contact avec ces risques, agents ou nuisances ? D'autres facteurs non environnementaux ont-ils pu provoquer la maladie ? Connaît-on des cas analogues, directement ou par la bibliographie ? (cette cinquième question arrive toujours en dernier dans l'approche médicale française : le raisonnement médical part du cas singulier, l'existence de cas analogues étant un élément important mais pas déterminant ; Bernard Shaw disait : « il y a les petits mensonges, les moyens mensonges et les statistiques » et les cliniciens français ont toujours besoin d'être convaincus par *un* cas précis)

Le médecin qui soupçonne l'origine professionnelle de la maladie adresse le salarié au cartographe, qui effectue une enquête prolongeant l'interrogatoire médical dans le domaine de l'exposition aux facteurs de risque. Il amène le sujet à dessiner la carte de son poste de travail et l'interroge sur les risques auxquels il a été exposé, selon une grille, dite « grille des quatre groupes de facteurs », permettant de rester dans une approche globale.

Ces quatre groupes de facteurs seront ensuite construits en arborescence. Premier groupe : le bruit, le confort thermique, etc. Deuxième groupe : les poussières, les gaz, les vapeurs, les vibrations, les rayonnements ionisants. Troisième groupe : la fatigue causée par l'effort musculaire. Quatrième groupe : la fatigue causée par des facteurs liés à l'organisation du travail – le poste, le rythme, etc.

Cette démarche globale est très importante, car si être exposé à 1 ppm de benzène n'est pas dangereux en soi, la chaleur ou des efforts physiques importants – qui provoquent une hyperventilation – aggravent le risque.

Nous insistons beaucoup sur les lieux et sur le fait que les postes de travail ne peuvent pas être perçus en suivant simplement une arborescence logique : comme les travailleurs, ils doivent être regardés de près. Je vous cite un exemple. Prenons deux opérations identiques de dépotage, demandées par la même entreprise, Arkema, et effectuées, l'une à Martigues et l'autre à Fos-sur-Mer. Dans le premier cas, le sujet est exposé à des chlorométhane cancérogènes, au point qu'il a subi une lésion. Dans le second cas, le sujet n'a été exposé à aucun agent de risque, les mesures de précaution ayant été prises.

Quand l'exposition est avérée et connue et que cette information est communiquée au médecin qui a identifié les lésions d'un point de vue physiopathologique, celui-ci peut construire le diagnostic étiologique. Les médecins n'ont pas besoin d'une campagne de sensibilisation pour y travailler : lorsqu'ils disposent des données, ils les utilisent. J'en veux pour preuve que, selon les données de l'inspection du travail, la dizaine de médecins qui travaillent avec nous ont déclaré 50 % des maladies professionnelles déclarées sur le golfe de Fos-sur-Mer et 85 % des cancers hors tableau.

Je serai bref sur le système d'information. Les fiches qui sous-tendent cette circulation des données sont, d'une part, la fiche individuelle de synthèse et, d'autre part, les fiches de poste de travail ; la personne et le poste de travail sont absolument insécables. Il est essentiel de conserver une approche globale et généraliste.

Si le médecin décide de déclarer une maladie, est alors ouverte une nouvelle fiche reliée par des liens hypertextes à la fois à la fiche individuelle de synthèse et à celles relatives aux postes de travail. Si l'on se positionne sur la fiche poste de travail, un lien s'ouvre vers ce que l'on a appelé « les parents environnementaux » de la personne, ou, comme l'appelait le professeur Jean-François Mattei, une « approche populationnelle », à savoir une épidémiologie, faite non pas de grands chiffres mais de groupes homogènes d'exposition.

Comment le cadastre qui en résulte se présente-t-il ? La carte que vous avez sous les yeux provient de notre site web. Dans le premier onglet « où se situe le risque », les points rouges définissent les périmètres qui ont déjà causé au moins un cas de maladie professionnelle reconnue et où les postes de travail sont encore actifs ; les points mauves définissent les périmètres où un cas de maladie professionnelle a été reconnu et où les postes de travail ont été arrêtés, mais les effets des maladies à dynamique lente peuvent continuer à se produire des années après leur fermeture. Nous avons donc immédiatement une vision des lieux réels dans lesquels des maladies professionnelles ont été causées ; c'est une façon de rendre l'information directement accessible.

