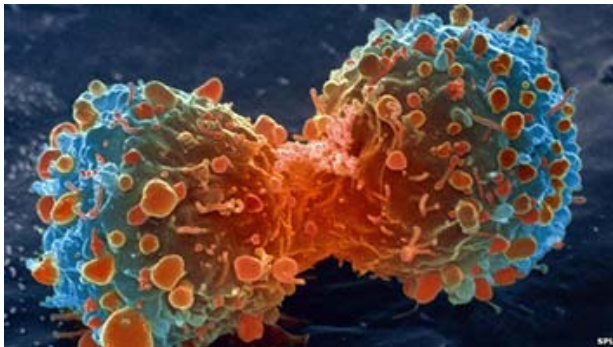


Les cancers d'origine professionnelle, l'invisibilité sociale !

Etude réalisée par le **Docteur LAAOUEJ Jilali – Médecin généraliste, spécialisé en médecine du travail de la Faculté de médecine de l'Université de Liège**



En Belgique, le nombre de cas de cancers diagnostiqués en 1993 était de 32.742 pour une population de 10.100.631 habitants. En 2013, le nombre des nouveaux cas de cancer diagnostiqués s'élevait à 71.536 pour une population de 11.2 millions d'habitants, soit plus du doublement de cas de cancer en 20 ans, en chiffres standardisés.¹

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)², 20% des cas de cancer sont d'origine génétique et 80% sont attribuables à des facteurs environnementaux. L'OMS estime également que 40% des cancers pourraient être évités grâce à des stratégies de prévention efficaces³.

Les taux de cancers d'origine professionnelle les plus souvent cités font référence à une étude controversée menée par le médecin épidémiologiste britannique Richard DOLL⁴ et publiée en 1981⁵ et qui estime que 8% des cancers chez l'homme et 1% chez la femme peuvent être attribuées aux expositions professionnelles. Cette étude va durablement occulter les recherches sur les causes du cancer et des politiques à mettre en œuvre pour les prévenir. En 2001, des estimations très complètes sur la mortalité par cancer,

publiées par une équipe finlandaise, ont établi des chiffres supérieurs à ceux de DOLL et PETO. Pour les chercheurs finlandais, la part des cancers professionnels dans l'ensemble des cancers atteindrait les 8 % (14 % pour les hommes et 2 % pour les femmes). Dans la population masculine, 29 % des cancers du poumon, 18 % des leucémies, 14 % des cancers de la vessie et 12 % des cancers du pancréas seraient dus à une cause professionnelle⁶.

Signataire de l'Appel de Paris⁷, Samuel S. EPSTEIN alertait de l'urgence d'agir afin de sortir du mensonge entretenu par les industriels sur l'importance des cancers liés aux expositions professionnelles et environnementales : *"Il est indispensable de ne pas cacher à nos concitoyens que l'on constate une escalade vertigineuse de cancers, sans aucun lien avec une quelconque exposition au tabac (même si celui-ci est un cancérigène reconnu). Mais les responsables sanitaires tendent à minimiser l'effet des polluants chimiques. Pourtant les chiffres sont éloquentes. En France entre 1980 et 2000 le nombre de cancers de la thyroïde s'est accru de 150%, celui des lymphomes non hodgkiniens de 103%, du sein de 60%, du cerveau de 57%, du testicule de 46%, les leucémies aiguës de 36%. De même, aux États-Unis, on a recensé une hausse de 60% des cas de leucémies et de 48% des tumeurs malignes du cerveau. Une hausse encore largement inexpliquée."*⁸

...

Dans un article publié en 1998, le même Samuel S. EPSTEIN⁹ expliquait : “Un grand nombre des cas de cancers actuels découlent d'événements et d'expositions qui ont eu lieu pendant les années 1950 et 1960. La production, l'utilisation et l'évacuation de cancérigènes industriels synthétiques, organiques et autres étaient de très faible envergure à ce moment-là par rapport à leurs niveaux actuels. Cela déterminera les taux de cancer des populations plus jeunes qui y sont exposées actuellement. Il y a tout lieu de croire que même les taux de cancer élevés actuels seront dépassés au cours des prochaines décennies”.

Le vieillissement de la population n'explique pas à lui seul l'augmentation des taux de cancer. L'évolution du nombre de cancers dans le même groupe d'âge permet de confirmer un accroissement des cas de cancers¹⁰.

Samuel Epstein estime que la mortalité globale par cancer attribuable au travail serait d'au moins 20% aux États-Unis. Il milite depuis des dizaines d'années pour changer les politiques de santé en matière de lutte contre le cancer¹¹.

Selon l'épidémiologue Kogevinas, 29 % de l'ensemble des décès par cancer du poumon en Finlande seraient d'origine professionnelle (dont 14 % dus à l'exposition à l'amiante, 2,7 % à l'exposition à la silice cristalline, 0,2 % au cadmium, 1,6 % au chrome hexavalent, 1,5 % au nickel, 4,5 % au radon et 3 % au tabagisme passif professionnel¹²).

Même en estimant au bas mot à 8% les cancers liés aux conditions de travail (pour certains cancers, comme les cancers du poumon ou de la vessie, cette proportion dépasse même très nettement la barre des 10 %¹³), il est clair qu'avec plus de 80.000 morts par an en Europe, la mortalité par cancer liée au travail dépasse de loin le taux de mortalité due à des accidents de travail et c'est probablement la cause principale de décès liés aux conditions de travail¹⁴.

En France, l'étude COSMOP a analysé la mortalité et les causes de décès par secteur d'activité. Elle démontre d'importantes inégalités sociales de mortalité. Pour la mortalité toutes causes, et plus encore pour les cancers, ces tendances sont encore renforcées en ce qui concerne la mortalité prématurée, de loin supérieure chez les ouvriers. Les ouvriers meurent 3 fois plus du cancer du poumon que les cadres alors que la différence de proportion de fumeurs est de l'ordre de 20% entre les deux catégories. La même étude démontre qu'entre 45 et 54 ans, un ouvrier a quatre fois plus de risque de mourir par cancer qu'un cadre supérieur.

L'exploration et la compréhension des causes de ces inégalités sont complexes et la contribution des expositions professionnelles à ces inégalités est encore très mal connue à l'heure actuelle.¹⁵

La place des expositions professionnelles à des facteurs physico-chimiques est d'ailleurs du même ordre de grandeur pour les cancers de la vessie, dont les facteurs professionnels expliqueraient la moitié des différences sociales observées pour cette pathologie également.

Pour l'épidémiologue française Ellen IMBERMON, les salariés de la maintenance (installation, entretien, réglage et réparation) sont souvent plus exposés que les autres à des agents cancérigènes : 46% sont exposés à deux cancérigènes ou plus, soit près d'un sur deux. On trouve d'ailleurs dans ce secteur une plus forte proportion de jeunes apprentis ou en contrat de formation. Ces derniers sont d'ailleurs les plus exposés avec 19% contre 15% pour les intérimaires, 14% pour les CDI et 10% pour les CDD. Chez les ouvriers, un cancer sur cinq (20%) serait lié aux expositions professionnelles. Plus de 15% des cancers du poumon chez l'homme auraient une origine professionnelle, plus de 10% des cancers du sang, environ 10% des cancers de la vessie, 45% des cancers du nez, 85% des cancers de la plèvre...¹⁶.

♦ ♦ ♦

Une enquête française dont pourrait s'inspirer la Belgique

En France, l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) a déjà été réalisée à trois reprises par des médecins du travail (en 1994, en 2002-2003 et en 2009-2010). La qualité de l'expertise des médecins enquêteurs a contribué à la reconnaissance de cet outil comme étant une base de données essentielle. La coordination de l'enquête est assurée par les pouvoirs publics (Ministère de l'Emploi et les directions générales), le tout sous la supervision d'un comité scientifique composé d'experts en statistiques, épidémiologie, ergonomie, psychodynamique du travail, toxicologie... issus de diverses institutions de prévention ou de recherche en France.

L'avantage d'une telle enquête est qu'elle permet aux pouvoirs publics et aux interlocuteurs sociaux de mieux cibler une politique du travail et de prévention. Une répétition de ces enquêtes dans des délais réguliers comme c'est le cas en France permet d'évaluer les effets de ces politiques de prévention et d'observer l'émergence de nouveaux risques. À travers un relevé très fin des expositions, notamment physiques, chimiques et biologiques, l'enquête a permis de décrire plus de 300 expositions ou situations de travail, ainsi que les dispositifs de prévention mis en place dans les entreprises et le ressenti des salariés.

