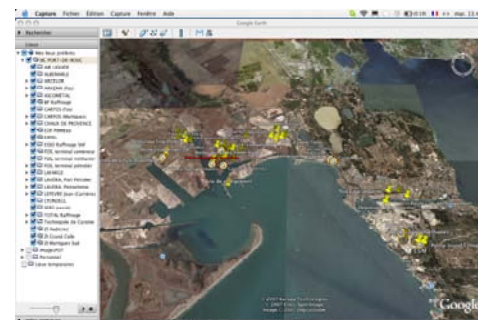
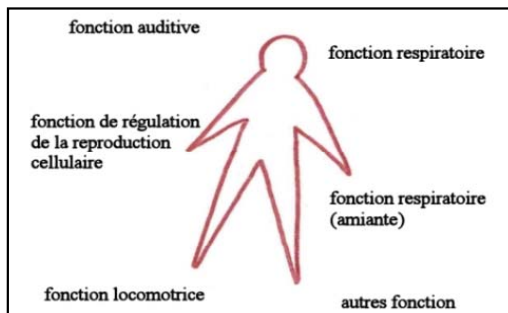


Système d'Information Concret.
COMITÉ TERRITORIAL D'ASSAINISSEMENT
Compte-rendu de la rencontre du 8 octobre 2008.

"Les organisations n'ont pas de mémoire. Seules les personnes ont des mémoires qu'elles mobilisent dans leur activité".
(Perrow, "Les accidents normaux", Princeton University Press, 1999).

Un panneau de contrôle des résultats sur le Web Internet :



Qui est atteint ?

- Galerie des cas (anonymisés).
- (760 cas en ligne ce jour).

Où est le risque ?

- Galerie des lieux nocifs.
- Galerie des lieux assainis.

Tout le monde peut vérifier, commenter, enrichir les données.

La troisième rencontre du "Comité Territorial d'Assainissement" s'est tenu le 8 octobre à Port-de-Bouc, en présence d'une cinquantaine de personnes (sujets atteints, délégués de CHSCT, médecins généralistes, inspecteurs du travail ...). Elle était présidée par Mme Sylvie Brico, directrice adjointe de la DRTEFP, et M. René Giorgetti, Conseiller Régional.

La construction d'un véritable Système, capable d'utiliser toutes les maladies qu'il connaît par les signalements des médecins du réseau, afin de vérifier l'éradication des facteurs nocifs au poste de travail, a été discutée à deux niveaux :

- L'enquête du CHSCT : les exemples de réalisation présentés par les délégués ont souligné la validité d'une méthode centrée sur la récupération de l'expérience du travailleur singulier, complétée par la recherche des données relatives aux autres travailleurs au même poste de travail. Cette enquête doit être systématiquement entreprise (toute obstruction peut constituer le "délit d'entrave"), quel que soit le statut de la personne atteinte : sous-traitant, intérimaire, ou intérimaire de sous-traitant.

- Mais l'élimination des situations nocives au poste de travail singulier est insuffisante si l'on n'organise pas l'intégration des connaissances d'ensemble. Un "Panneau" de contrôle des résultats, accessible via le Web Internet, a été proposé : la "galerie des lieux", seul instrument permettant de disposer la liste des postes de travail (disparus, encore nocifs ou assainis) sur le territoire, devient la priorité du Comité.

La participation de CHSCT de sous-traitants (Gagneraud, Bocard, Multiserv) et de sociétés d'intérim (Manpower) aux côtés des sites donneurs d'ordre (Albemarle, Arkéma, Ascométal, Arcelor Mittal) a marqué un progrès important dans la composition même du Comité.

A - LISTE DES PERSONNES PRÉSENTES :

| | |
|-----------------------|--|
| M. Aliat Ammar | Soudeur maintenance industrielle, invalide. |
| M. Angelini Serge | Arcelor Mittal, Union Locale CGT Fos-sur-Mer |
| M. Andéol Marc | Coordinateur APCME |
| M. Balara Emile | Ascométal |
| M. Beltran Gérard | Albemarle |
| M. Beninati Fabien | Coopération CGT CHSCT Golfe de Fos |
| M. Boucry J. | Arcelor Mittal |
| M. Breysse Luc | Arcelor Mittal |
| Mme Brico Sylvie | Directrice adjointe DRTEFP |
| Mme Brunel Françoise | Arcelor Mittal (représentant son époux, cokier) |
| M. Bruno E. | Ascométal |
| M. Caillé Jean-Luc | Gagneraud Industrie |
| M. Cammi André | Arcelor Mittal |
| Mme Cassisi Bahia | Intervenante |
| M. Coulon Jean-Pierre | Médecin généraliste, secrétaire de l'APCME |
| Mme Cruciani Rossella | APCME |
| M. D'Angelo Laurent | Arkema |
| Mme De March-Ronco | Député au Parlement Européen, Conseiller Régional. |
| M. Didier Bernard | Multiserv |
| M. Fernandez Daniel | Multiserv |
| M. Fernandez Louis | Dockers Syndicat Général |
| M. Ferrari Pierre | Ascométal |
| M. Foussal Olivier | Arcelor Mittal |
| M. Gabarrus Jean | Arkema |
| M. Gallo Gino | Manpower |

| | |
|------------------------|---|
| M. Gaudin Patrick | Ascométal |
| M. Ghéno Michel | Ascométal |
| M. Ghertil Mohamed | Soudeur maintenance industrielle |
| M. Giorgetti René | Conseiller Régional PACA. |
| M. Guillermin Didier | Arcelor Mittal |
| M. Hernandez George | Centre Hospitalier de Martigues |
| M. Igonet Gilbert | Médecin généraliste, trésorier de l'APCME |
| M. Khoupiguian Gilbert | Ascométal |
| M. Lobet Pierre | |
| M. Lopez Joseph | Boccard |
| M. Masclot Claude | Ascométal |
| M. Mauger Robert | |
| M. Mucci René | Arkema - Union Régionale CGT Chimie PACA |
| M. Murru Jean Philippe | Arkema |
| M. Nicolaïdes Max | Inspection du travail |
| M. Noto Patrick | Arcelor Mittal |
| M. Nougué Alain | Arcelor Mittal |
| M. Puccio Christian | Arcelor Mittal |
| M. Rehabi Houcine | Albemarle |
| M. Ricciuto J. | Ascométal |
| M. Rivero Daniel | Ascométal |
| M. Tarrou Michel | Arcelor Mittal |
| M. Thomas Sébastien | Arcelor Mittal |
| M. Zeghoudi Omar | Ascométal |

B - RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS :

1- Madame Sylvie Brico (DRTEFP) et Monsieur René Giorgetti (Conseil Régional PACA) ont rappelé les raisons qui motivent leur intérêt pour les travaux du "Comité Territorial de d'Assainissement". Au-delà de l'indispensable réparation individuelle, la prévention, en particulier l'assainissement des lieux révélés par les atteintes reconnues, est l'affaire essentielle. Le CHSCT peut être un élément primordial dans ce système, en faire une organisation réellement capable de se réguler sur les résultats (nombre de postes assainis). Dans un tel système, soutenu par une "carte des risques" sur le Web Internet, toutes les maladies signalées par les médecins doivent donner lieu à enquête du CHSCT. Pour les nouveaux participants, afin d'illustrer les aspects saillants Système d'Information Concret (le SIC du Professeur Ivar Oddone), René Giorgetti a présenté à nouveau le "PowerPoint" qu'il avait déjà utilisé dans la première séance, celle du 4 avril 2007.

2- Cinq interventions, illustrées par des diaporamas, ont permis de faire le bilan des données et des expériences acquises depuis la rencontre du 5 décembre 2007 :

- Marc Andéol (APCME) a présenté les données du SIC accessibles sur le Web Internet. Parce qu'elles utilisent l'expérience des ouvriers et des médecins, ces données présentent de nombreux écarts avec les statistiques de l'Assurance Maladie, plus tournées vers des exigences comptables (indemnisation). Elles composent, par accumulation, un "Panneau de vérification des résultats", construit selon un langage cohérent avec les exigences de l'élimination des facteurs nocifs au poste de travail.