Cette carte est accompagnée d'un tableau de bord qui souligne qu'une approche de cette nature exige que l'on détermine des priorités selon des critères prédéfinis. Les critères que nous avons choisis sont, tout d'abord, des critères de gravité, comme les cancers, puis des critères de fréquence, comme c'est le cas pour la surdité.

Les risques considérés prioritairement sont multiples. Premièrement, la surdité. En France, plus de 5 millions de personnes sont atteintes de surdité, sans qu'aucun organisme ne puisse dire combien de ces cas sont liés à des expositions en milieu professionnel – donc à des expositions éliminables –, alors que tous les jours les médecins du travail réalisent des audiogrammes. Deuxièmement, les cancers – 400 000 nouveaux cas par an. Je suis en mesure de démontrer qu'une partie importante de ces cancers est due à des postes de travail ayant déjà causé dans le passé des cas de cancers et qui, pour autant, n'ont pas été assainis. Troisièmement, les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), dont 3,5 millions de personnes sont atteintes. Les meilleurs experts de la société française de pneumologie estiment qu'au moins 15 % des BPCO ont une origine essentiellement professionnelle. Quatrièmement, les allergopathies – asthme et peau. Cinquièmement, deux fibroses d'un type particulier, l'asbestose et la silicose. Dans la case « autres risques » se trouvent tous les risques que la toxicologie a pu identifier, mais à des fréquences moindres.

Ce tableau de bord a donné lieu à plusieurs études. Je m'arrêterai sur une seule d'entre elles. Une étude a démontré que nous étions capables, s'agissant des 150 cas de cancers gérés par l'APCME, d'indiquer les lieux dans lesquels les personnes avaient « touché » les risques.

Sur le tableau que je vous ai transmis, le jaune représente le personnel sous-traitant et le bleu le personnel organique de l'établissement. Prenons l'exemple de la cokerie : 12 cas de cancer ont été reconnus chez les intérimaires et les sous-traitants et un cas chez le personnel organique.

Or, le système d'imputation de la maladie à une branche, utilisé par l'assurance maladie, ne retient pas le lieu où sont actifs les intérimaires et les salariés de l'entreprise sous-traitante – le site de la cokerie –, mais la branche dont relève leur employeur. Si bien que ces 12 cancers, déclenchés à la cokerie, n'apparaissent nulle part. Ils apparaîtront comme des cancers du bâtiment et des travaux publics (BTP) ou des cancers de la métallurgie, car c'est sous ces intitulés que leur employeur exerce son activité.

Je vous ai remis un échange de courriers entre le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de la cokerie et la CARSAT, qui est extrêmement éclairant. La demande du CHSCT était modeste, puisqu'il demandait à la CARSAT de lui communiquer le nombre de cancers reconnus comme maladies professionnelles à la cokerie de 1998 à 2015 ; c'est-à-dire le nombre de personnes, personnel organique et sous-traitant, ayant été exposé au risque sur les installations de la cokerie.

La réponse de la CARSAT est atterrante. Elle n'a d'ailleurs été obtenue qu'au bout de neuf mois d'attente et après la menace d'une saisine du tribunal de grande instance (TGI) pour refus de réponse au CHSCT. La réponse a été celle-ci : pour le personnel organique, plus d'un cas de cancer, en moyenne, a été reconnu par an à la cokerie – et derrière le mot « reconnu », je vous renvoie à toutes les difficultés déjà évoquées pour faire reconnaître une maladie professionnelle...

S'agissant des sous-traitants, je vous lis la réponse : *« 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 des installations d'ArcelorMittal, et de requêter sur les maladies professionnelles imputées au compte spécial pour déterminer celles dont la victime travaillait chez ArcelorMittal. »*

À une époque où, quand vous vous rendez dans un hôpital, on vous demande votre consentement libre et éclairé avant toute intervention chirurgicale, la CARSAT – qui est l'organisme qui a pour mission de suivre la réalité du risque dans les établissements –, affirme qu'elle ne sait pas combien de personnes ont été atteintes de cancers dans un établissement où les cancérogènes sont en dépassement constant depuis la première déclaration de cancer professionnel sur cette installation, c'est-à-dire 1988. Telle est la réalité.

Le SIC démontre que tous les outils nécessaires à l'éradication des maladies environnementales – connaissances, lois, ressources – existent déjà. Il s'agit simplement de les rendre utilisables et accessibles.