Selon les résultats de l'enquête réalisée en 2010, un salarié sur trois était exposé à au moins un produit chimique dans l'exercice de son activité. Les secteurs les plus fréquemment exposés: La construction (61% des salariés sont exposés), la fonction publique hospitalière (55%), l'industrie (45%) et l'agriculture (43%). L'exposition à au moins trois agents chimiques (multiexposition) touche 29% des salariés de la construction et 25% des agents de la fonction publique hospitalière. Les solvants sont fréquemment utilisés dans la fonction publique hospitalière et, dans une moindre mesure, dans l'industrie et la construction. Ces deux derniers secteurs sont

les plus exposés à des agents chimiques cancérigènes. Les produits les plus fréquemment cités par les médecins du travail sont les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales, les poussières de bois et la silice cristalline¹⁷.

L'étude attire d'ailleurs particulièrement l'attention sur la relation entre exposition aux agents chimiques et représentation syndicale. À travers l'enquête apparaît que les jeunes travailleurs et les travailleurs des entreprises où il n'y pas de représentation syndicale sont particulièrement exposés. Ce qui renforce l'argumentation syndicale de la nécessité de faire abaisser les seuils pour l'instauration d'un CPPT de 50 à 20 travailleurs en Belgique.

À travers l'enquête apparaît que les jeunes travailleurs et les travailleurs des entreprises où il n'y pas de représentation syndicale sont particulièrement exposés.

La prolifération de substances chimiques favorise le développement de cancers professionnels

La production mondiale de substances chimiques est passée d'un million de tonnes en 1930 à plus de 400 millions de tonnes aujourd'hui. Près de 100.000 substances différentes sont répertoriées sur le marché communautaire, dont 30.000 commercialisées en quantités supérieures à 1 tonne par an, avec environ un tiers de la production mondiale, l'industrie chimique de l'Union européenne est la première industrie chimique du monde¹⁸. À ce jour, le CIRC a évalué près de 1 000 substances, environ 460 d'entre elles ont été identifiées comme cancérigènes ou potentiellement cancérigènes. Parmi les 111 substances classées dans le groupe 1, c'est-à-dire des cancérigènes avérés pour l'être humain, plus de 60 sont présents dans les milieux de travail.

...

La classification du CIRC:
groupe 1 : cancérigène pour l'homme
groupe 2A : probablement cancérigène pour l'homme
groupe 2B : cancérigène possible pour l'homme
groupe 3 : ne peut être classé du point de vue de sa cancérigénicité pour l'homme
groupe 4 : probablement non cancérigène pour l'homme

Selon M. GOLDBERG et E. IMBERON, « **plus de la moitié des cancérigènes avérés chez l'homme se trouvent dans l'environnement professionnel** »¹⁹. Parmi les cancérigènes du groupe 1 figurent des substances d'usage courant dans l'industrie comme l'arsenic, le benzène, le béryllium, le cadmium, le chrome VI, l'oxyde d'éthylène et le chlorure de vinyle. La liste des cancérigènes du groupe 1 reprend également certains mélanges, notamment les produits à base de tabac, les poussières de bois, les goudrons ainsi que certains processus industriels tels que la fabrication et la réparation de chaussures, la production de caoutchouc, d'aluminium, de fer ou d'acier, ou des métiers comme ceux de peintre ou de pompier.

En Europe, environ 32 millions de travailleurs, soit 23 % de la population active, seraient exposés à des facteurs de risque cancérigène.

La reconnaissance des cancers professionnels

Les systèmes de reconnaissance des cancers professionnels se montrent particulièrement défaillants dans les pays européens. Pour la France, en 2005, la Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a reconnu 2.059 cas de cancers professionnels sur 2.635 déclarés.

Pourtant, les cancers professionnels représentent entre 11.000 et 23.000 nouveaux cas par an, dont la moitié sont mortels, soit plus que le nombre de tués sur la route en France, d'après l'Institut de Veille sanitaire²⁰.

En Europe, l'étude CAREX (CARcinogène EXposure) estime que ce sont 32 millions de travailleurs, soit 23 % de la population active, qui seraient exposés à des facteurs de risque cancérigène (139 agents carcinogènes retenus dans l'étude du groupe 1 et 2a).

En Belgique, le faible effectif de cas de cancers indemnisés en maladie professionnelle accrédite l'opinion selon laquelle les cancers professionnels représentent un problème marginal. Ceci entraîne une faible vigilance pour les risques identifiés, une absence de stimulation en matière de recherche sur les facteurs cancérigènes en milieu de travail, et donc un retard dans le développement des connaissances scientifiques. Entre 2000 et 2015, le Fond des Maladies professionnelles reconnaissait de 150 à 300 cas par année de cancers professionnels, dont une proportion majoritaire de cas de mésothéliome (50 à 60%). Alors que le nombre de cancers d'origine professionnels attendu est de l'ordre de 2400 à 2600 cas par année (estimation la plus basse). En 15 années, sur 3/3931 cas de cancer ont été reconnu en système ouvert.

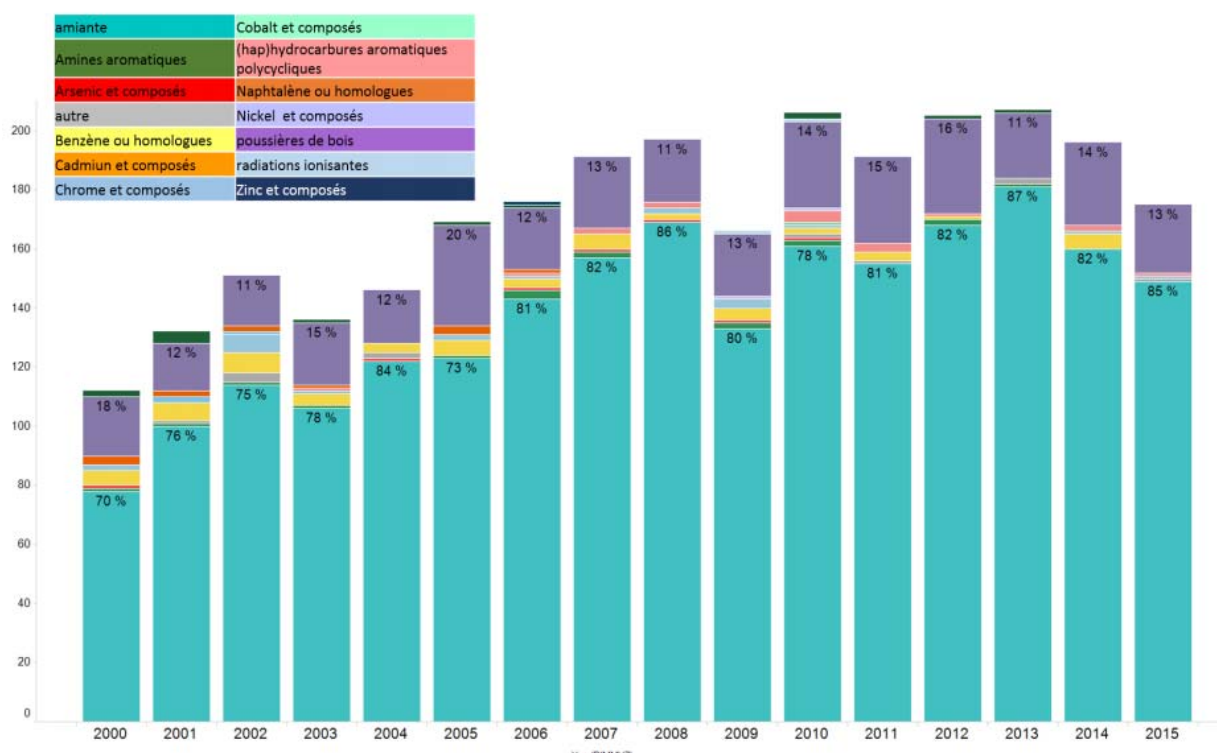
Il n'y a actuellement pas de volonté politique de rechercher les causes du cancer. Le plan cancer²¹, lancé en 2008 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de l'époque, prévoyait 32 mesures, dont aucune n'a pour mission de rechercher les véritables causes du cancer. Une amélioration de l'enregistrement des données est prévue, mais le critère professionnel en est exclu. Il semble que les enjeux économiques soient décidément un obstacle infranchissable pour qui s'interroge sur les liens entre activités industrielles et altérations de la santé.

...

