

***RAPPORT SUR LA GESTION  
DU RISQUE ET DES PROBLEMES  
DE SANTE PUBLIQUE POSES  
PAR L'AMIANTE  
EN FRANCE***

- Lettre de mission
- Sommaire du rapport
- Sommaire des propositions
- Rapport
- Propositions

= ° = ° = ° = ° = ° =

**La Ministre de l'Emploi et de  
la Solidarité**

**Le Secrétaire d'État à la  
Santé**

24 DEC 1997

Monsieur le Professeur,

Vous avez bien voulu accepter de conduire une mission sur l'ensemble des questions posées aux pouvoirs publics par l'amiante et nous vous en remercions. Nous sommes en effet particulièrement attachés à ce que, face à ce problème de santé publique, le principe de précaution soit

appliqué dans toute sa rigueur, à partir d'une analyse précise des risques.

Comme vous le savez, des textes législatifs et réglementaires ont été pris concernant l'interdiction de l'utilisation de l'amiante et les mesures à prendre dans les bâtiments où ce matériau est présent, dont l'application est suivie par nos services, en liaison avec les autres administrations concernées.

Nous souhaitons que vous examiniez si les mesures prises sont adaptées à l'évolution des connaissances scientifiques relatives au risque lié à l'amiante et aux matériaux de substitution. Pour cela vous réfèrerez à l'ensemble des travaux scientifiques réalisés, en France et à l'étranger, y compris les études américaines et canadiennes sur les nouvelles techniques d'utilisation de l'amiante.

Nous vous demandons également de dresser un inventaire des difficultés concrètes rencontrées par l'application des textes réglementaires en vigueur, des situations qu'ils pourraient ne pas couvrir et, si nécessaire, de faire des propositions pour les modifier. Par ailleurs, nous souhaitons améliorer les procédures par lesquelles les victimes d'une exposition à l'amiante peuvent faire reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie.

A partir de vos travaux, nous souhaitons pouvoir disposer de propositions concrètes pour l'action des pouvoirs publics dans un souci d'une meilleure articulation des actions conduites par les différentes administrations concernées.

Il nous apparaît également nécessaire d'améliorer l'information concernant le risque lié à l'amiante. Nous souhaitons que vous puissiez nous faire des propositions afin d'accroître la connaissance et la surveillance de ce risque et d'améliorer l'information et la sensibilisation des différents acteurs, au sein même des administrations, des professionnels et, plus largement, du grand public.

Nous sommes conscients de la difficulté d'une telle mission qui se doit d'être à la fois pragmatique et pédagogique. Aussi, nous vous prions de veiller à ce que les différents partenaires puissent être associés à vos travaux. Nous sommes très favorables à ce que, pour cette mission, vous utilisiez le site Interne du ministère pour donner un caractère exemplaire à cette démarche.

Nous souhaitons disposer de votre rapport pour le mois d'avril, et nous demandons à l'ensemble des administrations concernées de vous apporter leur appui pour le bon déroulement de votre mission.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Martine AUBRY

Bernard KOUCHNER

Monsieur le Professeur Claude GOT  
56, route de Sainte Gemme  
78860 NOM-LA-BRETECHE

= ° = ° = ° = ° = ° =

## **SOMMAIRE DU RAPPORT**

1. La situation
2. Peut-on tracer une limite utile entre les connaissances assurées, les hypothèses et les incertitudes ?
3. Quelles sont nos références en matière de gestion des risques pour la santé ?
4. Quels sont les dysfonctionnements les plus importants du dispositif ?
5. Un risque sanitaire doit être géré par des procédures interactives fondées sur l'évaluation de la qualité des décisions et de leur application. La seule création

de nouveaux règlements est insuffisante.

- Comment peut-on rendre le système opérationnel ?
- Quelle structure peut coordonner l'action des services décentralisés qui ont en charge les actions d'évaluation et de contrôle ?

**6.** Le ministre qui est responsable doit disposer d'une information complète.

**7.** La sécurité au travail pose un problème difficile lié à la persistance d'un risque dans un groupe de travailleurs beaucoup plus important que celui qui était concerné par la mise en œuvre professionnelle de l'amiante.

- la situation
- Quelles mesures pouvons-nous adopter pour améliorer la connaissance du risque et réduire l'exposition des travailleurs agissant sur des immeubles contenant de l'amiante?
- Les mesures nouvelles qui doivent réduire le risque des intervenants sur un bâtiment contenant de l'amiante.
- Faut-il étendre dès maintenant la reconnaissance de l'amiante dans les bâtiments aux maisons particulières et à l'ensemble des formes d'amiante présentes ?

**8.** Le fonctionnement du dispositif de prévention et d'indemnisation des maladies professionnelles provoquées par l'amiante a été défaillant.

- Réduire les obstacles à la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie provoquée par l'amiante.
- Le problème posé par la nécessité de prouver l'exposition à l'amiante.
- Le problème posé par les délais d'instruction des dossiers
- Le problème posé par le régime spécial des pneumoconioses
- Tenir compte des insuffisances de la prévention des maladies induites par l'amiante, qu'elles soient liées à des erreurs, à des négligences ou à des

fautes pour :

- . compenser la réduction de l'espérance de vie des travailleurs les plus exposés,
- . permettre une nouvelle étude des dossiers de salariés qui n'ont pas bénéficié d'une reconnaissance "normale" du caractère professionnel des dommages qu'ils ont subi du fait de l'amiante.

## 9. Autres problèmes

### Conclusions

- Considérations générales
- Principales conclusions pratiques

= ° = ° = ° = ° = ° =

# SOMMAIRE DES PROPOSITIONS

## PROPOSITIONS

Procédure utilisée pour établir ces propositions

### 1 - SECURITE SANITAIRE DANS LES HABITATIONS

**Le ministre ayant en charge la sécurité sanitaire doit disposer des informations détaillées permettant le contrôle de l'application des textes réglementaires. Il convient de compléter la recherche de l'amiante en place (exhaustive avant toute démolition ou réhabilitation, au niveau des navires), il est indispensable de développer des recherches pour documenter avec précision la présence d'amiante en dehors des formes recherchées dans le cadre du décret du 7 février 1996. Il faut enfin que les renseignements sur la présence d'amiante soient rendus accessibles sous une forme utile (fichiers de type annuaire accessibles à l'ensemble de la population, signalisation de la présence d'amiante, création de plans de gestion de l'amiante dans les immeubles qui reprennent sous une forme pratique toutes les données utiles aux personnes habitant ou intervenant dans un immeuble qui contient de l'amiante).**

#### Fiche H2

Donner au ministre chargé de la santé les moyens de vérifier la réalisation des travaux quand l'état de l'amiante impose ces derniers (déclaration obligatoire des

« diagnostics amiante »).

#### **Fiche H17**

Généraliser la recherche d'amiante dans les bâtiments avant toute opération de destruction ou de réhabilitation.

#### **Fiche H6**

Améliorer la protection de ceux qui effectuent des travaux en rendant les résultats accessibles directement à toutes les personnes, leur permettant d'adopter le niveau de protection requis.

#### **Fiche H8**

Mettre en place des plans de gestion dans tous les bâtiments contenant de l'amiante, pour protéger les occupants et intervenants.

#### **Fiche H1**

Préciser la notion de "travaux appropriés" dans le décret 96-97 du 7 février 1996, obtenir une planification des travaux qui s'imposent et une validation de leur nature.

#### **Fiche H7**

Organiser le contrôle de qualité dans les activités de recherche visuelle de l'amiante, de son identification et de mesure de l'empoussièrement qu'il provoque.

#### **Fiche H5**

Faciliter l'identification de l'amiante sur des prélèvements effectués par des particuliers ou des entreprises.

#### **Fiche H4**

Conduire les études permettant d'évaluer le risque de rencontrer de l'amiante dans des parties d'un bâtiment qui ne sont pas concernées par les recherches actuellement obligatoires dans le cadre des textes de février 96.

#### **Fiche H18**

Développer la connaissance du risque amiante par des campagnes de communication, en particulier télévisées.

## **2 - SECURITE SANITAIRE DES TRAVAILLEURS**

**Plusieurs propositions placées dans la partie précédente concernant la reconnaissance et la gestion de l'amiante en place ont des conséquences directes sur la sécurité au travail. Reconnaître la présence d'amiante avant des travaux de rénovation ou de destruction, constituer des plans de gestion**

des bâtiments contenant de l'amiante, mettre ces informations à la disposition des travailleurs sont des prérequis. Il faut ensuite s'assurer que les ouvriers qui interviennent ont bénéficié d'une formation spécifique et ont connaissance de ces plans de gestion. Il faut enfin réorienter la médecine du travail vers la gestion du risque et sa prévention au lieu d'accorder une priorité excessive à l'aptitude individuelle. Le renforcement des capacités d'information et de contrôle doit compléter cet ensemble (présence de spécialistes à côté des inspecteurs du travail, facilitation de la diffusion de l'information et des échanges entre les organismes de contrôle par une informatisation appropriée, facilitation de la mise à la disposition des utilisateurs des bases de données sur les risques du type Evalutil et des documents sur la prévention produits par les organismes spécialisés (INRS, OPPBTP, CSTB, CNAMTS etc.)

#### **Fiche T 20**

Redéfinition des objectifs de la médecine du travail, en général et dans le cadre particulier de la surveillance des personnes exposées à l'amiante

#### **Fiche T3**

Modifier l'organisation des services médicaux interentreprises pour qu'ils puissent remplir leur rôle.

#### **Fiche T19**

Généraliser le soutien technique des corps d'inspection au niveau des directions régionales du travail.

#### **Fiche T16**

Equiper de micro-ordinateurs reliés à l'internet les bureaux de CT (ministère du travail) et chacune des sections d'inspection.

#### **Fiche T14**

Améliorer la vérification de la formation et de l'information des personnes intervenant professionnellement sur un bâtiment contenant de l'amiante

#### **Fiche T12**

Mettre en place une réglementation spécifique pour le retrait de l'amiante fortement lié (amiante-ciment, vinyl-amiante, etc.).

#### **Fiche T17**

Rendre rapidement accessible la base Evalutil et faciliter son enrichissement.

#### **Fiche T15**

Rendre la réglementation compréhensible et accessible de telle sorte que les

entreprises, notamment les petites, puissent s'y conformer. Publier un guide de la réglementation amiante qui soit à la fois complet et facile à comprendre.

### **3 - MALADIES PROFESSIONNELLES**

**Les principaux objectifs déjà précisés dans le corps du rapport ont été repris dans une fiche de synthèse (MP 18). La première nécessité est de supprimer les dispositions particulières régissant les pneumoconioses et de leur appliquer les règles du régime général. Il faut supprimer les obstacles injustifiés à la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies provoquées par l'amiante.**

#### **Fiche MP18**

Synthèse des principales dispositions proposées concernant les maladies professionnelles provoquées par l'amiante

#### **Fiche MP8**

Suppression des dispositions dérogatoires concernant les pneumoconioses (code la sécurité sociale).

#### **Fiche MP1**

Modifier le point de départ du délai de prescription.

#### **Fiche MP3**

Instaurer un délai réglementaire dans lequel l'organisme de Sécurité Sociale est obligé de se prononcer.

#### **Fiche MP6**

Prise en compte des épaissements pleuraux unilatéraux.

#### **Fiche MP7**

Suppression de la notion de durée d'exposition dans certains cas.

#### **Fiche MP9**

Suppression du recours au collège de 3 médecins.

#### **Fiche MP10**

Officialiser la lettre ministérielle du 8 juin 1989 qui fixe un barème pour l'IPP et mettre en chantier la réactualisation de ce barème.

#### **Fiche MP12**

Apprécier correctement l'indemnisation de l'I.P.P. compte tenu des incidences sur l'emploi à la suite de la M.P.



**Fiche MP13**

Réparation pour les enfants d'une victime décédée d'une maladie professionnelle. Actualiser un règlement très ancien qui ne prend pas en compte l'évolution de la société, de la scolarisation, etc.

**Fiche MP14**

Permettre une indemnisation cohérente pour les fonctionnaires (agents, retraités, ayants droit).

**Fiche MP15**

Introduire le concept de maladie professionnelle pour les marins selon les mêmes principes que ceux du régime général des salariés.

**Fiche MP17**

Remettre en cause le délai de contestation de deux mois qui suit la décision de sécurité sociale.

**4 - ENVIRONNEMENT****Fiche E8**

Achever de préciser le dispositif réglant le stockage de l'amiante sous ses formes de faible densité dans les installations de classe 1. Améliorer l'implantation territoriale des différents types d'installation recevant de l'amiante et la collecte des produits de faible volume au niveau des administrations locales.

**5 - AUTRES PROBLEMES (GENERAUX OU PARTICULIERS)****Fiche A1**

Améliorer la connaissance de l'évolution de l'incidence des tumeurs primitives pulmonaires et pleurales par leur déclaration obligatoire.

**Fiche A2**

Définir avant la fin de cette année l'ensemble des travaux d'enlèvement de l'amiante et de réhabilitation du campus universitaire de Jussieu.

**Fiche A3**

Propositions concernant la gestion des risques potentiels liés à l'usage des fibres de remplacement de l'amiante.

**Fiche A5**

Organisation de la reconnaissance de la présence d'amiante à bord des navires.

### **Fiche A6**

Permettre aux salariés qui ont été exposés à de fortes concentrations d'amiante (tissages, fibro-ciment, matériaux de friction, réalisation exclusive pendant une période définie de floçages et de calorifugeages avec de l'amiante), et à ceux qui ont une maladie professionnelle secondaire à une exposition à l'amiante, d'interrompre leur activité professionnelle avant 60 ans.

= ° = ° = ° = ° = ° =

## **Rapport sur la gestion politique et administrative du problème de santé publique posé par l'amiante en France.**

**Claude Got**

(24 décembre 1997 - 30 avril 1998)

**Ce texte est composé de trois parties :**

- la première tente d'identifier et de hiérarchiser les difficultés, en fonction de nos connaissances et de leurs limites. Elle comporte également une description des conditions indispensables à la bonne gestion du problème posé par l'amiante et des situations dans lesquelles le risque demeure élevé,
- la seconde regroupe en les classant les propositions de modifications de notre manière d'agir,
- la troisième est un site internet qui réunit les documents contenant les informations qui ont fondé mes recommandations. Ils représentent plusieurs milliers de pages et ne pouvaient figurer dans des annexes conservant un volume raisonnable. En outre ce site présente l'ensemble des propositions qui m'ont été faites et l'ébauche d'un outil d'évaluation de la gestion de ce problème de sécurité sanitaire. Quand un document cité dans le rapport est présent sur le site, il est indiqué entre parenthèses et en italiques par son chemin.

**exemple :** (*connaître > la réglementation > France > santé des populations > arrêté du 23 décembre 1997*) donne accès au texte intégral de cet arrêté en entrant dans la partie "connaître" du site, puis en poursuivant la recherche par la

réglementation, et enfin la réglementation française dont la page de présentation distingue et détaille les différents types de textes réglementaires nationaux. Elle permet de retrouver l'arrêté qui fixe la liste des organismes habilités à mesurer la concentration en poussières d'amiante.

## **1. La situation**

Un ensemble de fibres minérales naturelles regroupées sous le terme général d'amiante est utilisé industriellement depuis environ un siècle pour ses qualités exceptionnelles dans quatre domaines :

- la résistance mécanique (fibro-ciment, matériaux résistant à la friction),
- le pouvoir isolant,
- la résistance à la chaleur (flocage, calorifugeage),
- la résistance à de nombreux produits chimiques agressifs (joints).

Ces fibres peuvent toutes provoquer des fibroses pulmonaires et des cancers du poumon et de la plèvre, mais ce pouvoir varie avec le type de fibre, ses dimensions et les conditions de son usage. Ce pouvoir pathogène a provoqué l'interdiction de l'usage de l'amiante dans la majorité des pays de l'Union Européenne (9/15) avec des exceptions qui varient d'un pays à l'autre. En France l'interdiction a été décidée en 1996 et appliquée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997. Un ensemble de textes réglementaires a organisé la reconnaissance de l'amiante en place. Parallèlement d'autres textes ont précisé les conditions de protection des travailleurs. Il convient de faire le point sur la cohérence de ce dispositif, rechercher ses éventuelles insuffisances, et préciser la qualité de sa mise en oeuvre.

## **2. Peut-on tracer une limite utile entre les connaissances assurées, les hypothèses et les incertitudes ?**

Les décisions en santé publique ne sont jamais déterminées par la seule connaissance scientifique pour deux raisons, les connaissances sont rarement complètes et les décisions ne sont pas fondées exclusivement sur la rationalité et le seul critère de la conservation de la santé. Avant de recommander des décisions il faut préciser les faits que l'on accepte, ceux auxquels on attache de l'importance et ceux pour lesquels on reconnaît une part d'incertitude.

Les bases utilisées pour la rédaction de ce rapport sont les suivantes :

- L'épidémiologie des mésothéliomes et des cancers broncho-pulmonaires attribuables à l'amiante indique un temps de latence prolongé. La médiane par rapport au début de l'exposition est proche de trente ans. La pathologie qui se

développe actuellement est attribuable à des conditions d'empoussièrement anciennes, ce qui n'exclut pas que les conditions d'expositions actuelles puissent produire des tumeurs dans l'avenir.

- Les cohortes épidémiologiques de travailleurs manufacturant l'amiante qui sont décrites dans la littérature sont très hétérogènes. Réunir ces résultats pour tenter de produire un modèle unique, linéaire ou non, de relation entre la quantité de poussières inhalées et le risque de développer une tumeur, faire l'hypothèse ou non d'un effet de seuil (le dernier texte de l'OMS et le rapport de l'INSERM le récusent, d'autres études l'acceptent) sont des démarches qui n'influencent pas notre comportement pratique dans le contexte français actuel, car depuis l'interdiction de l'usage de l'amiante (à de rares exceptions) il n'y a plus de travailleurs exposés à des taux constants et élevés de fibres d'amiante dans le cadre d'une production de fibro-ciment, de produits de friction ou de textiles. Le problème actuel est de réduire au minimum techniquement possible les empoussièrement auxquels sont exposés les travailleurs intervenant sur l'amiante en place. Il est également souhaitable de maintenir les taux d'empoussièrement environnementaux à des valeurs très basses dans les locaux qui ont incorporé des matériaux contenant de l'amiante, malgré les incertitudes qui persistent sur le niveau de risque très faible ou nul correspondant aux niveaux d'empoussièrement environnemental actuellement retenus par la réglementation.
- Le risque majeur de santé publique (constaté empiriquement par les études épidémiologiques concernant les mésothéliomes) concerne les travailleurs qui ont été exposés de façon répétitive à de l'amiante dans le cadre d'opérations très diverses, en dehors de la manufacture de produits à base d'amiante. Il peut s'agir d'interventions qui portent atteinte à l'intégrité d'un flochage, d'un calorifugeage ou de tout autre produit contenant de l'amiante. Il faut bien comprendre le transfert du risque d'un groupe limité de travailleurs de l'industrie de l'amiante à un nombre beaucoup plus important de personnes travaillant sur des immeubles ou des sites industriels qui ont largement incorporé ce produit. Nous ne devons pas considérer l'exposition à l'amiante comme un risque homogène dans le temps et identique pour tous les individus exposés, mais comme un risque concernant cinq groupes différents qui ont évolué au cours des quarante dernières années :
  - Les personnels impliqués dans la manufacture de produits contenant de l'amiante. Leur nombre était proche de 15.000 pendant la période de développement de l'usage de ce produit qui a culminé à la fin des années 70. Ils ont été exposés à des concentrations élevées de fibres, mais probablement variables d'une entreprise à l'autre et suivant le poste de travail qu'ils occupaient, jusqu'au décret de 1977 qui a introduit une

valeur limite pour l'empoussièrement en milieu professionnel et réduit le risque.

- Les personnels qui ont mis en place de l'amiante dans des opérations de flochage (jusqu'en 1978) et de calorifugeage avec des durées d'exposition très variables, leur activité dans l'entreprise pouvant ne pas être exclusivement consacrée à la mise en place d'amiante. C'est un groupe réunissant aussi bien des ouvriers du bâtiment que des chantiers navals, leur nombre est difficile à évaluer et l'épidémiologie du mésothéliome est un meilleur indicateur de l'importance de l'exposition dans ce groupe que les évaluations fondées sur les emplois exposés.
- Les personnels des entreprises d'enlèvement de l'amiante. Si la réglementation est correctement appliquée, leur risque sera faible, mais des défaillances dans sa mise en œuvre peuvent les exposer à des taux d'empoussièrement élevés qui produiront des tumeurs dans les années postérieures à 2020.
- Les travailleurs qui interviennent actuellement sur des bâtiments ou des produits contenant de l'amiante, en dehors du cadre du désamiantage, sont plusieurs millions, ce sont des professionnels du bâtiment, de l'installation d'équipements ou de la maintenance. Leur exposition au risque n'est pas constante car la prise de conscience récente du danger encouru provoque une évolution des comportements et de la protection. Bien que ce groupe soit exposé à un risque beaucoup plus faible que le précédent, ses effectifs étant environ cent fois plus important, c'est lui qui rassemble maintenant la majorité des pathologies tumorales produites par l'amiante. Compte tenu du temps de latence entre le début de l'exposition et le développement d'une tumeur, il faudra attendre un délai de plusieurs dizaines d'années pour juger l'efficacité des mesures de protection que nous appliquons actuellement.
- La fraction de la population qui peut être exposée à une pollution de type "environnemental" en habitant dans des immeubles contenant de l'amiante. Si les mesures prises en 1996 sont correctement appliquées, le risque de ce groupe peut être considéré comme très faible ou nul. Son exposition se réduira progressivement avec l'interdiction de l'usage de l'amiante et l'enlèvement progressif des formes les plus aptes à libérer des fibres dans l'atmosphère. Il est probable que nous ne serons pas capables de la documenter scientifiquement au cours des prochaines années.

➤ La différence documentée scientifiquement entre le pouvoir carcinogène élevé

au niveau de la plèvre des fibres d'amiante amphiboles (amosite, crocidolite, anthophyllite etc.) et celui plus faible des fibres d'amiante chrysotile n'a pas de conséquence notable dans le domaine de la prévention. En effet, pour l'amiante déjà en place, les personnes confrontées à une possibilité d'empoussièrement dangereux ne connaissent pas le type de fibres auxquelles elles sont exposées. Pour les personnes confrontées à un risque lié au seul chrysotile, il faut prendre en considération le fait qu'un risque de mésothéliome plus faible ne correspond pas à un risque nul, et que les différences entre le pouvoir carcinogène du chrysotile et des amphiboles au niveau des poumons ne sont pas reconnues par l'ensemble de la communauté scientifique.

- Certaines fibres de remplacement de l'amiante ont également un pouvoir carcinogène qui doit rendre prudents dans le développement de leur usage. L'Union Européenne a d'ores et déjà classé les fibres céramiques comme cancérigènes avérés sur l'animal et les laines minérales comme susceptibles d'être cancérigènes ("risques d'effets irréversibles"). Il est important de préciser, par ailleurs, que le nombre et la diversité des utilisations de l'amiante font que bien d'autres produits que les fibres sont utilisés pour le remplacer. Dans le domaine des produits fibrillaires, nous serons probablement incapables de documenter avec précision dans les années à venir le pouvoir carcinogène chez l'homme de ces produits. Nous ne disposerons pas de cohortes exposées à des concentrations importantes comme dans le cas de l'amiante, car les industriels ont adopté des mesures de protection inspirées de celles développées à la fin de la période d'usage de l'amiante. Les durées d'exposition nécessaires pour observer des résultats seront incompatibles avec nos besoins d'agir préventivement maintenant. La diversité de ces fibres sera un facteur de difficultés supplémentaire, certaines peuvent avoir un pouvoir carcinogène nul dans les conditions de leur emploi, d'autres l'être faiblement ou au contraire se rapprocher de l'amiante sur cette propriété. Les données expérimentales se multiplieront mais elles seront d'interprétation difficile. Les durées de surveillance d'animaux à durée de vie brève se prêtent mal aux évaluations d'effets pathologiques caractérisés chez l'homme par la longueur du délai entre le début de l'exposition et la survenue d'un cancer.

Le point important dans l'appréciation des connaissances scientifiques qui doivent fonder les décisions de santé publique est d'éviter de polariser le débat sur les points encore en discussion, au lieu de privilégier les certitudes qui nous permettent d'effectuer des choix. Contrairement à ce qui a parfois été dit, il n'y a pas d'ambiguïté à éclaircir dans les positions exprimées par les scientifiques français (expertise collective de l'INSERM) et celle des canadiens (analyse du rapport de l'INSERM par l'Académie Royale). Il y a une différence d'appréciation sur la nécessité de prendre en compte les risques des faibles doses, mais nous sommes d'accord pour reconnaître qu'ils ne sont pas actuellement prouvés. Il ne faut pas

confondre la discussion sur l'acceptation d'un risque hypothétique et celle sur la connaissance scientifique de ce risque. En outre ce débat n'a pas un intérêt majeur en santé publique car l'ensemble de la communauté scientifique admet que le risque actuellement le plus important est celui couru par les personnels travaillant sur des matériaux contenant de l'amiante et non le risque environnemental des faibles concentrations. On sait faire des matériaux non friables sans risque, on n'est jamais sûr que l'ouvrier qui coupera un tuyau en fibro-ciment utilisera une scie spéciale à vitesse lente à la place de la tronçonneuse à disque qu'il a à sa disposition. Toute l'expérience de la sécurité au travail prouve la difficulté de faire respecter des méthodes de prévention mettant en œuvre des matériels spéciaux ou des procédures contraignantes.

### **3. Quelles sont nos références en matière de gestion des risques pour la santé ?**

Nous prétendons à la rationalité dans ce domaine, mais la réalité nous confronte à la diversité conflictuelle des déterminants du risque. Les facteurs économiques, les querelles de pouvoir (facteurs d'organisation inadaptée), l'insouciance, voire la passivité face au risque, l'absence de volonté de savoir, se combinent aux incertitudes de nos connaissances pour produire ce que l'on pourrait considérer comme une forme d'incohérence alors qu'il n'en est rien. Il s'agit d'un équilibre instable mais déterminé par des facteurs relevant de logiques différentes faisant partie de nos comportements individuels et collectifs et de la hiérarchisation de nos préoccupations. L'identification de ces facteurs, la reconnaissance objective de leur poids, la rationalité dans leur prise en compte ne sont pas des caractéristiques constantes du système.

La prévention d'un risque qui s'exprime indépendamment d'une action humaine est plus facilement acceptée, et donc décidée, que celle du risque dans lequel l'individu intervient. Il est de ce fait difficile de tracer actuellement des limites au principe de précaution fondée sur la cohérence, car les rôles respectifs de l'Etat et de l'individu ne sont pas aussi facilement dissociables que nous l'imaginons.

Le succès dans la prévention du risque lié à l'amiante va dépendre en partie des références d'un ensemble de décideurs qui auront à le gérer et il est inutile d'insister sur cet aspect du problème, même si l'on peut considérer qu'il sera déterminant. Il ne dépend pas d'un rapport. Nous n'avons pas un traitement rationnel du risque fondé sur des bases éthiques unifiées. Notre comportement est celui d'une société aux multiples facettes relevant de logiques différentes voire contradictoires. Cette situation n'est pas inacceptable, elle est même inévitable et donc "normale", y compris au sein d'un gouvernement. Il faut cependant avoir un minimum de lucidité et accepter d'identifier honnêtement ces déterminants, sans occulter les plus opposés au maintien d'un état de santé, ne serait-ce que pour en réduire l'importance si l'on appartient au groupe qui privilégie l'objectif de santé

publique.