Permettez-moi, en conclusion, de rappeler ce qui disait Jean-François Mattei dans un discours prononcé en octobre 2002, à l'Académie de médecine. Vis-à-vis du risque environnemental, deux situations sont à dépasser. Tout d'abord, trop d'organismes différents prennent en charge une partie du problème ; il manque un système capable d'utiliser toutes les connaissances et les données collectées pour assainir le milieu ; l'autorégulation est, de fait, impossible. Ensuite, les généralistes devraient avoir une approche populationnelle, se basant sur la capacité d'identifier les populations à risque.

M. le président Julien Borowczyk. Je vous remercie pour cette présentation synthétique de tout le travail que vous avez réalisé depuis de nombreuses années, et je cède tout de suite la parole au rapporteur.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. De quelle façon la cartographie de ces expositions avérées, qui ont produit des maladies, est capable de nous aider à produire des actes de prévention et à modifier certains processus de production et de postes de travail ?

Je ne trahis personne ne disant que le SIC est aujourd'hui un peu en sommeil. Comment faire en sorte que les dispositifs de ce type puissent se poursuivre ? Sont-ils

extensibles à d'autres territoires, voire au territoire national ? Votre expérience est-elle généralisable, et à quelles conditions ?

M. Marc Andéol. La réponse à votre première question est simple, puisqu'elle est contenue dans le schéma que je vous ai fourni. Le sujet qui a dessiné ces postes de travail a également décrit les opérations qu'il y effectuait. Une fois cette description réalisée, nous avons donné le dossier aux experts du réseau et aux organismes chargés de l'assainissement, et l'inspecteur du travail, pour son enquête, s'est rendu à Martigues pour voir le poste de dépotage sur lequel avait travaillé le patient. Il nous a expliqué qu'il avait effectué sa visite avec les yeux du salarié – il a employé le terme « visite virtuelle » –, ce qui revient à démultiplier les capacités de l'inspection : on dit souvent qu'il manque des inspecteurs du travail, mais on n'exploite pas suffisamment la capacité d'information des personnes les plus directement concernées ! Il a ainsi pu imposer au responsable de Martigues d'intervenir sur ce poste, exposé aux vapeurs, pour le gérer de la même façon que le poste de Fos-sur-Mer, qui démontrait qu'il était tout à fait possible d'éliminer les vapeurs nocives.

C'est de cette façon que, jour après jour, cas après cas, ce système nous permet de débusquer les situations qui posent problème et, pour chacune d'entre elles, de constituer une mémoire. Mettre sur papier les cas problématiques donne la possibilité de travailler en groupe ; le médecin est relié à l'inspecteur du travail qui est relié à l'agent de la Sécurité sociale, etc. Sans le témoignage écrit du salarié, ce n'est pas possible.

S'agissant de la seconde question, j'ai deux réactions. Je pourrais être pessimiste, quand je pense qu'il a fallu menacer la CARSAT d'une saisine du TGI pour obtenir une réponse. Mais je suis optimiste car il n'est pas de maladie professionnelle reconnue par l'assurance maladie sans que soit dûment archivée à la CARSAT la documentation du lieu où la personne a été exposée au risque. En effet, il n'y a pas de reconnaissance si le cas n'est pas documenté, si la preuve qu'il a été exposé au risque n'a pas été apportée par le salarié.

Ce qui signifie que, lorsqu'on nous oppose l'argument selon lequel « les systèmes d'information en vigueur ne permettent pas ceci ou cela », ce n'est pas parce que l'information n'existe pas. Elle existe. Nous le savons, car les 17 cas de sous-traitants qui ont abouti sont dans les dossiers de la CARSAT, et nous savons ce qu'il y a dans ces dossiers : le contact avec la cokerie. Ce qui signifie qu'il y a bien un gisement d'expériences contenu dans ces archives : c'est ce que les experts en accidentologie appellent le « géant dormant ».

Il convient donc de se réveiller. Pourquoi accumuler des données sans fin pour l'indemnisation des maladies professionnelles si elles ne servent pas à prévenir le risque, alors même que les comptes de la sécurité sociale sont dans le rouge.

Les experts qui ont élaboré le rapport pour le Plan national santé environnement (PNSE), commandité par MM. Mattei et Fillon, ont écrit que les dépenses de santé imputables au problème santé-travail représentent 4 % du produit intérieur brut (PIB), soit 20 % des dépenses de santé. Il n'est donc pas normal que ces données soient gaspillées. Dans mes rêves les plus fous, je pense à ce qui se produirait de bien si l'on rassemblait ces informations pour les mettre à la disposition de tous les services concernés.