Les cancers reconnus en maladies professionnelles en Belgique entre

2000 et 2015

Type de cancer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Fosses nasales et oreille moyenne	2	5	6	6		1	2	1	1	1	4	4	6		5	1	45
Sinus de la face	21	13	16	18	19	37	22	24	24	29	26	30	32	30	26	25	392
Larynx	3	5	9	2	5	4	4	4	4	3	3			4	7	3	60
Mésothéliome	69	71	88	67	106	115	116	139	150	123	154	149	166	152	153	174	1992
Bronches et du poumon	38	56	74	51	50	60	69	81	91	71	88	71	79	94	64	56	1093
Cœur, médiastin et plèvre			6	22	1												29
Leucémie lymphoïde		1		3	3	5	4	3	3	3	1	2				2	30
Leucémie myéloïde	3	7	9	5	6	9	2	4	6	3	7	9	5	4	4	3	86
Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes	1	1	4			1	1	2	1	1		1		2		3	18
Syndromes myélodysplasiques	1		1	2	1		5	4		3	1	4	1		2	1	26
Vessie	2	2	3	2	3	3	5	5	2	2	2	3	3	3	1	3	44
Autre	19	9	9	10	8	5	4	11	1	7	6	7	5	9	4	4	118
Total	159	170	224	187	202	240	234	278	283	246	292	280	297	298	266	275	3931



...

Des exemples venant d'autres pays européens

L'Allemagne figure parmi les pays européens qui ont un taux de reconnaissance des cancers professionnels les plus élevé.

Le pays possède, depuis 1978, des données précises sur le pourcentage des cancers professionnels indemnisés par rapport aux cancers professionnels estimés. La proportion de cancers reconnus reste cependant en deçà de l'estimation des cancers d'origine professionnelle.

Évolution de l'indemnisation des cancers professionnels en Allemagne (1978-2010)

Année	Nombre de cas de cancers professionnels indemnisés	Estimation du nombre total de cancers professionnels	Cas indemnisés (%)
1978	96	13 214	0,7
1988	455	7 637	6,2
1998	1 913	18 614	10,3
2008	2 074	12 244	16,9
2010	2 144	14 612	14,7

L'Italie possède un registre des mésothéliomes (ReNaM), un registre des cancers du nez et des sinus ainsi qu'un registre des cancers dont l'étiologie professionnelle est plus faible (ReNaLOC). Dans ce dernier registre, les médecins sont encouragés à signaler les cas de cancers probablement causés par une exposition professionnelle. Une analyse de 936 cas de cancers (hors mésothéliomes) enregistrés entre 1995 et 2008 indique que les localisations des cancers les plus fréquentes chez les hommes sont les cancers du poumon (58 %) et les cancers du nez et des sinus (17 %). Pour les femmes, les localisations les plus fréquentes sont les cancers du nez et des sinus (21 %) et les cancers du sein (21 %). Les secteurs les plus concernés sont les industries de la métallurgie, de la construction, des soins de santé et des transports. Les cancérogènes les plus souvent cités sont la silice, les hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA), l'amiante et les radiations ionisantes. Pour les femmes, les radiations ionisantes sont incriminées dans 60 % des cas signalés (qui concernent notamment le personnel navigant de l'aviation civile). Les trois quarts des cas enregistrés proviennent de trois régions: Lombardie, Piémont et Vénétie²².

Les pays scandinaves ont mis en place le projet Nocca (Nordic Occupational Cancer) qui récolte et traite les données communes de cinq pays (Islande, Norvège, Suède, Finlande et Danemark). Ce qui permet de disposer d'un outil statistique particulièrement puissant,

puisqu'il recense quelque 2,8 millions de cas de cancer et tient compte des professions exercées par 15 millions de personnes au cours de quatre décennies (du début des années 1960 à la fin des années 1990). Dans certains cas, ces résultats confirment des associations déjà connues comme les cancers de la peau parmi les pêcheurs et fermiers qui travaillent en plein air, les cancers des fosses nasales des travailleurs du bois, de très nombreux cancers dans le secteur de la construction où les travailleurs sont soumis à des expositions multiples. Dans d'autres cas, les résultats du projet apportent des éléments nouveaux. Ainsi, le projet Nocca a pu identifier une plus forte prévalence des cancers de la bouche et du vagin parmi les femmes travaillant dans l'industrie chimique; des cancers de la peau, cancers du sein (aussi bien féminins que masculins) et des cancers des ovaires parmi les imprimeurs; des cancers de la thyroïde parmi les femmes travaillant dans l'agriculture. Pour les femmes, on observe également un risque accru de cancers de la vessie dans des activités comme la culture du tabac, l'industrie chimique, l'imprimerie, la coiffure et les professions de la vente.

En France, le projet Giscop93²³ (Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle) a été lancé en 2001 dans un département industriel de la banlieue parisienne, la Seine-Saint-Denis.

♦ ♦ ♦

Il s'est développé grâce à la collaboration entre une équipe universitaire et trois hôpitaux. Il a bénéficié d'un fort soutien des autorités locales du département ainsi que des organisations syndicales. Les patients atteints d'un cancer reconstruisent leur vie professionnelle avec l'aide d'une équipe d'enquêteurs. Jusqu'à présent, Giscop93 s'est concentré sur trois groupes de localisations des cancers: les cancers des voies respiratoires, les cancers des voies urinaires et les cancers hématologiques. Les entretiens approfondis avec les patients permettent d'identifier des expositions éventuelles à des agents cancérogènes.

Entre 2002 et 2011, sur plus de 1 070 personnes atteintes d'un cancer dont la vie professionnelle a été analysée étape par étape, 897 avaient été exposées au moins pendant une période de leur vie à un agent cancérogène au cours de leur travail. Il s'agit de 89 % des hommes et de 62 % des femmes²⁴ Giscop93 a permis d'identifier les travailleurs les plus à risque, comme la sous-traitance, les emplois précaires menant à des expositions multiples et rendant impossible l'accès à des dispositifs efficaces de prévention.

En Belgique, le registre du cancer ne récolte aucune donnée en matière d'exposition professionnelle, ni d'ailleurs en relation avec le niveau social. Depuis 2011 des données d'ordre géographique sont disponibles.

C'est dans une étude publiée en 2013, que le docteur Isabelle MORELLE a fait part de son expérience dans le cadre d'une démarche de dépistage des cancers bronchiques d'origine professionnelle, à l'Institut Bordet (ULB). Elle relevait qu'en 2008, le FMP indemnisait 62 cas de cancers bronchiques alors que 702 cas étaient théoriquement attendus. Le travail du docteur MORELLE avait pour objectif d'apprécier la fréquence des cancers pulmonaires d'origine professionnelle dans un hôpital belge spécialisé en oncologie.

Du 1er septembre 2009 au 31 janvier 2011, tout nouveau patient atteint d'un cancer bronchique a été dirigé vers une consultation de repérage des expositions professionnelles à un agent cancérogène pour le poumon. Parmi 81 anamnèses professionnelles effectuées, 28 patients (35 %) ont été, de manière certaine ou probable, exposés à un ou plusieurs agents cancérogènes pulmonaires (connus ou

suspectés). Ces patients étaient tous des hommes, majoritairement des cols bleus. Treize demandes en réparation pour

maladie d'origine professionnelle ont été introduites : neuf reconnues, une rejetée et trois en attente. Cette étude montre l'utilité d'un médecin formé en pathologies professionnelles au sein d'un département de médecine clinique pour réduire la « sous-déclaration » des cancers.²⁵ Dans la foulée de cette étude, le Fonds des Maladies professionnelles a financé des projets d'études identiques auprès de deux autres hôpitaux universitaires, les résultats sont en attentes.

La sociologue française Annie THÉBAUD-MONY ²⁶souligne également les difficultés des médecins face aux cancers d'origine professionnelle. Ils doivent identifier l'exposition à un ou plusieurs cancérogènes, ce qui suppose de pouvoir retracer les parcours professionnels et d'accéder à l'histoire de l'activité de travail d'une personne. Souvent, les patients ne connaissent pas les produits ou les poussières auxquels ils ont été exposés. Il peut s'écouler de 10 à 40 ans entre le moment de l'exposition à un cancérogène et la survenue des cancers. Mais surtout, dit-elle, ils doivent rompre avec la représentation dominante du cancer comme maladie liée aux seuls comportements à risques (tabagie, alcoolisme, etc.). Dans de nombreux pays, une surveillance des conditions de travail et de la santé des travailleurs existe de longue date. Les services de sécurité effectuent des mesures d'atmosphère dans les ateliers, la médecine du travail fait réaliser des analyses de sang et d'urine chez les travailleurs exposés à des toxiques.

...

Le rôle du médecin du travail pourrait être important dans l'identification des cancers professionnels, mais ce dernier est souvent exclu de la chaîne d'information. L'influence du médecin du travail dans la prévention des cancers professionnels est ambiguë. Souvent, son manque d'indépendance face à l'employeur ne facilite pas son implication dans une culture de prévention des risques²⁷. C'est particulièrement le cas quand la prévention entre en compétition avec des enjeux industriels et économiques majeurs.