- Où sont les données nécessaires à l'enquête du CHSCT ? Guy Coste, Gilbert Khoupiguian et Patrick Gaudin (CHSCT d'Ascométal) ont démontré comment le "document" fondamental de l'enquête du CHSCT pouvait être la "tête" de l'ouvrier : il connaît le poste de travail, dans toutes ses dimensions. Ce n'est qu'en conservant la richesse de cette "expertise brute", complexe, qu'on peut réaliser une enquête valable, rigoureuse, susceptible d'ouvrir le parcours de la connaissance à l'assainissement.

- Joseph Lopez (Boccard) et Patrick Noto (Arcelor Mittal) ont illustré le passage du "niveau individuel" au "niveau collectif". Ils ont relaté comment le CHSCT du site donneur d'ordre a utilisé la déclaration de maladie du sous-traitant pour obtenir les données relatives aux autres travailleurs au

même poste de travail. Ces données facilitent la réparation individuelle comme la recherche de mesures correctives au poste de travail. Elles devraient être systématiquement collectées.

- Madame Claude Cassisi a présenté le travail qu'elle a réalisé, seule, pour son époux décédé à 56 ans d'un cancer de la vessie. Elle a "reconstruit" les conditions de travail de son mari en "extirpant" toutes les données nécessaires de la tête d'un de ses collègues de travail. Sur cette base, à l'aide du Web Internet, elle a affronté la recherche de l'imputabilité de la maladie au facteur de risque et construit un dossier dont la validité a été reconnue par les meilleurs experts du domaine.

- Jean-Philippe Murru et René Mucci (Arkéma) ont montré que les solutions positives, obtenues au prix d'actions longues et tenaces, ne résultent pas d'une "évolution technologique" naturelle. Du coup, l'utilisation de telles solutions dans les situations analogues n'a rien d'automatique. Sans une carte qui permette à tous de comparer les différentes situations, personne ne peut garantir l'application des solutions positives dans tous les lieux qui le demanderaient.

3- La discussion a révélé que le dépassement de la situation portée à la lumière du jour le 5 décembre dernier (l'absence d'enquêtes du CHSCT pour les déclarations de maladies professionnelles) est désormais engagé. Par exemple, Monsieur Michel Tarrou a évoqué les enquêtes en cours à Arcelor Mittal, et il a précisé que les CHSCT des différents secteurs sont à la disposition des sous-traitants qui auraient besoin d'aide. Monsieur Bernard Didier (Multiserv) a fourni les fiches de postes de travail réalisées par le CHSCT lors de déclarations de maladies et demandé qu'elles soient insérées dans la "galerie des lieux". Les interventions ont certes évoqué les résistances opposées par les directions, sous de multiples formes. Mais, avec Monsieur Coliambétros (Somonet), tout le monde a reconnu que le SIC, l'APCME et le "Comité Territorial d'Assainissement" constituent des instruments utiles, à développer. Monsieur Alain Nougé (Arcelor Mittal) a même évoqué "l'impulsion" que cette initiative a donné à l'activité de prévention sur tout le bassin d'emploi.

4- En conclusion, les expériences et les données acquises depuis le 5 décembre 2007 illustrent la possibilité/nécessité de faire partout ce que la loi demande : les déclarations de maladies dues au milieu de travail (donc éliminables), enregistrées dans le site "Galerie des Cas", doivent toutes provoquer les enquêtes du CHSCT, selon les modalités opérationnelles exposées par les différents intervenants. Pour autant, l'élimination de telle ou telle situation nocive ne suffit pas pour répondre à l'exigence de "dépasser le niveau individuel" : une action responsable demande que l'on connaisse aussi les situations nocives des autres. Seule la "mise en carte" de toutes ces situations, leur suivi "collectif" à travers un Panneau de vérification des résultats, constituera un progrès durable dans la défense de la santé des travailleurs.

C - PROCÈS-VERBAL DE LA RENCONTRE.

Monsieur René Giorgetti constate que près de 50 personnes impliquées dans l'activité des CHSCT des donneurs d'ordre et des sous-traitants sont présentes : c'est le double du nombre de participants à la rencontre du 5 décembre 2007. Il salue plus particulièrement la présence des entreprises de sous-traitance et d'intérim, comme l'avait souhaité Monsieur Max Nicolaidès.

Il rappelle qu'à cette même rencontre du 5 décembre, Monsieur Michel Tarrou nous avait ouvert les yeux sur une réalité que nous ignorions. En dix ans, sur 285 déclarations de maladies professionnelles concernant le personnel Sollac (hors sous-traitants), une seule a donné lieu à la réalisation de l'enquête du CHSCT normalement obligatoire. Nous allons voir comment cette situation a évolué.

Il remercie tous ceux qui ont accepté de s'engager dans la construction d'une réponse en actes à cette question : les représentants de l'État, les médecins généralistes de l'APCME, les délégués des CHSCT, les ouvriers atteints qui veulent que leur cas soit utilisé pour défendre les autres. Tous sont porteurs de données et d'expériences qu'il faut récupérer et utiliser au maximum pour assainir : il faut pointer les postes de travail à problème pour éliminer le risque et éviter la répétition des expositions.

Madame Sylvie Brico rappelle que l'implication de la DRTEFP dans cette action importante résulte d'une double volonté de l'État : faciliter la réparation pour tous les travailleurs atteints, mais surtout

utiliser les connaissances acquises pour la prévention. Les maladies à dynamique lente (le "risque différé"), les effets de synergie entre différents facteurs de risque, posent des problèmes complexes qui peuvent échapper aux systèmes de contrôle traditionnels. Nous sommes conscients que la population des sous-traitants est souvent la plus exposée. Il y a aussi la difficulté, pour les structures existantes, à organiser un suivi médical valable pour les travailleurs intérimaires. Cette difficulté a été mise en évidence dans une étude récente sur les sous-traitants et les travailleurs intérimaires du pourtour de l'Étang de Berre.

Le réseau des médecins généralistes de l'APCME et la base de données constituée ici peuvent constituer une aide efficace à la recherche de solutions : c'est ce qui motive l'aide apportée par l'État. L'outil n'est sans doute pas encore suffisamment utilisé : il est indispensable que les sous-traitants puissent s'investir sur la question de la prévention.

Monsieur René Giorgetti reprend la présentation du "Diaporama du 4 avril" :

Diapositive 2 :

"Où est la carte des postes de travail qui ont déjà provoqué des maladies éliminables ?". Nous avons déjà affiché cette question sur l'écran lors de la première rencontre de notre Comité. Il en est effrayant de penser qu'il y a sans doute 15 mille ouvriers qui meurent de cancers causés par le milieu de travail chaque année, sans que personne ne soit capable d'afficher la carte des lieux qui en sont la cause, même pour le petit nombre de cancers qui ont franchi les obstacles de la reconnaissance par l'Assurance Maladie. Effrayant de constater que, dans notre Région, près de 50% des maladies reconnues sont affectées à un "Compte Spécial" qui ne dit rien des lieux en cause. Pour autant, ceux qui ont déjà participé à nos rencontres savent qu'ici il ne s'agit pas de rechercher des coupables, mais de partager nos connaissances sur les lieux qui provoquent des maladies. Les travailleurs exposés demandent une aide réelle, pas de simples constats.

Diapositive 3 :

Aujourd'hui, tout le monde constate que la connaissance de la nocivité du milieu de travail n'est pas partagée.

Diapositive 4 :

Chaque ouvrier a pourtant à l'esprit son poste et son groupe de travail. Il le connaît dans toutes ses dimensions : l'état de santé des collègues (pas seulement ceux qui sont encore au poste de travail, mais tous ceux qui y sont passés), l'historique des changements qui y ont été réalisés au fil du temps (les améliorations ou au contraire les détériorations), etc.