Tous les employeurs de France reçoivent chaque année une lettre leur notifiant leur cotisation à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), qui est prétendument définie en fonction de leurs résultats ; en réalité, c'est totalement faux. En effet, le taux de cotisation AT-MP de la cokerie, qui produit des BPCO et deux cancers par an,

intérimaires inclus, n'est supérieur que de 0,8 point à celui de l'APCME. On va bientôt nous accuser de produire les cancers sur le golfe de Fos-sur-Mer ! Le système de tarification des risques, dont on dit qu'il existe, en réalité n'existe plus. Il s'agit d'une sorte d'impôt forfaitaire qui s'applique à tout le monde, que les employeurs soient vertueux ou non.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Quel est votre avis sur le phénomène de sous-déclaration qui est très prégnant, s'agissant notamment des cancers ? Quelles en sont les raisons ? Comment changer cette situation ?

La question de la traçabilité des expositions se pose également. Il y a eu beaucoup de mouvements dans la législation ces derniers temps, avec notamment les fiches d'exposition qui ont été instaurées avant d'être supprimées récemment. Quel est votre avis sur ces outils ? Sont-ils utiles à votre action ?

Les tableaux de maladies professionnelles sont-ils opérants ? Faut-il les modifier ?

Enfin, vous avez évoqué la difficulté d'obtenir de la CARSAT des renseignements relatifs aux sous-traitants. Nous avons pointé l'externalisation d'un certain nombre de risques par des grands donneurs d'ordre vers les sous-traitants. Vous le confirmez ? Vous nous avez indiqué une voie pour récupérer ces données. Pour l'instant, la direction de la branche AT-MP nous indique que certaines dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés ne leur permettent pas d'aller au-delà de ce qui est fait. Quel est votre regard sur toutes ces problématiques ?

M. Marc Andéol. La loi « informatique et libertés »... Que diraient les médecins s'ils avaient pour consigne, en cas d'épidémie de méningite, de masquer le nom des écoles dans lesquelles la méningite s'est déclarée ? Il ne s'agit pas de trahir un secret commercial ou industriel, mais, dans les situations où le danger est avéré, nous devons faire en sorte que l'information soit connue.

J'ai appris à leur contact, moi qui étais un économiste distingué et qui suis aujourd'hui un économiste repentant, que les médecins sont des gens concrets, qui ont une force de rappel constante : l'état de santé de leurs patients. Si nous leur livrons trop d'informations, ils s'enfuient. Ils ont besoin d'une information précise, au moment où il le faut.

Nous avons constaté – je tiens les statistiques à la disposition de la commission – qu'entre 1994 et 1998, quand nous avons commencé notre informatisation, le nombre de déclarations de maladies professionnelles effectuées par les médecins généralistes de notre réseau avait brutalement été multiplié par huit, ce qui avait beaucoup inquiété la CARSAT. Ce qui veut dire que, quand le médecin dispose de la bonne information concernant l'exposition de son patient, il se livre aux examens et aux raisonnements nécessaires pour conclure ensuite à la non-imputabilité ou à l'imputabilité de la maladie au facteur de risque.

Malheureusement, comme cela est fait dans le golfe de Fos-sur-Mer, on remet au médecin une liste appelée « fiche d'exposition » sur laquelle 30 noms d'agents nocifs sont couchés – décabromodiphényl, chlorure de vinyle monomère, hydrocarbure aromatique polycyclique (HAP), etc. Des agents toxiques que le médecin ne rencontre jamais dans sa pratique médicale – et qu'il n'a d'ailleurs pas à rencontrer. Alors il prend cette fiche, la met sous le dossier du patient et passe aux choses sérieuses.

Le médecin généraliste a besoin d'être informé du risque de survenue de telle ou telle maladie. Le risque doit être nommé – cancer, surdité, bronchite chronique, etc. – pour que le médecin procède aux examens nécessaires pour sa recherche. Si le patient n'est pas malade, il lui propose une surveillance qui prend en compte le risque auquel il a été exposé. Une surveillance qui peut être très motivante.

  la cokerie, le risque de bronchite chronique est connu, puisque les salariés sont exposés aux poussières de charbon et à la silice. Or les médecins savent qu'en dessous d'un certain seuil, la bronchite chronique est réversible. L'information qu'ils reçoivent doit donc être immédiatement compréhensible et utilisable. D'autant que les médecins sont débordés, notamment par des actes administratifs.