Le risque considéré comme acceptable pour les travailleurs est généralement bien plus élevé que celui retenu pour la population générale. À titre d'exemple, chez les travailleurs exposés, la concentration de cadmium²⁸ urinaire doit être maintenue en deçà de 5 µg/g de créatinine (correspondant à une dose interne du métal pour laquelle le risque d'atteinte rénale est d'environ 30 %), alors que le seuil proposé par les experts européens du Comité scientifique de Toxicologie, Ecotoxicologie et l'Environnement (CSTEE) pour la population générale est de 2 µg/g créatinine²⁹.

Le chrome hexavalent hydrosoluble pour lequel la dose admise dans l'air ambiant pour un risque inférieur à 1/1.000.000 est de 0,25 ng/m³ pour la population générale, alors que la VLEP est de 0.05 mg/m³, soit une dose 200 000 fois plus élevée. Les calculs d'excès de risque effectués à partir d'un modèle linéaire sans seuil indiquent 5 à 28 cas de cancers pulmonaires supplémentaires sur une population de 1000 travailleurs pour une exposition professionnelle de 50 µg/m³ de chrome VI.³⁰

Excess Cases of Lung Cancer*

Excess lung cancer cases per 1000 male workers	Exposure (Working Lifetime to a range of Cr ^{vi} compounds)
5-28	50 µg/m ³
2-14	25 µg/m ³
1-6	10 µg/m ³
0,5-3	5 µg/m ³
0,1-0,6	1 µg/m ³

Le benzène, un tueur qui a de l'avenir.

Le Benzène est un hydrocarbure utilisé dans l'industrie chimique en tant que solvant. Il entre dans la composition de colorants, carburants, médicaments, explosifs, du phénol, du caoutchouc ou encore du plastique. Ce liquide incolore est cancérigène et fortement inflammable. On le retrouve par exemple dans la fumée de cigarette ou la combustion du bois. Le benzène est à l'origine de maladies professionnelles, son ingestion provoque des troubles neurologiques, digestifs, cutanés et peut entraîner la mort³¹. La directive européenne (2000/69/CE³²) intégrée à celle de 2008 (2008/69/CE) fixe la valeur limite en air ambiant pour le benzène à 5µg/m³, alors que la valeur limite d'exposition professionnelle est de 3.25mg/m³ (1ppm), soit des doses 650 fois supérieures. Le benzène demeure une source de pollution atmosphérique extrêmement répandue, car l'essence sans plomb et le diesel peuvent toujours en contenir jusqu'à 1 % (en volume).

Le rôle du Fonds des maladies professionnelles en matière de reconnaissance de cancers professionnels

Dans une entreprise de fabrication de profilés métalliques, qui devaient être découpés, pliés, dégraissés, décapés, soudés et peints, quatre travailleurs développent des cancers hématopoïétiques³³, deux lymphomes non hodgkinien³⁴, deux myélomes multiples³⁵. Trois d'entre eux travaillaient dans l'entreprise au début des années 70, le quatrième est engagé en 1986.

L'entreprise ferme en 2006 et délocalise ses activités en Espagne. Les maladies apparaissent à partir de 1997 et 2006. L'anamnèse permet d'identifier diverses substances : benzène, trichloréthylène, white spirit, fumées échappements diesel, fumées de soudage, peinture au plomb, huiles minérales chauffées. Des demandes en reconnaissance en maladie professionnelle sont établies sous le code 1.121.01 (exposition au benzène).

Les demandes sont formulées dans le même temps, par le même médecin du travail, peu avant la fermeture de l'usine. Une enquête d'exposition

réalisée à la demande du FMP confirme l'exposition au benzène, mais rejette les demandes au motif qu'il ne s'agit pas de maladies inscrites sur la

liste des maladies professionnelles. Une contestation au Tribunal du Travail aboutit à la redistribution des dossiers auprès des trois médecins experts différents. Au cours des travaux, la multiexposition comme facteur aggravant est évoquée, et il est demandé que des devoirs complémentaires soient ordonnés, puisqu'il semble que d'autres collègues aient déclaré des maladies cancéreuses. Cependant les trois experts rejettent la reconnaissance, estimant que les cancers évoqués ne font pas la preuve d'une cause certaine en relation avec une exposition au benzène. En 2009, l'IARC³⁶ revoit la monographie du benzène et sur base d'une revue de la littérature, il formule de nouvelles recommandations. L'IARC maintient que le benzène est un cancérigène avéré pour l'homme, inscrit au groupe I, – il existe des preuves suffisantes pour une relation de causalité entre l'exposition au benzène et la leucémie myéloïde aiguë –, et énonce l'existence d'une association positive avec des preuves limitées entre une exposition au benzène et lymphome non hodgkinien et myélome multiple.

Sur cette base, les expertises sont invalidées, les quatre dossiers sont regroupés, une nouvelle mission d'expertise est ordonnée auprès d'un collège d'experts. Le

collège d'experts relève l'agrégat anormal des quatre cancers pour une entreprise d'une centaine d'ouvriers de production, s'étonne des réticences du FMP et le manque d'initiative scientifique pour tenter de comprendre cet excès de cancer au sein d'une même entreprise. Le FMP n'a notamment fait

aucune démarche pour connaître le devenir des autres travailleurs de cette entreprise, ni d'ailleurs d'entreprises semblables.

Le risque considéré comme acceptable pour les travailleurs est généralement bien plus élevé que celui retenu pour la population générale.

Le silence en matière de cancer professionnel du FMP est régulièrement dénoncé, sans que rien ne change. Ne serait-il pas d'intérêt scientifique, de santé publique, humainement justifié devant tout cas de

déclaration de cancer dans une entreprise de mettre en œuvre une étude sur les circonstances d'exposition et une étude d'impact pour les autres travailleurs exposés et éventuellement sur l'environnement au sens large?

Après un long débat, un jugement est prononcé et confirme la reconnaissance en maladie professionnelle pour les quatre dossiers, entre-temps deux travailleurs décèdent en 2010 et 2011. Le FMP fait appel du jugement et mandate un professeur d'université qui va reprendre l'ensemble des études et faire la critique de la nouvelle monographie de l'IARC, qui avait été pourtant opposée à la précédente expertise en 2006. Le FMP réfute la relation de causalité en faisant valoir que les malades doivent apporter la preuve d'une relation de causalité indiscutable, et qu'une maladie ne peut être déclarée **«prépondérante»** dans la population exposée. Le FMP n'hésite pas à s'appuyer sur des études financées par l'organisme CONCAWE (un centre de recherche de l'association de pétroliers) qui exerce un lobbying de longue date contre toute mise en cause du benzène

L'essentiel des cancers d'origine professionnelle demeure ainsi, de manière scandaleuse, hors du champ de la reconnaissance

dans les excès de cancers hématopoïétiques retrouvés dans une majorité d'études.

Le FMP n'a jamais été en mesure d'expliquer de manière précise les maladies reconnues sous le code 1.121.01, ni les critères qui lui permettaient d'exclure une demande pour une maladie inscrite dans la liste fermée et dont le lien avec l'exposition professionnelle bénéficie de présomption (irréfragable).

Il faut expliquer que pour les 86 premiers codes de la liste fermée des maladies professionnelles (qui en compte 161), aucune maladie n'est clairement décrite? Pour tous ces codes et malgré la présomption du lien de causalité, c'est le FMP qui fixe les règles de reconnaissance. En matière de cancer, le FMP ne s'autorise aucun doute.

L'essentiel des cancers d'origine professionnelle demeure ainsi, de manière scandaleuse, hors du champ de la reconnaissance. Le phénomène de sous-déclaration, largement reconnu et institutionnalisé ne soulève aucune réaction politique et laisse des milliers de travailleuses et de travailleurs et leur famille assumer dans l'isolement le drame de ces terribles maladies dont la mortalité reste très élevée (50%).

Faut-il encore avoir le bon cancer, celui précisément qui est le plus fréquemment observé pour la substance que l'on suspecte. Car il en va ainsi de la liste des maladies professionnelles, la maladie ne peut être rapportée qu'à une seule substance par demande. Il faut dès lors choisir le bon code !