Le concept de sécurité sanitaire s'est développé depuis le début des années 90, mais les principes qui le fondent n'ont pas connu le même progrès. Des ambiguïtés profondes persistent, elles nuisent à la compréhension du problème par la population et à son adhésion à une politique équilibrée de gestion du risque. La lettre qui définit ma mission faisant référence au principe de précaution, (*A propos de ce site > lettre de mission*) il est nécessaire de préciser cette notion. Plusieurs textes traitant de ce « principe » ont été placés sur le site *Amiante* du ministère (*connaître > Ethique et Pratique*). Dans une société où le recours judiciaire se développe pour obtenir une sanction de dysfonctionnements des pouvoirs publics, il est tentant d'utiliser les références juridiques pour préciser ces notions. Il faut le faire avec un minimum de recul et de bon sens, sans perdre de vue le contexte de ces décisions. Les juges adaptent des concepts très strictement définis à des situations humaines, et leur capacité d'interprétation associée à leur volonté de résoudre des problèmes douloureux engendre parfois des décisions qui anticipent les évolutions de la loi, conduisant un système rigoureux vers des pratiques irrationnelles. Faute d'une législation adaptée aux risques thérapeutiques, la jurisprudence a défini une forme du principe de précaution qui peut se résumer à l'obligation d'agir face à un risque hypothétique comme s'il était prouvé. Cette solution permet d'indemniser un malade qui a été victime d'un accident thérapeutique en l'absence de faute. Il est très difficile d'en fixer les limites car dans le domaine concerné la décision humaine est probabiliste, rarement fondée sur un principe de tout ou rien. Le risque zéro n'existe pas, le principe de précaution ne peut se concevoir dans une pratique « opérationnelle », pour un chirurgien comme pour un décideur politique, que comme un rappel à la prudence face à un rapport **dommages/avantages** incertain. La prévention ne peut se fonder que sur la connaissance objective. La décision doit inclure l'imprécision de la connaissance, elle ne peut se limiter au refus de toute incertitude. Cette attitude de responsabilité est à l'opposé d'une fausse rigueur qui proscrirait systématiquement toutes les pratiques à risque au nom d'hypothèses incertaines. Cette logique imposerait par ailleurs de commencer par supprimer prioritairement les risques liés à des pratiques dont les facteurs de risque sont connus sans incertitude et nous nous révélons incapables de le faire. La difficulté est maximale quand il convient de comparer des avantages et des dommages qui appartiennent à des domaines différents : liberté individuelle et sécurité sanitaire (interdiction des armes à feu en dehors des armes de chasse), coût économique et prévention d'une maladie (mise en place du dépistage ou du traitement préventif d'une maladie), risque et plaisir (équipement obligatoire des véhicules avec des enregistreurs de vitesse). La conception la plus cohérente du principe de précaution est de ne pas avoir recours à des pratiques potentiellement dangereuses quand les avantages que l'on peut en espérer ne sont pas en rapport avec les dommages qu'elles peuvent produire, même si ces dommages ne sont pas documentés avec certitude, mais reposent



cependant sur des hypothèses scientifiquement crédibles. Les arguments pourront être d'autant plus discutables que le risque encouru est important, mais ils doivent exister et l'on ne peut étendre l'application du principe jusqu'à la prise en compte de toutes les hypothèses envisageables. Nous devons conserver une rationalité dans la mise en œuvre de cette forme de prudence qui n'est nouvelle que dans sa formulation, c'est dans une telle acception que j'utilise le principe de précaution.

L'Etat doit être capable de surveiller le niveau de risque par des systèmes de veille sanitaire tenant compte de l'évolution des connaissances scientifiques. Il doit évaluer la relation entre le niveau de risque, les possibilités d'intervention efficace, et le coût de son action. Il doit enfin conduire ces procédures dans la visibilité la plus complète, tous les partenaires ayant un droit d'accès à la totalité de l'information disponible. Pour respecter ces principes, il ne suffit pas de faire des textes réglementaires ou législatifs, il faut les rendre opérationnels en adaptant les moyens nécessaires, en organisant leur usage par une bonne définition des niveaux de responsabilité et de prise de décisions.

#### **4. Quels sont les dysfonctionnements les plus importants du dispositif ?**

Après avoir entendu environ deux cents personnes, lu les différents rapports produits sur le sujet, analysé la réglementation et le fonctionnement du dispositif, j'identifie quatre problèmes majeurs :

- même si la réglementation mise en place en 1996 est de qualité, parfois la plus favorable à la sécurité sanitaire parmi les pays industrialisés, et a marqué une rupture par rapport à la période précédente, le dispositif de contrôle du risque lié à l'amiante est incomplet. Il ne dispose pas des structures opérationnelles lui permettant de contrôler ce risque. La commission interministérielle pour la prévention et la protection contre les risques liés à l'amiante avec une ou deux réunions annuelles n'est pas une structure capable d'assurer une gestion interactive, fondée sur un ensemble d'indicateurs pertinents. Nous ne disposons pas d'un ensemble associant un pilotage, défini et coordonné au niveau national, à des moyens opérationnels au niveau de chaque département permettant une évaluation et un contrôle efficace du risque lié à l'amiante.
- la réglementation comporte des lacunes qui contribuent à l'insuffisance de l'évaluation. Par exemple le ministre ayant en charge la santé reçoit chaque année des rapports émanant des organismes réalisant des mesures d'empoussièrement (immeuble par immeuble), mais le contrôle de la mise en œuvre des mesures imposées par la réglementation quand les empoussètements sont excessifs n'est pas organisé. Dans le même domaine, la reconnaissance de la présence d'amiante très dégradé, imposant des travaux

sans même qu'il soit nécessaire de faire des mesures, ne s'accompagne d'aucune déclaration aux autorités sanitaires, ce qui supprime toute possibilité de contrôle.

- le passage de la connaissance à la prévention n'est pas suffisamment assuré. Reconnaître la présence d'amiante dans les habitations sous les formes les plus dangereuses est utile, mais insuffisant pour assurer la protection des travailleurs qui interviennent sur un bâtiment potentiellement dangereux, ces travailleurs doivent être avertis et formés. Il faut faire un effort important de vulgarisation de la connaissance du risque, en utilisant en particulier les médias audio-visuels, car les expositions à l'amiante sont liées à des actes plus faciles à montrer qu'à expliquer. Il faut convaincre les travailleurs et les employeurs de l'existence du risque et faire de la prévention de l'exposition à l'amiante une préoccupation adaptée au niveau du risque.
- le système d'indemnisation des maladies professionnelles fonctionne mal quand une pathologie tumorale est induite par l'amiante. Il faut reconnaître que les conditions de sa mise en œuvre sont particulièrement défavorables du fait du caractère différé de ces cancers, mais ce n'est pas une raison pour tolérer des injustices de cette ampleur. Plus de 9 sur 10 des mésothéliomes sont imputables à l'amiante et liés à la profession, moins de 1 sur 10 sera indemnisé au titre des maladies professionnelles. Ce n'est plus un dysfonctionnement, c'est la faillite d'un système.

##### **5. Un risque sanitaire doit être géré par des procédures interactives fondées sur l'évaluation de la qualité des décisions et le contrôle de leur application. La seule création de nouveaux règlements est insuffisante.**

Nous atteignons les limites des systèmes de gestion centralisés fonctionnant sur le mode linéaire. Si l'Etat multiplie les lois et les règlements sans développer les méthodes d'évaluation qui lui permettraient de corriger ses erreurs et de s'adapter à la réalité, il est condamné à l'inefficacité et à l'aventure de la gestion au fil de l'eau. Le besoin de rétroaction est une condition de survie pour tous les systèmes vivants et ce n'est pas vouloir placer de la biologie partout que d'affirmer que la complexité ne s'accommode pas des systèmes qui veulent tout régler en amont sans développer les moyens de savoir ce qui se passe en aval. Un problème de sécurité sanitaire impose que le système décisionnel hiérarchisé soit complété par un retour d'information vers les décideurs. Dans la gestion du problème de l'amiante les responsabilités sont mal identifiées, le retour d'information a des défauts organisationnels et manque dramatiquement de moyens.

*Exemple* : une commission interministérielle pour la prévention et la protection

contre les risques liés à l'amiante a été créée par l'arrêté du 12 juillet 1996. Elle se réunit environ deux fois par an. Il s'agit d'une réunion très formelle passant en revue les textes réglementaires parus depuis la précédente réunion et analysant les textes en cours d'élaboration. Les ministères représentés font le bilan de la situation de leur parc immobilier. Cette description me paraissant insuffisamment précise, j'ai demandé à chaque ministère, par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Santé qui a en charge l'organisation du contrôle de l'amiante dans les immeubles, un texte écrit faisant un bilan précis de la présence d'amiante dans leur parc immobilier. Le but était de connaître le nombre d'immeubles concernés, la proportion de ceux qui avaient été examinés, celle des immeubles contenant de l'amiante, la forme de cet amiante, éventuellement son état et le résultat des mesures d'empoussièrement qui avaient pu être réalisées. L'analyse des résultats disponibles (*évaluer > santé et autres administrations*) met en évidence des insuffisances de gestion qui sont liées à la fois à des insuffisances de moyens et à des lacunes méthodologiques. Ces fichiers complexes doivent être actualisés en permanence pour permettre une gestion suivie. Il ne suffit pas de procéder à une enquête ponctuelle et d'en faire une synthèse, il convient d'assurer une mise à jour permanente de la situation et de développer des véritables plans d'actions coordonnés et suivis, ce qui est l'inverse des solutions ponctuelles adoptées en fonction des pressions locales ou des possibilités de financement.

Dans une période où la procédure judiciaire est de plus en plus souvent utilisée pour apprécier la qualité de la politique gouvernementale en matière de santé publique, il est impossible de demander à des fonctionnaires (directeurs, sous directeurs, personnels des services) d'assumer des responsabilités sans disposer de moyens de contrôle adaptés. Dans la gestion d'un problème de sécurité sanitaire, le pouvoir, et donc la responsabilité, sont indissociables de la connaissance. Il est surprenant d'avoir à rappeler des notions aussi élémentaires, mais notre système de santé publique a des défauts structurels qu'il est urgent de corriger. Toutes les mesures techniques que je peux proposer seront dépourvues de portée si un système associant la capacité de savoir et la capacité d'organiser n'est pas mis en place. Si les inspecteurs du travail n'ont pas le nombre d'ingénieurs spécialisés nécessaire à leur côté pour surveiller les chantiers d'enlèvement de l'amiante, ils ne peuvent contrôler totalement l'application de la réglementation. Si les directions départementales de la santé n'ont pas accès à un bilan exhaustif des recherches d'amiante dans les habitations et de l'état de cet amiante, elles ne peuvent exercer leur pouvoir de contrôle.

### **Comment peut-on rendre le système opérationnel ?**

Les conditions à satisfaire sont les suivantes :

- les responsables de la gestion du risque doivent disposer des connaissances dont ils ont organisé l'acquisition (reconnaissance de l'amiante, identification de son état, résultats des mesures d'empoussièrement),
- ces responsables doivent avoir les moyens de traiter les informations indispensables pour surveiller l'application de la réglementation. On ne peut gérer un problème aux conséquences économiques et humaines d'une telle ampleur sans renforcer l'évaluation et le contrôle,
- la situation doit être surveillée de façon continue par des méthodes adaptées à une situation qui concerne plusieurs centaines de milliers de bâtiments. La seule solution techniquement réalisable et adaptée à cet objectif est de disposer de deux sources d'informations complémentaires. Une base informatique normalisée recense les immeubles contenant de l'amiante sous les formes les plus dangereuses définies par la réglementation. Des documents détaillés (plans de gestion de l'amiante) sont établis au niveau de chaque immeuble pour mettre à la disposition des occupants ou des intervenants extérieurs toutes les informations pertinentes,
- la possibilité de vérification par l'utilisateur, comme par les services décentralisés de l'état, étant la seule garantie de l'application des textes, il faut que les données acquises soient rendues publiques dans des bases accessibles par les réseaux de télécommunication. Un site internet tel que celui qui a été réalisé au ministère de l'emploi et de la solidarité pour contribuer à la gestion du risque lié à l'amiante est le média destiné à remplacer rapidement le minitel pour diffuser à l'ensemble d'une population une information très évolutive.

Ces conditions n'impliquent nullement la centralisation de l'action de contrôle. Le pouvoir central organise la collecte des données et les conditions de leur consultation. Les acteurs locaux (administrations, particuliers) ont accès aux données pour des actions de contrôle ou de prévention.

### **Quelle structure peut coordonner l'action des services décentralisés qui ont en charge les actions d'évaluation et de contrôle ?**

Cette structure doit être unique, qu'elle prenne la dénomination parfois proposée d'observatoire de l'amiante ou tout autre nom est secondaire, l'important est la nature de ses missions et de ses pouvoirs. Le terme d'observatoire me semble réducteur, il ne s'agit pas seulement d'observer, il faut également gérer, c'est-à-dire décider en étant en possession d'un pouvoir de décision ou d'injonction. Pour ces raisons je suis tenté d'inclure cette structure dans des administrations existantes et de ne pas limiter son rôle au bilan de la situation et de l'application des textes.

Elle doit être à la jonction entre l'observation et la décision.

La difficulté est de déterminer le meilleur " emplacement " pour un tel organisme. Serait-il raisonnable de vouloir échapper aux conflits interministériels en plaçant cette cellule auprès des services du Premier ministre ? Cela avait été fait au moment de la création du comité interministériel de la sécurité routière et l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques propose cette solution. Le problème de la sécurité routière était plus interministériel que celui de l'amiante et s'engager sur une telle voie rendrait difficile le développement de dispositifs identiques chaque fois que se posera un nouveau problème de sécurité sanitaire. Le Premier ministre ne peut être le gendarme garantissant l'application des décisions de santé publique, il doit conserver son rôle d'arbitre en cas de conflit. Au cours des deux dernières années, les personnes qui avaient réellement en charge les problèmes de l'amiante au niveau des services ont ressenti la nécessité de se réunir périodiquement, en invitant des partenaires des organismes qui ont la connaissance technique du problème (INRS, CSTB etc.). Par cette pratique elles ont montré la nécessité d'une structure plus informelle et plus directement au contact des réalités que la commission interministérielle se réunissant deux fois par an pour faire un bilan rassurant et très conventionnel. Les deux ministères les plus concernés par le problème de l'amiante sont le ministère de la santé et celui du travail, ensuite ce sont le ministère ayant en charge le logement et celui de l'environnement. Les autres ministères peuvent avoir un rôle important mais qui est plus celui du partenaire que l'on consulte que du décideur qui organise et évalue. Du fait de cette situation impliquant nécessairement plusieurs ministères clés, et si l'on renonce à une structure administrativement interministérielle, nous devons tenter d'innover et réussir à faire fonctionner une structure gérant spécifiquement le problème des fibres dans le cadre conjoint de la direction générale de la santé (DGS) et de la direction des relations du travail (DRT). Cette unité dans la dualité est facilitée par la composition gouvernementale actuelle qui regroupe dans le même ministère le travail et la santé, les services étant dans le même bâtiment de l'avenue de Ségur. Ce choix me semble le seul capable d'assurer une bonne gestion du problème principal qui est le passage de la connaissance de la présence d'amiante dans les bâtiments vers la prévention du risque encouru par les personnes qui interviennent sur ces bâtiments.

Le niveau minimal d'une telle cellule de gestion, au dessous duquel elle ne pourrait être fonctionnelle serait le suivant :

- un responsable (ingénieur sanitaire, médecin épidémiologiste, administrateur civil etc.),
- cinq personnes (par exemple 3 rattachés à la DGS et 2 à la DRT) dont la formation permettrait d'assurer :

- la gestion des fichiers déclaratifs de la reconnaissance d'amiante dans les bâtiments et des mesures d'empoussièrement,
- la gestion d'indicateurs de suivi des parcs immobiliers des grandes entreprises et des immeubles dont l'amiante est dans un état imposant des travaux (en collaboration avec les services décentralisés du ministère de la santé),
- la gestion des indicateurs de qualité dans les activités se situant dans les sections 2 et 3 du décret de février 96 (en collaboration étroite avec la direction des relations du travail, il serait même souhaitable que la personne assurant cette fonction appartienne à la direction des relations du travail),
- le développement de l'outil de gestion constitué par le site internet amiante associant la mise à jour des données documentaires sur les connaissances (réglementation, données scientifiques), le maintien d'un lieu de proposition et de discussion concernant la réglementation et son application, la mise en forme des bilans mis à la disposition du public.

➤ trois secrétaires.

Cette structure serait l'outil de travail des deux directions (DGS et DRT) et il ne faut pas créer d'obstacle à sa création en exagérant l'importance de la situation administrative de celui qui la dirigera. Il ne s'agira pas d'un électron libre et il faudra bien l'inclure dans un cadre hiérarchique, mais la notion de coordination et de coopération des deux directions est ici plus importante que le fait de préciser qui sera le supérieur hiérarchique du gestionnaire de cette cellule. Il y aura des problèmes à régler qui seront spécifiquement " santé publique " et ils seront réglés avec la DGS, d'autres seront purement santé au travail et relèveront de l'autre direction. Quand un problème relèvera de la double appartenance, la coordination pourra être assurée en recherchant les solutions satisfaisantes pour les deux problématiques qui ne fonctionneront plus en parallèle mais en association étroite. Il s'agit d'un travail nouveau qui ne peut être assuré par les structures actuelles. Si les responsables gouvernementaux doivent continuer de traiter ce problème sans structures adaptées, ils se condamnent à l'attente des conséquences de nos insuffisances de gestion et à des dépenses sans commune mesure avec le coût de fonctionnement de structures capables de gérer la sécurité de l'amiante, au niveau de l'administration centrale et des services déconcentrés.

Il convient également de ne pas considérer cette structure d'organisation et de

coordination comme l'outil capable à lui seul de gérer le risque amiante au niveau du terrain, il n'en aura pas le pouvoir. C'est au niveau des services décentralisés du ministère de la solidarité et de l'emploi, mais également de ceux de l'équipement, que l'action de contrôle se situera. Savoir organiser les bases de données qui fonderont les tâches de gestion est un pré-requis, mais l'efficacité sur le terrain sera atteinte quand les services situés au niveau de chaque département seront capables de vérifier la présence de plans de gestion de l'amiante dans les immeubles, ou l'exécution de travaux quand l'état de l'amiante les rend nécessaires. Il est difficile de donner une estimation précise des besoins en personnel correspondant à ces tâches de gestion du risque sur le terrain. Nous disposons de l'expérience des Deux-Sèvres qui ont développé un dispositif de gestion du risque amiante dans ce département (un site internet décrit cette expérience, il est relié au site du ministère par un lien situé dans la page *Autres sites*). Pour un département d'importance moyenne, les besoins sont proches d'une personne à plein temps. L'ordre de grandeur pour une gestion du problème au niveau de l'ensemble des départements sera proche d'une centaine de personnes.

## **6. Le ministre qui est responsable doit disposer d'une information complète.**

Quelle que soit la qualité d'une législation et de la réglementation qui l'accompagne, elle ne peut atteindre une efficacité sur le terrain sans évaluation. Cette nécessité est acceptée progressivement dans de nombreux domaines de la sécurité sanitaire. Le médicament, les produits d'origine humaine ont bénéficié du développement de méthodes permettant un suivi et l'identification des problèmes posés par leur usage, condition de leur correction. La présence d'amiante dans une habitation ou un navire, son état, le niveau d'empoussièrément, sont des notions dont il faut disposer pour conduire une politique de prévention des maladies induites par ce minéral.

On n'imagine pas un code de la route sans surveillance de son application par la gendarmerie et la police, un code des impôts sans contrôle fiscal. Il semble à l'opposé que l'on accepte une réglementation concernant l'amiante sans vérification de son application. Le propriétaire d'un immeuble (à l'exception des maisons individuelles) doit respecter la réglementation, faire pratiquer une recherche d'amiante selon un calendrier annexé au décret de 1996 et éventuellement engager des travaux si l'amiante est sous une forme dégradée ou si l'empoussièrément dépasse 25 fibres par litre. Aucune disposition répressive réellement dissuasive n'est incluse dans une législation spécifique. L'Etat ou des occupants peuvent éventuellement avoir recours aux tribunaux en utilisant des textes généraux tels que la mise en danger d'autrui mais, à ma connaissance, l'Etat ne l'a jamais fait et les actions engagées par des particuliers n'ont pas encore provoqué de décisions judiciaires.

Pour permettre d'atteindre la première étape dans une procédure de contrôle, il faut que le ministre soit informé des résultats de la recherche d'amiante.

La démarche technique instituée par le décret du 7 février 1996 se déroule en plusieurs étapes :

- Un contrôleur technique du bâtiment, ou un technicien de la construction qui a contracté une assurance dans ce but, va examiner un immeuble à la demande du propriétaire et indiquer s'il y a de l'amiante sous la forme de flochage, de calorifugeage ou de faux plafonds. L'état de l'amiante sera précisé suivant une grille semi-quantitative annexée au décret. Quand l'amiante est dégradé (code 3 dans cette grille d'évaluation) des travaux doivent être engagés dans un délai de douze mois. Il faut noter que la personne qui va faire ce diagnostic initial sur lequel repose l'ensemble de la procédure n'est pas identifiée par le ministère. Non seulement aucune qualification n'est exigée d'elle, ce qui a pu apparaître comme une nécessité dans la phase initiale de relative urgence (il fallait engager la démarche et toute exigence de compétence aurait retardé la réalisation des premières études de bâtiments), mais son enregistrement n'a pas non plus été prévu, alors qu'il aurait permis d'identifier ces praticiens du diagnostic, éventuellement d'en diffuser la liste pour renseigner les propriétaires, et enfin de pouvoir les joindre, soit pour leur adresser des informations, soit pour obtenir d'eux des renseignements.
- Un organisme peut être conduit à examiner des prélèvements effectués par l'intervenant précédent, dans le but d'identifier formellement l'amiante. Un texte relativement récent (28 novembre 1997) organise l'habilitation de ces organismes, mais l'application complète de ce texte ne se fera qu'au premier janvier 1999, soit un an avant la date limite de la réalisation de l'examen des bâtiments prévue par le décret du 7 février 1996.
- Une procédure de mesure de l'empoussièrement par des fibres d'amiante a également été mise en place. Des seuils précis déterminent les attitudes à adopter en fonction des valeurs mesurées (5 fibres par litre et 25 fibres par litre), un encadrement strict des organismes procédant à ces mesures a été institué dans l'arrêté du 7 février 1996. Il prévoit notamment que ces organismes sont habilités par le ministère de la santé qui publie périodiquement un arrêté indiquant leur dénomination et leur adresse. Enfin ces organismes doivent adresser avant le 31 janvier de chaque année au ministre de la santé un rapport dans lequel ils indiquent le résultat des mesures faites dans chaque immeuble. Cette disposition de l'article 4 de l'arrêté est ambiguë car le texte précise que cette indication est une " statistique ", pouvant laisser entendre que l'objectif est uniquement un contrôle de qualité de la mesure. Une telle



interprétation conduit certains organismes à communiquer des résultats numériques sans préciser l'adresse des immeubles concernés. Cette procédure n'a aucune portée pratique si elle n'est pas utilisée pour initier des contrôles de la mise en œuvre des actions qui s'imposent au propriétaire en cas d'empoussièrement dépassant les seuils définis dans le décret de février 1996.

Une autre insuffisance est manifeste dans les textes de 1996 et son existence conforte l'interprétation précédente d'une absence d'intention de contrôler l'action des propriétaires en aval du diagnostic. Si l'auteur de ce diagnostic estime que l'état de l'amiante est si dégradé qu'il est inutile de faire des mesures d'empoussièrement, le ministre de la santé n'est pas averti de cette situation, ces examinateurs n'étant pas tenus de rédiger un rapport annuel comme les organismes qui effectuent des mesures. Nous sommes donc dans cette situation paradoxale d'une déclaration d'une partie des constatations faites dans le cadre de l'étude des immeubles, les situations potentiellement les plus dangereuses n'étant pas obligatoirement signalées.

Il convient d'organiser la déclaration obligatoire de l'ensemble des constats de la présence d'amiante dans les immeubles concernés par le décret du 7 février 1996. Dans ce but il faut identifier les personnes qui ont réalisé ces recherches d'amiante. La procédure doit être simple pour être efficace, elle doit cependant concerner toutes les personnes qui ont eu ce rôle, même si elles ont interrompu cette activité. Les rapports remis au ministre chargé de la santé doivent prendre la forme d'un fichier informatisé normalisé, comme cela se fait maintenant pour les organismes habilités à procéder à des mesures. Il est indispensable qu'ils soient trimestriels et non annuels pour permettre de suivre le développement de l'application du décret de 1996. Les adresses des immeubles doivent être indiquées sur ce fichier. Ces exigences imposent une modification limitée mais précise du décret n°96-97 du 7 février 1996. Une fiche de proposition reprend l'argumentaire de cette modification et en précise les modalités. Ces dispositions doivent concerner aussi bien les bâtiments publics que privés. L'Etat ne peut se dispenser des obligations qu'il institue pour le secteur privé. Les déclarations envisagées ci-dessus doivent permettre de réaliser un annuaire des bâtiments contenant de l'amiante, consultable sans restriction, permettant aux services décentralisés de l'Etat d'effectuer les vérifications nécessaires dans leur domaine de compétence. Si un immeuble contient de l'amiante sous une forme imposant des travaux dans des délais déterminés, il est indispensable de pouvoir vérifier qu'ils ont été effectués. La boucle serait alors fermée, les textes ont fixé des obligations, les organismes qui effectuent les différents types d'examen transmettent leurs résultats aux responsables de la santé publique, ces derniers ont les moyens de vérifier que les travaux éventuellement imposés par la réglementation ont bien été effectués. Tout autre comportement correspondrait à une responsabilité sans moyens de l'exercer, inacceptable pour les intéressés, et pour la population qui ne disposerait pas de

garanties du respect des textes réglementaires.

En aval de cette fonction "d'annuaire" la mise à disposition des usagers (occupants, intervenants sur un immeuble contenant de l'amiante) de documents précis (plan de gestion de l'amiante) permettra d'assurer la complémentarité entre l'organisation d'une visibilité normalisée au niveau national et le développement du contrôle et de la prévention au niveau local.

## **7. La sécurité au travail pose un problème difficile lié à la persistance d'un risque dans un groupe de travailleurs beaucoup plus important que celui qui était concerné par la mise en œuvre professionnelle de l'amiante.**

Le délai très long entre le début de l'exposition au risque et l'apparition de cancers provoqués par l'amiante a contribué à retarder la prise de conscience de la modification de la nature du risque amiante, initialement limité à un groupe réduit de travailleurs exposés à un risque élevé, diffusant au cours des quarante dernières années vers un groupe beaucoup plus important exposé à un risque plus faible. Cette situation pose deux questions différentes :

- pouvait-on éviter ce retard, c'est un problème de responsabilité et nous l'envisagerons avec celui de l'indemnisation,
- comment assurer la protection de l'ensemble des travailleurs exposés au risque, c'est l'objet de cette partie du rapport.

### **La situation**

Le développement de l'usage de l'amiante dans la construction est facilement documenté par les tonnages d'amiante importés et par la liste des produits contenant de l'amiante mis sur le marché. La presse professionnelle, les documents de promotion de l'amiante émanant des producteurs ou de leur syndicat sont d'autres sources montrant l'importance de la diffusion de l'usage de la fibre amiante sous toutes ses formes minéralogiques. Les produits étant destinés à rester en place pendant la durée de vie du bâtiment, l'expression du risque pour les intervenants sur les bâtiments qui les contiennent est dépendante de la quantité cumulée d'amiante incorporée à ces constructions et de la forme de cet amiante. La courbe représentant l'évolution du niveau de risque auquel sont exposés les personnes intervenant sur des bâtiments contenant de l'amiante s'est accrue avec la quantité cumulée d'amiante mise en œuvre pendant plusieurs décennies. Elle n'a

atteint son maximum qu'à la fin de l'année 1996, au moment où l'usage de l'amiante a été interdit. De 1978 (interdiction des flocages) à 1996 cette courbe a continué de s'élever, même si sa pente a été plus faible du fait de l'interdiction des usages les plus dangereux de l'amiante. En effet la seconde variable à prendre en considération est la forme sous laquelle l'amiante a été mis en œuvre, les produits de faible densité (flocage, calorifugeage) sont plus dangereux que les produits de densité élevée (fibro-ciments, panneaux, plâtres ou mastics chargés en amiante). Il faut cependant apporter une correction à cette affirmation. Le risque des intervenants sur un produit contenant de l'amiante est très dépendant du type d'intervention et des méthodes qu'ils utilisent. Couper une plaque de fibro-ciment à sec avec un disque tournant à vitesse élevée, ou percer un enduit à base de plâtre renforcé avec de l'amiante comme le Progypsol\* , sont des actes qui peuvent provoquer un empoussièrment plus important que celui auquel est exposé un ouvrier travaillant à côté d'un flocage, mais sans intervention directe sur le produit contenant de l'amiante. La première pratique comporte un risque de type "interventionnel", la seconde un risque de type "environnemental". Dans le premier cas l'empoussièrment peut passer par un pic de courte durée mais très élevé, dans le second il s'agira d'un niveau qui sera plus constant mais habituellement nettement plus faible.

Ces notions schématiques sont précisées par des outils d'évaluation du risque de différentes natures :

- Les mesures d'empoussièrment liées à des interventions définies. Il y a en France une base de données réunissant les valeurs observées dans des situations très diverses par les acteurs de la prévention : il s'agit de la base EVALUTIL développée à l'initiative de la CNAMTS et de la Direction des Relations du Travail par une équipe de chercheurs. Elle n'est pas encore publiée alors que cette publication est une nécessité. Il semble que les chercheurs et les organismes qui ont contribué à sa production ont craint les difficultés d'interprétation et les abus d'usage d'une base dans laquelle tous les paramètres ne sont pas contrôlés. Ce risque est très inférieur à celui qui est actuellement engendré par une méconnaissance du risque. Si la représentativité de certains résultats d'EVALUTIL est contestable, quand ils correspondent à des conditions d'intervention très marginales et particulièrement inadaptées à la prévention, c'est leur visibilité qui permettra de les contester et d'aboutir à leur amélioration. Cette procédure suscitera la production d'autres données capables de compléter celles qui sont actuellement disponibles. Nous ne pouvons plus nous permettre d'attendre la perfection et les certitudes absolues, il faut développer les outils indispensables à l'évaluation des risques et la meilleure façon de procéder est de les mettre à la disposition de l'ensemble des communautés concernées : scientifiques, professionnels de la prévention, inspecteurs du travail, entreprises, associations, particuliers.