Quand on évoque la question des maladies professionnelles avec les médecins, ils vous disent que leur mission est de faire disparaître les symptômes de leurs patients et rien de plus. Par ailleurs, en 2011, a été mise en place la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans laquelle le dépistage des infections professionnelles n'est pas pris en compte – au moins dans le périmètre du golfe de Fos.

Les médecins généralistes pourraient constituer les terminaux vigilants d'un système de repérage des affections liées à l'environnement. L'assurance maladie dispose dans ses archives des données qui permettraient de produire des cartes suffisamment parlantes pour que, sur les six risques prioritaires que j'ai évoqués, une action résolue soit menée pour arrêter le gaspillage humain et financier que représentent ces maladies.

M. le président Julien Borowczyk. Vous avez entièrement raison, un médecin généraliste à énormément de choses à traiter – je suis moi-même médecin –, au-delà même de la partie administrative, pour le suivi du patient, par exemple.

Comment se sont passées vos rencontres avec les médecins ? Vous les aviez formés ? suivis ?

Que pensez-vous de l'idée selon laquelle le médecin du travail pourrait renseigner le médecin traitant de l'exposition subie par le patient, *via* le dossier médical partagé (DMP), ou l'informer sur les principales pathologies à surveiller de près ?

Quelle a été l'utilisation – s'il y en a eu – de la recherche intrinsèque menée sur la pathologie au travail ? Des travaux en vue d'élaborer une prévention ont-ils été menés ?

M. Marc Andéol. La construction du système, l'activité de recherche proprement dite, s'est déroulée dans des conditions optimales. Elle s'est déroulée dans une réalité désormais disparue, à savoir les centres médicaux mutualistes des Bouches-du-Rhône, qui étaient dirigés par des médecins, dans un rapport d'égalité avec des mutualistes qui travaillaient dans les entreprises du bassin. Nous avons eu la possibilité de perdre une infinité de temps à procéder à des tests, à des essais et à fabriquer les premières versions informatisées. Nous n'aurions jamais pu construire un tel système dans le milieu libéral.

Les médecins libéraux de notre environnement ont vite pris l'habitude d'utiliser le service qui se mettait en place, au point que, lorsque les fax sont apparus, l'APCME s'est constituée et les médecins libéraux sont devenus majoritaires.

Nous n'avons pas organisé de formations, au sens où vous l'entendez. Nous avons organisé des journées de présentation du système, bien entendu, mais la formation s'est faite

dans la pratique, c'est-à-dire dans la prise en charge des cas. La fiche individuelle de synthèse est un peu comme une correspondance entre le médecin et le pôle de gestion du réseau. Dans les réponses, on s'efforçait toujours d'être très explicites pour que la prise en charge des cas soit formatrice. Les médecins les plus expérimentés sont indéniablement ceux qui ont affronté et résolu un grand nombre de cas.

S'agissant de l'information du médecin, nous prôtons une approche progressive : l'assurance maladie pourrait faire un premier pas en mettant en ligne les situations qui sont à l'origine des maladies professionnelles ; parler du « risque X avéré » serait une avancée. Par ailleurs, nous avons été marqués par une approche développée, par exemple, dans l'ouvrage *Plans and the structure of behavior*, de George Miller, Eugene Galanter et Karl Pribram, sur la façon d'aborder les problèmes complexes. Cet ouvrage mettait en évidence la différence entre la mise en œuvre d'algorithmes systématiques, mais coûteux en temps – et, souvent, en argent –, et la mise en œuvre de méthodes plus astucieuses, fondées sur le comportement vraisemblable de l'être humain, qui délimitent plus étroitement l'espace à explorer. Dans cette veine, nous avons préféré les approches pratiques aux approches systématiques. Connaître le « risque X avéré » est fondamental, d'autant il est écrit quelque part dans les archives de la sécurité sociale. Je suis persuadé que si l'information est accessible à tous, en ligne, les ajustements se feront. D'ailleurs, lorsque j'ai démarré, je n'y connaissais absolument rien, je me suis formé jour après jour, dans l'action.