Les procédures de reconnaissance en vigueur actuellement constituent des obstacles intolérables pour les travailleurs atteints d'un cancer suspecté d'être d'origine professionnelle. L'annonce du diagnostic constitue en soi un traumatisme et le lien avec une exposition professionnelle n'est souvent pas la préoccupation première pour ces malades. Lorsque la maladie leur en laisse le temps et si leur état le permet, certains par le hasard d'une information ou d'une consultation, font le lien avec leur profession. Le travail de mémoire doit alors faire son œuvre pour retrouver le nom des produits manipulés ou des circonstances d'exposition. Les informations sont toujours fragmentaires, imprécises. Les entreprises n'existent plus, on se rappelle vaguement l'odeur forte d'un composé. Pour certains qui ont fait carrière dans la même profession (mécanicien, fondeur, maçon, menuisier, peintre...) on peut reconstituer une histoire et procéder par assimilation. Faut-il encore avoir le bon cancer,

celui précisément qui est le plus fréquemment observé pour la substance que l'on suspecte. Car il en va ainsi de la liste des maladies professionnelles, la maladie ne peut être rapportée qu'à une seule substance par demande. Il faut dès lors choisir le bon code !

Scandale et désespoir pour les victimes de l'amiante.

Pour l'amiante, les premiers éléments de preuve médicale viennent de Grande-Bretagne. En 1898, Adelaïde ANDERSON, Lady Inspector of Factories, inscrit dans son rapport annuel son souhait que l'amiante soit inclus dans la liste des poussières dangereuses. En 1906, le docteur MURRAY est le premier médecin qui associe explicitement l'amiante à une maladie pulmonaire. Les descriptions cliniques vont se succéder et aboutir à la reconnaissance de l'asbestose en maladie professionnelle par une loi en 1930³⁷.

En Belgique, cette reconnaissance survient en 1953 pour l'asbestose et en 1982 pour le mésothéliome, alors que les premiers cas de reconnaissance du mésothéliome en maladie professionnelle datent de 1953 en Afrique du Sud. L'utilisation d'amiante floqué est interdite depuis le 1/1/1980. Mais, vu que les flocages étaient utilisés jusqu'à cette date-là pour isoler ou protéger d'un incendie les bâtiments, il en reste toujours des quantités importantes dans les bâtiments à l'heure actuelle. Les risques liés à l'amiante ont connu une médiatisation exceptionnelle en raison de leur caractère non exclusivement professionnel – il suffit d'évoquer l'affaire du bâtiment du Berlaymont. Cette médiatisation révèle en creux que si la maladie n'avait touché que les travailleurs exposés, elle n'aurait très probablement pas acquis une telle importance sociale, ce qui n'est pas le moindre des scandales³⁸.

L'amiante a été abandonné progressivement en Europe occidentale. Il est interdit au Danemark en 1986, en 1992 en Italie, en 1997 en France et en 2005 pour l'ensemble des pays de l'UE.

♦ ♦ ♦

En Belgique, un arrêté royal interdisant un très grand nombre d'applications d'amiante a été publié (AR du 3 février 1998). Cet AR a été abrogé par l'AR du 23 octobre 2001 qui prévoit une interdiction générale de l'amiante à partir du 1/1/2002. L'utilisation de chrysotile pour certaines applications industrielles spécifiques était toutefois encore autorisée jusqu'au 01/01/2005.

En Belgique, cette reconnaissance survient en 1953 pour l'asbestose et en 1982 pour le mésothéliome.

L'amiante était une catastrophe prévisible. Pourtant, l'hécatombe n'est pas près de s'arrêter. Dans les pays qui ont interdit l'amiante, une cinquantaine en 2013, ce matériau utilisé pendant un siècle est encore présent partout dans les entreprises, les immeubles et les maisons. On le trouve aussi dans des moyens de transport comme des wagons de chemin de fer ou des navires. Longtemps encore, des travailleurs y seront confrontés dans de nombreux métiers.

Et pourtant, la production d'amiante reste importante et stable depuis le début des années 2000, près de 2 millions de tonnes par an. En 2012, la Russie en a produit la moitié dont l'essentiel est exporté. Elle est suivie par la Chine et le Brésil. En tête des utilisateurs d'amiante, on trouve la Chine (plus de 30 % de la consommation mondiale en 2011) suivie par l'Inde (environ 15 % de la consommation mondiale). Selon les estimations de l'OIT, 100 000 personnes meurent chaque année dans le monde des suites d'une exposition professionnelle à l'amiante³⁹.

Les ravages provoqués et que provoquera encore l'amiante pousseront le législateur à adopter une loi-programme en date du 27 décembre 2006⁴⁰, qui va créer un Fonds amiante visant à indemniser de manière forfaitaire, sous certaines conditions, toutes les victimes de l'amiante qui ne peuvent pas faire valoir le droit à une reconnaissance à la suite d'une exposition professionnelle via le FMP. Cette loi a de fait éteint toute possibilité de mise en cause de la responsabilité des

empoisonneurs, puisque l'article 125 §1er empêche tout recours contre le tiers responsable, en contrepartie du financement du Fonds.

« Article 125. §1er

La victime et ses ayants droit qui ont été indemnisés en application du présent chapitre ou d'une législation étrangère équivalente pour une des maladies visées à l'article 118, 1° et 2°, ne peuvent exercer un recours contre le tiers responsable du dommage, en ce compris ses éventuels préposés ou mandataires, aux fins d'obtenir une réparation intégrale de celui-ci que si ce dernier tombe sous le champ d'application des arrêtés d'exécution de l'article 116, 2° et 3° ».

La mise en cause du tiers responsable n'est possible que dans des conditions strictes prescrites par l'article 125§ 2, qui est un copié collé de l'article 51 de la loi relative à la réparation des maladies professionnelles et de l'article 46 de la législation accident du travail.

«Article 125 § 2. Par dérogation au § 1er, l'action en responsabilité civile reste ouverte au profit de la victime ou de ses ayants droit contre le tiers responsable lorsque ce dernier a provoqué intentionnellement la maladie. Est considéré comme ayant intentionnellement provoqué la maladie, tout tiers responsable qui a continué d'exposer la victime au risque d'une exposition à l'amiante, alors qu'une autorité publique lui a donné une injonction relative à l'amiante ou ayant une incidence sur l'exposition à l'amiante, à laquelle il n'a pas obtempéré ou à laquelle il ne s'est pas strictement conformé et ce dans les délais imposés. »

Par conséquent, aucune condamnation n'a été possible pour les travailleurs du groupe ETERNIT⁴¹ en Belgique.

Si l'amiante est aujourd'hui interdite dans l'Union européenne, elle est toujours produite en Russie, en Chine et au Brésil notamment.

Maladie professionnelle, la liste d'exclusion

En 1713, le médecin padouan Bernardo RAMAZZINI recommandait d'ajouter aux questions d'HIPPOCRATE la suivante : "Quelle est votre occupation, quel est votre métier ?".⁴²

Dans les travaux préparatoires de la loi du 24 décembre 1963⁴³, le risque professionnel devait se définir comme « *le risque de contracter une maladie professionnelle par la seule présence de la victime sur les lieux de travail, alors même que le travail qu'elle effectue dans l'entreprise n'est pas susceptible de provoquer la maladie* ». La loi du 3 juin 1970 relative aux maladies professionnelles charge le Roi de dresser la liste des maladies professionnelles dont les dommages donnent lieu à réparation.

Le législateur n'ayant pas jugé utile de s'investir plus avant dans la définition de la maladie professionnelle, il n'a pas donné suite à la recommandation de Commission des Communautés, formulée en 1962⁴⁴, d'établir une liste des maladies professionnelles, mais aussi de prévoir un droit à indemnisation lorsque le travailleur prouve (via un système ouvert), qu'il a contracté, en raison de son travail, une maladie non reprise sur la liste nationale.

Finalement, c'est par la loi du 29 décembre 1990, que le législateur obtempère et introduit dans les lois coordonnées, un article 30bis disposant un « **système ouvert** », qui donne également droit à réparation, dans des conditions qui restent à préciser par le Roi, de la maladie qui, tout en ne figurant pas sur la liste de l'arrêté royal du 28 mars 1969, « **trouve sa cause déterminante et directe dans l'exercice de la profession** ». Dans un premier temps, l'article 32, alinéa 2 précisait qu'il y a avait risque professionnel: « *lorsque l'exposition à l'influence nocive qui est inhérente à l'exercice de la profession est nettement plus grande que celle subie par la population en général et selon les connaissances médicales généralement admises, de nature à provoquer la maladie.* »

La loi du 13 juillet 2006 va modifier le libellé de cet article et substituer au critère d'exposition « *selon les connaissances généralement admises, de nature à provoquer la maladie* », celui de : « *l'exposition qui constitue, dans les groupes de personnes exposées, selon les connaissances médicales généralement admises, la cause prépondérante de la maladie* ».