- La seconde source de renseignements est constituée par la connaissance épidémiologique des maladies induites par l'amiante. Cette connaissance est différée mais ce n'est pas une raison pour méconnaître son importance dans l'identification du risque. Nous reviendrons sur la chronologie de l'acquisition de cette connaissance qui est déterminante dans l'identification de nos insuffisances de prévention, pour analyser ici l'état actuel de nos connaissances. Ce sont les études épidémiologiques approfondies concernant le mésothéliome qui sont à l'origine de l'identification de l'extension du risque amiante. Cette tumeur était exceptionnelle au début du siècle et les arguments utilisant la difficulté de son identification histo-pathologique pour prétendre qu'elle était souvent méconnue et que l'amiante n'a pas le rôle quasi exclusif qu'on lui prête actuellement ne me paraissent pas recevables. Il est vrai que les progrès de l'histo-immunologie ont aidé à identifier cette tumeur, mais son développement s'est fait à un rythme si rapide et s'accordant si parfaitement avec le développement de l'usage de l'amiante et le délai moyen d'une trentaine d'années entre le début de l'exposition et l'apparition de la tumeur que le problème est entendu. Les mésothéliomes sont attribuables à l'amiante dans une proportion dépassant actuellement en France 9 cas sur 10. Cette proportion s'accroît chaque année avec le développement de l'incidence de ce cancer. Les études cas-témoins (*connaître > sciences > épidémiologie*), ou les registres de cancers qui ont recherché la profession des personnes atteintes de mésothéliomes ont mis en évidence une diffusion du risque. Si le risque pour chaque intervenant sur un produit contenant de l'amiante peut être considéré comme faible par rapport à celui des ouvriers travaillant à produire de l'amiante ciment, ou un textile à base d'amiante avant 1977, l'accroissement du nombre de personnes exposées (de quelques dizaines de milliers à plusieurs millions) est responsable dès maintenant d'un plus grand nombre de mésothéliomes dans le second groupe que dans le premier. Il est très important de comprendre cette situation et de distinguer le risque relatif et le risque absolu. Les pilotes des sports mécaniques ont un risque individuel de mourir accidentellement plusieurs centaines de fois supérieur à celui d'un conducteur "ordinaire" mais ces derniers sont plusieurs centaines de milliers à mourir chaque année sur les routes alors que quelques pilotes professionnels seront victimes de cet événement. A l'intérieur de ce groupe d'intervenants dans des bâtiments à risque, il faut comprendre également que le nombre de personnes exposées à un empoussièrement par l'amiante ponctuellement élevé et répété dépasse celui des travailleurs du bâtiment (charpentiers, maçons, électriciens, plombiers etc.). Les travaux de maintenance ou d'amélioration sont très divers, allant jusqu'à des activités de ménage, de rangement ou de déménagement qui peuvent exposer à des pics d'exposition dont l'importance est méconnue. Nous devons développer l'analyse épidémiologique du mésothéliome pleural pour améliorer notre connaissance empirique des niveaux de risque associé aux activités

professionnelles auxquelles les personnes qui présentent cette tumeur ont été exposées. Nous serions plus avancés dans cet usage si nous avions respecté l'article 17 de la directive européenne du 19 septembre 1983 sur l'amiante qui spécifie que "les Etats membres tiennent un registre des cas reconnus d'asbestose et de mésothéliome". Cette obligation concernait les cas reconnus dans le cadre des maladies professionnelles, la directive concernant "la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail". Dans ce domaine nous avons été doublement fautifs, d'une part en étant incapable de développer une juste reconnaissance des mésothéliomes imputables à une exposition professionnelle, d'autre part en n'établissant pas le registre exigé par la directive. Il faut savoir qu'un registre n'est pas un simple dénombrement des cas, le terme désigne la réunion d'un ensemble de données qui permet de progresser dans la connaissance d'une pathologie. Cet exemple est une illustration de ce que j'identifie comme une insuffisance de coordination dans la gestion d'un problème de sécurité sanitaire. La non application de cet article 17 de la directive de 83 pose le problème du fonctionnement d'un système décisionnel, qui devait désigner l'opérateur ? quel devait être le rôle de la CNAMTS qui gère les maladies professionnelles ?

- En outre, si des études épidémiologiques ont été faites, leur niveau de financement et leur organisation n'ont pas permis d'obtenir la totalité des renseignements qui auraient pu être réunis. La restructuration de cette recherche vient d'être assurée à la suite d'une intervention des différents partenaires (DGS, DRT, RNSP, chercheurs). Elle doit être encore développée. Même si ses indications sont tardives par rapport à l'exposition, le suivi des mésothéliomes est un indicateur irremplaçable du risque lié à l'amiante. Il doit être exhaustif et précis, non seulement dans le but d'améliorer la surveillance sanitaire, mais également pour faciliter l'entrée des personnes atteintes dans le système des maladies professionnelles. L'analyse des trente dernières années met en évidence une dissociation complète entre le développement lent mais relativement sûr de la connaissance de l'épidémiologie des mésothéliomes et l'absence de passage de cette connaissance vers l'amélioration de la prise en charge au titre des maladies professionnelles.

### **Quelles mesures pouvons-nous adopter pour améliorer la connaissance du risque et réduire l'exposition au risque des travailleurs agissant sur des immeubles contenant de l'amiante ?**

Il n'y a pas une mesure dont l'efficacité soit suffisante dans un tel contexte mais un ensemble de dispositions qui doivent se compléter si nous savons les appliquer avec rigueur. Une telle situation est mieux illustrée par un exemple concret et j'en

choisirai un qui a une valeur symbolique, celui de l'établissement d'enseignement de Jussieu. Le détail de cette analyse est contenu dans une fiche de proposition consacrée cet établissement, je ne développe ici que quelques points particuliers de cette situation qui ont une signification générale.

**Exemple :** Jussieu réunit plus de 200.000 mètres carrés de surfaces dont les éléments métalliques de soutien sont protégés de l'incendie par un flochage à l'amiante. Il est difficile de préciser les niveaux d'exposition du personnel qui a assuré la maintenance des bâtiments depuis leur édification. Ils étaient probablement plus élevés dans les années qui ont suivi la construction des bâtiments que maintenant, avant la mise en œuvre des premières mesures de protection, et surtout pendant la période contemporaine de l'achèvement du chantier, alors que certains bâtiments étaient déjà occupés. Des cas de mésothéliomes ont été observés ainsi que des signes d'exposition à l'amiante (plaques pleurales). Une étude épidémiologique a été entreprise pour mieux connaître la situation de santé des personnels exposés. Elle n'a concerné qu'une partie des occupants car, à Jussieu comme ailleurs, l'Etat applique mal les règles qu'il édicte concernant l'examen des personnels par les médecins du travail. Néanmoins ces études ont été de qualité et ont permis de documenter la réalité du risque pour le personnel de maintenance. Les personnels enseignants et les étudiants ont probablement subi des niveaux d'exposition plus faibles, de trop courte durée, ou avec un recul insuffisant pour permettre des observations significatives. Dans un tel contexte qui a une valeur symbolique, Jussieu a joué un rôle déterminant dans la prise de conscience du risque lié à l'amiante en France. Le rôle de chercheurs comme Henri Pézerat n'a pas été simplement de dénoncer un risque hypothétique mais d'analyser l'ensemble des anomalies de fonctionnement du système, en particulier dans le domaine de la pathologie professionnelle. Malgré ces caractéristiques du site qui auraient dû produire le dispositif le plus performant possible dans le contrôle du risque des personnels, nous sommes loin d'un optimum de prévention. En dépit de la création d'une structure interétablissement destinée à coordonner les actions, il y a toujours plusieurs services de maintenance séparés à Jussieu (qui réunit trois établissements d'enseignement). L'étude épidémiologique des personnels a été interrompue en 1997 et les conditions de sa relance viennent d'être définies. Un cahier des charges de l'étude a été établi et un appel d'offre doit être lancé au cours des prochains mois. Une difficulté supplémentaire est constituée par l'importance du nombre d'intervenants extérieurs, dont le renouvellement exige une vérification permanente du niveau de formation à l'intervention sur des bâtiments contenant de l'amiante. Indépendamment de la gestion du devenir de Jussieu, de la nature des travaux à effectuer, de leur programmation et de leur surveillance, la première urgence sur ce type d'établissement est d'améliorer et de maintenir un niveau élevé la sécurité de ceux qui assurent la maintenance ou y effectuent des travaux.

## **Les mesures nouvelles qui doivent réduire le risque des intervenants sur un bâtiment contenant de l'amiante.**

Il s'agit d'un ensemble de mesures portant sur :

- ***L'amélioration de l'identification de l'amiante dans les bâtiments*** chaque fois que des travaux de démolition ou de réhabilitation exposant des ouvriers à un risque sont envisagés. Certaines dispositions réglementaires assurent partiellement cette protection mais elles devraient être plus explicites. La responsabilité générale de l'employeur qui doit assurer la sécurité au travail de ses employés n'est pas suffisante. Elle doit être complétée par des dispositions qui organisent la recherche dans certaines circonstances. La démolition impose à l'évidence une recherche complète qui ne peut se limiter aux dispositions prévues dans le décret du 7 février 1996. C'est également vrai pour les travaux de réhabilitation qui exposent à la découverte d'amiante, provoquant des difficultés majeures en cours de chantier. Les conséquences en terme de coût des travaux et de délais pour achever le chantier sont telles que le risque est d'inciter l'entreprise et le propriétaire à s'entendre pour ne pas entrer dans les réglementations contraignantes de l'enlèvement de l'amiante. Pour éviter cette situation, il convient que l'étude soit préalable et obligatoire. Il reste à définir la nature des travaux qui doivent provoquer ce diagnostic exhaustif. C'est un problème technique qui exige une concertation entre les services des ministères de la santé, du travail, de l'équipement, les organismes ayant une responsabilité dans l'organisation de la sécurité au travail ou une connaissance des techniques du bâtiment (INRS, CSTB), des représentants des professions du bâtiment.
- ***La signalisation de la présence d'amiante.*** Elle doit se manifester sous deux formes, d'une part la présence physique d'une signalisation adaptée dans les zones contenant de l'amiante, d'autre part l'existence de documents communiqués obligatoirement aux entreprises et aux intervenants, tant lors de l'établissement de devis de travaux qu'au moment de leur réalisation. Ces documents ne peuvent se limiter au rapport des techniciens qui ont effectué la reconnaissance de l'amiante dans les bâtiments. Il doit s'agir d'un plan de gestion du bâtiment comportant non seulement des plans détaillés des zones à risque mais un rappel de toutes les précautions à prendre pour chaque type d'intervention, incluant des actions de maintenance périodiques, par exemple des interventions de nettoyage quand elles peuvent comporter un risque. Ce plan de gestion doit répondre à une liste de conditions fixées par une réglementation spécifique, des exemples types étant publiés pour préciser les champs couverts et les méthodes à suivre.

## **Faut-il étendre dès maintenant la reconnaissance de l'amiante dans les bâtiments aux maisons particulières et à l'ensemble des formes d'amiante présentes ?**

Il est évident que si les personnels intervenant sur des bâtiments amiantés sont exposés à des risques d'empoussièremement épisodiques mais parfois intenses, la logique d'une prévention efficace serait de reconnaître l'amiante partout où le rencontre. Les limites à une telle attitude sont les suivantes :

- Le gouvernement a déjà modifié l'étendue de la reconnaissance de l'amiante dans les immeubles. D'abord limité aux flocages et aux calorifugeages, le diagnostic a ensuite été étendu aux faux-plafonds, contraignant les propriétaires qui avaient déjà fait réaliser l'expertise à une nouvelle dépense. Si le gouvernement continue de pratiquer une démarche progressive étendant par étape l'analyse aux sols, puis aux cloisons, il apparaîtra comme un gestionnaire hésitant et manquant de considération pour ceux qui assurent financièrement ces diagnostics.
- Nous connaissons assez mal le risque réel de se trouver en présence d'amiante encouru par un intervenant sur un bâtiment, en fonction du type de construction sur laquelle il intervient et de la nature de son intervention.

Avant de modifier une troisième fois le décret de 1996, nous devons fonder les obligations qui seront créées par l'étude complète d'un certain nombre de bâtiments dans un objectif d'évaluation du risque pour un ouvrier de se trouver confronté à la présence d'amiante. Cette connaissance serait le complément d'une base telle qu'EVALUTIL (qui indique pour une activité donnée, le niveau d'empoussièremement auquel le travailleur peut être exposé). Personne ne peut actuellement préciser avec quelle fréquence on risque de percer une cloison contenant de l'amiante (dans les joints, dans un panneau isolant) lors d'une intervention dans un immeuble collectif construit par exemple entre 1960 et 1970. Le risque de rencontrer des dalles de vinyle renforcées par de l'amiante, ou collées avec un produit adhésif contenant de l'amiante, ou reposant sur un carton amianté destiné à améliorer l'isolation varie avec l'année de construction et le type d'immeuble. Il faut documenter rapidement ces faits et modifier éventuellement ensuite le texte de 1996.

## **8. Le fonctionnement du dispositif de prévention et d'indemnisation des maladies professionnelles provoquées par l'amiante a été défaillant.**

Deux problèmes différents sont associés dans l'injustice sociale dont sont victimes



les personnes ayant développé une maladie consécutive à l'exposition à l'amiante. Le premier est la difficulté de faire reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie. La seconde l'insuffisance des mesures de prévention dont elles auraient pu bénéficier.

### **Réduire les obstacles à la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie provoquée par l'amiante.**

Le rapport de M. Alain Deniel a fait récemment le point sur les insuffisances du dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre d'une évaluation des sommes indûment imputées au régime général de l'assurance maladie des travailleurs salariés alors que ces dépenses auraient dû être assurées par le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles dont le mode de financement est différent. Ce rapport est disponible intégralement sur le site internet du ministère (*évaluer > rapports > rapport Deniel*), comme l'analyse qui en a été faite par le CNPF (*évaluer > rapport > CNPF*). Le rapport Deniel évalue à environ un milliard de francs le montant des dépenses indues.

Le système d'indemnisation des maladies professionnelles repose sur le principe simple de présomption d'origine. Si les conditions d'exposition correspondent à celles indiquées dans des tableaux mis périodiquement à jour, une maladie survenant chez un salarié sera reconnue comme étant d'origine professionnelle. Quand une maladie est identifiée rapidement après l'exposition au risque, le système peut fonctionner correctement, la situation devient difficile si elle est différée, elle se complique encore quand la maladie en cause est multifactorielle, par exemple un cancer broncho-pulmonaire qui est plus souvent provoqué par le tabac que par l'amiante. Le résultat est un déficit de reconnaissance manifeste. Environ 700 mésothéliomes apparaissent chaque année en France, personne ne discute le fait que 90 à 95% de ces cancers sont provoqués par l'amiante et cependant moins de 100 mésothéliomes seront reconnus comme d'origine professionnelle. Cette absence d'équité est ressentie avec d'autant plus d'amertume par les victimes que la prévention possible n'a pas été mise en œuvre de façon satisfaisante à une période où l'on connaissait à la fois le risque et les méthodes de prévention. La période critique s'étend du début des années soixante à 1977, cette dernière date correspondant à la publication du premier décret fixant des seuils quantitatifs d'empoussièrement. Le développement de la consommation industrielle de l'amiante a été très important pendant cette période, l'exposition au risque s'est donc accrue, alors que les méthodes de prévention n'ont pas accompagné à un niveau suffisant cette augmentation du risque. Assurer la ventilation de locaux, placer des aspirations sur les postes de travail, réduire à la source la production de poussières sont des méthodes anciennement connues de prévention des risques liés

aux poussières susceptibles de provoquer des pathologies. La loi qui crée une obligation générale de protection de l'employé par l'employeur est exactement centenaire, la nécessité de prévenir ne commence pas avec le décret de 1977.

### **Le problème posé par la nécessité de prouver l'exposition à l'amiante.**

L'accroissement du risque lié aux produits à base d'amiante n'a pas été provoqué par l'augmentation de consommation d'un nombre limité de produits, il est également dû à l'accroissement irresponsable du nombre de produits mis sur le marché. Une véritable fièvre d'innovations est attestée par les documents de promotion de l'amiante dont nous disposons (*connaître > histoire > documents*). Cette multiplication des produits, couplée à des délais de 20 à 40 ans pour la grande majorité des pathologies tumorales induite par l'amiante contribue aux difficultés parfois insurmontables auxquelles sera confronté le salarié qui tente de faire valoir ses droits. Les entreprises qui ont employé des personnes exposées n'étaient pas uniquement celles qui manufacturaient l'amiante et dans lesquelles le risque était bien identifié, même s'il n'était pas correctement prévenu. Il s'agissait souvent de petites entreprises du bâtiment (charpente, couverture, électricité, maçonnerie etc.) et l'on sait que ces entreprises artisanales ont une durée de vie souvent réduite à la période où un salarié décide de se mettre à son compte et fait vivre son entreprise jusqu'à sa retraite. Les interruptions d'activité pour des raisons économiques sont également très fréquentes. Dans ce contexte l'enquête qui doit établir que le demandeur était réellement exposé à l'amiante se traduit fréquemment par un échec. Il y a deux façons de lire et d'appliquer les phrases contenues dans le tableau 30, soit on admet facilement qu'un type de métier à obligatoirement exposé le travailleur à de l'amiante et une pathologie identifiée dans le tableau voit son origine professionnelle reconnue, soit on veut rechercher la preuve de l'exposition à l'amiante et l'on rend le dispositif beaucoup plus restrictif.

Le second facteur d'échec dans la recherche de l'exposition est lié au fait que le demandeur lui-même est incapable de dire s'il manipulait des matériaux à base d'amiante et dans quel entreprise il a pu être exposé. Tous les porteurs de mésothéliome n'ont pas été impliqués dans des activités de flochage ou de calorifugeage. Quand un employé d'une entreprise spécialisée dans la réalisation de stands, dans des expositions ou des foires, découpe pendant plusieurs années des panneaux à base d'amiante, il peut avoir ignoré cette particularité et en l'absence d'une aide très technique exigeant des compétences particulières il sera dans l'incapacité de signaler cette période d'exposition au risque amiante. Un ouvrier de maintenance d'une industrie chimique quelconque a été obligatoirement exposé à des joints contenant de l'amiante, car leur diffusion a été considérable, étendue à l'industrie alimentaire. Bien entendu tous ces joints n'émettaient pas de grandes quantité de poussières d'amiante, le contexte de leur utilisation était déterminant.

La nécessité de faire du sur mesure, d'intervenir sur ces joints avec des méthodes dépourvues de toute protection était un facteur de risque quantitativement élevé et ce type d'activité pouvait avoir été exercé pendant une période courte mais avec des pics d'empoussièrement intense. Nous connaissons des exemples de mésothéliomes avec des durées d'exposition inférieures à une année chez des personnes découpant des panneaux amiantés. Le premier obstacle à la reconnaissance de la maladie professionnelle est lié à la difficulté d'apporter la preuve de l'exposition. Il faut lever cet obstacle en utilisant une méthode simplifiée de reconnaissance de l'exposition utilisant seulement la notion de métier exposé et non une enquête tentant d'identifier spécifiquement un contact avec à l'amiante, au moins dans le cas de maladies pratiquement unifactorielles.

La difficulté majeure ne concerne pas le mésothéliome, tumeur attribuable à l'amiante avec un risque d'erreur très faible, en particulier si la personne atteinte a exercé un métier exposé, mais les cancers broncho-pulmonaires. Ces cancers sont provoqués principalement par les dérivés de la combustion du tabac, plus rarement par d'autres cancérogènes inhalés, en particulier par l'amiante. La proportion de cancers broncho-pulmonaires attribuables à ce dernier peut être estimée entre 6 et 12%. Il est difficile dans de telles conditions d'utiliser le principe de la présomption d'origine, en particulier si la preuve se réduit à la reconnaissance d'un métier exposé comme je le propose pour le mésothéliome. Limiter la reconnaissance de l'origine professionnelle aux non-fumeurs ne serait pas juste, car on peut développer un cancer broncho-pulmonaire attribuable à l'amiante en étant fumeur, on sait même que les deux cancérogènes n'additionnent pas leur action propre mais la multiplient. Il faut nécessairement sortir du cadre de la présomption pour traiter avec équité un tel problème et accepter une expertise utilisant des critères objectifs. La législation a préparé la solution de ce type de situation en créant les comités régionaux des maladies professionnelles pour traiter les cas particuliers. Le seul critère indiscutable est la mise en évidence d'un taux élevé de fibres d'amiante ou de corps asbestosiques dans le tissu pulmonaire en dehors de la tumeur. Cette méthode est utilisée dans plusieurs pays, en particulier au Canada. Une telle disposition implique un prélèvement tissulaire qui ne peut être envisagé en dehors d'un acte chirurgical thérapeutique ou d'une autopsie. La biopsie comporte en effet des risques qui, même s'ils sont minimes, ne permettent pas de l'imposer pour prouver l'exposition à l'amiante. En pratique si la tumeur relève de l'intervention chirurgicale dans un but thérapeutique, il est possible de faire le prélèvement sur la pièce opératoire, l'exérèse étant une lobectomie ou une pneumonectomie qui comporte du tissu pulmonaire péri-tumoral. Si l'état du malade ou l'extension de la tumeur ne permettent pas une intervention chirurgicale, le prélèvement ne peut être fait qu'après la mort lors d'une autopsie, ce qui protège les intérêts des ayants droit sans imposer un acte biopsique agressif à un malade en fin de vie. La mise en œuvre d'une recherche systématique de la présence de fibres d'amiante sur toute pièce d'exérèse d'un cancer primitif broncho-pulmonaire doit être une méthode

facilitant la reconnaissance du rôle de l'amiante dans la survenue de la tumeur. Nous reviendrons sur ce point dans la proposition consacrée à la gestion épidémiologique des cancers respiratoires.

Pour résumer cette partie très importante dans la prise en compte du risque professionnel lié à l'amiante, les solutions les plus justes me semblent être :

- pour les mésothéliomes une reconnaissance de l'origine professionnelle si la personne a exercé un métier exposé, dont la liste serait établie dans un texte réglementaire, comme c'est le cas en Grande-Bretagne,
- pour les cancers pulmonaires, une reconnaissance de l'origine professionnelle si les conditions fixées par le tableau 30bis sont satisfaites, ou si l'exercice d'un métier exposé est associé à la présence significative d'amiante dans le tissu pulmonaire. En l'absence d'un tel prélèvement, le seul recours est d'utiliser les possibilités offertes par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

### **Le problème posé par les délais d'instruction des dossiers**

La pathologie cancéreuse induite par l'amiante n'appartient pas au groupe des cancers qui guérissent fréquemment. Un cancer cutané professionnel peut avoir 9 chances sur dix de guérir définitivement, un cancer de la vessie une chance sur deux. A l'opposé les mésothéliomes sont des tumeurs habituellement diffuses de la plèvre qui ne permettent pas d'interventions chirurgicales et les résultats de la chimiothérapie sont encore limités. Les cancers broncho-pulmonaires sont également de mauvais pronostic, la fraction qui survivra après quelques années est réduite. Dans ces conditions, l'instruction d'une demande de reconnaissance de l'origine professionnelle est une course d'obstacles dépourvue d'humanité dans laquelle le demandeur va épuiser ses forces pendant les derniers mois de sa vie. Pour éviter une reconnaissance automatique de l'origine professionnelle dans un délai de deux mois si elle ne se manifeste pas, la caisse de sécurité sociale va presque systématiquement avoir recours à une contestation de l'origine professionnelle, ce qui est bien entendu ressenti comme une injustice par le demandeur. La suite est une longue période d'enquête compliquée par les dispositions spécifiques de reconnaissances des maladies provoquées par un empoussièrément (pneumoconioses). Il faut à la fois réduire les délais d'instruction et les spécificités inutiles dans la reconnaissance des pneumoconioses. Le premier point peut être amélioré dans le cas des mésothéliomes par la mesure proposée ci-dessus. Si les exigences de l'enquête sont diminuées, il sera plus facile de la conduire dans des délais acceptables. Cette disposition n'est cependant pas

suffisante, il faut lui associer une limite dans le temps. Si le premier délai à courir, qui pourrait être le délai actuel de deux mois, ou un délai de trois mois, s'achève sans que la décision de la caisse soit prise, une prolongation ne pourrait intervenir que si une cause motivée explique l'absence de décision. Cette cause devrait être notifiée explicitement au salarié, la notification précisant qui a la responsabilité de ce retard. Il faut en effet éviter qu'une des parties puisse tirer bénéfice d'une entrave à l'application des textes, en particulier par une insuffisance des renseignements fournis pour permettre l'enquête sur le passé professionnel. Faute de ces précisions, la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie interviendrait comme en l'absence de réponse. Dans le cas du cancer broncho-pulmonaire, ces dispositions pourraient s'appliquer facilement si les deux conditions envisagées ci-dessus sont réunies. Si la preuve de la présence d'amiante dans les tissus pulmonaires ne peut être apportée, faute de prélèvement, c'est la décision du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles qui devrait intervenir dans un délai limité.

### **Le problème posé par le régime spécial des pneumoconioses.**

Un court article de loi dans le code de la sécurité sociale (L.461-7) permet d'appliquer des dispositions réglementaires particulières pour l'indemnisation de certaines maladies professionnelles. Cette possibilité a été appliquée aux pneumoconioses dans un contexte particulier qui était celui de la silicose, maladie fréquente chez les mineurs au moment où ces particularismes ont été créés. Il y avait certes des difficultés de reconnaissance de la maladie à une époque où le scanner n'existait pas et où l'exploration fonctionnelle respiratoire était balbutiante. Malgré ces difficultés le dispositif mis en place était surtout un filtre restrictif destiné à éviter une charge financière élevée à l'industrie minière. L'appliquer en 1998 à la pathologie principalement tumorale induite par l'amiante est dépourvu de sens. Il faut supprimer cette course d'obstacles contraire à l'équité et les restrictions de compensations financières qui lui sont associées. Ce serait en outre faire œuvre de simplification administrative à un moment où l'excès de textes et de dispositions particulières est un facteur d'inefficacité de notre droit. Je propose que les articles du code de la sécurité sociale, créant pour les pneumoconioses un régime restrictif par rapport au droit commun des AT-MP soient supprimés. Cette simplification ne résout pas pour autant le problème critique de l'expertise. Elle doit être modifiée dans des proportions limitées mais importantes quant à la qualité des décisions prises. Si le médecin traitant et celui de la sécurité sociale sont d'accord sur le premier expert et ses décisions, le système a fonctionné normalement et il faut conserver inchangé ce premier niveau d'expertise. Quand un litige persiste, l'appel prévoit le recours à un second praticien désigné sur une liste d'experts auprès des cours d'appel. C'est à ce niveau que nous pouvons améliorer le système. L'évolution des connaissances et des compétences est rapide dans le

domaine médical. Je ne crois pas que le système actuel de désignation des experts auprès des tribunaux, et surtout d'absence fréquente de radiation de ces experts quand l'âge et l'éloignement de la formation les décalent par rapport aux pratiques du moment, les place dans une situation optimale pour arbitrer des conflits difficiles. Il serait souhaitable d'adopter un mode de désignation plus adapté de ceux qui joueraient ce rôle d'arbitre et je fais une proposition dans ce sens pour fixer les modalités d'agrément de ces experts.

**Tenir compte des insuffisances de la prévention des maladies induites par l'amiante, qu'elles soient liées à des erreurs, à des négligences ou à des fautes pour :**

- **compenser la réduction de l'espérance de vie des travailleurs les plus exposés,**
- **permettre une nouvelle étude des dossiers de salariés qui n'ont pas bénéficié d'une reconnaissance « normale » du caractère professionnel des dommages qu'ils ont subi du fait de l'amiante.**

Si l'importance des maladies professionnelles liées à l'amiante a été provoquée dans un premier temps par l'insuffisance de la connaissance des niveaux d'exposition aux fibres capables de provoquer une asbestose et dans un second temps par la sous estimation du risque de cancer liée en partie aux délais nécessaires pour provoquer des tumeurs, personne ne peut nier que les insuffisances de la prévention ont également été favorisées par des erreurs d'appréciation, des négligences, voire des fautes. Peut-on actuellement faire le point sur la part de ces facteurs, en tirer des conclusions et faire des propositions concernant les compensations à accorder aux victimes ? Je ne suis pas un juge, je ne dispose pas des moyens d'investigation me permettant de clore un dossier aussi complexe. D'autre part je ne peux me substituer aux victimes dans le choix de la meilleure solution pour leur rendre justice. Pour justifier cette attitude qui n'est pas la plus confortable, je voudrais préciser plusieurs aspects de ce problème. J'expliquerai ensuite ce que je crois avoir compris des facteurs qui nous ont conduits à la situation actuelle, compte tenu de mon information qui est en évolution constante. Cette démarche fait partie du travail qui m'est demandé pour deux raisons :

- Il est impossible d'améliorer un système décisionnel si l'on n'a pas analysé les mécanismes de ses défaillances.
- Si l'on souhaite que les dispositions qui vont être appliquées dans l'avenir, et

qui faciliteront la reconnaissance des maladies professionnelles provoquées par l'amiante, puissent bénéficier à ceux dont les maladies n'ont pas été reconnues dans le passé, il faut une procédure spéciale. Il est nécessaire de la justifier en indiquant les dysfonctionnements les plus indiscutables.