Diapositive 5 :

Quand une atteinte à la santé se réalise, il faut donc avant toute chose récupérer au maximum cette expérience "dans la tête de la personne". Il faut lui permettre de transmettre ce qu'elle sait, dans une forme concrète et compréhensible par tous.

Diapositive 6 :

Le Système d'Information Concret est la seule proposition que je connaisse qui propose l'approche et les outils qui permettent à des non-spécialistes de le faire : nous allons le voir à travers les résultats déjà obtenus tels qu'ils vont vous être présentés.

Diapositive 7 :

Le but, c'est cette carte sur GoogleEarth : afficher tous les lieux qui ont déjà provoqué des cancers, des bronchites chroniques, des surdités et mettre à la disposition de tous, dans une forme compréhensible par tous, les données qui permettent de l'affirmer.

1) Bilan des expériences réalisées depuis la rencontre du 5 décembre 2007.

1-1. Données de l'APCME accessibles via le Web Internet (Marc Andéol, APCME) :

Diapositive 8 :

L'APCME est l'association des médecins généralistes utilisateurs du SIC. Pour les nouveaux participants, précisons que le sigle signifie "Association pour la Prise en Charge des Maladies Éliminables" : les maladies dues au milieu de travail et à son organisation sont éliminables par des

actions correctives au poste de travail, elles ne sont pas fatalement liées à l'exercice de telle ou telle profession (comme le laisse entendre le terme "maladie professionnelle").

Diapositive 9 :

Dans le SIC, les informations sont collectées et mémorisées selon un parcours et des procédures rigoureux, que l'on répète dans chaque cas. Quand le médecin ne peut pas exclure la cause environnementale, il ouvre une fiche et remet un questionnaire au patient : c'est le point de départ de l'enquête sur les causes de la maladie. Toutes les étapes de ce parcours se basent sur la récupération de l'expérience de la personne même et de son médecin, selon des formes de saisie et d'enregistrement des informations bien définies ("parcours du soupçon à la connaissance du risque"). Le parcours ne s'arrête que lorsqu'on identifie le lieu (poste de travail) qui est la cause de l'atteinte.

Diapositive 10 :

Résultat : nous sommes très au-dessus des moyennes nationales pour les cancers, les surdités et les affections respiratoires reconnus en maladies professionnelles. Par leur gravité et/ou leur fréquence, ces pathologies devraient occuper le devant de la scène. Le médecin généraliste ne peut en faire le "diagnostic étiologique" que s'il a connaissance de "l'anamnèse environnementale" de la personne singulière : sans le SIC, c'est presque toujours impossible. C'est ce qui explique nos écarts avec les statistiques nationales de l'Assurance Maladie, relativement aux maladies à dynamique lente.

Diapositive 11 :

Quand une maladie professionnelle est reconnue, l'Assurance Maladie la classe dans une "case" qui est fonction de l'activité économique de l'employeur. Ceci ne reflète nullement le lieu en cause : du fait de la généralisation de la sous-traitance, le lieu de travail et l'employeur sont devenus deux notions "topographiquement" distinctes. C'est l'utilisation de ces catégories de classement qui explique que le CHSCT de Mittal ne connaît pas, par exemple, les maladies de ses maçons fumistes : elles sont toutes imputées au secteur du "bâtiment et des travaux publics", même si la personne passe huit heures par jour dans les poches de coulée de l'aciérie.

Diapositive 12 :

Même si l'on ne considère que les salariés de Mittal, on découvre que sur 285 déclarations, seuls 20 cas ont été imputés à l'établissement. Près de 60% des 285 cas sont imputés au "Compte-Spécial". Par ce mécanisme comptable, soumis aux seules règles de l'indemnisation, la part occupée par la sidérurgie dans les statistiques nationales de l'Assurance Maladie est considérablement sous-évaluée. Il ne s'agit pas ici de discuter qui paie ou ne paie pas l'indemnisation mais en revanche, du point de vue de la prévention, il faut absolument savoir où est le risque.

Diapositive 13 :

Au contraire, pour construire "par accumulation" ce "Panneau" de contrôle des résultats, nous utilisons des catégories concrètes, compréhensibles par tous : les "cases" employées pour classer les maladies sont des "lieux". Si, pour un même cas, il y en a plusieurs, on les note tous. Toutes ces données sont accessibles "en temps réel" sur le site Internet du SIC. Sans ce changement radical de langage, sans données basées sur la cartographie du territoire réel, on ne peut pas modifier durablement la situation.

Où sont les données nécessaires à l'enquête du CHSCT ? Comment passer du niveau individuel au niveau collectif ? Des délégués de CHSCT qui ont déjà utilisé l'approche que nous défendons vont vous dire de quelle façon ils ont procédé, ce qu'ils ont fait pour transformer le mot "enquête du CHSCT" en une séquence organisée d'actes, à la portée de tous.

1-2. Où sont les données nécessaires à l'enquête du CHSCT ? (Guy Coste, Gilbert Khoupiguian et Patrick Gaudin, Ascométal).

Guy Coste ayant eu un empêchement de dernière minute, c'est Gilbert Khoupiguian qui a bien voulu le remplacer, qu'il en soit remercié. Nous reprenons ici le texte que Guy Coste avait préparé avec les membres du CHSCT d'Ascométal :

Diapositive 15 :

Il y a quelque mois, au cours d'une séance plénière, les représentants du personnel au CHSCT demandaient à être informé chaque fois qu'un salarié actif ou retraité faisait une demande de maladie professionnelle, afin de vérifier si les postes de travail incriminés ne seraient pas susceptibles de provoquer d'autres maladies éliminables.

Prétextant le secret médical, notre direction a d'abord refusé, dans ces termes : « *nous ne faisons pas d'enquête sur les maladies professionnelles, c'est la CRAM qui effectue ces enquêtes, elle interroge la victime et l'employeur sur son passé professionnel. Le maître du jeu reste la CRAM* ». Il a fallu donc l'intervention de l'inspection du travail pour que cette liste soit communiquée au CHSCT. Vous voyez sur l'écran la lettre de l'inspecteur du travail, qui indique que cette position de la direction peut constituer le délit d'entrave.

Diapositive 16 :

Patrick fait une déclaration de maladie professionnelle.(Tableau 42).

- Avec Google, dans " la galerie des cas", nous avons cherché si les postes où a travaillé Patrick avaient déjà été recensés. Au service FILS, le poste de conducteur de four n'a pas été recensé. Celui de tréfileur a un commentaire.

- Après quelques recherches supplémentaires, nous découvrons qu'un deuxième dossier de maladie professionnelle est en cours sur ce poste depuis plusieurs mois.

- Nous demandons au service médical la répartition des pertes auditives par service. Résultats : 10% au Parabarres, 13% à l'Acierie. Mais le service FILS, l'atelier où travaille Patrick, monte à 15 %. Ce qui nous étonne, c'est que l'atelier des FILS n'était pas pour nous un atelier particulièrement bruyant. Les atteintes déjà constatées sur les hommes démontrent le contraire.

Diapositive 17 :

Pour comprendre, au lieu de faire une nouvelle visite de l'atelier, j'ai donc décidé de m'asseoir à une table avec Patrick et de collecter "en vrac", sur une feuille blanche, tout ce qu'il pouvait me transmettre. Le "contrat" entre nous était bien posé au départ : il devait m'apprendre à voir l'atelier à partir de son expérience de 32 ans, c'était LUI "l'instructeur", même si je connaissais déjà l'atelier pour y avoir travaillé.