Même si la relation de causalité entre l'exposition au risque et la maladie professionnelle est présumée dans le système liste, les critères de reconnaissance des maladies professionnelles restent à la discrétion du FMP. Un très petit nombre de maladies professionnelles font l'objet de description via la publication de brochures explicatives.

Pour le système ouvert, l'article 30bis impose à la victime ou à ses ayants droit la charge de la preuve du lien de causalité entre la maladie et l'exposition au risque professionnel de cette maladie. Il en résulte que les demandes reconnues via le système ouvert restent marginales (<1%), la charge de la preuve est disproportionnée, et ne fait pas de différence entre les critères de reconnaissance des maladies en système ouvert ou en système liste.

Même si la relation de causalité entre l'exposition au risque et la maladie professionnelle est présumée dans le système liste, les critères de reconnaissance des maladies professionnelles restent à la discrétion du Fonds de maladie professionnelle.

Sans entrer dans le détail d'une démonstration statistique, le FMP ne reconnaît pas la qualité de « maladie professionnelle » lorsque la maladie apparaît de manière statistiquement significative après une exposition à un risque professionnel, mais lorsque cette maladie apparaît au sein du groupe exposé avec un risque relatif qui doit être supérieur au double de l'apparition de cette maladie dans une population non exposée.

...

Ce défaut fondamental n'est pas propre à la Belgique et concerne tous les pays qui ont instauré un système de reconnaissance fondé sur l'inscription des maladies professionnelles dans un système de liste fermée. Aucun espoir n'est dès lors à attendre d'un tel système, qui fait passer le calcul budgétaire avant la démarche scientifique.

L'introduction du concept de « maladie en relation avec le travail » par l'article 62bis (loi du 13 juillet 2006) n'a pas apporté une plus grande visibilité des risques professionnels. Les maladies qui sont en relation avec le travail sont définies comme: « *des maladies non visées aux articles 30 et 30 bis, qui, selon les connaissances médicales généralement admises, peuvent trouver leur cause partielle dans une exposition à une influence nocive, inhérente à l'activité professionnelle et supérieure à celle subie par la population en général sans que cette exposition dans des groupes de personnes exposées constitue la cause prépondérante de la maladie* ». Ces maladies ne donnent pas lieu à indemnisation, mais peuvent ouvrir le droit à un programme de prévention. Actuellement, seule la lombalgie fait l'objet d'une intervention dans ce cadre (cf.infra). Aucun enseignement n'est actuellement possible quant à l'importance de ces maladies.

Nous n'avons pas le recul pour dire le sort qui sera réservé à cette définition par les juridictions du travail. Ainsi, en matière de reconnaissance en maladie professionnelle dans le système ouvert un arrêt de la Cour de cassation du 2 février 1998⁴⁵ précise que: « *le lien de causalité prévu par l'article 30bis entre l'exercice de la profession et la maladie ne requiert pas que l'exercice de la profession soit la cause exclusive de la maladie; que cet article n'exclut pas une prédisposition, ni n'impose que l'ayant droit doive établir l'importance de l'influence exercée par la prédisposition* ».

En 2013, le FMP a été confronté à une contestation par voie judiciaire dans 683 décisions de refus de reconnaissance. En première instance, les Tribunaux du Travail l'ont condamné à 280 reprises pour 230 décisions en sa faveur. En instance d'appel les Cours du Travail confirmeront les décisions en faveur des victimes dans 26 cas et dans 32 cas en faveur du FMP. Le FMP s'interroge et ne se satisfait pas du fait de la judiciarisation de ces décisions, convaincu du bien-fondé de sa démarche « scientifique » en matière de reconnaissance. Malgré des débats en interne, il semble actuellement impossible pour le FMP de remettre en question les dogmes sur lesquels il s'est construit, et de comprendre que le défaut fondamental est niché au cœur de « sa » définition de la maladie professionnelle.

Aucun espoir n'est dès lors à attendre d'un tel système, qui fait passer le calcul budgétaire avant la démarche scientifique.

On voit dans les définitions multiples tout le malaise du FMP à se positionner comme un véritable arbitre scientifique indépendant de toute influence. Il lui est difficile d'oublier que certaines mesures ont eu des conséquences désastreuses en matière de connaissance et de prévention du risque professionnel. Le cadre budgétaire dans lequel est enfermé le FMP en matière d'indemnisation met les membres du conseil scientifique devant des choix de critères de reconnaissance qui deviennent totalement absurdes en regard des situations réelles de travail, et ne fait que reporter la charge financière sur la collectivité.

La situation décrite depuis le début de notre article ne peut pas perdurer. Il faut agir vite et jouer aussi bien sur le plan politique et construire un rapport de force favorable à un changement de législation en matière de maladies professionnelles qui protège réellement les travailleurs.

En 2013, le Fonds des maladies professionnelles a été confronté à une contestation par voie judiciaire dans 683 décisions de refus de reconnaissance.

Pour clôturer le présent article, nous allons développer une série de recommandations qui vont pouvoir servir de base de réflexion:

1. Redéfinir la maladie professionnelle:

La reconnaissance d'une maladie professionnelle, d'une maladie liée au travail ou d'une maladie aggravée du fait d'un risque professionnel est avant tout un outil diagnostique de santé publique, de la santé de l'entreprise et une mesure de sa politique de prévention des risques professionnels.

Pour la définition de la maladie professionnelle, nous nous en référons à la définition qu'en faisait l'Organisation Internationale du Travail (OIT), en 1964, lorsqu'elle faisait déjà les recommandations suivantes en matière de réparation en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles⁴⁶:

«*Tout membre devrait, dans des conditions prescrites, reconnaître comme maladies professionnelles les maladies dont il est connu qu'elles résultent de l'exposition, dans des procédés, activités ou occupations, à des substances ou à des dangers inhérents à ces procédés, activités et occupations.*»

Pour l'OIT, deux éléments importants sont contenus dans la définition d'une maladie professionnelle:

- **La relation de cause à effet entre l'exposition dans un milieu de travail ou une activité professionnelle et une maladie; et**

- **le fait que la maladie apparaît dans un groupe de personnes exposées à un risque avec une fréquence supérieure à la morbidité moyenne d'une population qui n'est pas exposée à ce risque.**

La relation entre le travail et la maladie permet alors de distinguer les catégories suivantes:

- **les maladies professionnelles**, qui ont une relation forte ou spécifique avec la profession et généralement un seul agent causal, et qui sont reconnues comme telles. Pour chaque agent inscrit sur une liste des maladies professionnelles, les maladies seront décrites.

- **les maladies liées au travail**, qui ont des agents causaux multiples, dans le développement desquelles les facteurs inhérents au milieu de travail peuvent jouer un rôle, en même temps que d'autres facteurs de risque, et dont l'étiologie est complexe. La relation de causalité entre ces maladies et les conditions de travail s'établit sur base de la recherche scientifique.

- **les maladies qui affectent les travailleurs**, sans relation de cause à effet avec le travail, mais qui peuvent être aggravées par les risques professionnels pour la santé.

Les données cliniques et pathologiques, de même que les antécédents professionnels, l'analyse des tâches et les données épidémiologiques utiles sont indispensables pour déterminer la relation exposition effet d'une maladie professionnelle spécifique et sa présence dans des professions spécifiques.

En règle générale, les symptômes de ces troubles ne sont pas suffisamment caractéristiques pour permettre de diagnostiquer une maladie professionnelle autrement que sur la base de la connaissance des changements pathologiques engendrés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques et autres rencontrés dans l'exercice d'une profession.

Il est par conséquent normal que, du fait de l'amélioration des connaissances sur les effets des facteurs en question, de l'augmentation progressive du nombre des substances employées et de la qualité ou de la variété des agents suspectés, il soit possible, aujourd'hui mieux qu'hier, de procéder à un diagnostic précis tout en élargissant l'éventail de ces maladies.

...

Le perfectionnement des enquêtes épidémiologiques doit contribuer à l'amélioration des connaissances sur les relations entre l'exposition et les effets. L'activité consistant à décider de la cause d'une maladie n'est pas une science exacte, mais une question de jugement fondé sur un examen critique de tous les éléments de preuve disponibles, qui doivent comprendre (critères de HILL⁴⁷, 1965).



Le perfectionnement des enquêtes épidémiologiques doit contribuer à l'amélioration des connaissances sur les relations entre l'exposition et les effets.