*Les questions les plus importantes pour faire évoluer la réflexion sur ce sujet sont à mes yeux les suivantes :*

- Quand peut-on estimer que le risque de développer une asbestose en fonction de la concentration en fibres d'amiante et de la durée d'exposition a été identifié avec une précision suffisante pour assurer une prévention efficace ?
- A quel moment le risque de développer des cancers pleuraux ou pulmonaires, qualitativement ou en fonction de l'exposition, a-t-il été identifié avec une précision permettant d'assurer la prévention ?
- Les recherches permettant de développer ces connaissances, en particulier dans le domaine épidémiologique, ont-elles été promues suffisamment tôt et avec des moyens appropriés ?
- Compte tenu de l'état des connaissances épidémiologiques sur le risque lié à l'amiante, peut-on dire que le système de reconnaissance et d'indemnisation des maladies professionnelles a fonctionné correctement ?

Sans développer chacun de ces points qui appellent des commentaires très argumentés, il faut accepter les faits suivants :

- Dès le début du siècle et les premiers développements de l'usage industriel de l'amiante, le risque d'asbestose a été identifié (en France par Auribault en 1906). Il est à mes yeux évident que les moyens de la prévention qui sont relativement simples ont été constamment sous-développés depuis. Lutter contre l'empoussièrement a un coût mais c'est techniquement réalisable avec des méthodes qui étaient disponibles il y a cinquante ans, au moment où de nombreuses victimes actuelles de l'amiante débutaient leur exposition à des niveaux d'empoussièrement dangereux, souvent dès l'âge de quatorze ans.
- Le risque de développer un cancer, en particulier pleural, est bien identifié depuis une quarantaine d'années (Doll en 1955 pour le cancer broncho-pulmonaire, Wagner en 1960 pour le mésothéliome), en France les écrits de Turiaf (1965) n'ont pas été des textes à diffusion réduite, les revues où ils les publiaient étaient les plus diffusées de la presse médicale.

- Malgré ces connaissances indiscutables, le développement des importations d'amiante croissait régulièrement, le produit était commercialisé sous de multiples formes, en particulier de faible densité libérant facilement des fibres sous l'influence de contraintes mécaniques minimales ou par simple vieillissement des substances tentant d'assurer la cohésion de fibres d'amiante.
  
- Bien que l'épidémiologie des dommages sanitaires provoqués par l'amiante ait été continuellement sous-développée dans notre pays - il faut rappeler que les registres des mésothéliomes et des asbestoses que nous étions tenus de tenir depuis la directive communautaire de 1983 n'ont jamais existé – nous disposions cependant d'études relativement représentatives sur l'incidence des mésothéliomes et leur origine professionnelle. Ces données disponibles n'ont jamais provoqué une adaptation de la prise en charge de ces tumeurs au titre des maladies professionnelles alors que l'insuffisance de leur reconnaissance était patente.

Il est donc possible d'affirmer l'existence d'un risque sanitaire bien identifié et l'absence de prise en compte de ce risque à son juste niveau par les producteurs, par ceux qui avaient pour mission d'assurer la sécurité sanitaire des ouvriers (employeurs, médecins du travail) et finalement par l'Etat qui fixe les règles destinées à assurer cette sécurité et qui ne manifestera un début d'efficacité qu'à partir de 1977 (décret du 17 août fixant des niveaux limites d'empoussièrement en milieu de travail). A cette absence de maîtrise suffisante du risque s'est ajoutée l'injustice de l'insuffisance de la reconnaissance de l'origine professionnelle des dommages de santé provoqués.

A ce stade d'une évaluation des responsabilités, nous sommes au point le plus difficile de l'appréciation d'un tel dossier. Sommes-nous capables de faire la part de l'insuffisance des connaissances quantitatives, de l'insuffisance de l'action de ceux qui avaient la responsabilité d'attirer l'attention des pouvoirs publics, voire le mépris culturel d'une forme de risque qui n'a pas intéressé les décideurs ? Les trois facteurs se sont associés et cette situation est habituelle dans de telles problématiques. Chacun accentuera l'importance de l'explication qui l'exonère de ses responsabilités. Le décideur dira qu'il n'a pas été averti par les spécialistes, les scientifiques indiqueront toutes les références des textes qui ont été publiés, les industriels diront qu'ils appliquaient les règlements en cours. La situation est identique quand un constructeur automobile vend un véhicule dont la vitesse maximale est sans commune mesure avec la vitesse la plus élevée autorisée dans notre pays. Il s'agit d'un risque évitable dont les conséquences sont décrites avec



précision par les assureurs et les accidentologues. Ce type de problème n'est bien entendu pas limité à la France, tous les pays qui développent ou utilisent des techniques nouvelles sont confrontés à de telles situations et les solutions se prendront de plus en plus à des niveaux supra-nationaux (UE, OMC etc.). Il faut également avoir à l'esprit l'évolution des exigences des individus et finalement de la société face aux risques évitables. La situation en 1998 n'est pas celle de 1960 ni de 1980. Nous voyons apparaître des législations sur des risques qui étaient acceptés très passivement dans le passé. Il ne faut pas non plus oublier, dans la relation entre experts et décideurs, les problèmes posés par les moyens dont disposent ces derniers pour utiliser les connaissances des premiers. J'ai développé ces aspects dans un texte particulier (*pourquoi un site > l'expertise en santé publique*). Une évolution très nette s'est produite depuis quelques années, en particulier avec le recours aux expertises collectives de l'INSERM, mais également avec le développement des autres formes de rapports d'experts. Il sera particulièrement important de définir au cours des prochaines années, dans le cadre des remaniements des structures de veille sanitaire ou de gestion de la sécurité sanitaire, les méthodes les plus aptes à nous faire naviguer entre le principe de précaution, les risques potentiels et les risques prouvés, avec toutes les difficultés liées aux incertitudes de la quantification.

Dans le domaine des risques liés à l'amiante, les éléments objectifs dont nous disposons permettent de dire qu'il y a eu une insuffisance des interventions des différents types de responsables. Ils pouvaient faire plus, mieux et plus tôt. Il peut paraître facile de dire cela après coup, quand le drame est sous nos yeux, mais les faits sont suffisamment précis pour dire qu'il ne s'agit pas de malchance et de choix de mauvaises hypothèses, qui sont des formes d'atténuation des responsabilités. Le risque lié à l'amiante a été mal géré dans notre pays, spécialement entre 1960 et 1977, tant dans la diffusion de techniques dangereuses (flocages, calorifugeages, développement des produits de faible densité), que par l'insuffisance du développement des méthodes de prévention. Pour achever le sentiment profond de l'injustice créée par cette situation, les victimes n'ont pas été reconnues et donc indemnisées comme elles auraient dû l'être.

Une telle situation justifie une réparation spécifique des dommages subis par les victimes, assumée par les entreprises concernées et par la collectivité. Cette réparation ne doit pas apparaître comme un moyen d'acheter le silence et d'arrêter les plaintes en cours, elle ne doit pas être soumise à des renoncements d'agir par la voie pénale si certaines victimes souhaitent utiliser cette voie. Je propose qu'elle prenne deux formes :

- Une cessation d'activité avant 60 ans pour les personnes qui ont travaillé dans les industries les plus exposées (tissages d'amiante, industrie des produits de

friction, fabrication de l'amiante ciment, pratique exclusive du flocage et du calorifugeage avec de l'amiante). Ce groupe est composé d'un nombre limité de personnes, qui sont fréquemment à un âge proche de la retraite car ces industries ont peu recruté au cours des vingt dernières années. Elles ont plutôt licencié, ce qui place les personnes qui ont perdu leur emploi dans des situations difficiles, la connaissance de leur ancien employeur dissuadant un employeur potentiel de les recruter, par crainte du développement d'une pathologie professionnelle grave. L'accroissement du risque pour ces personnes de développer des maladies invalidantes ou mortelles est maintenant bien documenté (*évaluation > sociétés > risque vital*), il est sans commune mesure avec le risque ou la pénibilité des emplois qui ont justifié des avantages dans l'accès à la retraite d'autres professions. Une équité élémentaire nous impose de régler ce problème rapidement, sans laisser ce groupe dans une situation d'attente où l'on semble prêter attention à leur demande, sans jamais passer à l'acte. Les salariés qui ont une maladie reconnue comme d'origine professionnelle et attribuée à l'amiante doivent également bénéficier de cette cessation anticipée d'activité.

- Créer par voie législative la possibilité de réétudier les dossiers des personnes qui n'ont pu bénéficier d'une application normale des procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. Je propose d'améliorer de façon prospective les possibilités de reconnaissance d'une pathologie liée à l'amiante. La survenue d'un mésothéliome chez des salariés qui ont exercé un métier exposant à l'amiante doit entraîner cette reconnaissance dans le cadre de la procédure définie dans les développements qui précèdent. Qui est d'ailleurs dans l'esprit de la présomption d'origine qui gouverne la législation sur les maladies professionnelles. Quand des dommages corporels graves ont été provoqués par des comportements incluant des erreurs et des fautes des responsables de la prévention, quand leurs conséquences ont été aggravées par une application insuffisante des systèmes de réparation, il convient de revenir sur ce passé sans se contenter d'assurer une amélioration de la situation dans l'avenir.

Ceux qui vont s'élever contre une telle proposition doivent réfléchir à leurs références. Si nous acceptons que la collectivité paie le prix des erreurs et des fautes des responsables du Crédit Lyonnais ou de leur tutelle à un niveau dépassant la centaine de milliards, est-ce pour assurer la justice ? est-ce pour maintenir la confiance dans un système bancaire ? Ces motivations sont-elles plus importantes que la volonté de compenser des insuffisances dont la première conséquence est une atteinte à l'intégrité physique des individus et non à des valeurs financières ? Il y a de bonnes raisons de simplifier très fortement la procédure imposée aux victimes de l'amiante, qui s'apparente à une course d'obstacles. Il ne s'agit pas

d'acheter un silence et un renoncement aux actions judiciaires, mais de reconnaître que quand la solidarité a été défaillante dans la protection d'un groupe, elle doit être au moins capable d'assurer sans difficulté excessive la réparation du dommage provoqué. Cette mesure me paraît indispensable puisque les délais écoulés ne permettent plus aux victimes - et surtout à leurs ayants droit car il s'agit de pathologies tumorales rapidement mortelles - d'avoir recours aux procédures facilitées de reconnaissance d'une maladie professionnelle liée à l'amiante que je propose. Cette mesure doit également concerner les salariés dont le statut particulier contient des anomalies choquantes que je propose de modifier. Si cette modification intervient elle doit s'appliquer rétroactivement. Quand un fonctionnaire se voit reconnaître l'origine professionnelle d'un mésothéliome et que les avantages liés à cette reconnaissance disparaissent après sa retraite et que ses ayants droit n'en bénéficient pas, nous échappons à toute rationalité et il faut revenir sur ces faits.

## **9. Autres problèmes**

Je n'ai pas voulu placer dans la partie initiale de ce rapport les nombreux problèmes ponctuels, ou à l'opposé très généraux, qui doivent être résolus pour que la situation puisse être considérée comme satisfaisante dans une optique de santé publique. L'expérience de rapports contenant de trop nombreuses propositions m'ont appris le risque de placer sur le même plan l'ensemble des problèmes à traiter et j'ai préféré isoler les quatre points qui détermineront à mon avis la qualité de la gestion du risque lié à l'amiante. En l'absence de solution satisfaisante à ces quatre problèmes majeurs, je ne crois pas que les réponses qui pourraient être apportées aux questions annexes permettraient d'atteindre une situation acceptable. Le rapport de l'office parlementaire des choix scientifiques et technologiques a envisagé de nombreux points particuliers qui devront être traités sur le court ou le long terme par la cellule de gestion dont je propose la création. Certains d'entre eux sont abordés dans des fiches de proposition spécifiques qui sont annexées à ce rapport ou dans des propositions qui m'ont été adressées et qui sont publiées sur le site internet du ministère. Elles concernent :

- les problèmes d'environnement,
- le contrôle du risque lié aux fibres de remplacement,
- l'information concrète du public sur le risque lié à l'amiante,
- l'organisation de notre système de médecine du travail,

- la surveillance des personnes exposées, souvent considérée à tort comme une méthode de prévention,
- l'amélioration des connaissances épidémiologiques.

## **Conclusions**

### *Considérations générales*

Les problèmes de santé publique ne se résument pas à un ensemble de questions posées à des spécialistes qui expriment des connaissances imposant des comportements. De même que la médecine de soins n'est plus seulement un problème de médecins, mais aussi de financement du système, ou d'évaluation du service rendu qui n'est pas appréciable uniquement en espérance de vie, la médecine de prévention et la gestion de la sécurité sanitaire dépendent de choix politiques.

La difficulté majeure est de conserver la cohérence d'un système de prévention du risque dans une société qui accroît le nombre des situations à risque. Le développement de l'industrie chimique qui multiplie les produits nouveaux auxquels l'organisme vivant n'a jamais été confronté, les risques physiques liés aux radiations ionisantes, aux traumatismes, les risques infectieux amplifiés par la facilitation des transports ou les "innovations" alimentaires des industriels de la viande, créent un paysage du risque en évolution permanente. Il associe paradoxalement une espérance de vie qui n'a jamais été aussi élevée et un nombre croissant de morts liées à des actions humaines qui se révèlent, parfois tardivement, des erreurs.

Il est difficile de corriger rapidement ces erreurs car elles se produisent dans un système associant des conditionnements routiniers, des intérêts économiques et souvent des avantages individuels indiscutables. Il faut savoir alors "gérer" le risque et analyser avec objectivité et sérénité les données disponibles. Les décisions doivent être nécessairement prises par les responsables politiques, ce qui ne supprime pas la responsabilité des experts. La qualité du système décisionnel dépendra de la qualité de la relation entre ceux qui instruisent et ceux qui décident. Si les premiers n'ont pas les moyens permettant d'évaluer la situation et les seconds une cohérence dans leur système de référence décisionnel, nous vivons dans toute leur ampleur les drames du risque identifié mais négligé comme celui de l'amiante.

Organiser la gestion du risque, identifier clairement les situations dangereuses, protéger les intervenants sur le produit potentiellement pathogène, reconnaître les

droits des victimes quand la protection a été mal assurée, informer la population de ce que l'on sait, sont des impératifs qui s'imposent aux responsables politiques. J'ai abordé le problème de l'amiante avec ces règles simples qui sont celles que l'on peut appliquer à de nombreuses situations. Des structures se mettent en place pour tenter d'améliorer l'identification et la gestion de risques nouveaux.

Les résultats dépendront étroitement de l'adaptation des moyens et des méthodes aux objectifs visés. Il n'y a pas de proportionnalité entre l'importance des enjeux financiers d'un problème de santé publique et les moyens mis en œuvre pour le gérer. Nous connaissons des décisions engageant des dizaines de milliards qui relèvent d'un choix n'exigeant pas une instruction et un suivi coûteux. Gérer le risque lié à l'amiante relève d'une autre problématique, elle impose le développement d'un outil qui n'est pas actuellement achevé. Un décideur qui ne dispose pas d'une évaluation de l'efficacité de ses décisions sur le terrain s'expose à être un mauvais gestionnaire.

**Les décisions de ceux qui ont en charge la sécurité sanitaire seront de plus en plus rarement le produit de choix simples, binaires, fondés sur des principes. Reconnaître l'importance du principe de précaution n'est pas suffisant pour faire un choix. C'est la qualité des systèmes d'observation et d'évaluation qui assurera celle des décisions. Ces dernières rechercheront un compromis socialement acceptable entre des intérêts opposés. Les erreurs sont inévitables dans un domaine aussi complexe, elles seront acceptées si ceux qui les ont commises avaient mis en place les meilleurs systèmes d'observations possibles et assuré la diffusion des informations qu'ils possédaient. A l'opposé la décision, improvisée par manque de connaissance et qui s'avérera désastreuse, sera considérée comme une faute si les responsables n'avaient pas mis en place le recueil des données utiles et leur diffusion. Nous avons à développer un ensemble de méthodes d'identification et de quantification des risques, avec en aval des mesures adaptées et évaluées. L'amiante relève toujours de cette démarche, en la développant nous assurerons notre aptitude à traiter d'autres problèmes du même type qui ne manqueront pas d'apparaître dans les décennies à venir. Nous sommes trop confiants dans l'innovation et dans le développement et l'usage extensifs de méthodes ou de produits mal connus pour ne pas nous faire piéger à nouveau.**

### ***Principales conclusions pratiques***

- ***Le ministre ayant en charge la sécurité sanitaire doit disposer de l'outil d'évaluation qui lui permettra de connaître à tout moment la situation*** réelle du risque lié à l'amiante et d'infléchir son évolution. Il n'a pas aujourd'hui la totalité des moyens d'une telle action.
- ***La réglementation actuelle concernant l'identification de l'amiante dans les bâtiments est dans l'ensemble de bonne qualité. Elle doit être complétée par un système de déclaration obligatoire des résultats*** permettant d'effectuer les contrôles à un niveau décentralisé quand des travaux sont nécessaires. Il faut prévoir un diagnostic complet de la présence d'amiante en cas de destruction ou de réhabilitation.
- ***Les services de l'Etat doivent avoir les moyens de ces missions.*** La gestion d'un tel problème est un travail de grande ampleur qui impose des actions d'évaluation et de contrôle au niveau de chaque département. Sans moyens adaptés, nous continuerons d'agir sur un plan purement théorique en nous reposant sur le sens des responsabilités des propriétaires et nous ne garantirons pas le respect de la réglementation.
- ***Il faut porter toute notre attention sur le groupe actuellement le plus exposé au risque, constitué de travailleurs intervenant sur des bâtiments contenant de l'amiante.*** En simplifiant, ces personnes sont exposées à un risque qui est environ cinquante fois plus faible que celui auquel étaient exposés dans le passé ceux qui manufacturaient l'amiante (fibro-ciment, matériaux de friction, tissages), mais elles sont près de cent fois plus nombreuses (tous les métiers du bâtiment, les personnels de maintenance, en pratique tous ceux qui interviennent sur des bâtiments contenant de l'amiante. Ces personnels doivent être mieux formés et informés, les conditions de leur protection doivent être améliorées.
- ***Les conditions de la reconnaissance des maladies professionnelles liées à l'amiante doivent être simplifiées.*** Certaines mesures ne doivent pas se limiter aux maladies provoquées par l'amiante (suppression des dispositions spécifiques des pneumoconioses, réduction des délais pour la reconnaissance des maladies professionnelles).

Ces propositions sont destinées à améliorer les conditions de l'évaluation des risques, de leur prévention et de leur réparation. Elles ne concernent pas la

compensation ou la réparation des préjudices subis, et qui ne sont pas actuellement pris en compte, alors qu'ils ont été provoqués par des expositions professionnelles. Ce n'est pas à moi de dire si ces situations relèvent de la solidarité, de la justice sociale ou de la justice tout court. Je suis convaincu qu'il serait profondément injuste de ne pas assurer une réparation qui est un dû et non une faveur. Deux situations sont à envisager :

- ***Il faut donner aux travailleurs de l'amiante qui ont été les plus exposés (entreprises manufacturant l'amiante) une durée moyenne de retraite normale.*** La seule méthode possible est de leur permettre de prendre leur retraite avant 60 ans. Les procédures pouvant être mises en œuvre sont à définir par une négociation entre les partenaires sociaux. Plusieurs sont envisageables, il peut s'agir d'une multiplication des années d'exposition par un coefficient qui rétablirait une espérance de retraite normale (comme on dit une espérance de vie normale). Compte tenu de l'état de nos connaissances, un facteur de 1,4 me semblerait juste. Les études de survie actuarielle qui peuvent être conduites très rapidement ne doivent pas oublier de prendre en compte les salariés qui ont quitté les entreprises du secteur 1, à la suite d'un licenciement ou volontairement. Il peut également s'agir d'une négociation permettant d'obtenir un congé de fin d'activité, comme cela a été accordé aux salariés d'entreprises de transport routier.
- ***Quand des personnes exposées professionnellement ont développé des pathologies graves dont la relation avec l'amiante n'a pas été reconnue du fait des dysfonctionnements du système de reconnaissance des maladies professionnelles, nous devons rouvrir leur dossier.*** Ces défaillances sont prouvées par l'augmentation récente et importante de la reconnaissance des maladies professionnelles liées à l'amiante qui n'ont pas d'explications épidémiologiques et indiquent le début d'une amélioration de ce fonctionnement. Il s'agit également de personnes dont le statut contient des dispositions différentes du régime général et profondément anormales (fonctionnaires, marins) et qui doivent pouvoir bénéficier (il s'agira le plus souvent de leurs ayants droit) des nouvelles dispositions destinées à corriger ces aberrations. Une commission créée par une disposition législative pourrait reprendre ces dossiers avec les critères définis pour l'étude des demandes d'indemnisation à venir.

= ° = ° = ° = ° = ° =

## PROPOSITIONS

**Procédure utilisée pour établir ces propositions**

Depuis le début de cette mission sur l'amiante en janvier dernier, j'ai demandé aux personnes rencontrées, ou à celles qui consultaient le site internet du ministère, de me faire parvenir des propositions. Elles peuvent être consultées sur ce site. Je ne reprends dans cette partie que celles dont je recommande l'adoption. Il s'agit de propositions qui m'ont été faites, de synthèses de fiches proches ou complémentaires, ou de propositions personnelles. Je n'ai pas placé dans cette partie deux propositions identiques, celle qui m'est parvenue la première ou qui me paraissait la plus précise a été retenue. Après le recueil d'avis, en particulier des administrations concernées, une rédaction définitive a été faite et ces fiches de proposition font partie intégrante du rapport auquel elles sont annexées. Les propositions d'origine et celles qui n'auront pas été retenues par l'auteur du rapport peuvent toujours être consultées pour information sur le site du ministère. La désignation de ces fiches par une lettre et un numéro d'ordre est identique à celles des fiches initiales. Cette façon de procéder était nécessaire car, si des phrases ou des idées de la fiche d'origine peuvent être retrouvées dans la rédaction finale, cette dernière peut avoir été profondément remaniée. Un rapport de ce type n'est que l'exploitation, le « pillage », la transformation d'un ensemble d'informations et de propositions qui ont constitué la base de mon information, et que j'ai tenté d'exploiter pour améliorer la cohérence et l'efficacité du dispositif de contrôle du risque lié à l'amiante.

### **1 - Sécurité sanitaire dans les habitations (fiches H)**

En pratique cette partie concerne l'ensemble des dispositions permettant de reconnaître la présence d'amiante dans les habitations, les modalités de mesure des taux de fibres et la communication des résultats des mesures. Il s'agit du domaine du décret 96-97 du 7 février 1996 et de ses textes d'application. La gestion de ce type de problème est du domaine de la direction générale de la santé. Il n'y a pas une indépendance complète entre ces dispositions et celles qui concernent la sécurité des travailleurs.

### **2 - Sécurité sanitaire des travailleurs (fiches T)**

Domaine couvert par le décret 96-98 du 7 février 1996 et ses textes d'application. La gestion du problème relève de la direction des relations du travail.

### **3 - Maladies professionnelles (fiches MP)**

Les textes concernés sont principalement dans le code de la sécurité sociale et la direction qui a en charge ces problèmes est la direction de la sécurité sociale.

### **4 - Environnement (fiches E)**

La mise en décharge de produits contenant de l'amiante ou la pollution environnementale pouvant être produite par ce minéral sont réglées par des textes du ministère de l'environnement.



## **5 - Autres problèmes (particuliers ou généraux) (fiches A)**

L'amiante soulève des problèmes soit très spécifiques, soit à l'opposé très généraux qui ne relevaient pas directement des catégories précédentes. Les propositions qui les concernent ont été regroupées dans cette partie.

### **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H 2**

#### **Améliorer le système de déclaration de la reconnaissance de la présence d'amiante dans un bâtiment**

##### **Définition du problème**

Le système actuel a bien organisé l'examen des immeubles bâtis (« à la seule exception des habitations comportant un seul logement »), avec un calendrier prévoyant l'achèvement de l'examen des habitations le 31 décembre 1999. *Il ne s'est pas donné les moyens de vérifier si le constat d'un matériau dégradé ou d'un empoussièrement imposant des travaux est suivi de la réalisation de ces travaux.* Nous sommes dans une situation qui est fréquente dans un système de sécurité sanitaire pauvre, l'Etat organise par des textes réglementaires très détaillés mais ne se donne pas les moyens de vérifier que les obligations créées sont respectées. La fraction de la population soucieuse de respecter les règles accorde son comportement au droit, celle qui n'a pas cette préoccupation n'applique pas la réglementation. Une telle attitude est dangereuse non seulement pour la sécurité sanitaire, mais également pour les responsables politiques et administratifs. Le déficit de mise en œuvre de mesures réglementaires est de plus en plus souvent reproché aux décideurs, en particulier par le développement de procédures judiciaires fondées sur l'absence de contrôle de l'application des décisions prises. Pour éviter de mettre en danger les habitants des immeubles libérant de l'amiante, il faut que la réglementation soit respectée et que les pouvoirs publics se donnent les moyens de contrôler ce respect de la procédure.

##### **Objectif de la proposition**

Organiser la déclaration obligatoire de la reconnaissance de l'amiante dans les habitations afin de permettre :

- le contrôle de la réalisation des travaux quand ils sont prescrits par la réglementation . Ce contrôle doit être réalisé par les services décentralisés de l'Etat.
- de mieux assurer la protection des personnes réalisant des travaux dans une habitation en facilitant l'accès à un renseignement qui sera complété par la consultation du plan de gestion de l'amiante dans l'immeuble concerné. C'est

l'addition de méthodes différentes et complémentaires qui contribue à assurer la sécurité. Il faut assurer une consultation facile des données concernant la présence d'amiante dans une habitation (minitel et internet).

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Le décret n° 96-97 du 7 février 1996 organise l'examen d'une habitation avec trois intervenants possibles :

- un **examineur** du bâtiment qui va rechercher visuellement l'amiante. Il n'est pas habilité par un organisme, ni enregistré par une administration. Il suffit qu'il ait la qualification de contrôleur technique du bâtiment ou qu'il s'agisse d'un technicien de la construction ayant contracté une assurance pour ce type de mission,
- un **identificateur** de l'amiante qui va dire si les échantillons éventuellement prélevés par l'examineur contiennent ou non de l'amiante. Initialement peu encadrée, cette activité a été réformée par l'arrêté du 28 novembre 1997 qui a introduit une procédure d'habilitation (elle ne sera obligatoire qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1999),
- un **mesureur** qui va produire un résultat quantitatif de l'empoussièrement exprimé en fibres/litres, les seuils de 5 et 25 f/l ayant un rôle déterminant dans l'attitude à adopter (observation ou travaux). Ce mesureur appartient à un organisme bien identifié par une procédure d'agrément définie par l'arrêté du 7 février 1996. La liste de ces organismes est gérée au niveau de la DGS, également par arrêté.

L'arrêté du 7 février 1996 prévoit dans son article 4 que le ministre chargé de la santé reçoit un rapport annuel sur la mesure des niveaux d'empoussièrement dans les habitations. Ce rapport comprend notamment :

- la liste des immeubles bâtis contrôlés ;
- le nombre de prélèvements et comptages effectués ;
- une statistique des résultats des comptages pour chaque immeuble bâti.

Ce texte n'exprime pas la finalité de la communication de ces résultats. Il ne précise pas s'ils peuvent être utilisés pour instituer le contrôle des mesures prises par les propriétaires en aval de la constatation d'un empoussièrement élevé ou d'un flochage dégradé. Le terme « statistique » semble plus orienter le rapport vers le contrôle de la qualité des résultats des organismes habilités à faire des mesures. Cet objectif limité est également indiqué par le fait que la situation la plus inquiétante qui est la présence d'amiante sous une forme très dégradée, classée au niveau 3 dans la grille d'évaluation annexée au décret 96-97, ne s'accompagne d'aucun rapport au ministre chargé de la santé, alors que cette constatation impose des travaux dans un délai de douze mois, sans même qu'il y ait obligation de faire des mesures d'empoussièrement. Certains examinateurs de bâtiments exerçant dans le

cadre des obligations du décret m'ont indiqué que le recours à des mesures d'empoussièrement était minoritaire. Dans la majorité de cas ils concluent à la nécessité de travaux quand le flocage est dégradé sans faire des mesures qui leurs paraissent inutiles.