Diapositive 18 :

Ce document est livré ici "brut de forme", avec son autorisation. Il est impossible, dans le temps qu'on me donne, de dire tout ce que j'ai appris en procédant de cette façon, mais je veux tout de même souligner que :

- Ce témoignage récupère 32 années de vie au travail. Il m'a fallu quelques heures pour le recueillir avec le souci de bien noter les faits « saillants », il a fallu 32 ans à Patrick pour avoir cette vision des choses. Une vision qui intègre les changements (positifs ou négatifs) intervenus au poste, l'état de santé des collègues qui sont partis et pas seulement de ceux qui y sont actuellement, etc. C'est l'histoire de son poste de travail, mais vu avec ses yeux à lui.

- En première lecture, ce témoignage apparaît accablant pour l'employeur, mais il l'est aussi pour le CHSCT. Il faut donc éviter les raccourcis et les procès faciles.

- Ce témoignage "brut de forme" est désormais un document écrit, mais un écrit qui tente de conserver au moins une partie de la richesse de l'expérience de Patrick. Donc c'est une information qu'on peut utiliser, enrichir, et qui a sa place dans la « galerie des cas » du SIC. Car ces faits expliquent l'origine de la surdité de Patrick aujourd'hui.

Diapositive 19 :

Pour nous, représentants du personnel, la priorité est de réaliser l'état objectif de son poste de travail aujourd'hui. Dans les années 80, un de nos délégués, Alain Mendez, disait que chacun de nous voit le milieu de travail à partir de sa "fenêtre" : la "fenêtre" de l'ouvrier n'est pas celle du médecin du travail, ni celle de l'inspecteur du travail, ni celle du délégué CHSCT. Toutes les "vues" de ces différentes "fenêtres " sont valables, mais on ne peut pas avoir une vue complète et objective si on ne les utilise pas toutes. Et c'est justement celle de l'ouvrier qui manque le plus souvent.

- Pour cela, nous avons demandé en séance plénière du CHSCT du 03 mars 2008 une enquête commune. Remplir par exemple le document Cerfa, mais en demandant l'analyse des audiogrammes des autres travailleurs au même poste de travail. Sur la base du document de Patrick, mieux définir OU et QUAND faire les mesures du son (carte du son).

- Deux mois après, n'ayant pas de réponse de notre direction, et forts du témoignage de Patrick, nous nous sommes donc rapprochés de son poste de travail. L'enquête s'avéra difficile mais, nous le pensons, judicieuse.

- En séance plénière du CHSCT du 22/09/08, nous avons déposé officiellement le résultat de notre analyse. Ce document ne peut pas être diffusé publiquement aujourd'hui, mais il reste disponible pour

la CRAM et pour l'inspection du travail. A cette occasion, nous avons remis en cause la manière d'appréhender le danger et de s'en protéger par le port des Equipements de Protection Individuels.

Madame Sylvie Brico demande si cette intervention, très intéressante du point de vue de l'analyse du risque, a produit des résultats du point de vue de la prévention.

Selon Gilbert Khoupiguian, il est très difficile de répondre à cette question en deux mots. Il faudrait pouvoir se placer dans le contexte de l'entreprise, où de très importants travaux vont être entrepris, et où une étude sur le traitement acoustique des locaux a été réalisée. Cette étude, effectuée par un cabinet spécialisé, a donné lieu à un rapport auquel le CHSCT n'a pas accès. On risque donc de répéter ce qui s'est déjà produit : dans les années 80, il avait fallu dépenser des millions parce qu'en bout de laminoirs les scies à chaud n'avaient pas été capotées (on atteignait alors des pointes à 130 décibels). La conception d'une nouvelle installation est l'occasion privilégiée d'organiser le "retour d'expérience" de l'ancienne, il ne faut pas "gaspiller" cette possibilité.

C'est ce que nous visons : profiter de la construction des installations neuves, intervenir dès leur conception pour éviter la répétition des mêmes erreurs. Dans ce contexte, les déclarations de surdité en maladie professionnelle sont d'une très grande importance à nos yeux. Pour avoir plus de poids, comme CHS, nous incitons les travailleurs atteints à déclarer leurs lésions. Le syndicat a créé un collectif qui travaille dans ce sens, en relation avec l'APCME. Mais, sur les installations anciennes, celles qui ne seront pas modifiées par le programme actuel, c'est beaucoup plus compliqué. Cela dit, le travail est engagé.

1-3. De la déclaration individuelle aux données collectives (Joseph Lopez - Bocard - et Patrick Noto - Arcelor Mittal) :

Diapositive 22 :

Joseph Lopez : j'ai travaillé 40 ans comme soudeur dans la maintenance industrielle. J'ai connu les ateliers "demi-lune" en tôle, comme à Arkéma Fos : ils ont été à l'origine de ma première surdité, reconnue en 1993 avec déjà un taux d'IPP de 35% (à cause du bruit et de sa réverbération sur les parois en tôle). Ensuite, j'ai travaillé principalement à Sollac, dans les secteurs les plus bruyants de l'usine, comme la Centrale Soufflante. Quant au nouvel atelier de préfabrication de Bocard, je ne suis pas du tout certain qu'il soit conforme aux normes et qu'il ait fait l'objet d'un traitement acoustique. Résultat : ma surdité s'est aggravée, mon taux d'IPP est passé de 35% en 1993 à 50% en 2008.

J'étais venu à l'APCME pour déclarer une lombalgie, mais ils m'ont demandé de vérifier aussi l'audition. J'ai donc fait refaire un audiogramme. Vous le voyez sur la diapositive. Il était accompagné, pour la déclaration, du certificat d'un ORL qui travaille avec l'association des généralistes : *"Malgré les recommandations successives (voir audio de 2005), il apparaît la persistance d'une forte exposition au bruit professionnel. De ce fait, on note une détérioration de l'intelligibilité vocale ; une accentuation de la perte auditive moyenne relevée en 1993 (OD de 52 à 56 dB ; OG de 54 à 56,5 dB) ; une forte accentuation des acouphènes. Dans ces conditions, on redemande expressément des mesures d'éviction du bruit. Ce patient est appareillé depuis septembre 2005. Il faut réviser le taux d'IPP"*.

Entre 2005 et 2007, j'ai principalement travaillé au "Train à Bandes". Tout l'environnement du laminoir est bruyant : le train en marche, on doit crier pour se parler. J'interviens dans les caves, c'est-à-dire un milieu confiné : au-dessus il y a le choc des brames de 30 tonnes sur les rouleaux, le bruit des moteurs électriques des rouleaux, le bruit des cages de laminage, le boucan des bobineuses, des cerceuses, etc. Dans les caves, sous le train, il y a les pompes, les distributeurs hydrauliques ou pneumatiques, les tiroirs, tout ça entre les deux murs de la cave avec le "Sluice" au milieu.

Mais pour moi, l'endroit le plus bruyant c'est les 4 pompes de décalaminage, juste avant les finisseuses. Quand il y a une fuite sur un tuyau, il faut intervenir en urgence, installation en marche. Et certaines interventions peuvent durer 8 heures d'affilée. Bien entendu, la pompe sur laquelle on intervient est à l'arrêt, mais les autres sont en marche.

Diapositive 23 :

Patrick Noto : je travaille aux laminoirs à Arcelor Mittal, je suis membre du CHSCT et également membre du conseil d'administration de l'ADEVIMAP, à Martigues, une association de défense des victimes de maladies professionnelles.

Quand Marc m'a interpellé sur le cas de Joseph, j'ai immédiatement reconnu le lieu qu'il décrit dans sa fiche comme étant le plus bruyant du TAB. La carte des sons que nous avons consultés montre des pointes jusqu'à 107 décibels. C'est le maximum, on est proche de la douleur. Joseph donc a bien vu juste, même s'il n'avait pas cette carte sous les yeux.