- **La solidité de l'association.** Une maladie professionnelle est une maladie qui s'aggrave de façon évidente et réelle en fonction de l'exposition au risque.
- **La compatibilité.** Les différents rapports de recherche ont en général des résultats et des conclusions semblables.
- **La spécificité.** Le risque d'exposition a pour effet un type de maladie, ou de maladies, clairement défini, et non seulement une augmentation du nombre des causes de morbidité et de mortalité.
- **Une relation chronologique appropriée.** La maladie suit l'exposition à un intervalle approprié.
- **Le gradient biologique.** Plus le niveau d'exposition est élevé, plus les maladies sont graves.
- **La plausibilité biologique.** Il faut qu'à partir de ce que l'on sait des propriétés toxicologiques, chimiques et physiques ou autres du risque étudié, on puisse raisonnablement penser qu'au sens biologique du terme, l'exposition provoque un certain trouble.
- **La cohérence.** Une synthèse générale de tous les éléments de preuve (épidémiologie humaine, études sur les animaux, etc.) aboutit à la conclusion qu'il existe un lien de cause à effet au sens large du terme et en vertu du bon sens.

2. Tout travailleur exposé à un cancérigène du groupe 1 et 2A (IARC) et atteint de cancer doit bénéficier de la présomption de la relation de causalité.

- Tous les centres oncologiques sont déjà partie prenante de l'enregistrement des cas de cancers. L'accent doit être mis sur une anamnèse professionnelle dirigée par un médecin du travail ou toxicologue, pour chaque cas de cancer détecté chez un patient en âge de travailler ou ayant travaillé.
- **Le Fonds des cancers** doit être en mesure de détecter de manière proactive les travailleurs atteints de cancers.
- Une déclaration de cancer professionnel doit impérativement déclencher des démarches en vue d'analyse scientifique et de détection d'autres victimes (professionnelles ou riveraines), qui ont pu être également exposées, afin de permettre un dépistage précoce des cas de cancers et favoriser les possibilités d'un traitement curatif
- Un système d'assistance sociale doit être mis en place pour faciliter le traitement des demandes, informer les travailleurs et assurer leur suivi en relation avec leur médecin traitant, dans le cadre de la surveillance de santé prolongée.

3. Améliorer l'information et le contrôle:

- La déclaration de reconnaissance que reçoit le Fonds des Maladies professionnelles doit être communiquée au SEPPT de l'entreprise ou le travailleur a été exposé au risque professionnel. Le SEPPT doit informer l'employeur de la détection du risque professionnel et doit mettre en œuvre les mesures appropriées de manière à supprimer, éviter, atténuer ou protéger les travailleurs du risque professionnel.

...

- En lien avec les SEPPT, le FMP participe aux missions de service public à visée scientifique, en matière d'analyse des risques professionnels, de dépistage des maladies, de connaissance et reconnaissance des maladies professionnelles, liées au travail ou aggravées par l'exposition au risque professionnel.
- Le FMP doit être en mesure de formuler des avis et des recommandations de bonne pratique en matière de prévention et de contrôle du bien-être au travail.

4. L'employeur est responsable du risque professionnel

- Un cadastre des risques professionnels notamment aux agents cancérogènes par entreprise doit être établi et accessible au médecin du travail, médecin traitant et représentant des travailleurs (CPPT des entreprises).
- Les normes d'exposition des travailleurs ne peuvent pas être plus péjoratives que celles admises pour la population générale.
- L'éviction des agents cancérogènes des milieux de travail doit être prioritaire en matière de prévention. À charge de l'employeur d'apporter la preuve qu'aucune substitution n'est possible et que l'usage de l'agent cancérogène lui est indispensable dans le processus industriel.
- Une lettre doit être adressée à tout travailleur afin de l'avertir de ses droits à récupérer à la fin de chaque changement de contrat de travail ou de poste de travail de la possibilité d'obtenir une copie de son dossier médical avec la liste des expositions auxquelles il a été soumis au cours de son activité professionnelle. L'employeur doit avertir le SEPP de tout changement, le SEPP assure l'information du travailleur.
- L'inspection du contrôle du bien-être au travail doit être informée des demandes introduites au FMP. Elle vérifie les mesures de prévention et émet un avis qui engage la responsabilité pénale et civile de l'employeur.

- À dater de cet avis, tout travailleur exposé au même risque professionnel et qui contracte la même maladie peut mettre en cause la responsabilité de l'employeur en cas de manquement et/ou de négligence.

***L'employeur est responsable du
risque professionnel***

Un commentaire en guise de conclusion à l'étude

Cet étude a été présentée lors d'une journée de formation afin de comprendre l'importance du rôle joué par les différents agents (travailleurs, syndicats, médecine du travail, représentants au Comité de prévention et protection du travail) de la prévention et de la protection des travailleurs quant aux risques chimiques et biologiques sur les lieux de travail afin de prémunir les travailleurs contre les maladies professionnelles et plus particulièrement les cancers professionnels.

Comme le démontre cette étude, le combat pour la reconnaissance des maladies du travail est loin d'être gagné face à une institution comme le Fonds des maladies professionnelles qui se cantonne derrière des tableaux de reconnaissance étriés et qui ne fait passer ses intérêts budgétaires avant de regarder les données scientifiques des études qui démontrent les liens de causes à effet entre les expositions de certains agents cancérogènes sur le lieu de travail et les cancers développés par les travailleurs parfois des années après avoir mis un terme à leur activité.

Notons encore que les femmes sont particulièrement touchées par cette problématique. En effet, si on prend des secteurs comme la coiffure ou les services de nettoyage, le Fonds de maladie professionnelle jouera bien souvent afin de ne pas reconnaître leur pathologie comme maladie du travail sur le fait de l'utilisation de substances « potentiellement toxiques »

dans leur travail ménager (à domicile) et donc réfutera l'exposition relative au lieu de travail.

Il est donc très important de continuer la lutte afin de reconnaître ces pathologies afin que de meilleurs moyens de protection des travailleurs soient mis en place dans les entreprises et que les substances hautement toxiques soient éradiquées définitivement de nos lieux de travail.

Mais il est pour nous aussi important de recentrer et de revaloriser les missions des services actifs dans le domaine de la Santé et du Bien-Être au Travail, en mettant l'accent sur la promotion de conditions de travail saines. Il faut également améliorer et approfondir les relations entre les différents acteurs médicaux (médecins du travail, médecins traitants et les médecins-conseils) pouvoir mettre en place un carnet de santé complet (curriculum laboris) pour tous les travailleurs à tout moment de leur carrière.

Toute politique en matière de Santé et du bien-être au travail doit être épaulée par un "Centre d'Expertise en Santé et Bien-Être au Travail" qui aurait pour mission d'une part de soutenir les politiques à mener, et d'autre part d'optimiser, sur des bases scientifiques, les pratiques. Ce centre scientifique interuniversitaire tiendra un registre de données d'expositions professionnelles, formulera des lignes directrices et développera des outils pour évaluer l'impact sur la santé des différentes formes d'organisation et d'exécution du travail. Les différentes initiatives créées dans d'autres pays européens qui ont été abordés dans le cadre de la présente étude pourront servir d'exemple.

Nous espérons que cette étude va pouvoir contribuer à la discussion...



¹ ROSENTAL P.-A., « Truncating a disease. The reduction of silica hazards to silicosis at the 1930 international labor office conference on silicosis in Johannesburg », in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 58 (1 novembre 2015), n^o S1, p. 6-14.

² L'Organisation mondiale de la santé (OMS), est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) pour la santé publique créée en 1948. Elle dépend directement du Conseil économique et social des Nations unies et son siège se situe à Genève en Suisse.

³ Organisation Mondiale de la santé, *Le Cancer dans le monde*, op.cit.

⁴ Richard Doll (né le 28 octobre 1912 à Hampton dans le Middlesex et mort le 24 juillet 2005 à Oxford), était un médecin épidémiologiste britannique. En 2006, le quotidien britannique " Guardian " avait révélé que Richard Doll avait perçu des honoraires de l'Association des producteurs chimiques, ainsi que des groupes américains Dow Chemical et britannique Imperial Chemical Industries pour une étude sur le chlorure de vinyle (présent dans les plastiques). L'étude avait écarté tout risque de cancer, sauf pour le cancer du foie. Ces conclusions ont été mises en cause par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

⁵ DOLL R., PETO R., The causes of cancer : quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today, dans *Journal of the National Cancer Institute*, 66, 1981.

⁶ Nurminen M. et Karjalainen A. (2001) Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27 (3), 161 - 213.