### **Enoncé de la proposition**

#### **Assurer le contrôle de l'exécution des travaux quand ils sont prescrits par la réglementation.**

Pour atteindre cet objectif il faut organiser non seulement la déclaration obligatoire des résultats de mesure, mais également celle des observations de matériaux dégradés placés au niveau 3 dans la grille d'évaluation annexée au décret de 1996. Les résultats déclarés doivent se limiter à ce qui est utile, être transmis sous un format informatique défini sous la forme d'un tableau simple à deux dimensions afin d'assurer une fusion facile dans une base informatique. Cette base pourra être utilisée pour effectuer des contrôles de la réalisation des travaux et pour suivre l'application du décret de 1996. Elle pourra également être consultée par les responsables d'entreprises pour mieux assurer la sécurité de leurs employés intervenant sur des habitations contenant de l'amiante. Ce dernier objectif est important et distinct de l'objectif de protection des occupants d'un immeuble, il sera traité dans une autre fiche de proposition spécifique, dont l'argumentaire sera en partie commun avec celui qui a été développé ci-dessus.

Le dispositif pourrait être le suivant :

1/ Introduire une base législative, mais elle n'est pas indispensable, d'autres obligations d'exams techniques et de communication de résultats existent dans un cadre réglementaire, mais qui aurait l'avantage d'indiquer clairement qu'une obligation pesant sur les citoyens a été voulue par le législateur dans le but d'améliorer la sécurité sanitaire. Cette base législative très générale pourrait avoir la forme suivante :

***"Le ministre chargé de la santé peut organiser par décret la déclaration obligatoire des résultats d'observations ou de mesures quantitatives prescrites par la réglementation sanitaire et effectuées par des organismes agréés, afin de pouvoir assurer le contrôle des situations potentiellement dangereuses".***

Si l'état d'avancement de la loi sur la sécurité sanitaire rend difficile l'introduction de cette phrase à la suite de celle sur la déclaration obligatoire de certaines maladies non-infectieuses (il y a un parallélisme évident entre la déclaration des personnes malades et des immeubles malades dans le but d'améliorer la santé par une meilleure connaissance), il est possible de fonder l'obligation sur l'article L1 du code de la santé publique. Notamment les phrases :

- ***des décrets en Conseil d'Etat fixent les règles générales d'hygiène et toutes autres mesures propres à préserver la santé de l'homme, notamment en matière:***
- ***de salubrité des habitations ;***

2/ Modifier le décret n°96-97 du 7 février 1996 :

- Identifier les « examinateurs » des immeubles bâtis pour permettre le contrôle de la réception de leurs rapports périodiques. Le dispositif doit être très simple, pour ne pas introduire de délais supplémentaires dans la mise en œuvre de la mesure, sans exigence de qualification autre que celle déjà définie dans le décret, en ajoutant une phrase à la fin du quatrième alinéa de l'article 2 : « Ce contrôleur technique ou ce technicien de la construction ... ***Il doit se faire connaître des services de l'Etat selon des modalités définies par arrêté du ministre chargé de*** (Equipeement, Travail, Santé sont des choix possibles).
- Introduire dans la réglementation la notion de déclaration dans un but de contrôle (qu'il y ait eu ou non création d'une base législative). Ajout d'un article indiquant que : « ***Les personnes ou organismes qui effectuent les recherches d'amiante suivant les modalités définies à l'article 2 ou les mesures des niveaux d'empoussièrement définies à l'article 5 sont tenus de déclarer les résultats de leurs observations au ministre chargé de la santé suivant des modalités définies par arrêté. Ces déclarations doivent comporter les indications nécessaires pour identifier les immeubles bâtis examinés et permettre des contrôles dans un objectif de sécurité sanitaire*** ».

3/ Modifier l'arrêté du 7 février 1996 relatif aux conditions d'enregistrement d'organismes habilités à procéder aux contrôles de la concentration en poussières d'amiante dans l'atmosphère des immeubles bâtis. C'est l'article 4 qui doit être modifié pour introduire dans le rapport remis au ministre la notion de déclaration organisée dans le but de rendre possible la vérification de la réalisation des travaux. Le texte doit également préciser que le format de transmission informatique des données est défini dans une annexe.

4/ Produire un arrêté sur le même principe, mais avec une procédure plus simple, pour l'enregistrement des personnes ou organismes examinant les bâtiments.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Direction générale de la santé pour la modification des textes.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Il est difficile de s'opposer à une mesure qui ne fait que combler une lacune d'une réglementation conçue dès son origine dans un objectif de sécurité sanitaire. Si l'autorité responsable de cette sécurité organise les conditions de recherche de

l'amiante dans les bâtiments et fixe des règles qui imposent des travaux, elle doit se donner les moyens de vérifier que ces derniers sont effectués. La difficulté principale concernera la reprise des résultats d'examens d'immeubles réalisés entre 1996 et la décision de créer l'obligation de déclaration. Il est possible d'associer l'enregistrement des personnes ou des organismes assurant la reconnaissance de l'amiante dans les bâtiments dans le cadre du décret du 7 février 96 à la fourniture des résultats concernant les examens antérieurs. Si des personnes ont effectué de tels examens et ne demandent pas leur agrément, la déclaration devra être faite par les propriétaires des bâtiments dans lequel l'amiante a été reconnu. La consultation des déclarations faites par les professionnels étant facilement accessible, les propriétaires pourront constater si les déclarations ont été faites et se substituer à l'examineur en cas de besoin en effectuant une déclaration au niveau des services locaux.

Le problème posé par la localisation de ces déclarations (niveau central ou niveau local) doit être envisagée dans le contexte actuel des réseaux informatiques et non dans une optique dépassée de gestion de documents "physiques". La source des données est un intervenant qui n'agit pas seulement au niveau de son département, voire de sa région, il est donc nécessaire que les données qu'il communique soient disponibles à un niveau national. Le point d'entrée des données est un problème secondaire, mais il est important de définir au niveau national leur contenu et leur structure pour faciliter une fusion informatisée. Quand une première version d'un tel fichier aura été constituée, il faudra situer au niveau local les actualisations faites à la suite des déclarations individuelles des propriétaires. C'est également au niveau local que se fera le contrôle de l'application de la réglementation. La gestion d'un problème de ce type ne peut être assuré que par une action d'organisation coordonnée au niveau central, avec en particulier une réglementation appropriée, et des services locaux capables d'effectuer la vérification de leur application sur le terrain.

## **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H 17**

### **Recherche obligatoire de l'amiante sous toutes ses formes avant une opération de démolition ou de réhabilitation**

#### **Définition du problème :**

Lors des opérations de démolition ou de réhabilitation les entreprises peuvent être confrontées à la présence d'amiante.

Si le repérage n'a pas été fait au préalable, il peut s'ensuivre un risque d'exposition pour les travailleurs et les populations avoisinantes. Il est également probable que les matériaux contenant de l'amiante seront mis en décharge sans respecter les textes qui imposent des procédures particulières.

**Objectif de la proposition :**

Faciliter la mise en oeuvre de la prévention nécessaire pour la population comme pour les travailleurs en cas de démolition ou de réhabilitation.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action) :**

A l'heure actuelle, le repérage se fait dans le cadre de l'évaluation des risques au moment des travaux. Si cela n'est pas réalisé avant, l'intervention de l'inspecteur arrive trop tard ; en cas de démolition, les dégâts sont faits.

En cas de réhabilitation, la découverte de l'amiante nécessite une interruption des travaux et un nouveau devis.

**Enoncé de la proposition :**

Introduire une obligation faite au propriétaire de repérage exhaustif de l'amiante dans les bâtiments avant démolition ou réhabilitation. Définir en collaboration avec le ministère de l'Équipement et les partenaires techniques ce qui doit être considéré comme une opération de réhabilitation devant être déclarée aux services décentralisés de l'État.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre) :**

DGS - Equipement.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc.) :**

La difficulté sera de définir le niveau d'importance des travaux à partir duquel la reconnaissance de l'amiante sera obligatoire. Il est nécessaire de coordonner cette mesure avec les obligations faites (implicitement !) à un employeur dans le cadre du décret 96-98. Si les travaux que son entreprise doit réaliser entrent dans le cadre de la réhabilitation, il doivent être précédés par un diagnostic exhaustif.

**FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H 6**

## **Mettre à la disposition de tous les utilisateurs une information complète sur la présence d'amiante dans un bâtiment**

### **Définition du problème**

L'information sur la présence d'amiante dans un bâtiment doit être améliorée. Le risque d'être exposé à l'amiante s'est déplacé des travailleurs manufacturant l'amiante vers ceux qui interviennent sur un bâtiment dont certains éléments contiennent ce minéral. Actuellement le décret 96-97 du 7 février 1996 exige des propriétaires qu'ils : « communiquent ce dossier à toute personne physique et morale appelée à effectuer des travaux dans l'immeuble bâti ». Si les travaux se font à l'initiative d'un locataire qui n'a pas demandé la transmission des résultats de l'expertise prévue dans le décret, la personne qui effectue des travaux ne sera pas avertie du risque éventuel. Il est en outre souhaitable que les entreprises, qui sont responsables de la sécurité des travailleurs qu'elles emploient, aient un accès facile à ce renseignement, par exemple dès l'établissement d'un devis de travaux.

### **Objectif de la proposition**

Faciliter l'information sur la présence d'amiante dans un bâtiment par une signalisation adaptée et la création d'un répertoire régulièrement mis à jour et accessible à tous.

J'ai proposé la déclaration obligatoire des résultats positifs de la recherche d'amiante dans les bâtiments pour permettre au ministre ayant en charge la santé d'exercer une action de contrôle sans laquelle il n'y a pas de sécurité sanitaire possible. A cette organisation du recueil de l'information il faut associer une facilitation de sa diffusion et de sa consultation. La disponibilité des résultats doit contribuer à améliorer la protection de ceux qui effectuent des travaux sur ces immeubles en leur permettant de savoir qu'ils vont intervenir sur un bâtiment contenant de l'amiante, et donc de consulter les documents indispensables à leur information (voir : plan de gestion) et d'adopter le niveau de protection requis.

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Les textes établis dans le domaine de la sécurité du travail placent au niveau de l'employeur la responsabilité de la sécurité de ses employés. Il est cependant évident que la reconnaissance de la présence d'amiante dans un bâtiment ne se limite pas à l'existence de flochage, de calorifugeage et de faux plafonds contenant ce produit. De nombreux matériaux durs ou semi-durs en contiennent et quand on assiste à des séances de formation spécialisée d'ouvriers du secteur 3 intervenant par exemple sur une cloison amiantée, on voit que le problème de la reconnaissance de l'amiante dans un bâtiment dépasse celui défini dans le décret

96-97 du 7 février 1996. La difficulté est de choisir le niveau d'extension auquel on souhaite fixer la recherche d'amiante dans les bâtiments pour rendre efficace la gestion de la prévention dans tous les immeubles, l'intervenant ayant simplement à consulter un fichier, à terme exhaustif, des bâtiments collectifs pour savoir à quel risque il est exposé. Certains considèrent un tel projet comme trop ambitieux, difficilement réalisable, voire inutile, je ne suis pas convaincu par leurs arguments. Nous savons gérer des grandes bases de données (annuaires, fichier des permis de conduire) et les sociétés de marketing gèrent des fichiers plus complexes que celui qui serait nécessaire pour identifier la présence d'amiante dans les immeubles collectifs (le problème est très différent dans les pavillons qui dans l'ensemble contiennent peu d'amiante) .

L'obstacle est principalement économique. L'obligation de recherche de l'amiante a d'abord concerné les flocages et les calorifugeages, puis elle a été étendue aux faux plafonds, ajouter le reste dans une troisième étape (en moins de 3 ans !) ne donnerait pas l'image d'une démarche réfléchie alors qu'il n'y a pas de connaissances nouvelles apparues depuis la première décision ! Chaque exigence supplémentaire contraint les propriétaires à reprendre une démarche diagnostique qui a un coût. Il est souhaitable de fonder l'intérêt et surtout les méthodes de la reconnaissance exhaustive dans les immeubles par un programme de recherche adapté. Il est proposé dans une autre fiche (fiche H 7). Il est possible dans un premier temps de ne pas créer une obligation réglementaire supplémentaire en dehors des démolitions et des réhabilitations (fiche H 17) et de préciser dans les fichiers consultables le niveau du diagnostic, une partie étant obligatoire, une partie optionnelle. Les fichiers contiendraient obligatoirement l'information sur les résultats de la recherche obligatoire prévue par le décret du 7 février 1996 et, si elle est disponible, l'information sur une recherche complète d'un produit amianté (étendue aux cloisons et aux sols). Il est en effet de plus en plus fréquent d'avoir des diagnostics exhaustifs, en particulier lors de la vente d'appartements ou d'immeubles.

### **Enoncé de la proposition**

L'information doit faire appel à trois méthodes complémentaires :

- placer sur une base de données accessible par le minitel et l'internet la totalité des données connues dans le domaine de la présence d'amiante dans les bâtiments à usage collectif au sens du décret du 7 février 1996. La gestion se ferait comme un annuaire téléphonique fondé sur les adresses (code de la commune, adresse complète du bâtiment). Les données seraient en nombre très limité, on peut envisager outre l'identification du bâtiment :
  - la présence ou l'absence d'amiante au sens du décret de février 1996 (flocage, calorifugeage, faux-plafonds) et l'état de cet amiante (avec le résultat des mesures si elles ont été prescrites par le responsable du



- diagnostic),
- le résultat d'éventuelles recherches complémentaires sur les autres éléments du bâtiment susceptibles de contenir de l'amiante.
  - signaler la présence d'amiante par l'usage de la signalisation normalisée spécifique de l'amiante, un groupe de travail se réunira pour définir les caractéristiques de cette signalisation,
  - mettre en place des plans de gestion de l'amiante dans les immeubles sous la forme de documents normalisés contenant la totalité des informations utiles aux intervenants (cf. fiche H8).

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Direction Générale de la Santé – Ministère de l'équipement et du logement

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

L'opposition peut provenir des propriétaires qui verraient dans cette visibilité des bâtiments amiantés un risque de dévalorisation de leur patrimoine. Il est facile de prévoir dans le fichier toutes les décisions de mise en conformité, en particulier la date d'achèvement d'un désamiantage si cette solution a été retenue. Le calendrier de la recherche de l'amiante est connu et la vente d'un immeuble sans signalement de la présence éventuelle d'amiante n'est plus concevable.

L'autre objection sera celle de la difficulté de maintenir un fichier aussi important à jour. Elle est formulée chaque fois qu'un projet de fichier informatique de grande taille est envisagé. La qualité de ce type de fichier ne dépend que de son organisation, recherchant la simplicité et la transmission de données sous une forme informatisée, sans resaisie. Quand l'arrêté du 7 février 1996 a prévu un rapport annuel produit par les organismes procédant aux mesures d'empoussièrement, sans organiser simultanément la transmission de ces résultats sous une forme standardisée et informatisée, il renonçait à exploiter utilement ces rapports. Dans un second temps les responsables de la gestion de cette information l'ont structurée et informatisée, elle est alors devenue utilisable. Si les organismes examinant les immeubles adressent au ministre des fichiers informatiques sous un format standardisé, comme l'administration a su les organiser dans le domaine de la gestion financière, la tâche à assurer se limitera à la fusion des fichiers de déclaration. Chaque jour nous constatons l'usage de fichiers de centaines de milliers, voire de millions d'enregistrements, qui gèrent les habitudes des consommateurs, les permis de conduire, les immatriculations de véhicules. Tenter de nous faire croire qu'il serait difficile de gérer le fichier de la présence d'amiante dans les immeubles n'est pas sérieux. Ce fichier sera suivi d'autres du même type concernant la présence de plomb, de radon ou de tout autre risque environnemental lié à un bâtiment.

## **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H 8**

### **Mise en place de plans de gestion dans tous les bâtiments où la présence d'amiante a été reconnue**

#### **Définition du problème**

La réglementation actuelle n'impose pas, en général, de prendre de précautions particulières face à l'amiante en place dans les bâtiments. Le décret n° 96-97 du 7 février 1996 (modifié le 12 septembre 1997) impose la réalisation de travaux, seulement dans le cas où cet amiante est présent dans flocages, calorifugeages ou faux-plafonds et se trouve dans un état de dégradation avancé. Or dans la majorité des cas l'amiante restera en place pour de nombreuses années encore et nécessite la mise en place de mesures de sécurité appropriées pour éviter que les personnes ne soient exposées.

#### **Objectif de la proposition**

Mettre en place des plans de gestion dans tous les bâtiments contenant de l'amiante, pour protéger les occupants et intervenants.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

L'essentiel de la pollution dans les bâtiments contenant de l'amiante provient des activités :

- ◆ les activités quotidiennes des occupants et le nettoyage des locaux qui remettent en circulation les fibres déposées si l'amiante est présent sous une forme qui a subi un début de dégradation et libère ses fibres .
- ◆ les petits travaux de maintenance ou d'aménagement, qui dégradent directement ou indirectement les matériaux contenant de l'amiante.

En l'absence de procédures rigoureuses ces activités peuvent engendrer des pollutions considérables.

La seule solution pour prévenir cette situation et protéger les occupants et intervenants est la mise en place systématique de plans de gestion dans tous les bâtiments contenant de l'amiante, pour assurer une information rigoureuse de tous les intervenants sur la présence d'amiante et la conduite à tenir. La protection face à l'amiante est un problème complexe et il est indispensable d'utiliser les compétences des différents acteurs pour mettre en place ces plans de gestion (experts chargés du diagnostic, inspecteurs du travail, agents de prévention des CRAM, etc.).

De tels plans existent dans certains pays, ils ont été établis par des administrations

ou des organismes privés. Le gouvernement fédéral canadien a produit un document utilisé dans les établissements publics, ses principes sont adaptables à n'importe quel bâtiment.

### **Enoncé de la proposition**

Rendre obligatoire la mise en place, dans chaque bâtiment contenant de l'amiante, d'un plan de gestion. Ce plan doit préciser quelle est l'étendue du diagnostic qui a été pratiqué (reconnaissance des formes les plus dangereuses d'amiantes dans le cadre du décret 96-97 du 7 février 1996 ou repérage complet de toutes les formes d'amiantes accessibles. Le bon usage d'un tel plan de gestion implique que tous les occupants de l'immeuble ont une connaissance de son existence, de l'endroit où il peut être consulté et une information résumée sur son contenu et sur les circonstances dans lesquelles il est utile ou obligatoire de s'y référer :

Le plan de gestion doit notamment préciser :

- tous les emplacements de l'amiantes dans le bâtiment avec des plans permettant une identification facile et dépourvue d'ambiguïté de ces emplacements.
- l'information des occupants sur les procédures adaptées de nettoyage et des protocoles précis pour les opérations de maintenance courante dans les zones concernées par la présence d'amiantes,
- les résultats des derniers examens pratiqués dans le cadre du décret 96-97 du 7 février 1996 et éventuellement les valeurs des mesures d'empoussièrement.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en oeuvre) :** Ministères en charge de la Santé et du Travail. Organismes en charge de la prévention.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.) :** Coût et très grand nombre d'acteurs qui doivent être sensibilisés. Le développement et le maintien d'un niveau de qualité satisfaisant pour ces documents imposent des contrôles organisés.

## **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H 1**

**Préciser la planification des travaux quand l'état de l'amiantes dans un bâtiment impose leur réalisation**

### **Définition du problème**

Le décret 96-97 du 7 février 1996 indique que la situation de l'amiante dans des bâtiments impose des travaux dans deux situations :

- l'aspect du matériau est classé par le technicien qui a examiné le bâtiment au niveau 3 dans la grille d'évaluation annexée au décret,
- le niveau d'empoussièrement est égal ou supérieur à 25 fibres/litre.

Dans les deux cas le décret indique une obligation de travaux avec une rédaction très ambiguë :

- avec un amiante de niveau trois le propriétaire doit faire procéder « à des travaux appropriés engagés dans un délai de 12 mois ;
- « Si le niveau d'empoussièrement est supérieur ou égal à 25 fibres/litre, les propriétaires procèdent à des travaux appropriés qui doivent être engagés dans un délai de 12 mois ».

La notion de "travaux appropriés" devient un élément critique dans une telle situation. Quel niveau de confinement peut être considéré comme suffisant ? Quand un examinateur a constaté la présence d'amiante dégradé et a recommandé un enlèvement, quelle est alors l'obligation du propriétaire ? peut-il se contenter de faire un confinement et d'abaisser l'empoussièrement au dessous du seuil d'intervention ? Dans les deux cas, il est possible d'engager des travaux et de laisser passer plusieurs années avant d'achever un traitement approprié.

### **Objectif de la proposition**

Organiser la planification des travaux et leur nature quand la reconnaissance de la présence d'amiante dans un bâtiment justifie une intervention (aspect de niveau 3 dans la grille annexée au décret 96-98 du 7 février 1996 ou présence de plus de 25 f/l lors des mesures du niveau d'empoussièrement) .

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Il n'est pas sérieux de fixer une limite de 12 mois pour engager des travaux sans avoir la moindre règle précisant quelle est la nature des "travaux appropriés" et le délai dans lequel ils doivent être achevés. Si la présence d'amiante dans un bâtiment justifie la réalisation de travaux (qui ne sont pas obligatoirement un désamiantage), il convient d'encadrer le début et la fin des travaux. Il est en outre nécessaire de profiter de cette adaptation de la réglementation pour préciser ce que l'on entend par commencer les travaux. Si un bâtiment de grande hauteur ou de grande surface (Jussieu) est saucissonné en de très nombreuses zones considérées comme homogènes, est-il nécessaire de commencer les travaux dans chacune de ces zones dans ce délai de douze mois ou peut-on faire une succession de travaux

s'étalant sur dix ou quinze ans ? Si l'on précise ces points, l'avis du technicien qui a fait le diagnostic initial va devenir critique. Si sa conclusion est que l'état des flocages impose les travaux dans un délai de douze mois, quelle est la ressource du propriétaire qui ne souhaite pas faire des travaux de désamiantage coûteux et qui désire se contenter de travaux de confinements sommaires ? Peut-on accepter cette solution et se contenter d'une mesure des niveaux d'empoussièrement après les travaux provisoires ou faut-il définir une procédure d'arbitrage et d'expertise décidant quelle est l'attitude adaptée ?

### **Enoncé de la proposition**

Modifier le décret n°96-97 du 7 février 1996 comme suit :

- Remplacer la dernière phrase de l'article 4 par : « - soit à des travaux appropriés dont la nature et les délais de réalisation seront précisés dans un délai de six mois. Ils devront être achevés dans un délai de douze mois. »
- Remplacer le dernier alinéa de l'article 5 par : « Si le niveau d'empoussièrement est supérieur ou égal à 25 fibres/litre, les propriétaires procèdent à des travaux appropriés dont la nature et les délais de réalisation seront précisés dans un délai de six mois. Ils devront être achevés dans un délai de douze mois. »
- Définir la notion de travaux appropriés lors du premier usage de cette expression à l'article 4 du décret . Il convient de déterminer, en collaboration avec le ministère de l'équipement et les organismes techniquement compétents les caractéristiques des personnes ou organismes susceptibles de déterminer si les travaux sont appropriés, au vu du cahier des charges établi par l'entreprise qui va procéder à la réalisation de ces travaux à la demande du propriétaire".

### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Modification du décret 96-97 du 7 février 1996 à l'initiative de la ministre de la solidarité et de l'emploi.

### **Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Argumentation des propriétaires fondée sur le coût des travaux, mais elle n'est guère solide car ils s'imposent de toutes façons et ils ont, comme les pouvoirs publics, besoin de garanties d'une bonne adaptation des travaux à l'état de l'amiante observé.

## **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H 7**

### **Pratiquer un contrôle de qualité de la reconnaissance de la présence d'amiante dans des bâtiments**

### **Définition du problème**

Le dispositif réglementaire définissant les qualités des personnes qui effectuent l'examen des bâtiments pour la recherche d'amiante sous forme de flocages de calorifugeage et de faux plafonds est très réduit. Il faut être un contrôleur du bâtiment au sens du décret de 1978 ou un technicien de la construction qui a contracté une assurance couvrant sa responsabilité dans ce domaine d'expertise.

### **Objectif de la proposition**

Instituer un contrôle de qualité de cette pratique pour connaître son degré de spécificité (quand on reconnaît de l'amiante, il s'agit bien de ce produit) et de sensibilité (savoir dans quelles proportions de cas l'amiante est passé inaperçu).

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Le décret du 7 février 1996 n'a pas institué une procédure très exigeante, donnant des garanties sur le savoir faire de ces praticiens, au minimum sous la forme d'une durée de formation définie, assurée par des organismes compétents. Une telle procédure aurait retardé la mise en œuvre du plan d'expertise des bâtiments défini en février 1996, sans apporter des garanties très solides. L'expérience des métiers de la construction de celui qui se lance dans cette activité, que ce soit à titre personnel ou dans le cadre d'une grande entreprise, est probablement plus importante que la justification d'une formation courte. Il serait cependant utile d'avoir une connaissance statistique de la proportion de cas où la présence d'amiante au sens défini dans le décret du 7 février 1996 n'a pas été reconnue.

### **Enoncé de la proposition**

Développer un corps très limité de contrôleurs ayant une pratique particulièrement approfondie de la reconnaissance de l'amiante dans les bâtiments pour évaluer les cas de « faux positifs » et de « faux négatifs » dans la recherche d'amiante. Il ne s'agit pas de contrôler les laboratoires qui identifient l'amiante sur un prélèvement, cette pratique fait l'objet d'une autre proposition, mais de contrôler le diagnostic visuel. Les faux positifs sont possibles dans cette pratique car le contrôle par un laboratoire de la nature de la substance fibrillaire identifiée n'est pas une obligation.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre) :** A déterminer entre les différents ministères concernés.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Réticences des professionnels face à toute forme de contrôle, il ne sera craint que

de ceux qui sont les moins performants.

## **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H5**

### **Mise en place d'un réseau de laboratoires s'engageant à pratiquer rapidement une identification de l'amiante à la demande de particuliers ou d'entreprises**

#### **Définition du problème**

Un particulier qui bricole chez lui, une PME, un artisan peuvent avoir à identifier de l'amiante dans un matériau. Actuellement rien n'est fait pour leur faciliter la tâche. Quand un de ces intervenants a un doute sur la présence d'amiante dans un produit sur lequel il intervient ou doit intervenir, il doit pouvoir obtenir en 24 heures une recherche d'amiante pour un coût faible.

#### **Objectif de la proposition**

Faciliter la mise à disposition des particuliers et des petites entreprises une méthode facile et peu coûteuse d'identification au niveau de chaque département et faire connaître cette possibilité. Il est possible d'envisager un accord sur le coût de cette recherche élémentaire sur un échantillon par négociation avec les laboratoires habilités à faire cette identification.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

C'est la facilitation de l'accès au renseignement qui diffusera la recherche d'amiante dans les sites qui ne sont pas concernés par l'obligation actuelle (limitée aux flocages, calorifugeages, faux plafonds). Exemple : le propriétaire d'une maison individuelle construite en 1928 fait refaire sa cheminée. Le maçon tombe sur un isolant fibrillaire qui est probablement de l'amiante et couvre le sol du séjour d'une fine poussière blanche. Il aspire la poussière avec un aspirateur ordinaire qui est un diffuseur de particules fines et continue ses travaux. Le propriétaire se demande s'il doit coucher à l'hôtel le soir et comment il doit éventuellement « décontaminer » sa maison. Il doit pouvoir obtenir facilement l'adresse du laboratoire le plus proche susceptible d'identifier l'amiante.

#### **Enoncé de la proposition**

Demander aux laboratoires habilités à faire des identifications de l'amiante de participer à un réseau s'engageant à fournir des résultats dans un délai bref à toute demande d'identification de l'amiante. La liste de ces laboratoires serait diffusée (minitel, internet) pour faciliter l'accès des utilisateurs potentiels à ce service.

#### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme**



**susceptible de la mettre en œuvre)**

Négociation avec les laboratoires en cours d'habilitation dans le cadre de l'arrêté du 28 novembre 1997.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Les difficultés ne peuvent être que mineures, concernant le prix et le délai raisonnable de communication des résultats.

## **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS : H 4**

**Organiser une étude du risque d'être exposé à rencontrer de l'amiante dans une intervention sur une partie d'un immeuble non concernée par les obligations de recherche actuelles**

### **Définition du problème**

La recherche de l'amiante dans les bâtiments collectifs est actuellement limitée aux flocages, aux calorifugeages et aux faux plafonds. Le développement de la compréhension du risque auquel est exposé un travailleur intervenant sur un matériau amianté démontre que des matériaux durs (plâtre projeté contenant de l'amiante, panneaux isolants, dalles de vinyle, feutres isolants sous les dalles, etc) exposent, quand ils sont percés ou enlevés dans de mauvaises conditions, à des empoussièrement importants. Il est peu rationnel d'avoir limité la recherche aux éléments certes les plus dangereux potentiellement, mais qui ne sont pas les seuls en cause dans l'exposition au risque lié à l'amiante. Cependant il serait prématuré d'imposer immédiatement une reconnaissance exhaustive de l'amiante dans l'intégralité des bâtiments. Il faut améliorer notre connaissance de ce que l'on cherche, ne serait-ce que pour améliorer les compétences de ceux qui ont à effectuer les examens des bâtiments dans le cadre de la réglementation.