Auparavant lorsque qu'un agent Arcelor déclarait une maladie professionnelle, le CHSCT n'en avait pas tous les éléments. La victime restait seule dans la nature, même si elle venait quelques fois nous interpellé : généralement bien tard, quand elle avait des difficultés (s'adresser à un syndicat, ce n'est toujours pas évident). Pour les sous-traitants, nous n'avions même pas l'information à travers nos CHSCT respectifs. Au contraire, avec le système du SIC, on peut être immédiatement informé pour agir. Il suffit pour cela de donner son adresse électronique à l'APCME : ils vous font alors parvenir la déclaration ou l'accès au site Internet (quand vous êtes un CHSCT).

Diapositive 24 :

J'avais, fin 2007, demandé l'étude des audiogrammes des salariés exposés au bruit au TAB et aux Finissages. Sur ces examens, le médecin du travail a appliqué la méthode de classement des audiogrammes recommandée par le bureau international de phonologie. Vous voyez les résultats sur la diapositive, en fonction de l'exposition.

Diapositive 25 :

Sur cette deuxième image (résultats en fonction de l'âge), toutes les classes représentent des pertes auditives irréversibles, plus ou moins graves :

- Pour la classe 2, la parole est encore perçue à voix normale, mais déjà difficilement à voix basse ou lointaine. La classe 2B comprend les atteintes indemnisables par la sécu. Mais la lésion sur les sons les plus aigus est déjà grave et irréversible. C'est une phase dans laquelle la personne ne se rend pas toujours compte qu'elle est déjà sourde (elle demande souvent à faire répéter, il arrive quelquefois qu'elle parle un peu plus fort), pourtant elle a bien perdu, et de façon irréversible, ses cellules auditives.

- Pour la classe 3, la parole n'est perçue qu'en élevant la voix ou en regardant parler (En faisant la liaison entre les sons perçus et le mouvement des lèvres). On l'appelle pourtant "déficience auditive moyenne" ! Pour la classe 4 la parole n'est perçue plus qu'à voix forte près de l'oreille.

- La classe NT, ce sont des atteintes "Non Traumatologiques". Donc la médecine sait bien faire la différence, contrairement à ce qu'on pouvait nous laisser entendre parfois ...

Sur les 232 personnes de l'ensemble des laminoirs (personnel organique, je le rappelle) qui ont eu un audiogramme :

- 229 soit 98% ont engagé le parcours qui les conduits à la surdité indemnisable.

- Parmi eux, 35 ont dépassé ce seuil.

Et là, encore une fois, ne figurent pas les agents les plus exposés c'est-à-dire les sous-traitants.

Diapositive 26 :

A la fin, on insère les données dans la "galerie" afin que tout le monde puisse en bénéficier.

Ces études sur les résultats des examens des autres travailleurs au même poste de travail peuvent et doivent être demandé par tous les CHSCT. Sur la base de ces données, il est plus facile d'obtenir la réalisation de l'enquête du CHSCT. Et aussi d'argumenter pour obtenir l'assainissement du poste de travail.

Si nous ne le faisons pas, nous nous contenterions d'attendre que les 185 agents qui sont déjà dans la classe 1A viennent peu à peu, au fil des ans, grossir la liste des agents qui ont atteint le niveau de gravité des atteintes indemnisables ! Parce que nous n'aurions pas suffisamment pris conscience du problème causé par le bruit, ils seraient alors condamnés à vivre avec ce handicap permanent. Je vous remercie de votre attention.

Joseph Lopez : dans l'atelier de préfabrication aussi il y a du bruit. Moins qu'aux laminoirs, mais je suis encore délégué du personnel et je suis intervenu auprès de la direction pour obtenir les mêmes choses que celles que Patrick vient de présenter : carte du son et étude des audiogrammes des travailleurs exposés.

Pour le moment, ça continue comme avant. Quand le médecin du travail constate qu'il y a un problème, il nous envoie à l'ORL. C'est peut-être même pire : avant, il l'écrivait dans le dossier, mais maintenant il se contente de le dire de vive voix.

1.4 L'expertise de Madame Claude Cassisi :

Diapositive 27 :

Quand mon mari Claude est mort, à seulement 56 ans, je ne savais rien de son travail. C'était un Homme qui ne se plaignait jamais : "*il faut toujours rester debout*" disait-il simplement, même au plus fort des terribles souffrances que son cancer lui a infligées. Je savais seulement qu'il était un travailleur très hautement qualifié, auquel on confiait des travaux de conception et de réalisation de pièces qu'il était le seul à pouvoir entreprendre dans cette entreprise. Mais il ne parlait jamais des conditions dans lesquelles il effectuait son travail.

Son médecin traitant m'avait alertée sur l'origine professionnelle possible de son cancer, compte tenu de son âge. Mais il s'avouait impuissant à le démontrer. Mon seul atout était Jacky, un collègue de travail de Claude. Pourtant Jacky ne voulait pas parler, il était résigné, bien qu'atteint lui-même d'asthme (par la suite j'ai pris son dossier en main et il a été reconnu en maladie professionnelle, au tableau 49bis).

J'ai donc commencé par demander le dossier de médecine du travail de Claude : stupéfaite, j'ai découvert 19 fiches presque totalement vides. Un terme toutefois retenait mon attention : "huiles minérales". Je suis comptable de métier, je ne savais pas ce que ça représentait. C'est donc sur Internet que j'ai découvert que ces huiles minérales pouvaient être une cause des cancers de la vessie, bien que non retenue dans les tableaux de maladies professionnelles. Comme comptable, je ne laisse jamais une question sans réponse : au départ, seule et sans connaissances dans ce domaine, c'était mon seul avantage.

Diapositive 28 :

Je me suis alors "accrochée" à Jacky. Il fallait parvenir à "extirper" de sa tête tout ce qui allait permettre de rechercher les causes de la maladie de Claude. Notamment la description de ce qu'il faisait et des conditions dans lesquelles il le faisait.

Je dis bien "extirper" : le prix à payer, ça a été des jours et des jours de travail, émaillés de violentes disputes entre nous. En effet, Jacky avait lui-même beaucoup de mal à décrire l'atelier et ce qu'y faisait Claude : il était incapable d'expliquer à quelqu'un "qui n'est pas du métier" ce qu'il faisait lui-même tous les jours, et il se mettait en colère quand je me faisais trop pressante. Quand il me répondait, c'était tantôt par des généralités, tantôt en employant des mots que je ne connaissais pas. Il me regardait comme une comptable, donc une personne incapable de comprendre, engagée dans un effort inutile.

Mais après chaque entretien, j'allais voir sur Internet, je me documentais, et la fois suivante je lui démontrais que j'étais à la hauteur, que je ne lâchais pas : non seulement j'étais capable d'interpréter correctement ce qu'il m'avait dit, mais en plus j'avais collecté des données sur les risques présentés par les choses qu'il me décrivait. J'avais compris que si vous n'êtes pas à la hauteur, un homme comme Jacky n'accepte pas de vous répondre.

Petit à petit toute ma chambre s'est remplie de documents : ceux que j'imprimais dans mes recherches sur Internet, les notes que je prenais sur des feuilles blanches afin de ne pas oublier tout ce que disait Jacky (il n'acceptait pas que j'écrive quand il devait parler). Il y en avait partout, même sous mon lit.

Diapositive 29 :

Un seul exemple, cette carte de l'atelier, qui comporte l'implantation de toutes les machines. Comme Jacky ne sait pas exprimer les distances, on s'est mis dans le jardin et je lui ai demandé de répéter les pas qu'il faisait à son travail. Au fur et à mesure qu'il marchait, je relevais toutes les distances parcourues et je reconstruisais la carte d'implantation de toutes les machines. A la fin, on a obtenu ce que je voulais : une carte avec les mesures qui démontrent le non respect des distances réglementaires que j'avais trouvés sur Internet.