⁷ Le 7 mai 2004 se sont réunis à la Maison de l'UNESCO des scientifiques internationaux de renom, des médecins, des représentants d'associations environnementales, lors du colloque « CANCER, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE » organisé par l'ARTAC. De cette union entre scientifiques et organisations non gouvernementales est né l'Appel de Paris, déclaration historique destinée à mobiliser tous les citoyens de la planète concernant les dangers des polluants qui contribuent à l'augmentation préoccupante de nombreux cancers, à la survenue de cas toujours plus nombreux de stérilités masculine et féminine et à celle de malformations congénitales ou de fausses couches.

⁸ <http://www.artac.info/static.php?op=AppelPremPage.txt&npsd=1>

⁹ Samuel Seymour Epstein (né le 13 avril 1926) est un médecin et actuellement professeur émérite de santé environnementale et au travail à l'Université de l'Illinois à l'École de Santé publique de Chicago. Il est connu pour ses contributions sur les causes évitables du cancer, pour lesquelles il a reçu le Right Livelihood Award en 1998.

¹⁰ La prévention du cancer : une campagne des travailleurs et des travailleuses, Congrès du Travail du Canada 2004, Service de la santé, de la sécurité et de l'environnement, www.congresdutravail.ca.

¹¹ Voir notamment : EPSTEIN S., The costs of failure to regulate, *Proceedings of the Warner-Lambert Science and Public Policy Colloquium*, The University of Michigan, Collegiate Institute for Values and Science, November 1-2, 1980 ; Idem, Losing the war against cancer. A need for public policy reform, *International Journal of Health Services*, 22(3), 1980, p. 455-469 ; EPSTEIN S., ASHFORD N. A., BLACKWELDER B., CASTLEMAN B., COHEN G., GOLDSMITH E., MAZZOCCHI A., YOUNG Q.D., The crisis in U.S. and international cancer policy, *International Journal of Health Services*, 32(4), 2002, p.669-707 ; EPSTEIN S., CHAIRMAN M.D., Cancer prevention Coalition (CPC), The stop cancer before it starts campaign. How to win the losing war against cancer, updated and expanded version of a publication in *The International Journal of Health services*, 32(4), 2002, p.669-702 ; EPSTEIN S., *Cancer-gate. How to win the losing cancer war*, Baywood Publishing, 2005.

¹² BOFFETTA P., KOGEVINAS M., PEARCE N., SUSSER M., Social inequalities and cancer, *Scientific Publications n°138*, International Agency for Research on Cancer, Editions IARC, 1997

¹³ Chiffres de l'Organisation Internationale du travail, 2005

¹⁴ Réponse de la CES à la deuxième phase de consultation sur la directive 2004/37/CE du 28/05/2007. Cette directive fixe les prescriptions minimales de protection des travailleurs exposés à des agents cancérigènes et mutagènes.

¹⁵ Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent. *Étude pour la mise en place du programme COSMOP : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession*, Institut de Veille Sanitaire, septembre 2006

¹⁶ IMBERNON E., Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, Département santé – travail, Institut de Veille Sanitaire, 2003.

¹⁷ L'enquête Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) est une enquête transversale réalisée par les médecins du travail et de prévention et coordonnée par la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et la DGT (Direction générale du travail) en France. Cette enquête permet de cartographier les expositions aux risques professionnels des salariés, la durée de ces expositions et les protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition. Cette enquête est réalisée tous les sept ans, ce qui permet de mesurer l'évolution des expositions professionnelles des salariés. Les chiffres cités proviennent de l'enquête Sumer, de 2010.

¹⁸ MUSU T., REACH au travail, Les bénéfices potentiels de la nouvelle politique européenne sur les agents chimiques pour les travailleurs, 2^{ème} édition, version actualisée, ETUI-REHS, Département HESA, janvier 2006.

¹⁹ GOLDBERG M. et IMBERNON E., « Quels dispositifs épidémiologiques d'observation de la santé en relation avec le travail? », in *Revue française des affaires sociales* (1 juin 2008), no 2-3, p. 22.

²⁰ Étude pour la mise en place du programme COSMOP : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession, op.cit.

²¹ Cette initiative suit les recommandations de l'OMS et de l'Union européenne qui soutiennent l'adoption d'un tel Plan dans chaque pays. Initialement décliné en 32 actions, le Plan Cancer fait de la lutte contre le cancer ses principaux objectifs. Il s'articule autour de trois grands axes : La prévention et le dépistage; Les soins, les traitements et le soutien aux patients et la recherche, les technologies innovantes et l'évaluation

²² Prévenir les cancers professionnels Une priorité pour la santé au travail, Marie-Anne Mengeot, Tony Musu et Laurent Vogel, ETUI, 2013

²³ Depuis 2002, le Giscop 93 assure la réalisation d'une enquête permanente auprès de patients atteints de cancer. Cette enquête touche aux risques cancérigènes dans l'activité et dans l'environnement de travail.

²⁴ Béatrice Leconte et Annie Thébaud-Mony, « Mémoire du travail et des expositions professionnelles aux cancérigènes », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 12-3 | 2010,

²⁵ Apport du repérage des expositions professionnelles en oncologie thoracique : une expérience belge, Il. Morelle, Ed. Elsevier Masson, 2013.

²⁶ Annie Thébaud-Mony est sociologue, directrice de recherche honoraire à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), chercheuse associée au Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers professionnels (GISCOOP 93) à l'université Paris-13. Elle est aussi partie prenante ailleurs porte-parole de réseaux citoyens de lutte pour la santé contre les risques industriels.

²⁷ Les médecins du travail en Belgique sont à quelques rares exemples près employés par les services externes pour la prévention et la protection au travail (SEPP). Le financement de ces services constitués en ASBL se fait à travers d'un montant forfaitaire par travailleur payé par l'entreprise. Il peut donc y avoir un problème d'indépendance face à l'employeur.

²⁸ L'exposition professionnelle au cadmium peut être considérée comme responsable d'une augmentation significative du cancer du poumon. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a déterminé qu'il y a suffisamment de preuve chez l'homme quant à la cancérigénicité du cadmium et de ses composés. De même l'exposition non professionnelle (habitation dans des zones proches d'une industrie utilisant du cadmium) semble augmenter le nombre de cancers.

²⁹ Exposition de la population française aux substances chimiques de l'environnement, INVS, 2010.

³⁰ Rapport SCOEL/SUM/86, décembre 2004

³¹ <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/17539-benzene-definition>

³² Directive 2000/69/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2000 concernant les valeurs limites pour le benzène et le monoxyde de carbone dans l'air ambiant

³³ Les cancers hématopoïétiques sont une grande famille de cancers, regroupant notamment les leucémies.

³⁴ Un lymphome non hodgkinien est un cancer qui se développe à partir de cellules du système lymphatique, les lymphocytes.

³⁵ Le myélome multiple est une affection de la moelle osseuse

³⁶ International Agency for Research on Cancer (IARC)

³⁷ Mortel Amiante Salvator Nay, EVO, 1997

³⁸ Sur l'émergence de l'amiante comme problème de santé publique, cf. E. HENRY, *Amiante, un scandale improbable : sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007.

³⁹ Prévenir les cancers professionnels Une priorité pour la santé au travail, Marie-Anne Mengeot, Tony Musu et Laurent Vogel, ETUI, 2013

⁴⁰ Loi-programme (I) du 27 décembre 2006. Moniteur belge du 28 décembre 2006

⁴¹ Eternit est le nom du brevet sur le procédé de fabrication de l'amiante-ciment déposé par l'Autrichien Ludwig Hatschek en 1900. Celui-ci vendit sa licence à diverses entreprises industrielles (fabricants de matériaux de construction) qui prirent, pour la majorité d'entre elles, le nom d'Eternit.

⁴² Traité des maladies des artisans, et de celles qui résultent de diverses professions, Bernardo RAMAZZINI, 1713

⁴³ Loi du 24 décembre 1963 relative a la reparation des dommages resultant des maladies professionnelles et a la prevention de celles-ci

⁴⁴ Liste européenne des maladies professionnelles: recommandations de la Commission de la C.E.E. du 23 juillet 1962 - J.O. du 31.8.1962

⁴⁵ Cass., 2 févr. 1998, Chron. Dr. Soc., 1998, p.527 ; note D. DE BRUCQ « Maladie professionnelle hors liste. Conditions de causalité. Arrêt de Cassation, 2 février 1998, FMP c/V »

⁴⁶ Les maladies liées au travail et les maladies professionnelles: la liste internationale de l'OIT, Michel Lesage, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, 3^eéd. Française, 2000.

⁴⁷ Les critères de Bradford Hill, aussi connus sous le nom de critères de Hill pour la causalité, sont un groupe de conditions minimales pour fournir une preuve adéquate d'une relation causale entre deux événements. Ils ont été établis par l'épidémiologiste anglais Sir Bradford Hill (1897-1991) en 1965