### **Objectif de la proposition**

Préciser s'il convient d'étendre la recherche d'amiante à l'ensemble des parois des pièces des immeubles en se fondant sur un programme de recherche conduit rapidement et visant à mieux connaître le risque. Les résultats de cette recherche contribueraient à améliorer la compétence des techniciens procédant à l'examen des bâtiments.

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Le système de contrôle du risque lié à l'amiante a souvent été en retard, d'une observation, d'une mesure ou d'une interdiction. Il convient d'achever le dispositif en évaluant le risque de rencontre de l'amiante dans un environnement défini qui

n'est pas actuellement inclus dans les obligations de recherche réglementaires. Les organismes et les techniciens qui pratiquent la recherche d'amiante dans un bâtiment ont acquis une connaissance orientée vers les obligations prévues dans le décret 96-97 du 7 février 1996. Il est maintenant nécessaire de compléter ces connaissances par des recherches dont les résultats serviront à former les professions du bâtiment et éventuellement à compléter la réglementation en se fondant sur des arguments objectifs. On ne peut former les employeurs et les employés à une évaluation des risques courus en travaillant sur une cloison pour fixer un chauffe eau, passer un câble, ou modifier une cloison pour mettre en place une porte, sans leur fournir des données produites par une étude portant sur un nombre de bâtiments suffisantes, précisant à la fois le risque statistique et les procédures d'évaluation du risque au niveau individuel.

Il faut conduire une recherche dont l'objectif est de répondre à des questions très simples et concrètes, par exemple :

- si l'on rénove un sol constitué de dalles de plastique, quel est le risque qu'elles contiennent de l'amiante en fonction de la date de construction de l'immeuble, 1 pour cent ? 10 pour cent ?
- si l'on perce une cloison dans un immeuble construit entre 1960 et 1978, quel est le risque de rencontrer de l'amiante ? 1 pour mille ? 3 pour cent ?

### **Enoncé de la proposition**

Conduire les études qui permettront dans un second temps de modifier le décret 96-97 du 7 février 1996 en fonction de leurs résultats. Les trois études importantes sont :

- l'organisation de la remontée statistique des renseignements concernant l'amiante pour tous les chantiers de démolition. Cette observation concernera principalement des immeubles anciens, mais il faut savoir documenter le risque dans ce type de construction et surtout inclure dans la recherche les rénovations importantes (cf. proposition H 17),
- la recherche exhaustive de l'amiante dans une série de bâtiments collectifs, puis individuels, désignés aléatoirement pour être représentatifs du parc immobilier français,
- le développement, en aval de l'identification des produits contenant de l'amiante, d'une recherche tendant à préciser les volumes commercialisés pour chaque type de produit. Les matériaux amiantés inclus dans les cloisons se sont moins développés que ceux utilisés dans les sols, il convient cependant de préciser quelle quantité de ces matériaux a été produite et de se servir de ces résultats pour vérifier la cohérence avec l'étude précédente.

### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Collaboration entre les organismes techniques compétents dans le domaine du

bâtiment (OPPBTB, CSTB, INRS), le Ministère de l'équipement, le Ministère de l'emploi et de la santé.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

- il faut trouver rapidement le financement de cette recherche,
- il faut obtenir l'adhésion des professionnels qui ont commercialisé des produits contenant de l'amiante. Cette démarche impose une négociation avec eux et éventuellement l'usage de mesures réglementaires si la négociation échoue

## **FICHE AMIANTE DANS LES BATIMENTS - H 18**

**Définition du problème :**

De nombreux corps de métiers sont confrontés au problème de l'amiante en place sans le savoir ou ne sont pas conscients des risques qu'ils encourent lorsqu'ils interviennent sur des matériaux susceptibles de libérer des poussières d'amiante.

**Objectif de la proposition :**

Favoriser la prise de conscience du risque de l'amiante en place et des moyens de protection nécessaire.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action) :**

Les travaux au contact de matériaux susceptibles d'émettre des fibres d'amiante sont aujourd'hui les plus difficile à contrôler.

La réglementation qui prévoit les protections nécessaires ne sera appliquée que si les acteurs concernés sont sensibilisés et conscients des risques qu'ils prennent.

Films, dépliants, guides ont été diffusés mais l'étendue de la population concernée et son profil nécessitent des moyens médiatiques plus adaptés.

**Enoncé de la proposition :**

Prévoir une série de spots télévisés dans le style du film de l'INRS "les tontons perceurs" pour toucher un public large sur les dangers et les moyens de protection nécessaires.

**Localisation de cette action (localisation administrative et organisme**

**susceptible (de la mettre en oeuvre :**  
DRT-DAGEMO

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc.) :**  
Coût

## **FICHE TRAVAIL : T 20**

### **Réformer les conditions d'exercice de la médecine du travail**

#### **Définition du problème**

La médecine du travail a en grande partie échoué dans la prévention des maladies professionnelles liées à l'amiante.

#### **Objectif de la proposition**

Modifier la définition des objectifs, des priorités, de l'organisation de la médecine du travail en fonction de ce que nous avons appris avec l'exemple de l'amiante.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Nous savons qu'il est difficile d'assurer une prévention adaptée quand les conséquences sur la santé de l'exposition à un risque surviennent après un temps de latence long. Cette période est fréquemment d'une trentaine d'années pour les cancers induits par l'amiante. Cependant les connaissances acquises sur le risque carcinogène de l'amiante ont également précédé de quelques décennies les décisions destinées à assurer la protection des travailleurs et leur mise en œuvre alors que les méthodes permettant de réduire l'exposition à des poussières d'amiante étaient déjà disponibles. Il y a donc eu une sous évaluation du risque et une inadaptation partielle des structures destinées à assurer la sécurité des travailleurs, en particulier de la médecine du travail.

Nous ne pouvons considérer que cette situation résulte d'une insuffisance numérique des médecins du travail. La France est un des pays industrialisés où le nombre de médecins du travail rapporté au nombre de salariés est parmi les plus élevés. Il s'agit manifestement d'un emploi inadéquat de ces médecins, éventuellement associé à une insuffisance de transfert d'informations du domaine de la recherche vers le domaine de la pratique, et à une capacité d'agir réduite par le statut du médecin du travail qui dépend directement de l'entreprise qui l'emploie

(ou indirectement dans le cas d'une structure interentreprise dont l'activité demeure dépendante de la décision d'une entreprise d'avoir recours à ses services).

Cette situation exige que l'on réponde aux questions suivantes :

- la part des pathologies différées est-elle destinée à croître dans la période à venir par rapport aux pathologies se produisant dans un délai court après le début de l'exposition au risque ?
- la prévention de ces pathologies différées peut-elle être assurée par des examens médicaux portant sur des individus (cliniques, biologiques, d'imagerie) ou relève-t-elle de mesures de prévention définies au niveau du milieu de travail?
- le statut des médecins du travail, qu'il s'agisse de médecins d'une entreprise ou de médecins de structures interentreprises, leur permet-il d'assurer leur rôle dans la prévention des risques de maladies professionnelles ?
- le temps et les dépenses consacrés au suivi post exposition ont-ils fait la preuve de leur utilité pour la personne exposée au développement d'une pathologie tumorale telle que le mésothéliome ou le cancer broncho-pulmonaire ? Serait-il plus utile d'utiliser ce temps de médecin du travail et les moyens financiers correspondant à la vérification des niveaux d'exposition au risque, en particulier pour les ouvriers du secteur 3, ou à la formation des personnels à la protection vis-à-vis des poussières et à l'évaluation du respect des règles de protection ?

### **Enoncé de la proposition**

Constituer rapidement deux groupes de travail devant produire dans un délai limité (avant la fin de l'année 1998 me semble un délai raisonnable) deux ensembles de propositions :

- pour le premier groupe des propositions sur la réorganisation des objectifs et des statuts et des moyens de la médecine du travail. Si l'on ne conduit pas cette réflexion après le constat de l'importance de la pathologie professionnelle liée à l'amiante et des insuffisances de la prévention, on ferait preuve d'une incapacité à tirer les leçons d'une expérience dramatique d'inadaptation d'un système de prévention. Il ne s'agit pas de désigner des responsables mais d'éviter d'ajouter à nos insuffisances passées une inaptitude à en tirer les conséquences,
- pour le second des propositions sur le suivi médical des personnes qui ont été

exposées à l'amiante. L'état actuel de nos pratiques est très différent d'un groupe de personnes à l'autre, ce qui indique une absence de consensus médical sur la meilleure attitude à avoir. De nombreux spécialistes insistent sur les analogies avec la cancérisation provoquée par le tabac. La surveillance régulière par des méthodes qui ne sont pas dépourvues de risque quand elles utilisent des radiations ionisantes n'est pas recommandée chez les fumeurs, son utilité pour les patients exposés n'ayant pas été prouvée, elle est considérée comme un gaspillage potentiellement dangereux, n'améliorant pas l'espérance de vie de ceux qui développeront une tumeur. Ce groupe pourrait travailler dans le cadre d'une conférence de consensus qui définirait les actes de surveillance utiles chez les travailleurs qui ont été exposés à l'amiante.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Définition de la mission de chacun de ces groupes et nomination de leurs membres par les ministres ayant en charge la solidarité, l'emploi et la santé. Le but de cette procédure n'est pas d'éviter la consultation des organismes et des professions concernés, mais d'obtenir des propositions de décisions cohérentes qui seront l'objet d'un choix déterminé par les objectifs à atteindre et non par l'obtention d'un accord général. Une technique de recherche progressive du plus grand commun dénominateur entre les différentes parties pourrait être mise en œuvre, les méthodes habituelles des commissions réussissant difficilement à faire aboutir rapidement des projets de réforme complexes, faute de capacité à faire évoluer des propositions en les soumettant itérativement à la critique des groupes concernés. Dans l'arsenal des outils de communication qui se développe actuellement, les techniques de travail en groupe par messagerie électronique pourraient se coupler avec les méthodes de recherche d'une convergence progressive des propositions d'un ensemble de partenaires sur un cahier des charges précis.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Ce sont celles des réformes structurelles remettant en question des activités de routine. Il ne s'agit ni d'une question de moyens, ni de capacités humaines mais de prérogatives. Qui décide de la sécurité dans les entreprises ? quelles sont les responsabilités des uns et des autres (employeurs, médecins, pouvoirs publics) ? Cette réorganisation ne provoquera pas un accroissement du coût de la médecine du travail car le but n'est pas d'augmenter le nombre de ces médecins, mais de les utiliser différemment en distinguant mieux le rôle du médecin dans l'appréciation de l'aptitude du salarié, dans l'évaluation des risques dans l'entreprise et leur réduction, enfin dans le contrôle de l'application des règlements.

## **FICHE TRAVAIL : T 3**

### **Organisation de l'intervention des médecins du travail sur les chantiers d'enlèvement de l'amiante**

#### **Définition du problème.**

Les instructions techniques aux médecins du travail définies par l'arrêté du 13 décembre 1996 sont très pertinentes, mais elles ne seront pas appliquées dans l'état actuel du fonctionnement de la médecine du travail.

#### **Objectif de la proposition.**

Adapter l'organisation des services médicaux interentreprises pour qu'ils puissent remplir leur rôle de surveillance des personnels impliqués dans les activités de désamiantage, en particulier sur les chantiers.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

La qualité de la surveillance des chantiers d'enlèvement de l'amiante sera déterminante dans la prévention des risques d'une nouvelle forme d'exposition à ce produit qui est la conséquence des obligations réglementaires prévues par le décret 96-97 du 7 février 1996. La présence d'amiante dégradé, ou d'un niveau d'empoussièrement élevé dans un bâtiment contraint le propriétaire à entreprendre des travaux dans un délai de douze mois. Dans un certain nombre de cas, la seule solution techniquement acceptable sera l'enlèvement de l'amiante. Si cet enlèvement est fait dans de mauvaises conditions, le risque d'exposition à un niveau d'empoussièrement supérieur aux limites réglementaires peut être important. La prévention de ce risque est de la responsabilité de l'employeur. Le respect des règles doit être l'objet de vérifications de la part des inspecteurs du travail et des médecins du travail. Les entreprises réalisant ces travaux sont fréquemment de petites entreprises qui n'ont pas de médecins du travail faisant partie du personnel de l'entreprise, ce sont des services interentreprises qui assurent les obligations réglementaires, ils sont mal adaptés à ce type de prévention. En outre les chantiers peuvent se trouver à distance des lieux d'exercice du médecin qui assure la surveillance des salariés. Si une entreprise de l'Ile de France assure un chantier à Clermont Ferrand, comment le médecin du travail qui suit les salariés peut-il assurer ses fonctions ?

L'arrêté du 13 décembre 1996 énonce les missions du médecin dans l'ordre suivant:

- 1 - surveillance des conditions de travail - évaluation des risques,
- 2 - rôle de formation, information, conseil,
- 3 - visite sur les lieux de travail,
- 4 - surveillance médicale des salariés.

L'organisation actuelle de l'activité des médecins en service interentreprise ne permettra pas d'assurer les 3 premières missions : en effet cette activité est centrée sur les visites médicales et la détermination de l'aptitude, pas sur la prévention au poste de travail.

Sans attendre une réforme nécessaire des conditions d'exercice de la médecine du travail, qui ne peut être qu'un bouleversement profond et difficile d'un exercice professionnel, il faut améliorer l'adaptation des services interentreprises à la prévention du risque lié aux chantiers de désamiantage.

### **Énoncé de la proposition.**

Attribuer la surveillance des chantiers d'enlèvement de l'amiante à des médecins formés à cette pratique, ayant leur activité professionnelle dans le département où se situent les travaux et non dans celui où est domiciliée l'entreprise. Ces médecins devront travailler avec les organismes ayant en charge la protection des travailleurs, en particulier les CRAM et les inspections du travail. Ils contribueront à mettre en œuvre les méthodes vérifiant la qualité de la protection des travailleurs, en particulier les dispositifs de mesure en continu de l'empoussièrement portés par les ouvriers et complétant les mesures effectuées à des points fixes sur le chantier. Comme il y a une dosimétrie dans la protection contre les radiations ionisantes, il doit y avoir un large usage des techniques équivalentes dans le cas d'un risque d'empoussièrement potentiellement dangereux. Ces méthodes développées dans les mines d'amiante et dans les industries manufacturant ce produit doivent être utilisées sur les chantiers de désamiantage. Ces médecins doivent également intervenir dans des domaines de l'ergonomie des conditions de travail qui ont une importance déterminante dans la sécurité des chantiers. Les tenues de protection rendent difficile la régulation thermique l'été, spécialement dans les régions les plus méridionales. La surveillance des conditions d'hydratation, de la température corporelle, relève de la médecine du travail sur site et non d'une visite d'aptitude dans un cabinet de consultation.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en œuvre).**

DRT



**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d’agir, etc.).**

Nécessité de développer des accords entre les entreprises habilitées à pratiquer des enlèvements de l’amiante et les structures de médecine du travail interentreprises employant des médecins formés à la surveillance des personnels travaillant sur leurs chantiers. La sécurité ne peut être assurée que par la collaboration des différents acteurs de la prévention.

## **FICHE TRAVAIL : T 19**

### **Assurer un soutien technique au niveau de l’inspection du travail**

**Définition du problème :**

Le contrôle de la réglementation mise en oeuvre nécessite une compétence technique qui n’est pas toujours disponible dans les services d’inspection.

**Objectif de la proposition :**

Généraliser le soutien technique des corps d’inspection au niveau des directions régionales.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action) :**

Le corps d’inspection comporte environ 400 inspecteurs et 800 contrôleurs polyvalents, c’est-à-dire en charge des questions d’emploi, de formation, de durée du travail et d’hygiène et sécurité au travail.

La complexité du problème de l’amiante, le principe d’évaluation du risque sur lequel repose le niveau de protection nécessite souvent une compétence technique relativement pointue.

Aujourd’hui quelques régions disposent d’un ou deux ingénieurs de sécurité (11 ingénieurs sur la France) pour l’ensemble des problèmes (machines, bâtiments, équipement, chimie, rayonnement, hyperbarie, etc ... )

**Enoncé de la proposition :**

Créer une vingtaine de postes d’ingénieurs de sécurité pour que chaque direction régionale dispose d’une compétence technique en matière de sécurité.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en oeuvre) :**  
DAGEMO - Ministère du budget.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc.) :**  
Budget

## **FICHE TRAVAIL : T 16**

### **Faciliter la mise à disposition d'informations actualisées par les administrations qui ont en charge la réglementation concernant l'amiante**

**Définition du problème :**

L'administration est confrontée avec l'amiante à une très grande demande d'informations de la part des services d'inspection (essentiellement), des entreprises et des syndicats (plus ponctuellement).

**Objectif de la proposition :**

Faciliter la mise à disposition d'informations par la direction des relations du travail.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action) :**

L'administration dispose d'une masse d'informations sur le problème de l'amiante qu'elle n'a pas les moyens de diffuser faute de temps et de logistique. Elle est de ce fait très sollicitée par téléphone et doit faire circuler de nombreux documents chargeant un secrétariat déjà peu disponible.

L'utilisation du site INTERNET devrait soulager le bureau CT4 sous réserve qu'un secrétariat soit en mesure de contribuer à la gestion du site.

**Enoncé de la proposition :**

Équiper d'accès INTERNET les bureaux de CT et chacune des sections d'inspection.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en oeuvre) :**  
DRT-DAGEMO

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc.)**

Coût

## **FICHE TRAVAIL : T 14**

### **Améliorer la vérification de la formation et de l'information des personnes intervenant professionnellement sur un bâtiment contenant de l'amiante**

#### **Définition du problème**

La prévention du risque chez les travailleurs intervenant sur un bâtiment comportant de l'amiante suppose qu'ils soient informés de la présence d'amiante et formés à l'intervention dans un tel contexte. La définition réglementaire de ces mesures de prévention me semble insuffisante.

#### **Objectif de la proposition**

Améliorer l'organisation de la prévention du risque lors d'une intervention professionnelle sur un bâtiment. Les personnes concernées doivent être conscientes des risques encourus et avoir reçu une formation leur permettant d'y faire face.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Le secteur du bâtiment se prête mal à la prévention. La sous-traitance est très développée, les emplois sont fréquemment précaires, la proportion de travailleurs dont la langue maternelle n'est pas le français est élevée, en outre il s'agit d'un secteur d'activité où le risque accidentel est important, ce qui contribue à le banaliser et à rendre difficile la prise en compte d'un danger lié à un cancérogène qui n'est pas perceptible directement et qui suppose une connaissance à la fois théorique et pratique du risque lié à l'amiante.

Trois conditions doivent être réunies pour assurer une prévention satisfaisante dans ce domaine :

- ◆ une information complète sur les risques encourus et les moyens de les prévenir, permettant aux ouvriers d'être convaincus de la nécessité d'appliquer des règles de sécurité contraignantes,
- ◆ une formation pratique concernant les précautions à prendre lors de travaux aux contact de l'amiante,
- ◆ une procédure simple mais contraignante instituant la vérification des conditions requises.

### **Enoncé de la proposition**

Quand une entreprise intervient sur un bâtiment contenant de l'amiante, le décret 96-97 du 7 février 1996 fait une obligation au propriétaire d'avertir un intervenant de cette présence, il est d'autre part obligatoire que les ouvriers qui interviennent aient reçu une formation à ce type d'intervention (article 4 du décret 96-97 du 7 février 1996). Il convient d'instituer un formalisme minimum pour vérifier que ces obligations sont satisfaites. Elles peuvent prendre la forme d'un simple registre tenu par le propriétaire et accompagnant le « plan de gestion de l'amiante dans un immeuble », il serait obligatoirement signé par tout intervenant extérieur qui reconnaîtrait avoir été averti de la présence d'amiante et avoir reçu une formation spécifique de la prévention du risque amiante. Ce registre pourrait être consulté par l'inspecteur du travail et par les responsables de la sécurité sanitaire au niveau départemental (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale).

### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en oeuvre)**

Ministère de l'emploi et de la solidarité (Direction des relations du travail et Direction Générale de la santé).

### **Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

## **FICHE TRAVAIL : T 12**

### **Retrait de l'amiante fortement lié dans des dalles de vinyle amiante**

#### **Définition du problème**

Les travaux de retrait des dalles de vinyle amiante sont en apparence des travaux à faible niveau de risque, l'amiante étant très fortement lié. Les mesures effectuées sur des chantiers d'enlèvement de ces dalles ont prouvé que dans des circonstances défavorables et du fait de l'usage de mauvaises pratiques, les niveaux d'empoussièrement pouvaient être élevés.

#### **Objectif de la proposition**

Améliorer la reconnaissance de la présence d'amiante dans des revêtements de sol avant leur rénovation (cf. fiche H 17) et la qualité technique des travaux de retrait

d'amiante fortement lié dans des dalles plastique (vinyle-amiante), sans risque d'exposition à des empoussièrtements dépassant les normes réglementaires pour les ouvriers, ni pollution de l'environnement.

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

La reconnaissance de la présence d'amiante dans un sol dallé n'est pas actuellement une obligation réglementaire contenue dans le décret 96-97 du 7 décembre 1996. Il faut qu'un renouvellement d'un dallage plastique soit considéré comme une réhabilitation dans le texte réglementaire envisagé par ailleurs (H 17).

L'arrêté du 14 mai 1996 demande la mise en oeuvre de mesures de protection « en fonction de l'évaluation des risques », qui en l'absence d'indications précises repose entièrement sur le chef d'entreprise. Par ailleurs, il n'est pas demandé de compétences particulières à l'entreprise effectuant les travaux.

En pratique, les mesures de protection prises sur les chantiers ne répondent pas à une analyse objective des risques. Pourtant ces risques peuvent être importants, le retrait de revêtements en vinyle-amiante est une opération complexe qui peut engendrer de forts empoussièrtements, si la technique employée n'est pas la bonne et adaptée aux conditions de mise en oeuvre de ces revêtements. Ces dalles peuvent souvent être enlevées sans les briser et le niveau d'empoussièrtement est alors très faible. A l'opposé une fixation beaucoup plus « efficace » peut conduire à les fragmenter, en outre elles peuvent être fixées par des colles renforcées avec de l'amiante ou reposer sur des couches isolantes contenant également de l'amiante. Dans ces cas, les tentatives inappropriées de nettoyage et de régularisation du support de ces dalles peuvent être à l'origine d'empoussièrtements élevés.

Dans ces conditions, la mise en place d'une réglementation plus précise et plus rigoureuse est nécessaire. Elle devrait préciser qui est habilité à faire une évaluation des risques : il s'agit d'une question délicate qui requiert à l'évidence des compétences particulières, du fait de la diversité des situations rencontrées.

Les comités techniques de la CNAMTS ont rédigé des recommandations concernant la dépose de matériaux contenant de l'amiante fortement lié (canalisations en amiante ciment, enveloppes de bâtiments en amiante ciment). Des recommandations détaillées de même nature doivent être rédigées pour les dalles en vinyle amiante.

### **Enoncé de la proposition**

Mettre en place une réglementation spécifique pour le retrait des produits à base de vinyle-amiante se fondant sur :

- une organisation du diagnostic préalable à l'ouverture d'un chantier de la

- nature de la fixation des dalles et de la facilité avec laquelle elles peuvent être enlevées pour permettre de déterminer les conditions à mettre en œuvre,
- la rédaction d'un ensemble de recommandations sur les techniques à utiliser dans les différents contextes que peuvent rencontrer les entreprises.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Ministère en charge du travail. Comités techniques de la CNAMTS

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Les difficultés de mise en œuvre d'un savoir faire approprié et diversifié pour un acte technique dont la simplicité et le caractère répétitif à l'identique sont fréquemment acceptés sans vérification pratique par des personnes ayant l'expérience de ces travaux..

## **FICHE TRAVAIL T : 17**

Publication de la base de données EVALUTIL qui réunit les évaluations mesurée du risque d'exposition à l'amiante

**Définition du problème**

Aujourd'hui pour l'évaluation du risque amiante lors d'opération de retrait, les maîtres d'ouvrage, maîtres d'oeuvre et services de prévention manquent de référentiels de mesures permettant de situer tel ou tel type d'opération sur une échelle de risque pour choisir des mesures de prévention adaptées à la nature véritable du risque.

**Objectif de la proposition**

- rendre accessible rapidement la base de données Evalutil développée par un groupe de chercheurs à l'initiative de la direction des relations du travail et de la CNAMTS.
- prendre des dispositions pour assurer un enrichissement de cette base de données.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Le souci d'améliorer la qualité des bases de données du type EVALUTIL, motivé en particulier par la crainte de mettre à la disposition d'un très large public des renseignements qui n'ont pas toujours une validation suffisante, a pour conséquence principale de priver les utilisateurs potentiels de repères concernant le risque. Il faut accepter que des données soient publiées « en l'état », en sachant que la publicité qui leur est donnée va contribuer à provoquer leur amélioration. Dans les secteurs où des acteurs de la prévention disposent de données non publiées, ils pourront contribuer à enrichir la base et les éventuelles différences observées ne peuvent que concourir au développement des études complémentaires nécessaires.

### **Enoncé de la proposition**

Publier dans des délais courts la base de données EVALUTIL  
Proposer à des maîtres d'ouvrages volontaires par l'intermédiaire des services de prévention de participer à la mise en commun de résultats de mesures enregistrées dans le cadre d'un protocole de mesurage préalablement défini et diffusé,

### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en oeuvre)**

DRT, CNAMTS en collaboration avec les chercheurs qui ont contribué à la réalisation de cette base

### **Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc.)**

Les difficultés du passage à l'acte dans la réalisation d'un projet qui est toujours en évolution, faisant différer la publication dans une recherche de perfection qui ne peut jamais être atteinte.

## **FICHE TRAVAIL : T 15**

### **Réalisation d'un guide simple et pratique à l'usage des entreprises et des artisans regroupant l'ensemble des dispositions réglementaires concernant le risque lié à l'amiante**

#### **Définition du problème**

La réglementation concernant l'amiante est complexe et dispersée. Elle interfère en outre avec de nombreuses autres dispositions réglementaires concernant les

chantiers du bâtiment. Dans ces conditions, il est difficile pour le propriétaire et plus encore pour le chef d'une petite entreprise de la respecter.

**Objectif de la proposition**

Rendre la réglementation compréhensible et accessible de telle sorte que les entreprises, notamment les petites, puissent s'y conformer.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

On peut difficilement espérer que des petites entreprises du bâtiment se conforment à des textes que même les « spécialistes » ne savent pas toujours interpréter. Une présentation claire articulant les différents textes est indispensable. Pour cela il faudrait qu'un guide soit écrit par un groupe restreint de personnes à la demande explicite de la direction des relations du travail, en coordination avec les autres directions ministérielles concernées et avec le soutien des organismes techniques impliqués dans la prévention (CNAMTS, INRS, OPPBTP, CSTB).

**Énoncé de la proposition**

Publier un guide de la réglementation amiante (y compris ses interférences avec les autres dispositions réglementaires) qui soit à la fois complet et facile à comprendre.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Ministère en charge du travail.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**



Plusieurs documents ont été publiés par des organismes différents. Ils ne couvrent pas des domaines identiques et il est important d'éviter de prolonger cette dispersion et de produire des documents simples, complets et régulièrement mis à jour. La difficulté est de coordonner les efforts d'organismes parfois persuadés qu'ils n'existent que s'ils produisent leur propre documentation.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 18**

Simplifier le système de reconnaissance des maladies professionnelles pour le rendre plus juste, rapide et conforme aux principes établis par la loi

### **Définition du problème**

Les maladies professionnelles provoquées par l'amiante sont reconnues et indemnisées suivant une procédure particulière aux affections provoquées par l'inhalation de poussières. La justification de ce régime est insuffisante par rapport à ses inconvénients. Il constitue un obstacle à la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie.

### **Objectif de la proposition**

Rendre plus équitable et plus rapide la reconnaissance des pathologies professionnelles liées à l'amiante, en particulier les pathologies tumorales.

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

L'argumentaire a été développé dans le corps du rapport et dans des fiches de proposition spécialisées, le but de cette fiche est de résumer les principales propositions concernant les maladies professionnelles provoquées par l'amiante.