Diapositive 30 et 31 :

Quand tout ce travail de description a été fait, que je savais enfin ce qu'il fallait mettre en évidence dans l'organisation de l'atelier, après avoir rassemblé les témoignages de Jacky et la documentation scientifique sur Internet, on a réalisé ces photos. On l'a fait avec un téléphone portable pour ne pas attirer l'attention des responsables. Avec mon ordinateur, j'ai inséré sur chacune des commentaires écrits afin que ceux qui ne connaissent pas les dangers puissent réellement "voir" ce qu'il faut y voir.

Diapositive 32 :

Quand j'ai vu cette dernière photo, qui illustre les conditions dans lesquelles étaient effectués le traitement thermique et la trempe, j'ai dit : "mon dossier est fini"...

J'ai aussi compris comment Claude avait été tué à petit feu. Car en plus, après sa première intervention chirurgicale, le médecin du travail l'avait déclaré apte à reprendre le travail !

Bien sûr, maintenant beaucoup de choses sont entrain de changer dans cet atelier, ils vont tout faire disparaître. C'est évidemment ce que je souhaite pour ceux qui y sont encore. Mais j'ai conservé dans mes archives les originaux des photos numériques, elles comportent de façon indélébile la date et l'heure de leur réalisation.

Jacky, après la reconnaissance de sa maladie, a été reconnu inapte au poste de travail par le médecin du travail qui avait prononcé l'aptitude de Claude. Sur cette feuille d'inaptitude, je trouve ce qui a tué Claude : je l'aie apportée, la voilà !!

Vous voyez, je ne suis pas une spécialiste, je n'ai suivi aucune formation dans ce domaine, je n'ai aucun mandat de qui que ce soit. Je n'ai eu l'aide d'aucune personne qualifiée, jusqu'à ce que Monsieur François Dosso, du syndicat des mineurs de Lorraine, me donne l'adresse de l'APCME. Je le souligne seulement pour vous dire que ce qu'une femme seule peut réaliser, sans l'aide d'aucun spécialiste, chacun de vous, avec les moyens et les connaissances dont il dispose, peut certainement le faire.

"Claude, nous sommes debout !" (*vifs applaudissements dans la salle*).

1.5 La galerie des postes de travail, une mémoire pour assainir (Jean-Philippe Murru et René Mucci, Arkéma) :

Diapositive 32 :

Jean-Philippe Murru : ce qu'on nous propose ce matin, c'est au fond d'organiser un "retour d'expérience" de la connaissance que les travailleurs ont des rapports entre la santé et le milieu de travail. Le "retour d'expérience", on nous en parle tous les jours, toutes les entreprises s'y intéressent dans l'organisation de la production, dans la gestion des accidents du travail, c'est-à-dire chaque fois que le but est de faire le plus de profits possible. Mais quand ce qui est en jeu c'est la santé de ceux qui travaillent, alors on n'entend plus parler du "retour d'expérience". Au contraire, nous, c'est justement ce qui nous intéresse !

Diapositive 33 :

Cette image contient des inexactitudes techniques, mais l'essentiel n'est pas là : l'essentiel c'est qu'aujourd'hui, dans la même entreprise, pour la même opération, on peut avoir, dans deux établissements distincts (Arkéma Fos et Arkéma Lavéra), des situations tout à fait différentes du point de vue de la protection des travailleurs.

Ceci vaut pour les postes de chargement qui apparaissent sur l'image : on voit que même avec un procédé sûr, hermétique, à Fos les opérateurs sont équipés d'ARI pendant les phases de branchement alors que dans l'autre cas le chauffeur doit aller mesurer avec le dôme ouvert. Mais ceci vaut également pour les opérations de maintenance des fours : à Fos-sur-Mer, les fibres de céramique sont retirées comme s'il s'agissait d'amiante, avec le sas et toutes les mesures de protection nécessaires.

Conclusion : il n'y a actuellement aucune garantie quant à l'utilisation des solutions positives connues partout où la réalité le demande. On sait ce qu'il faut faire, il y a des endroits où on le fait, mais on ne donne pas la même garantie à tous.

Diapositive 34 :

René Mucci : ces exemples sont aussi la preuve que les améliorations obtenues ne sont pas le résultat d'un "progrès technologique" naturel, tel qu'on veut parfois nous le laisser croire. Une fois la solution adoptée, on peut faire confiance à la direction pour que sa communication affiche partout : "nous avons amélioré ceci ou cela". Mais en réalité, c'est vraiment le résultat d'un combat de tous les jours pour arriver à des solutions sur le terrain. L'exemple des fours que Jean-Philippe a pris, il le sait, c'est le résultat de 10 ans de travail sur l'amiante avec la déclaration de plus de 60 maladies dues à l'amiante dans notre établissement. C'est d'ailleurs grâce au SIC que la plupart de ces maladies avaient été déclarées : à l'époque c'était le Centre de Santé mutualiste de Port-de-Bouc.

Marc Andéol en témoigne : il a rencontré pour la première fois René Mucci et Michel Coste après le décès de Jean-Louis Botella, en 1996. Ils ont réalisé la "carte de l'amiante" et le recensement des personnes exposées que Jean-Louis avait demandé avant de mourir. Jean-Louis avait donc eu raison d'exprimer la confiance qu'il avait en ses copains pour que quelque chose soit fait : ils l'ont fait. S'il se caractérise par l'utilisation des technologies et des approches ergonomiques les plus modernes, le système que nous employons (le SIC du professeur Oddone) est avant tout le prolongement de cette histoire ouvrière.

2) Discussion :

René Giorgetti : tout le monde ici se souvient en effet de Jean-Louis Botella, mort à 38 ans d'un mésothéliome. Il y a quelques jours encore, c'était aussi le cas d'un camarade d'école, nous étions sur le même banc. La liste est bien trop longue. Mais nous sommes justement là pour ne rien perdre de cette mémoire : l'efficacité de toutes nos actions sera bien plus grande si nous faisons cet effort de "partager" nos données, d'insérer chaque cas et chaque poste de travail dans la galerie du SIC. Je remercie donc tous les intervenants de la qualité du travail qu'ils ont fourni, et je propose que l'on passe immédiatement à la discussion.

Monsieur Nicoladès (inspecteur du travail) demande une précision : s'il a bien compris l'intervention du délégué de Boccard, en cas de déficience auditive, le seul acte du médecin du travail consiste à dire "allez voir un ORL". Et en plus, depuis peu, cette observation ne serait même pas consignée par écrit dans le dossier (Monsieur Lopez confirme). Si c'est vrai, on se soustrait à l'obligation de déclaration qui s'impose à tous les docteurs en médecine, médecins du travail en premier. On renvoie le problème à la branche maladie de la Sécurité Sociale, en lui faisant au passage supporter le coût de la réalisation des examens. C'est tout simplement impensable : la constatation d'une surdité doit déclencher sa déclaration, et provoquer l'enquête du CHSCT sur ses causes. Force est de constater que nous sommes face à des manières de réagir qu'il faut combattre, on doit tous s'y employer, à tous les niveaux.

Monsieur Tarrou (CHSCT d'Arcelor Mittal) s'inscrit dans cette volonté de changement : *"en cas de déclaration, on a décidé que même si l'employeur refuse l'enquête, le CHSCT la mènera quand même"*. Même pour les enquêtes "autorisées" (il est en train de conduire la deuxième), il note que les informations obtenues auprès de la direction sont minimales. C'est pourquoi il considère, lui aussi, que les données déterminantes sont celles dont dispose le travailleur : l'enquête doit donc démarrer par la récupération de ces données, de cette expérience.

Il prend pour exemple celle qu'il est entrain de conduire pour un cas particulièrement grave (une leucémie). En soi, la question est déjà complexe. Mais, en plus, la direction voudrait lui imposer la présence d'un de ses représentants à chaque étape, considérant comme non valable toute information qui aurait été collectée sans sa présence directe ! C'est une façon d'alourdir la procédure et de perdre du temps, en multipliant le nombre de séances à l'infini.