Quant à la recherche, nous n'en avons quasiment pas fait. Néanmoins, nous avons eu un échange avec un chercheur de renommée mondiale, le professeur Paolo Boffetta, à propos d'une hypothèse que nous avons posée et qui concernait le golfe de Fos-sur-Mer. En recensant les cas – hommes et postes de travail, – nous avons accumulé une documentation qui montre que des cas de leucémie adviennent dans des environnements où les teneurs en benzène peuvent être très faibles, mais où il y a de grandes quantités d'hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP).

Or, nous avons trouvé une publication du professeur Boffetta dans laquelle il indiquait que les HAP étaient susceptibles de causer des leucémies. Nous lui avons envoyé notre documentation et il nous a confirmé qu'il fallait chercher dans cette direction. Depuis, nous n'avons trouvé personne à la faculté de médecine de Marseille pour conduire une recherche de ce type, mais l'anecdote illustre le fait que les médecins généralistes, par leurs observations, peuvent faire surgir des hypothèses qui intéressent l'activité de recherche plus fondamentale.

Mme Delphine Bagarry. Je n'ai pas bien compris : cette cartographie ne concerne-t-elle que les maladies professionnelles reconnues ?

Une cartographie de ce type existe-t-elle pour les maladies qui sont imputables, non pas au travail, mais à l'environnement au sens classique du terme ?

M. Marc Andéol. S'agissant de la deuxième question, le rapport de la commission au plan national « Santé environnement » avait décrit à peu près ce cas de figure. Le milieu du travail, parce qu'il contient un plus grand nombre d'agents nocifs, et parce qu'il est étudié depuis plus longtemps, devrait servir de modèle à la santé environnementale.

Nous avons l'ambition, mais ni le temps, ni les moyens, d'établir un cadastre qui couvrirait sept classes : les déchets du métabolisme humain ; le chauffage individuel ; les automobiles privées ; les activités économiques ; les drogues ; les aliments – et j'ai oublié le

dernier. Et ce, en utilisant la même méthode, à savoir choisir des risques prioritaires, relativement graves et diffus, puis les positionner sur la carte à partir des cas observés et avérés qui confirment la réalité du risque.

Pour ce qui est de la première question, nous constatons, à l'usage, que les tableaux sont assez bien faits, à condition de savoir les utiliser. Mais il faut en sortir – je rappelle que 80% des cas que nous avons traités ont été reconnus hors tableaux.

Nous nous étions fixé une règle : ne faire figurer sur le cadastre que les postes concernant des cas reconnus, pour ne pas prêter le flanc à la critique. Avec cependant un bémol : lorsque les motifs de rejet étaient bêtement administratifs – et cela arrive... –, qu'une maladie évidente, telle que la surdité, se voyait opposer des obstacles qui ne tenaient pas debout, nous n'attendions pas la reconnaissance.

Je voudrais d'ailleurs attirer votre attention sur cette maladie qu'est la surdité et sur ses conséquences psychiques sur la vie et l'entourage des gens. La reconnaissance des cas de surdité professionnelle intervient toujours de façon individuelle. Or la plupart du temps, les services de médecine du travail disposent des résultats des audiogrammes des autres travailleurs au même poste de travail. Question : pourquoi, dans l'instruction d'un dossier de maladie professionnelle, n'utilise-t-on jamais les résultats des travaux des médecins du travail, qui mettent en évidence, sur un groupe donné, l'impact réel du bruit sur le poste exposé ?

Lorsqu'on cherche à connaître le nombre de surdités dues au travail, en France, le seul chiffre que l'on trouve est celui de 420 surdités reconnues par an, alors qu'en Allemagne, où 12 000 signalements sont faits chaque année, cette maladie est connue comme étant la première maladie professionnelle.

M. le président Julien Borowczyk. Un grand nombre de personnes que nous avons auditionnées nous ont alertés sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en France – notamment parce que le médecin de ville n'est pas nécessairement ou suffisamment sensibilisé à l'enjeu de la déclaration. Vous venez de le dire, il faut absolument utiliser les tableaux au maximum comme base de travail pour déclarer les cas qui peuvent l'être, sur la base de dossiers étayés.

M. Marc Andéol. Arrêtons de demander aux médecins ce qu'ils ne peuvent pas faire. Ils ne sont pas là pour rédiger en langage administratif des certificats relatifs aux maladies professionnelles.