Les éléments principaux sont :

- le nombre de maladies professionnelles imputées à l'amiante est très inférieur à toutes les évaluations épidémiologiques de ces pathologies, en particulier dans le domaine des cancers de la plèvre et des poumons,
- la recherche de la preuve d'une exposition à l'amiante est difficile à obtenir plusieurs décennies après la période d'exposition, or l'intervalle moyen entre le début de l'exposition et le développement de la tumeur est de trente années pour le mésothéliome, exiger ce type de preuve pour appliquer la réglementation aboutit à nier le principe de présomption qui régit l'ensemble des maladies professionnelles inscrites dans des tableaux,
- les délais pour la reconnaissance de l'origine professionnelle par les organismes de sécurité sociale sont souvent longs. Les possibilités offertes aux caisses de

s'affranchir du délai de deux mois au delà duquel l'absence de décision signifie l'acceptation de l'origine professionnelle sont une solution de facilité.

Il convient également de réaliser des améliorations de détail concernant certains régimes particuliers qui comportent des anomalies inacceptables (régime des fonctionnaires, des marins).

### **Enoncé de ces propositions**

- supprimer les modalités de la reconnaissance des maladies professionnelles spécifiques des pneumoconioses définies par les articles D.461-5 à D.461-7, D.461-12 à D.461-16 et D.461-18 et modifier les articles D.461-8 à D.461-11 du code de la sécurité sociale, (ces dispositions ne correspondent pas à une obligation législative, elles se fondent sur une possibilité ouverte par l'article L. 461-7 du même code),
- quand un salarié présente une tumeur primitive de la plèvre, il est inutile de tenter de prouver une exposition à l'amiante dans les emplois précédents, il suffit de vérifier que la personne qui développe une telle tumeur a travaillé dans l'une des professions exposées à un contact avec l'amiante. La liste de ces professions doit être déterminée dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles,
- quand un salarié présente un cancer primitif broncho-pulmonaire, l'amiante étant une cause minoritaire de ces tumeurs, il n'est pas possible d'adopter le dispositif proposé pour les mésothéliomes. Il faut que plusieurs procédures complémentaires soient utilisées pour permettre la reconnaissance de la maladie professionnelle :
  - la présomption de l'origine professionnelle quand les conditions prévues au tableau 30bis sont satisfaites,
  - la présomption de l'origine professionnelle quand le salarié a occupé un emploi de la liste définie en annexe au tableau 30 concernant les tumeurs primitives de la plèvre associées à une présence de corps asbestosiques ou de fibres d'amiantes, au delà d'un seuil fixé par la réglementation,
  - le recours aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles quand les conditions du tableau 30bis ne sont pas réunies et qu'il n'y a pas eu de possibilité de mesure de la concentration en corps asbestosiques.
- définir un délai de réponse pour les organismes de sécurité sociale après une demande de la reconnaissance de la maladie professionnelle qui ne pourrait être prolongé qu'une fois, pour une durée définie, et avec une justification explicite. En outre la prescription ne devrait pas intervenir tant que la demande de reconnaissance de la maladie professionnelle n'a pas été formulée (la date de la survenue de l'affection n'est pas suffisante si le salarié ou sa famille ne sont pas informés de l'origine professionnelle possible de l'affection).
- aligner sur le régime général les dispositions applicables aux marins et aux

fonctionnaires.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Direction de la sécurité sociale - CNAMTS

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d’agir etc.)**

La suppression des dispositions spécifiques concernant les pneumoconioses n'est pas une proposition nouvelle. Elle avait déjà été envisagée favorablement par la CNAMTS et proposée par elle à la Direction de la sécurité sociale. Les insuffisances actuelles du système sont tellement évidentes que le refus des modifications proposées ne pourrait que multiplier les recours au système judiciaire, soit à l'encontre de l'employeur en utilisant le motif de la faute inexcusable, soit à l'encontre des organismes de sécurité sociale en exploitant les défauts d'application fréquents des règles concernant la prévention et les enquêtes prévues réglementairement après les demandes de reconnaissance de maladies professionnelles.

**FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 8**

**Supprimer les dispositions qui réduisent les droits des patients atteints par une pneumoconiose reconnue d’origine professionnelle**

**Définition du problème.**

Les maladies professionnelles provoquées par l’inhalation de poussières (pneumoconioses) sont régies par des dispositions réglementaires particulières dont la justification était à l’origine de nature économique. La fréquence des silicoses faisait craindre un coût élevé pour le régime des maladies professionnelles et une disposition réglementaire sans aucun fondement médical a introduit des restrictions des droits des patients, alors que l’origine professionnelle de la maladie était reconnue.

**Objectif de la proposition.**

Abroger les dispositions du régime des pneumoconioses concernant la restriction des droits s’agissant des prestations en nature et indemnités journalières.

Suppression de ces dispositions dérogatoires (art. D. 461-12 css).

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

En application de l'art. D. 461-12 css, le droit aux prestations en nature et aux I.J. n'est ouvert que si la victime présente une complication légale de sa maladie ou une insuffisance respiratoire chronique caractérisée, celle-ci étant très restrictivement définie par une circulaire du 4 novembre 1988 (PaO<sub>2</sub> inférieure à 65 mmHg). Ceci conduit à écarter de ces droits l'énorme majorité des victimes de fibrose. C'est injuste et une telle mesure a pour seule motivation de réduire les dépenses, ce qui n'est pas acceptable éthiquement. Cette situation a déjà été estimée comme abusive dans le rapport de la commission présidée par M. DENIEL.

**Enoncé de la proposition.**

Suppression des dispositions dérogatoires limitant le droit des victimes atteintes de maladies professionnelles mentionnées à l'art. D. 461-12 css.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Mesure réglementaire dépendant du ministère de l'emploi et de la solidarité (Direction de la sécurité sociale)

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc).**

Il s'agit uniquement d'obstacles économiques. L'argumentation médicale est inexistante.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 1**

### **Modifier le délai de prescription en matière de maladie professionnelle**

#### **Définition du problème.**

Dans le domaine des maladies professionnelles, les patients ignorent souvent l'origine de leur maladie et fréquemment les médecins ne les avertissent pas du risque de perdre leurs droits à la reconnaissance de l'origine professionnelle, du fait d'une démarche trop tardive.

#### **Objectif de la proposition.**

Fixer le délai de prescription en tenant compte du moment où l'on envisage dans un certificat médical remis au patient l'origine professionnelle d'une maladie et non le point de départ des premières constatations médicales.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

De nombreuses victimes et ayants droit n'ont pas été informés de l'origine professionnelle de l'affection.

Aujourd'hui, si elles déclarent leur maladie professionnelle, elles se voient opposer le délai de prescription de deux ans prévu à l'art. L.431-2 et L.461-5 du code de la sécurité sociale,

Cette situation fait l'objet d'une proposition dans le rapport de la commission présidée par M. Deniel.

#### **Énoncé de la proposition.**

Prévoir, comme point de départ faisant courir le délai de prescription, la date de constatation médicale évoquant l'origine professionnelle de l'affection.

#### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Modification de l'article L.461-5 du code de la sécurité sociale (partie législative de ce code).

#### **Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc.).**

Seule la volonté de ne pas aggraver les charges du régime des maladies professionnelles pourrait justifier une opposition à cette proposition qui correspond à une exigence de justice élémentaire. On ne doit pas utiliser la sous information des assurés pour éviter d'avoir à leur reconnaître une maladie professionnelle.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 3**

### **Réduire le délai d'instruction après une demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle**

#### **Définition du problème.**

Le délai d'instruction des dossiers par les caisses de sécurité sociale est souvent anormalement long.

#### **Objectif de la proposition.**

Instaurer un délai réglementaire dans lequel l'organisme de S.S. est obligé de se prononcer.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Actuellement, lorsque la Caisse primaire d'assurance maladie a adressé la lettre de réserve dans le délai de 60 jours après la déclaration de maladie professionnelle (Art. R 441-10 du code de sécurité sociale.), elle n'a plus aucune obligation de délai pour prendre sa décision. L'instruction tant médicale qu'administrative des dossiers peut durer des mois, parfois des années. Cette situation a déjà été évoquée dans le rapport de la commission présidée par M. Deniel.

#### **Enoncé de la proposition.**

Instaurer un délai maximum de 4 mois, prolongé éventuellement de 2 mois en cas de difficultés justifiées par la C.P.A.M. pour instruire le dossier. Ces difficultés doivent clairement être signifiées à l'assuré ou ses ayants droit au cours des deux premiers mois d'instruction. Passé ce délai, le caractère professionnel serait établi.

#### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Modification de l'art. R 441-10 du code de sécurité sociale (partie réglementaire du code).

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc).**

La difficulté d'instruction de certains dossiers est un argument souvent évoqué pour justifier les retards, mais l'argument n'a pas de valeur s'il s'agit d'un retard de type administratif lié en particulier à des moyens d'enquête insuffisants ou à des délais d'expertise anormalement longs. Seuls les retards imputables au malade (absence de réponse à des demandes précises des caisses indispensables pour instruire une décision) peuvent justifier un retard au règlement des dossiers.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 6**

### **Reconnaître les épaissements pleuraux unilatéraux dans le tableau 30**

#### **Définition du problème.**

Le tableau n° 30 fixant la liste des affections pouvant être reconnues comme imputables à une exposition professionnelle à l'amiante ne retient que les épaissements pleuraux bilatéraux. Cette restriction n'a pas de justification médicale.

#### **Objectif de la proposition.**

Prendre en compte les épaissements pleuraux unilatéraux.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Actuellement, seuls les épaissements bilatéraux sont reconnus dans le tableau n° 30. Or, l'étude de Catilina et Laubignat a démontré que ces épaissements sont fréquemment unilatéraux. Il sont reconnus en Grande Bretagne.

#### **Enoncé de la proposition.**

Inscription des épaissements pleuraux unilatéraux dans le tableau n° 30.

#### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Ministère de l'emploi et de la solidarité - modification par voie réglementaire des dispositions du tableau 30.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais,**

**capacités d’agir, etc).**

Les difficultés habituelles pour modifier le contenu des tableaux de maladies professionnelles. Les arguments sont plus économiques que médicaux.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 7**

### **Supprimer l’exigence d’une durée d’exposition de 5 ans pour reconnaître les pathologies énumérées dans le tableau 30**

#### **Définition du problème.**

Des durées d’exposition ont été fixées pour permettre la reconnaissance de l’origine professionnelle de certaines pathologies provoquées par l’amiante. Il est possible de développer ces maladies avec des durées d’exposition courtes et un empoussièrement important.

#### **Objectif de la proposition.**

Supprimer l’exigence d’une durée d’exposition dans le tableau n° 30 (cf. art. D. 461-13, al. 1 du code de la sécurité sociale.).

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Jusqu’au décret du 22 mai 1996, les collègues de 3 médecins pouvaient admettre le caractère professionnel d’une maladie inscrite au tableau n° 30 même si la durée d’exposition n’était pas respectée. Désormais ce type de dossier, après que le collègue a caractérisé la maladie, est examiné par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, devant lequel la victime ne bénéficie pas de la présomption d’imputabilité.

La survenue de pathologies, en particulier de mésothéliomes, après une exposition inférieure à 5 ans est fréquente. Dans le cas des mésothéliomes l’origine de la tumeur étant exceptionnellement étrangère à l’exposition à l’amiante, la notion de durée d’exposition est particulièrement abusive.

#### **Enoncé de la proposition.**

Suppression de la durée d’exposition de 5 ans inscrite à l’article D. 461-13 css).

#### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Ministère de l’emploi et de la solidarité.

#### **Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d’agir, etc).**



Les arguments pour s'opposer à une telle mesure sont plus économiques que médicaux.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 9**

### **Supprimer le mode d'expertise médicale propre au pneumoconioses (collège des trois médecins)**

#### **Définition du problème.**

Le régime dérogatoire des pneumoconioses, ne ce qu'il est restrictif par rapport au droit commun des maladies professionnelles, ne se justifie pas.

#### **Objectif de la proposition.**

Suppression du collège de 3 médecins et conservation provisoire d'un expert agréé en matière de pneumoconioses, en attendant une réforme d'ensemble de l'expertise dans le domaine de la sécurité sociale.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

S'agissant de caractériser médicalement des affections, le recours à ces institutions spéciales ne se justifie plus, en particulier s'agissant des collèges de 3 médecins qui ont été créés à une époque où le scanner n'existait pas et où l'exploration fonctionnelle respiratoire sortait à peine du domaine de la recherche. Il était apparu utile d'associer des compétences complémentaires pour améliorer la qualité de l'expertise. Le fonctionnement de ce système très lourd et souvent lent n'est pas justifié par la nature actuelle des pathologies en cause et le développement des examens complémentaires. La proportion d'asbestose va continuer de se réduire et c'est la pathologie tumorale qui va devenir le problème dominant. Les difficultés d'expertise vont se situer dans le domaine de l'anatomie pathologique et de la biologie (dosages de fibres dans le tissu pulmonaire) et non dans celui de la reconnaissance d'une fibrose pulmonaire débutante. Il est temps de rejoindre les règles applicables pour les autres pathologies professionnelles.

Il faut également tenir compte de la limitation du nombre des experts et éviter que les assurés sociaux dépendent d'un expert unique au niveau local. L'accord entre le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse primaire doit se faire sur le nom d'un expert agréé avec une possibilité de choix réel, même si les ressources locales sont insuffisantes pour avoir plusieurs experts sur place. Les possibilités de déplacement sont suffisamment développées pour qu'une expertise de cette importance puisse se faire éventuellement dans un département voisin. Un nombre

minimal d'experts agréés doit permettre un véritable choix. Un minimum de quatre experts serait à mes yeux une bonne pratique pour assurer un véritable choix.

**Enoncé de la proposition.**

Suppression des dispositions spéciales concernant l'instruction des maladies visées à l'art. D. 461-9 css, en particulier suppression des collèges et conservation provisoire de la notion d'expert agréé dans l'attente d'une réforme nécessaire de l'expertise en matière de sécurité sociale. Pendant cette période de transition, le nombre d'experts agréés permettant aux parties d'avoir la possibilité d'un véritable choix devrait se situer à une valeur minimale de quatre experts.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en œuvre).**

Ministère de l'emploi et de la solidarité – modification par voie réglementaire du code de la sécurité sociale.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc).**

Cette proposition ne peut qu'engendrer des économies de fonctionnement (3 x 660 F) et une plus grande rapidité de traitement des dossiers.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 10**

### **Appliquer un barème unique d'évaluation de l'IPP**

**Définition du problème.**

Les taux d'incapacité permanente partielle (IPP) sont fixés avec des différences notables pour des situations identiques d'une caisse à l'autre, en fonction des différences de comportement des experts. Cette situation est liée à l'absence d'un barème unique diffusé par la CNAMTS à toutes les caisses et respecté par les experts agréés.

**Objectif de la proposition.**

Officialiser la lettre ministérielle du 8 juin 1989 et mettre en chantier la réactualisation de ce barème.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Le barème actuel non officiel n'est pas respecté et la fixation des taux d'IPP s'avère, dans l'ensemble, très restrictif : mésothéliome inférieur à 100 %, cancer broncho-pulmonaire avec des taux inférieurs à 67 %, plaques pleurales ne tenant

pas compte des douleurs, non reconnaissance de l'insuffisance ventilatoire en dehors des syndromes restrictifs purs. Dans un premier temps, il convient d'officialiser ce barème par voie réglementaire et de mettre en place un groupe de travail pour l'actualiser.

**Enoncé de la proposition.**

Assurer l'application du barème indicatif d'invalidité issu de la lettre ministérielle du 8 juin 1989. La méthode la plus simple si l'on ne veut pas opérer par voie réglementaire serait de subordonner le renouvellement des médecins agréés à l'application réelle du barème.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

CNAMTS – Direction de la sécurité sociale

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc.).**

Routines de comportements d'experts qui ont leurs habitudes et ne veulent pas les remettre en question, même pour obtenir plus d'équité dans l'évaluation d'une IPP.

**FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 12**

**Tenir compte de l'influence de la reconnaissance d'une maladie professionnelle dans la possibilité de conserver son emploi ou d'en retrouver un autre**

**Définition du problème.**

Pour un salarié, la reconnaissance d'une maladie professionnelle avec un taux d'IPP faible peut se révéler un handicap et non la juste compensation d'un handicap fonctionnel. Des études réalisées en particulier chez des asthmatiques ont prouvé que les salariés qui faisaient reconnaître leur asthme professionnel avaient plus de risque de perdre leur emploi que ceux qui ne demandaient pas cette reconnaissance. Plusieurs de mes interlocuteurs rencontrés dans le cadre de ce rapport m'ont indiqué des risques identiques quand par exemple des lésions pleurales non tumorales sont identifiées avec un faible taux d'IPP. Si le licenciement intervient, il est plus difficile de retrouver un emploi avec une IPP, même faible et ce fait serait particulièrement important dans les régions où le risque lié à l'amiante est bien connu des employeurs. Ils redoutent que des complications cancéreuses ne viennent compliquer une affection jusqu'alors bénigne liée à l'amiante.

**Objectif de la proposition.**

Apprécier correctement l'indemnisation de l'I.P.P. compte tenu des incidences sur l'emploi à la suite de la M.P.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Le barème des IPP est ancien et ne correspond plus aux données médicales et socio-économiques actuelles. Il convient en particulier de mieux prendre en compte les lésions correspondant à une atteinte à l'intégrité corporelle, même si elles ne correspondent pas au sens strict à une incapacité fonctionnelle. C'est particulièrement important pour les plaques pleurales provoquées par l'amiante qui provoquent fréquemment l'attribution de taux d'IPP très faibles, voire nuls, alors même que la maladie professionnelle est reconnue. Dans cette situation, la reconnaissance de la maladie devient un marqueur d'exposition susceptible de favoriser la perte de l'emploi et de rendre plus difficile le recrutement par une autre entreprise.

**Enoncé de la proposition.**

Conduire des études dans les établissements dont les salariés ont manufacturé de l'amiante pour vérifier si les proportions de licenciements sont identiques dans le groupe avec maladie professionnelle avec un faible taux d'IPP et le groupe indemne de maladie professionnelle (recherche d'une différence statistiquement significative).

Tenir compte dans la révision du barème des l'I.P.P. des répercussions professionnelles (licenciement, déclassement, difficultés de retrouver un emploi ...).

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Ministère de l'emploi et de la solidarité – Direction de la sécurité sociale - CNAMTS.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc).**

Le coût.

**FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 13****Améliorer les conditions de la réparation pour les enfants de victimes d'une maladie professionnelle.**

**Définition du problème.**

Insuffisance de la réparation pour les enfants d'une victime décédée d'une M.P.

**Objectif de la proposition.**

Actualiser un règlement très ancien qui ne prend pas en compte l'évolution de la société, de la scolarisation, etc.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Actuellement, en cas de décès dû à un accident du travail ou une maladie professionnelle, les prestations pour les enfants sont prévues jusqu'à l'âge de 16 ans, limite reculée à 17, 18 ou 20 ans dans divers cas particuliers.

Cette « réparation » ressemble plus à une aumône pour les pauvres qu'à une compensation - même forfaitaire - pour le décès de l'ascendant.

**Enoncé de la proposition.**

Report de 16 à 18 ans de l'âge limite pour la rente orphelin, âge porté à 20 ans en cas d'apprentissage (avec cumul de la rente et des revenus de l'apprenti) et à 24 ans lorsque l'orphelin poursuit ses études ou est atteint d'infirmité.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Modification de l'article R 434-16 du Code de la Sécurité sociale - Ministère des Affaires Sociales.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc).**

Le coût.

**FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 14****Aligner sur le régime général les règles incohérentes actuellement appliquées aux fonctionnaires et aux professions rattachées à leur statut****Définition du problème.**

L'indemnisation des fonctionnaires d'Etat, des agents de collectivités locales et des agents hospitaliers est réglée par un dispositif absurde qui fait que l'on peut bénéficier de la reconnaissance d'une maladie professionnelle pendant son activité

et perdre les avantages liés à cette reconnaissance une fois retraité.

**Objectif de la proposition.**

Permettre une indemnisation cohérente pour les agents, les retraités et leurs ayants droit.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Lorsque l'imputabilité au service de la maladie a été admise au bénéfice de l'agent et assure le maintien de son traitement, cette imputabilité n'est pas pour autant acquise, en cas de décès, pour l'attribution d'une rente viagère d'invalidité. Il existe là une incohérence émanant des textes et occasionnant des situations choquantes.

Si la maladie se déclare alors que l'agent est à la retraite il ne peut percevoir ni une allocation temporaire d'invalidité ni une rente d'invalidité.

En cas de décès, son conjoint ne peut non plus percevoir une rente viagère d'invalidité.

**Enoncé de la proposition.**

Modifier complètement cette législation pour permettre l'indemnisation correcte des agents atteints de pathologies professionnelles et leurs ayants droit.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Ministère de la fonction publique.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc).**

Le plus surprenant est qu'une disposition aussi inique ait pu subsister aussi longtemps.

## **FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 15**

### **Améliorer les conditions d'indemnisation des maladies professionnelles des marins**

**Définition du problème.**

L'indemnisation des marins et de leurs ayants droit est assurée dans des conditions anormalement défavorables.

**Objectif de la proposition.**

Introduire le concept de maladie professionnelle selon les mêmes principes que ceux du régime général des salariés.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Pour qu'un marin puisse bénéficier d'une pension d'invalidité résultant d'un risque maritime, la maladie doit occasionner une réduction de capacité de travail de 2/3, ce qui exclut une grande partie des maladies dues à l'amiante.

Par ailleurs, leurs veuves ne peuvent cumuler leur pension de reversion invalidité et leur pension de reversion vieillesse. Elle doivent opter pour l'une ou l'autre.

D'autre part, le marin mis à la retraite anticipée ne peut ultérieurement obtenir la réparation d'une maladie professionnelle et ne bénéficiera pas des dispositions du décret du 21 octobre 1996.

**Enoncé de la proposition.**

Suppression du seuil de réduction de capacité de travail pour la reconnaissance d'une maladie résultant du risque maritime, possibilité de cumul pour les veuves, ouverture des droits aux marins partis en retraite anticipée.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organismes susceptibles de la mettre en oeuvre).**

Ministère de l'Équipement, des Transports et du Tourisme.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir, etc).**

Le coût

**FICHE MALADIES PROFESSIONNELLES : MP 17****Allonger le délai de contestation d'une décision de la sécurité sociale****Définition du problème**

Le délai de contestation de deux mois dans lequel on peut contester une décision de la sécurité sociale est court. La maladie, en particulier s'il s'agit d'une maladie grave, n'est pas une condition favorable pour réfléchir, recueillir des conseils et prendre la décision de contester.

**Objectif de la proposition**

Remettre en cause le délai de contestation de 2 mois, délai qui suit les décisions de la Sécurité sociale.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Les refus de maladie professionnelle d'ordre administratif ou médical sont dans la plupart des cas signifiés soit au malade, soit au conjoint survivant, très souvent déprimé, accablé et sans ressort. Nous voyons donc fréquemment des malades ou des ayants-droit ne prenant conscience de la possibilité réelle de contestation d'une décision souvent incomprise - et de toute façon difficilement compréhensible - que plusieurs mois plus tard.

Il faut remarquer que l'armée (service des pensions) laisse 6 mois pour contester ses décisions.

**Enoncé de la proposition**

Allonger ce délai de 2 à 6 mois.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en oeuvre)**

Ministère de l'emploi et de la solidarité.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Crainte d'un accroissement des contestations, il serait au demeurant la preuve que le délai actuel est court et ne permet pas à la totalité de ceux qui le souhaitent de procéder à un recours.

**FICHE ENVIRONNEMENT : E 8****Faciliter l'accès à des dépôts de déchets d'amiante et mettre à jour la réglementation concernant la stabilisation de certains de ces déchets****Définition du problème**

Un ensemble de textes complet et précis règle les procédures à respecter pour gérer les déchets contenant de l'amiante. Plusieurs problèmes ne sont pas résolus, celui de la stabilisation éventuelle des formes légères d'amiante, le contrôle de la forme de cet amiante avant l'admission dans les installations (les tests imposent l'ouverture des sacs pour effectuer les analyses) et la facilitation de l'accès à des sites adaptés qui est la meilleure garantie contre les mises en décharge non



contrôlées.

La collecte des petits objets contenant de l'amiante n'est pas organisée de façon satisfaisante, ils sont habituellement jetés par les particuliers avec les ordures ménagères sans précautions particulières. Souvent sans avoir été identifiés comme des objets contenant de l'amiante faute d'une information appropriée.

### **Objectif de la proposition**

Rendre plus « opérationnelles » les dispositions concernant les déchets contenant de l'amiante. Il s'agit en particulier de faciliter l'accès à des installations convenant aux différentes formes d'amiante et définies dans la réglementation.

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Les formes légères d'amiante sont considérées comme des déchets industriels spéciaux qui doivent être placés dans des installations de classe 1. D'après l'arrêté du 18 décembre 1992, ils devaient être stabilisés avant leur mise en décharge à compter du 31 mars 1998. La circulaire du 19 juillet 1996 précisait que "les conditions de stabilisation des déchets d'amiante feront l'objet d'évaluations et de précisions complémentaires par voie de circulaire d'ici au 31 mars 1998. La stabilisation est un traitement qui a ses propres inconvénients et peut comporter des risques de sécurité sanitaire. Il s'agit en pratique soit de recréer des usines d'amiante ciment en incorporant un liant aux déchets provenant du retrait de l'amiante des flocages et des calorifugeages, soit de faire subir à l'amiante un traitement thermique qui le transforme en un produit non fibrillaire et il existe actuellement un seul site assurant en France ce type de traitement dans le sud ouest de la France à Morcenx dans le département des Landes.

L'amiante est un produit très stable, et le risque pour la santé de l'amiante dans l'eau n'est pas documenté dans les régions où les nappes phréatiques contiennent naturellement des quantités d'amiante élevées. Ces constatations n'incitent pas à développer des méthodes de traitement comportant des risques. Le traitement thermique peut apparaître idéal, mais il a un coût élevé par rapport au stockage sans transformation sous les formes actuellement définies par la réglementation et il a l'inconvénient du coût « écologique » de toute consommation énergétique importante. Ces raisons incitent à conserver les méthodes mises en œuvre dans le cadre réglementaire actuel et à surseoir à la transformation obligatoire des formes légères de l'amiante retirées des constructions.

Les professionnels et les particuliers qui ont à utiliser des installations acceptant les différentes formes de déchets contenant de l'amiante sont confrontés au problème de l'éloignement des installations :

- pour les dépôts de classe 1 (formes légères d'amiante), les sites sont peu nombreux, 12 pour l'ensemble de la France. Au sud de la Loire il n'y a que le site de Bellegarde (Gard), ce qui représente des transports anormalement longs pour les professionnels de l'enlèvement de l'amiante, donc un surcoût pour les personnes ou les organismes qui doivent assurer le financement d'un enlèvement de l'amiante,
- pour les sites de classe 2 (déchets ménagers et assimilés) et de classe 3 (déchets inertes), les possibilités sont plus accessibles mais certaines zones du territoire demeurent éloignées d'une de ces installations.

### **Enoncé de la proposition**

Dans l'état actuel de nos connaissances, il me semble acceptable de surseoir à l'obligation de stabilisation des déchets d'amiante les plus légers. Les conditions de stockage dans les installations de classe 1 sont satisfaisantes compte tenu de l'insolubilité et de la stabilité du produit. Il convient d'assurer le contrôle des sacs contenant de l'amiante au niveau des chantiers d'enlèvement de l'amiante pour ne pas avoir à les rouvrir sur les lieux de stockage définitif.

Il est indispensable d'améliorer l'accessibilité aux trois types de sites acceptant les différentes formes de déchets contenant de l'amiante si l'on veut éviter les mises en décharge "sauvages", ou la constitution de stockages provisoires dans de mauvaises conditions de sécurité. Une distance minimale doit être définie pour l'accès à ces trois types d'installations et des installations nouvelles doivent être créées pour satisfaire les besoins.

Pour les petits volumes de produits contenant de l'amiante, la difficulté tient à la diversité des formes, il peut s'agir de formes légères (revêtement d'une table à repasser, panneau placé derrière un radiateur, gants de protection etc.) mais également de petites quantités d'amiante-ciment (fragments de tuyaux d'évacuation vers un égoût, panneaux de revêtement d'une toiture de faible surface) et c'est dans ces situations que les réglementations ne seront pas respectées. Il convient de faciliter une collecte adaptée pour les petits objets (information en mairie avec par exemple une mise en sac de plastique avec l'autocollant spécifique de l'identification de l'amiante et une collecte lors des collectes périodiques de gros objets organisées par la plupart des municipalités (ou peut-être une journée de collecte de l'amiante organisée au niveau national avec une information sur les produits susceptibles d'en contenir). Pour les volumes d'amiante ciment de quelques kilos à quelques centaines de kilos, il faut développer des prestations de service au niveau départemental, en accord avec des sociétés de service compétentes dans ce domaine. De telles prestations de service ont déjà été mises en œuvre, mais elles sont insuffisamment connues et ne sont pas étendues à

l'ensemble du territoire. Chaque département doit développer une planification de ces procédures et les vulgariser par une information appropriée.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Ministère de l'environnement et administrations locales.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Il s'agit plus d'une difficulté à organiser et à diffuser l'information que d'obstacles économiques. Le problème le plus complexe est celui de l'hétérogénéité de la répartition des installations de classe 1 sur le territoire national.