Pour lui, c'est donc en effet au CHSCT de prendre en charge le problème, en définissant jusqu'au détail la façon de conduire ce type d'enquête de façon absolument rigoureuse. *"Si vous voulez, celle que nous sommes en train de mettre en œuvre peut servir de modèle : il faut que nous soyons capables de décrire les postes de travail, ce qu'y font réellement les personnes, de façon à tout mettre sur la table"*. Le seul moyen d'en sortir : faire, accumuler les arguments et l'on verra ensuite ce qui se passe à la signature. Il ne faut pas attendre la solution de la seule direction, il faut réellement prendre en charge à notre niveau le travail avec l'aide de la victime.

Monsieur Tarrou ajoute que les CHSCT d'Arcelor Mittal se mettent à disposition des sous-traitants : on l'a vu pour l'exemple qui a été donné à propos des audiogrammes du TAB. Sur ce modèle, toutes les données dont disposent les CHSCT seront systématiquement mises à la disposition des sous-traitants pour qu'ils ne soient pas en difficulté. En outre, les CHSCT seront disponibles pour aider les sous-traitants à bâtir ces enquêtes. Elles doivent être réalisées de façon rigoureuse et complète si on veut qu'elles soient utiles à la prévention.

Quand on voit l'utilisation qui est faite du "Compte Spécial" et de quelle façon sont construites les statistiques sur les maladies professionnelles, on comprend pourquoi il y a toutes ces résistances à la

réalisation de l'enquête du CHSCT, affirme Monsieur Louis Cobres (Arcelor). En plus, les médecins du travail n'aident pas. Il faut avoir connaissance de la personne, du cycle de travail : sinon, on en est toujours aux seules protections individuelles, sans rechercher la maîtrise du risque "à la source".

Gilbert Igonet (médecin généraliste APCME) insiste sur l'intégration du résultat des enquêtes dans le site Internet : le médecin généraliste ne connaît pas les expositions professionnelles, il peut faire un diagnostic "physiopathologique", mais il n'est absolument pas en condition de faire le diagnostic "étiologique". Au contraire, quand on met ces données à disposition des médecins, on débouche sur l'augmentation des déclarations que vous constatez tous.

Madame Cassisi constate quant à elle que le médecin traitant n'a ni le temps ni les connaissances nécessaires : selon elle, c'est aux victimes de se regrouper, de construire les dossiers, d'informer les médecins de la réalité. Elle ajoute : *"Si j'ai réussi à le faire, sans formation, sans mandat et sans moyens, alors vous pouvez tous le faire !"*.

Pour Monsieur Puccio (Arcelor Mittal, président de l'ADEVA du Golfe de Fos), le travail de l'APCME représente une aide essentielle pour les CHSCT, les dossiers contenus dans la "galerie des cas" rassemblent déjà une grande partie des informations dont les CHSCT ont besoin. Mais il faudrait presque donner le document unique à chaque salarié. Pourtant, à l'intérieur de l'entreprise il y a trop d'obstacles, c'est trop lourd. Les médecins de ville sont donc un outil important.

Monsieur Bernard Didier (CHSCT Multiserv) souligne que, de son point de vue, il n'y a pas d'autorisations à demander pour faire le travail du syndicaliste : *"la réalité c'est que nous n'avions pas suffisamment conscience de l'importance des maladies professionnelles, et qu'à aucun moment on avait l'idée d'y aller voir"*. Personne ne peut empêcher les délégués d'enquêter sur les causes des maladies déclarées : il suffit d'avoir deux membres du CHSCT décidés.

Certes, c'est plus compliqué que pour les accidents du travail, mais il ne faut pas non plus se poser tellement de questions que l'on finit par ne plus rien faire. Quand on est dans un CHSCT, on serait incapable de décrire la réalité ? Au contraire, si on le fait, alors on va apprendre à le faire : aujourd'hui nous sommes venus avec l'enquête que nous avons réalisée à l'occasion d'une déclaration de maladie concernant le poste du conducteur d'engin sur le chantier de l'aciérie. Si l'on a bien compris, il faut insérer cette fiche de poste de travail dans le site "galerie des cas", afin que tout le monde puisse y accéder et vérifier les suites données. On est d'accords. En plus, avec les appareils photos intégrés dans les téléphones portables, il est devenu partout possible de soutenir les déclarations des salariés par des photos, on pourra même les insérer dans la carte des risques.

Monsieur Didier ajoute qu'il y a aussi d'excellents médecins du travail : il faut parler surtout de ceux-là, travailler avec eux quand ils font du bon boulot. Au passage, il se demande : *"qu'est ce qu'on fait pour les défendre quand les directions veulent s'en défaire, au prétexte de changer de service de médecine du travail ?"*

Pour Monsieur Nougé, si l'on discute de ces questions aujourd'hui, ce n'est pas par hasard. L'action de l'APCME a donné une impulsion importante et de nouvelles perspectives, qui n'existaient pas avant. Elle produit une prise de conscience nouvelle parce que la solution proposée est nouvelle, bien construite. Il y a désormais une mise en mémoire des données qui ne dépend plus des seuls employeurs, et qui est accessible sur Internet : ce simple fait constitue une pression très forte sur les employeurs, il faut l'utiliser à fond. On prend conscience du travail qu'on peut tous faire, en partenariat, en s'aidant les uns les autres.

Monsieur Coliambétros (Somonet-Sodisud) expose que c'est grâce au dossier monté par Marc que son cancer du rein a été reconnu en maladie professionnelle (c'est une maladie "hors tableaux", difficile à faire reconnaître). Et c'est le docteur Coulon, de l'APCME, qui a accepté de faire la déclaration, car elle était jugée "trop compliquée" par son médecin traitant. C'est enfin l'ADEVIMAP qui l'aide dans les procédures d'indemnisation. Il tient à remercier tout le monde. Il va obtenir une indemnisation, ce n'est pas vraiment une "réparation" : aujourd'hui des métastases du cancer sont apparus au niveau de la colonne vertébrale, c'est très douloureux, il tenait vraiment à être présent pour témoigner.

Parmi toutes les choses qui l'ont exposé à tous les cancérogènes pour le rein (métaux, solvants, HAP), il relate qu'il faisait notamment le changement des catalyseurs au cobalt dans les réacteurs d'Oxochimie, à Naphta. Il connaît d'ailleurs d'autres cas que le sien sur le site de Naphtachimie : au total, 7 personnes atteintes de cancer du rein, elles vont aller à l'APCME. Il travaillait comme sous-traitant, pour Somonet. Le CRRMP l'a reconnu "*compte-tenu de l'importance des expositions*" : puisque c'est reconnu, il faudrait que les CHSCT des sites aident celui de Somonet à faire une recherche vraiment valable.

Patrick Noto appelle les délégués à ne pas se laisser "embarquer" par l'utilisation tendancieuse du "secret médical" que font parfois les directions. L'employeur ne peut pas invoquer le "secret médical" pour s'opposer à la réalisation d'une enquête liée à une déclaration de maladie professionnelle. En effet, le nom de la victime et le numéro de la maladie qui lui sont fournis par la CPAM, afin qu'elle puisse faire son enquête auprès du salarié, mais aussi auprès de l'employeur, ne comporte aucun secret médical.

A ce stade, Marc Andéol propose que chaque participant se sente responsable de l'affichage, dans le site Internet, d'un poste de travail qu'il connaît comme poste nocif (le sien ou celui d'un collègue qu'il prendrait en charge). Il se met à la disposition de chacun pour ce travail : la réalisation d'une galerie des lieux, fondée sur les cas réels du territoire, est désormais la priorité. Elle existe déjà, il suffit de la compléter, de l'enrichir, d'apprendre à l'utiliser davantage. Dans 6 mois nous aurons un outil exceptionnel, sans équivalents sur le Web Internet.