Savez-vous que le formulaire de déclaration de maladies professionnelles s'ouvre sur une case que doit cocher le médecin ? L'assurance maladie lui demande de choisir entre une déclaration de maladie professionnelle et une demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle. Tout est dit...

M. le président Julien Borowczyk. J'ai toujours une grande hésitation lorsque je suis confronté à cette case cocher ...

Mme Josiane Corneloup. Les données obtenues au niveau local peuvent-elles être comparées à d'autres aires industrielles ? Si oui, corroborent-elles les statistiques nationales ?

Quelles sont les actions concrètes qui peuvent être engagées pour améliorer la santé au travail dans le secteur de l'industrie – nous avons évoqué le DMP ? Quand le risque est diagnostiqué, comment éviter le développement de la maladie ? Quelles sont vos relations, pour ce faire, avec les différents partenaires institutionnels ?

M. Marc Andéol. Nous avons de très bonnes relations avec l'inspection du travail. Par ailleurs, la direction régionale des entreprises, la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et l'agence régionale de santé (ARS) ont soutenu notre programme. Les institutions sont donc des partenaires sans lesquels le développement de ce programme n'aurait pas pu se faire.

Les données sont-elles comparables ? Il s'agit là d'un terrain glissant, car ce sont en général des petits groupes de populations très exposés. Il convient donc d'être très prudents dans les comparaisons.

Par exemple, il existe d'importantes différences techniques entre les hauts fourneaux de Fos-sur-Mer et ceux de Dunkerque ; l'exposition au risque est plus importante à Fos-sur-Mer qu'à Dunkerque. Lorsqu'on s'engage dans des comparaisons, il faut toujours tenir compte des spécificités locales.

Néanmoins, du point de vue des comparaisons que je qualifierai d'indiciaires, avec les statistiques nationales de l'assurance maladie, il est possible de dire que, dans notre clientèle, la maladie professionnelle la plus prégnante est la surdité, alors qu'elle ne représente que 2,3 % des cas indemnisés par l'assurance maladie. Ce qui veut dire qu'il existe un énorme problème de signalement et de déclaration des cas de surdité. Je pourrai reprendre les propos d'un médecin généraliste qui disait, avec humour : « Quand un patient est sourd, eh bien je hausse la voix »...

On observe un phénomène extrêmement préoccupant pour ce qui concerne les cancers : les statistiques nationales de l'assurance maladie nous disent que 80 % d'entre eux sont imputables à l'amiante, un facteur de risque qui serait aujourd'hui éradiqué des établissements. Cependant, l'indemnité que touchera un salarié pour un cancer de l'amiante est sans proportion avec l'indemnité versée pour un cancer aux HAP de la cokerie de Fos-sur-Mer. Les cancers de l'amiante étant imputés au compte spécial – c'est-à-dire que tout le monde paie –, un mécanisme pervers s'est mis en place, qui fait que la grande majorité des cancers est enregistrée sous la rubrique amiante, car il y a eu de l'amiante à la cokerie. Or, les 150 cas de cancer déclarés par l'APCME ont une cause très diverse. Cependant, quand un salarié a été exposé à l'amiante et aux HAP, par exemple, nous le déclarons dans la rubrique « amiante » pour ne pas réduire son indemnisation.

Lorsqu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), il y a quelques années, indiquait que les données de l'assurance maladie faisaient obstacle aux politiques de prévention, il ne s'agissait pas d'une simple formule de style.

Pour faire de la prévention, il est indispensable de connaître le risque effectif. Or nous avons une représentation fautive du risque effectif. Les accidentologues appellent cela des erreurs de représentation, et elles sont dramatiques. Car si la représentation que nous avons du problème est fautive, on aura beau déployer un comportement vertueux, on se retrouvera dans le mur.

M. le président Julien Borowczyk. Je vous remercie de votre présence et de tout le travail que vous avez réalisé.

L'audition s'achève à 15 heures 10

Membres présents ou excusés

**Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie
(risques chimiques, psychosociaux ou physiques)
et les moyens à déployer pour leur élimination**

Réunion du mercredi 6 juin 2018 à 14 heures

Présents. – Mme Delphine Bagarry, M. Julien Borowczyk, Mme Josiane Corneloup,
M. Pierre Dharréville, M. Brahim Hammouche

Excusés. – M. Bertrand Bouyx, Mme Hélène Vainqueur-Christophe