D'habitude, ce qu'on sait sur les postes de travail est un patrimoine partagé seulement au niveau d'une communication verbale. Dès qu'on n'est plus dans ce "face-à-face", les informations disparaissent et la communication est bloquée. On a vu quelles en sont les conséquences, du point de vue des écarts entre la connaissance formalisée et la réalité. Au contraire, nous avons créé la possibilité d'une réelle communication entre tous les groupes impliqués, il faut l'utiliser.

Les réalisations exposées ce matin confirment que nous pouvons collecter, chez chaque personne, ce qu'elle a à l'esprit à propos de son poste et de son groupe de travail considéré dans tous ses aspects (histoire, nocivité, collègues de travail). Du coup, n'importe quel médecin qui veut savoir quel est le risque pour son patient peut trouver la réponse "en ligne", sans délais. Tous les groupes qui sont représentés aujourd'hui pourront "s'intégrer", travailler sur la base d'une mémoire informatique non figée, en interaction avec les mémoires individuelles.

Le "Panneau" que vous voyez l'écran depuis le début de la discussion est le but que nous poursuivons depuis des années. Les technologies actuelles (GoogleEarth) permettent désormais de le réaliser vraiment, grâce aux procédures construites dans le SIC. Il représente la possibilité de ne pas perdre de vue l'ensemble, de partager une connaissance réelle, liée à la mémoire de chacun, des situations à assainir ou des situations déjà assainies.

3) Conclusions :

Monsieur René Giorgetti rappelle que le "Comité Territorial d'Assainissement" ne vise à remplacer aucune des organisations existantes : ni les associations de victimes qui agissent pour l'indemnisation, ni les syndicats, ni les organismes de l'État ou de l'Assurance Maladie. On a besoin de tout le monde. Le Comité ne sert qu'à construire des "passerelles de travail" entre toutes les données. Les personnes qui le composent, qui se sentent responsables de ce qui se passe dans la réalité, doivent pouvoir connaître l'ensemble de la situation, pas seulement leur propre poste de travail.

Pourquoi le SIC est porté par l'APCME ? Simplement parce que le généraliste est le médecin qui fait le diagnostic, c'est souvent le premier à être informé de la maladie. Personne d'autre ne peut le remplacer dans cette fonction. Nous devons lui fournir les outils dont il a besoin pour que ce diagnostic soit le plus précoce possible : "*je viens de perdre un ami parce que sa toux n'a pas été correctement interprétée par un médecin qui ignorait ce qu'il avait fait dans son travail. Ce n'est plus acceptable, parce qu'aujourd'hui l'outil existe*".

Surtout, il faut passer à la prévention, dépasser le niveau de l'indemnisation individuelle pour protéger les autres travailleurs au poste de travail. Il faut donc absolument connaître la réalité.

Madame Sylvie Brico indique que les différentes expériences présentées lors de cette réunion, ainsi que les débats des participants, appellent de la part de la DRTEFP un certain nombre d'observations.

En préalable, pour ce qui concerne la médecine du travail, le comité d'entreprise est consulté chaque année sur le rapport annuel du médecin du travail. Or les extraits des comptes-rendus de C.E. des entreprises concernées ne comportent souvent que quelques lignes sur cette question. Nous regrettons que ce rapport ne fasse pas l'objet devant le C.E. d'un débat de fond sur la façon dont fonctionne le service de santé au travail, notamment sur l'organisation de la coordination entre le médecin de l'entreprise donneuse d'ordre et le médecin du travail de l'entreprise sous-traitante. Cette coordination est une obligation légale, complexe à mettre en oeuvre de façon efficace, mais qui est un vrai enjeu pour la santé des salariés.

Concernant les enquêtes relatives aux maladies professionnelles menées par les CHSCT ou des délégués du personnel, plusieurs questions ont été évoquées :

- L'importance de la réalisation de ces enquêtes. C'est important pour la victime qui, isolée et sans connaissances particulières, peut avoir du mal à faire valoir ses droits (l'enquête du CHSCT prévue par la loi a une efficacité bien supérieure à des témoignages). Mais aussi parce que ces enquêtes ont un objectif de prévention et visent à améliorer la situation ou à supprimer les risques pour les autres salariés (à la fois sur des postes de travail identiques mais aussi sur des postes de travail différents présentant un risque identique).

- Si les enquêtes sur les maladies professionnelles sont beaucoup moins réalisées que les enquêtes d'accident du travail, cela semble lié à deux difficultés :

Le manque d'information des représentants du personnel sur les déclarations de maladie professionnelle : à la différence des accidents du travail pour lesquels la plupart des CHSCT sont informés en temps réel et souvent avec une copie de la déclaration, les entreprises sont réticentes à communiquer les déclarations de maladie professionnelle, même lorsque la maladie professionnelle a été reconnue. Les enquêtes sur les maladies professionnelles font partie des missions du CHSCT, et il est nécessaire que celui-ci ait les informations rapidement pour agir en matière de prévention. Notre ministère sera alerté sur cette difficulté. Dans ce contexte, il est très important que le CHSCT ou les délégués du personnel demandent à avoir communication de tous les éléments concernant ces maladies et ne soient pas découragés par un refus momentané.

Les difficultés de réalisation de l'enquête : les enquêtes pour les maladies professionnelles sont complexes et nécessitent de la méthode. Les expositions des salariés sont parfois anciennes et il va être nécessaire de recouper les témoignages et de croiser des sources diverses : déclarations des salariés, de documents ... A ce titre, la galerie des cas peut apporter une aide précieuse.

Sur cette méthode d'enquête, les participants ont fait part d'un besoin de formation des membres de CHSCT et délégués du personnel : en tant que DRTEFP nous étudierons la suite à donner pour l'organisation d'un stage à destination des élus sur l'enquête pour maladie professionnelle en 2009, par exemple avec l'Institut Régional du Travail .

Madame Danielle De March-Ronco (*ancien député européen, elle a été en 1998 l'élue ayant permis la signature du Contrat de Plan État Région relatif à la "cartographie du risque industriel", elle est depuis l'auteur de plusieurs livres sur l'amiante, dont un roman en préparation, "Clara et les poussières bleues"*) intervient.

Elle se remémore la passionnante découverte qu'elle avait faite en 1998 quand René Giorgetti lui avait demandé de venir à Port-de-Bouc, rencontrer Marc Andéol et Gilbert Igonet pour y découvrir le SIC, conçu et développé par le Professeur Ivar Oddone de Turin.

C'est cette expérience du SIC, une expérience de plus de trente ans, qui lui avait donné la force d'obtenir qu'une ligne du Contrat de Plan État Région soit consacrée à la "cartographie du risque industriel". La seule Région de France à ouvrir une ligne budgétaire pour les "maladies éliminables" !

Je suis devenue, après 1998, la Présidente d'une Commission Régionale pour laquelle René Giorgetti et moi avons bataillé pour qu'elle existe et s'appelle "Solidarité Santé Prévention", les mots ont un

sens. Le contexte, vous le connaissez hélas, et j'en parlais il y a peu de temps encore avec Jean-Paul Teissonnière : c'est cet "Hiroshima silencieux", l'amiante avec ses 100 000 morts.

Combien de milliers d'heures ont été nécessaires pour en arriver à ce que je viens de voir aujourd'hui, dix ans après, qui a continué à croître malgré les incompréhensions, les préjugés et les multiples obstacles ! De la "galerie des cas" à la connaissance des lieux qui causent ces maladies : voilà le chemin de la justice sociale, de la solidarité, de la prise de conscience d'une inégalité devant la vie et la mort de plus en plus inacceptable.

Le SIC a été "consolidé et parachevé", c'était l'objectif du Contrat de Plan. En rentrant cet après-midi dans le Var, je vais m'employer à le faire connaître et à rechercher des volontés pour élargir encore votre démarche. Merci à tous !

René Giorgetti remercie à son tour les participants. Il leur donne rendez-vous au mois de juin, pour l'évaluation des résultats.