**FICHE « PROBLEMES PARTICULIERS » : A 1**

**Développer les études épidémiologiques des cancers en combinant plusieurs approches complémentaires (registres des cancers, déclaration obligatoire et exhaustive de certains cancers)**

**Définition du problème :** Le développement des bases de données médicales utiles pour assurer correctement la veille sanitaire, fonder les décisions de santé publique, participer au contrôle de qualité et aux développements des actions de prévention est insuffisant dans notre pays. Dans le cas des cancers provoqués par l'amiante nous avons connu au cours des trente dernières années une double défaillance. Le système de reconnaissance des maladies professionnelles a mal fonctionné, une faible fraction des mésothéliomes a donné lieu à une reconnaissance de l'origine professionnelle, contribuant à la sous estimation de la gravité du problème et à différer les mesures utiles. Quand elle était reconnue nous étions tenu depuis 1983 par une directive communautaire de tenir un "registre" de ces mésothéliomes (et des asbestoses), cela n'a pas été fait. Cette situation caractérise une absence d'intégration des sources de renseignements dans des actions coordonnées et complémentaires. En caricaturant à peine, les scientifiques recherchent la représentativité et l'explication, la sécurité sociale les économies, les médecins du travail font des visites d'aptitude, l'union européenne produit des directives.

**Objectif de la proposition :** mettre en relation des sources de renseignements complémentaires pour améliorer la connaissance des tumeurs primitives pulmonaires et pleurales par leur déclaration obligatoire et lier le développement

d'un registre national des mésothéliomes et des cancers broncho-pulmonaires à la reconnaissance des cas de ces tumeurs attribuables à l'amiante.

**Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action).**

Les registres de cancers se sont développés dans notre pays à la suite d'initiatives personnelles à un échelon le plus souvent départemental, ce qui explique l'irrégularité de leur implantation géographique. Les moyens alloués, d'origines diverses, étaient souvent très réduits, sans personnel spécialisé à temps plein, l'ensemble relevant plus du bénévolat, voire du bricolage, que de l'action structurée. Cette phase initiale a heureusement été suivie d'une organisation progressive avec la création en 1986 du Comité national des registres, modifié par l'arrêté du 6 novembre 1995. La loi de 1994 relative au traitement des données nominatives et ses textes d'application ont contribué à faciliter la recherche épidémiologique, en particulier dans le domaine des cancers. Le soutien matériel des registres dont la qualité a été reconnue par le Comité national des registres a été assuré en partie par la DGS et l'INSERM. Il se situe cependant à un niveau encore insuffisant.

Sous leur forme actuelle, et si on assure correctement leur financement, les registres du cancer permettent une surveillance de l'évolution des mésothéliomes. Une évaluation récente a été publiée en 1996. Elle indique une croissance de 25% en trois ans.

La source principale de renseignements alimentant les registres des cancers est une relation entre l'organisateur du registre, les cliniciens qui ont en charge le patient et surtout les anatomopathologistes qui caractérisent le type histologique du cancer, font un compte rendu signé, et, pratiquement toujours dans notre pays, le codent en utilisant un thésaurus développé par l'ADICAP (association pour le développement de l'informatique en anatomie pathologique). Cette source de données est actuellement sous exploitée dans les démarches de santé publique et elle peut être la source d'applications coordonnées dont l'objectif n'est pas celui des registres de cancers, mais l'amélioration de la qualité du système de diagnostic et de soins, ou du fonctionnement des systèmes de réparation.

Il faut accepter l'idée que tout développement d'une action coordonnée conduisant des spécialistes à sortir de leur monde étroit pour les associer à la prise en compte des problèmes des autres est un gain pour le patient et pour la qualité d'ensemble du système de soins. Si un codage de cancer broncho-pulmonaire ou pleural précise le type histologique en cause, et si des comparaisons des pratiques sont effectuées, les différences d'appréciations sur des faits aussi concrets que la

différenciation épidermoïde de ces cancers ou leur classement dans un groupe de cancers indifférenciés deviendront apparentes, pourront être l'objet de réunions de consensus, de définitions illustrées dans des bases d'images de référence, et contribueront à améliorer la qualité des données disponibles pour le clinicien. Si ce dernier associe à un renseignement codé sur l'histologie de la tumeur une évaluation du tabagisme et la profession du patient, il entre dans une démarche épidémiologique qui n'est pas destinée à prouver le rôle du tabac dans le cancer bronchique, documenté depuis des décennies, mais il contribue à produire un renseignement utilisable au niveau local (département, région) et l'on sait qu'un renseignement dont la source est proche du destinataire de l'information a un pouvoir particulier dans l'obtention de résultats dans le domaine de la prévention. Quand un registre de cancers se développe dans un département, ou un registre des maladies cardio-vasculaires, l'association des cliniciens à ces démarches de recherche améliore leurs compétences dans la gestion du problème personnel de chaque patient. Les exemples de ce type pourraient être multipliés, si un registre des cancers du colon veut documenter le nombre de ganglions lymphatiques examinés, il faut demander au pathologiste de transmettre des fichiers contenant cette information et cette seule demande aura pour effet d'améliorer la qualité de l'examen de ces ganglions. Il faut que les démarches systématiques qui sont la garantie de la qualité en médecine, comme dans d'autres pratiques, soient systématiquement développées et financées. La formation aux comportements rationnels, documentés et argumentés doit faire partie de la formation continue de tous les acteurs du système de soins et elle ne sera assurée que par la pratique. Nous avons à développer les sources de données complémentaires et à les contrôler les unes par les autres. Ces démarches « transversales » sont une prévention de l'isolement des spécialistes dans leur pratique, avec une difficulté croissante à l'intégration dans un système de soins.

### **Enoncé de la proposition**

Modifier la législation pour permettre d'étendre à toutes les pathologies la possibilité d'avoir recours par des voies réglementaires à la déclaration obligatoire. Coordonner l'application de cette mesure au développement des registres des cancers. L'appliquer à un nombre limité de cancers à titre d'essai en utilisant les données déjà disponibles sous une forme automatisée et en ajoutant des données destinées à répondre à des questions définies (un travail supplémentaire de ce type implique l'identification d'un objectif).

Pour le cancer broncho-pulmonaire et le mésothéliome une telle entreprise pourrait s'énoncer de la façon suivante :

Les objectifs sont :

- d'améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles liées à l'amiante en établissant un lien entre un fichier exhaustif de ces cancers respiratoires et les médecins et organismes capables d'identifier un facteur de risque professionnel,
- de contribuer au suivi des cas de mésothéliomes en comparant les résultats de ces fichiers exhaustifs et ceux des registres de ces cancers (en particulier dans le nouveau cadre défini par le « programme de surveillance nationale du mésothéliome »),
- de satisfaire à la directive européenne de 1983 qui fait obligation aux états membres de tenir un registre des mésothéliomes reconnus (dans le cadre d'une maladie professionnelle),
- d'améliorer la reproductibilité de la classification histologique des cancers bronchiques, ce qui est un objectif directement relié aux évaluations des résultats thérapeutiques qui mettent en œuvre des protocoles très diversifiés,
- de contribuer à la production de données locales concernant les cancers liés au tabac pour faciliter le développement de campagnes de prévention utilisant ces données.

La réalisation pratique :

- situer la fusion des données au niveau régional avec un coordonnateur mésothéliome et un coordonnateur cancer bronchique,
- développer cette action en coordination avec les structures associatives des pathologistes (dans le domaine de la codification, de la fusion des données et de l'évaluation de la qualité) et les services de pneumologie,
- associer les services médicaux de la sécurité sociale en leur faisant prendre en charge l'analyse du passé professionnel de ces patients. Ce type de mission correspond aux orientations souhaitées au niveau de la CNAMTS de développement d'outils de connaissance de santé publique dans les caisses. Elle permettrait d'assurer la recherche systématique d'une origine professionnelle et d'associer cette recherche sur l'exposition à un risque cancérigène aux résultats d'investigations biologiques systématiques (dénombrement des fibres d'amiante dans le tissu pulmonaire en cas d'intervention chirurgicale ou par prélèvement post-mortem,
- associer les services prescripteurs des examens histo-pathologiques en leur demandant de documenter le tabagisme des malades chez lesquels une tumeur pleurale ou broncho-pulmonaire a été reconnue.
- situer ces actions dans le cadre de la modification de la loi sur les fichiers médicaux intervenue en 1994 et permettant de développer dans des conditions définies des fichiers nominatifs déclarés à la CNIL.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Vote du Parlement dans le projet de loi concernant la sécurité sanitaire.  
Application de la décision à un niveau régional sous la direction de la DGS et avec

la coopération du RNSP.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

L'application peut être très rapide, les processus de base (codage et informatisation) étant déjà réalisés. Si l'on veut assurer le succès de l'opération, il faut prévoir une rémunération spécifique de l'acte de déclaration utilisable directement par le service producteur de l'information et facilitant le développement de son informatisation. A titre d'exemple, rémunérer 50 à 100 francs chaque déclaration représenterait pour les cancers broncho-pulmonaires primitifs et les lymphomes un montant total inférieur à 3 MF.

**FICHE "PROBLEMES PARTICULIERS" : A 2**

**Fixer définitivement et avec précision la conduite des opérations d'enlèvement de l'amiante à Jussieu**

**Particularités du problème**

Analyser la situation de Jussieu ne fait pas partie d'une étude générale des risques de sécurité sanitaire posés par l'amiante et des améliorations que l'on peut apporter au pilotage de la prévention et de la réparation. Cependant la valeur symbolique prise par Jussieu fait de cet ensemble de bâtiments un exemple pratique qui réunit toutes les difficultés du problème. Il était indispensable d'aborder le cas de Jussieu dans un tel rapport et d'éviter la solution de facilité consistant à affirmer que les règles générales s'appliquaient à Jussieu comme ailleurs, (ce qui ne doit pas non plus être oublié). Le ministre de l'éducation nationale m'ayant exprimé son accord pour que l'expertise dont j'étais chargé traite le problème de Jussieu (une expertise est une consultation, elle ne modifie pas les responsabilités et les pouvoirs décisionnels d'un ministre, ni d'un gouvernement), j'ai inclus ce problème dans mon champ d'investigation. Une difficulté supplémentaire est liée à l'évolutivité de ce dossier, il n'est pas à la fin avril 1998 dans la situation où il était au début de ma mission fin décembre 1997. Cette fiche de proposition a été progressivement modifiée et j'ai supprimé progressivement des propositions qui n'ont plus leur raison d'être. Ceux qui ont eu connaissance de versions intermédiaires ne doivent pas s'en étonner, cette fiche est l'expression de mon avis le 30 avril 1998.

**Définition du problème**

Le campus universitaire de Jussieu n'assure pas le niveau de sécurité auquel peuvent prétendre ses occupants. Cette situation n'est pas uniquement liée à la présence d'amiante dans ces bâtiments, mais à un ensemble de problèmes qui

exigent des solutions rationnelles et planifiées, définies par l'ensemble des acteurs concernés. Ces derniers ne se limitent pas aux responsables administratifs des locaux et à leur tutelle, les responsables de la santé publique sont également impliqués dans un tel dossier et il convient qu'un accord soit établi en donnant à chacun sa place dans un tel règlement.

Ce campus est composé d'un ensemble de bâtiments dont une partie (le "gril" et la tour) possède une charpente métallique revêtue d'un flochage à l'amiante. Il s'agit du plus vaste ensemble de surfaces ainsi traitées en France et la gestion de cette situation n'a pas été à la hauteur des enjeux. Il s'agit à la fois d'un problème de santé publique qui doit être abordé rationnellement et d'un dossier dont la gestion doit être exemplaire car c'est l'Etat qui est le propriétaire du bâtiment et il serait illusoire d'espérer un traitement satisfaisant du problème posé par l'amiante dans les bâtiments si les pouvoirs publics continuaient d'adopter des politiques improvisées qui ne sont jamais conduites à leur terme dans leur propre domaine immobilier. Les effets d'annonce destinés à satisfaire des objectifs de communication sont inadaptés au traitement d'un dossier aussi complexe.

Après l'annonce en juillet 1996 par le Président de la République d'une évacuation des étudiants de Jussieu avant la fin de l'année, puis le plan de désamiantage sur trois ans, plus crédible en apparence mais qui manquait d'une programmation solide et consensuelle, le moment est venu de traiter ce dossier avec rigueur en sachant que sa durée de vie dépasse celle d'un gouvernement. Les remises en question permanentes du dossier ne constituent pas une méthode crédible de gestion. S'il est vrai que l'acceptation des "coups partis" peut couvrir des erreurs qu'il convenait de corriger, l'attitude opposée témoigne souvent d'une inaptitude du système décisionnel à instruire correctement une décision et à s'y tenir. Les décisions techniques personnalisées à l'excès sont nécessairement remises en question par d'autres personnes. Il faut savoir échapper à cette déviance et accepter que l'ensemble des parties prenantes instruisse un dossier, que les décideurs fassent les choix, et que les décisions prises soient appliquées. Pour être plus précis, il faut savoir programmer non seulement les travaux, mais d'abord l'échéancier de la prise de décision. Il ne peut y avoir d'acceptation large d'un programme de réhabilitation de Jussieu sans une programmation détaillée des opérations prévues.

Si des décisions traitant la totalité du problème ne sont pas prises, la situation va se dégrader dans plusieurs domaines, celui des relations entre les décideurs et les occupants des lieux, mais également celui de la qualité du recrutement des universités qui occupent le site. Ce dernier apparaîtra comme un lieu de conflit et d'inaptitude à la gestion qui exercera une action dissuasive sur le recrutement des étudiants, des enseignants et des chercheurs (de qualité !), l'imprécision sur les dates de déménagement des laboratoires accroissant l'effet de dissuasion.

Le dossier de Jussieu est un parmi d'autres, même si l'importance des surfaces concernées est exceptionnelle. Il convient d'utiliser pour son traitement les mêmes principes et les mêmes règles que pour les autres bâtiments ou groupes de



bâtiments contenant de l'amiante et d'intégrer les exigences relatives à l'amiante à un ensemble d'exigences concernant la sécurité, en particulier dans le domaine de l'incendie.

### **Objectif de la proposition**

Etablir un ensemble de constats objectifs concernant la situation du campus de Jussieu et proposer aux parties concernées qui accepteraient ces bases une programmation de la mise en œuvre des décisions qui en découleraient. Bien entendu cette démarche n'est pas celle d'une personne qui subitement apparaîtrait comme capable de réunir sur un projet crédible un ensemble de partenaires ayant des idées différentes sur les meilleures solutions. Quand un dossier aussi complexe a été l'objet d'autant de décisions qui n'ont pas été suivies d'un début de mise en œuvre, ou qui l'ont été partiellement, un moment vient où tous les partenaires souhaitent une solution crédible, au prix de compromis acceptables. Il y a eu une réflexion longue sur le problème de Jussieu, un établissement public a été créé pour coordonner la mise en œuvre des décisions concernant la gestion du problème de sécurité de ce campus. Des décisions ont été annoncées, par le ministre de l'Education nationale devant le Parlement, par le président de l'établissement public du campus de Jussieu. Il convient maintenant d'achever de formaliser la procédure et les grandes options adoptées dans des conditions qui rétablissent la crédibilité des décideurs et des gestionnaires.

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Les décisions concernant Jussieu intègrent plusieurs objectifs. L'erreur serait de vouloir subordonner le problème de santé publique à d'autres priorités. Il faut évidemment rechercher les complémentarités entre des exigences différentes par nature, mais il faut éviter que les exigences de restructuration contribuent à retarder le rétablissement de la sécurité.

### **Aspects généraux :**

- L'expérience des procédures de désamiantage associées à une réhabilitation montre que le coût global de l'opération est proche, mais cependant légèrement inférieur, de celui d'une construction neuve. Dans l'évaluation d'un coût global il faut se garder d'oublier que la reconstruction implique le désamiantage avant la démolition, il faut en outre assurer le relogement des occupants pendant l'ensemble de la phase de travaux qui ne peuvent bénéficier d'une fragmentation aussi souple que lors d'une réhabilitation. Ce constat incite à penser que le coût est un facteur secondaire dans le choix entre destruction suivie de reconstruction et réhabilitation, c'est la minoration de la gêne apportée aux occupants qui doit être le critère décisionnel à privilégier quand l'opération concerne un bâtiment d'enseignement et de recherche contenant des

équipements lourds. La valeur fonctionnelle de l'outil est un facteur important dans la prise de décision.

- Quand un bâtiment contient de l'amiante, un double problème de sécurité est posé, celui de l'exposition des occupants du bâtiment qui dépend de la nature de l'amiante en place et de son état, celui des personnes impliquées dans la maintenance du bâtiment qui est lié au respect des mesures de protection à adopter lors des travaux qu'ils doivent effectuer.

### ***Aspects particuliers :***

Deux problèmes sont intimement liés à Jussieu, celui de la sécurité et celui de la restructuration des établissements, incluant éventuellement le déplacement d'un de ces établissements (Paris 7) hors du site de Jussieu. L'intrication de ces deux problèmes est une source de difficultés relationnelles entre les partenaires, certains craignant que l'interaction entre les deux groupes de facteurs décisionnels ne soit dévoyée de son usage « honnête », les solutions à l'un de ces deux problèmes devenant les instruments de la réalisation de l'autre. Il convient donc d'identifier avec précision tous les facteurs décisionnels et de décrire les avantages et les inconvénients de leurs solutions spécifiques, avant de regrouper ces facteurs pour faciliter un arbitrage qui ne peut être que global. Chaque groupe de facteurs doit occuper sa place et être envisagé sans arrière-pensées et sans procès d'intention. Ces facteurs doivent contribuer à renforcer la qualité de la décision finale et non entrer en concurrence.

### ***Aspects de santé publique :***

Nous les avons partiellement envisagés dans l'exposé du problème, les plus importants sont :

- l'amélioration de la situation par la réalisation de mesures d'urgence qui ont limité la pollution environnementale. Les taux de fibres d'amiante auxquels sont exposés les étudiants et les chercheurs sont en dessous de 5 fibres par litre. Cette situation ne modifie pas l'état de l'amiante qui impose aux yeux des experts un enlèvement rapide et complet.
- Le risque pour les personnels de maintenance de Jussieu et les personnels d'entreprises extérieures devant intervenir sur des zones à risque de l'établissement. Toutes les connaissances épidémiologiques actuelles nous prouvent qu'il s'agit du risque majeur lié à la présence d'amiante dans un bâtiment. Quand des zones protégées provisoirement sont l'objet de travaux de maintenance ou de réparations, il est impératif de respecter des mesures de protection très strictes et l'expérience a prouvé que c'était difficile pendant de longues périodes du fait de leur caractère contraignant. Cette situation est un argument majeur pour enlever rapidement l'amiante de Jussieu.
- Le problème de la sécurité ne se limite pas à celui de l'amiante, le gril est un bâtiment construit avec les exigences réglementaires de l'époque. Son occupation a évolué dans des conditions qui n'étaient pas prévues lors de la

conception du bâtiment. Les exigences de protection contre l'incendie se sont accrues pendant les trente dernières années et les flocages utilisant de l'amiante avec des épaisseurs souvent faibles (quand ils n'ont pas été enlevés localement !) ne les satisfont pas. Ils sont instables et se dégradent, n'assurant plus une protection suffisante. Dans certaines circonstances défavorables, la tenue au feu ne dépasserait pas 15 minutes avant l'effondrement de la structure. Conjugés aux insuffisances des installations électriques, aux lacunes dans le domaine de l'évacuation par les occupants de surfaces qui n'étaient pas prévues pour des effectifs aussi importants (escaliers étroits en spirale à la jonction des barres, faisant cheminée en cas d'incendie), c'est un ensemble de facteurs de risque qui sont associés et rendent obligatoire une révision globale de la sécurité du gril. La tour présente sur le campus n'est pas plus sûre, l'absence de dispositif de désenfumage la rendrait particulièrement dangereuse pour ses occupants en cas d'incendie.

- Un ensemble bâti associant intimement les activités de recherche et d'enseignement est nécessairement évolutif. Jussieu a été sous entretenu et a peu évolué depuis sa création. Passer des câbles informatiques, créer des gaines d'évacuation de hottes répondant aux exigences actuelles, sont des adaptations qui exigent des travaux lourds dans des zones actuellement condamnées par la présence d'amiante et les faibles volumes disponibles autour des éléments de structure floqués. ***Le risque majeur lié à la présence d'amiante à Jussieu est pour les ouvriers qui interviennent sur les zones de confinement de l'amiante.*** Sans intervention sur ces zones l'outil de recherche constitué par ces bâtiments est condamné à court terme. Pour assurer la sécurité des personnels de maintenance, des conditions très strictes et très contraignantes ont été édictées pour tous les travaux sur les zones dangereuses. Elles sont acceptables pour maintenir la structure en état de fonctionnement pendant une période limitée, mais elles sont incompatibles avec sa mise à niveau fonctionnelle et dans le domaine de la sécurité.

#### ***Les exigences de la restructuration :***

- La nécessaire « restructuration » des établissements du site de Jussieu n'est pas un handicap pour sa réhabilitation mais à l'opposé une chance, constituant une raison supplémentaire d'agir. Le nombre d'étudiants sur le campus a atteint un niveau qui devient incompatible avec de bonnes conditions d'enseignement. Les deux plus grands établissements du campus de Jussieu ont un nombre sensiblement équivalent d'étudiants alors que la répartition des surfaces est proche de un tiers et de deux tiers. Il y a en outre une volonté exprimée par Paris 7 de quitter le site de Jussieu pour disposer de surfaces plus importantes. Profiter de la nécessité de réhabiliter Jussieu pour réaliser une restructuration incluant le départ du site de Paris 7 semble donc une opération raisonnable. Elle a l'avantage de permettre le développement de surfaces extérieures à Jussieu, utilisables pendant la période de rénovation et qui seront finalement

dévolues à Paris 7. Ces nouvelles surfaces seraient de toutes façons indispensables, car le désamiantage et la réhabilitation vont s'accompagner d'une réduction des surfaces utiles si l'on veut respecter les règles de sécurité et redonner aux usagers de bonnes conditions de travail. Si l'encombrement des couloirs de Jussieu devient un défi aux règles de sécurité, c'est que les espaces de rangement ont été progressivement détournés de leur usage initial. La colonisation du socle des barres pour des usages « nobles », en particulier d'enseignement, s'est faite aux dépens de fonctionnalités indispensables à une grande structure de recherche, en particulier de rangement et de facilitation de la maintenance.

***Aspects relationnels : la crédibilité de l'entreprise de désamiantage et de réhabilitation de Jussieu.***

Quand un tel niveau de scepticisme est atteint vis-à-vis de l'aptitude des décideurs à traiter rationnellement et complètement les problèmes de Jussieu, il convient d'être particulièrement attentifs à la procédure qui va être suivie pour reprendre ce dossier. Dire que la transparence doit être complète est probablement un terme impropre. Le dossier était jusqu'alors trop « transparent » pour ne pas laisser apparaître sa légèreté. Il doit devenir totalement « visible » par tous les partenaires. Cette visibilité ne signifie pas que la recherche d'un accord complet est une nécessité. Il faut savoir trancher et choisir dans des situations aussi complexes, dégradées par la procrastination et les effets d'annonce. Cela doit être fait avec des arguments sérieux et des dossiers accessibles, chaque pôle de décision jouant son rôle. La chronologie sera importante dans la recherche d'une bonne solution aux problèmes de Jussieu. L'instruction des différents problèmes peut être considérée comme achevée, il faut maintenant définir un calendrier et les procédures d'exécution. Les outils sont disponibles, un établissement public ayant été créé pour conduire la rénovation de Jussieu. Il faut assurer sa coordination avec les responsables de la restructuration des universités occupant le site et définir les échéances pour chaque partenaire. L'établissement public ne va pas prendre parti sur les surfaces à allouer à chaque laboratoire ou service dans les bâtiments disponibles, c'est le rôle des structures décisionnelles de ces établissements, de leur conseil scientifique et de leur tutelle. Il est cependant indispensable qu'à un moment donné l'établissement public dispose des résultats des décisions prises pour coordonner les transferts et les travaux. L'importance des facteurs psychologiques de la réussite (une procédure visible, une planification sérieuse, des délais respectés) justifie que l'on porte une attention particulière à la chronologie des opérations. Il faudra en particulier prévoir dès le début des travaux les compensations qui seront accordées quand un laboratoire verra ses activités perturbées par un déménagement. Une thèse, un plan quadriennal de recherche devront bénéficier de délais supplémentaires. C'est la prise en compte de tels détails qui évitera des réactions de rejet partiellement justifiées si l'administration refusait d'incorporer ces contraintes dans ses routines de fonctionnement.

## **Enoncé de la proposition**

Définir les objectifs et la chronologie des travaux à effectuer sur le campus de Jussieu et faire accepter ce programme à l'ensemble des partenaires qui reconnaîtraient explicitement leur accord sur l'ensemble du dossier (nature des travaux et chronologie)

### ***Les objectifs :***

Assurer l'enlèvement de l'amiante en place à Jussieu dans le cadre d'une opération de réhabilitation qui donne à ce site de recherche universitaire une meilleure adaptation à ses fonctions d'enseignement et de recherche, tout en assurant un niveau de sécurité dans tous les domaines en accord avec les réglementations actuelles.

### ***La chronologie pour la réalisation des travaux :***

La définition de cette chronologie doit s'accorder avec deux contraintes, l'une concerne la conduite du chantier, l'autre l'influence de cette chronologie sur le fonctionnement de l'université pendant la période des travaux.

- **La géographie très particulière du gril va conférer un caractère répétitif aux travaux. Cette situation milite en faveur d'une réalisation des travaux par tranches, pour que des entreprises spécialisées puissent acquérir et améliorer leur expérience et que le contrôle de qualité du chantier soit facilité. Bien qu'un premier chantier expérimental ait été réalisé et que la suite des travaux prévus concerne une barre entière, ce serait prendre des risques importants que de lancer ensuite un chantier global traitant l'ensemble du gril.**
- **Si une conduite du chantier par tranches est décidée, la topographie du site impose un minimum de 4 barres par étape, une étape n'implique pas que l'on progresse à l'identique sur l'ensemble des barres, il est possible d'avoir un déplacement des activités successives (nettoisement, déménagement, désamiantage, réhabilitation) d'une barre à l'autre pour permettre un usage rationnel des équipes spécialisées. Traiter 8 barres simultanément est également possible. La durée totale des travaux pour un groupe de barres peut être évaluée au minimum à 8 mois, il est peut être plus favorable à la qualité des travaux et à celle des usagers de coupler la réhabilitation d'un ensemble de barres avec l'année universitaire.**
- Le début des travaux par une barre, puis un groupe de trois barres, actuellement programmé, impose de disposer de surfaces relativement faibles pour le relogement des occupants des barres mises en chantier. Cette phase initiale peut être assurée par l'usage des locaux du CEA, du nouveau bâtiment d'enseignement construit sur le site et par des locations. Le développement

ultérieur du chantier de rénovation exige l'obtention relativement rapide de surfaces nettement plus importantes, en particulier si des groupes de 8 barres sont simultanément en rénovation. Les délais nécessaires pour des constructions sur Tolbiac seront alors trop longs pour assurer les surfaces nécessaires. Il est indispensable de disposer rapidement des surfaces accessibles à Tolbiac à la suite de la réhabilitation de bâtiments existants (halle aux farines). Ces projets ayant été développés à un niveau de détail suffisant pour être crédibles, le problème n'est pas de poursuivre les investigations mais de décider de les mettre en oeuvre. Une ébauche de programme a été publiée ce mois d'avril 98 par l'Etablissement public du campus du Jussieu (Flash info). Il comporte des indications importantes, ne serait-ce que la reconnaissance de la nécessité de traiter globalement la sécurité à Jussieu et de réaliser le désamiantage. Il laisse apparaître les aspects vulnérables d'un programme encore très incomplet. Ce texte très bien fait détaille le début des travaux en se limitant au premier groupe de quatre barres avec une fin prévue au cours de l'été 2000. Il y a trente six barres au niveau du gril et 36 moins 4 font 32. L'objectif de 8 barres par an indiqué par le document est donc compatible avec une durée globale des travaux de cinq années (sans oublier la tour centrale qui n'est pas un mince problème à régler). Il faudrait alors préciser que la tranche 3 de 8 barres sera entreprise au cours de l'été 1999 et détailler les barres concernées (nécessairement le parallélépipède dont les angles sont constitués par 44-46-56-54). Il faut avoir alors les solutions pour les occupants et les annoncer. C'est cette tâche qui doit être accomplie au cours des mois à venir. Si un nouveau délai apparaissait au cours de l'année qui nous sépare des travaux qui suivront le premier groupe de quatre barres, le projet et ses auteurs perdraient toute crédibilité.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en oeuvre)**

Les structures existent, le problème est actuellement au niveau de la définition du programme et dans l'allocation des moyens permettant son financement.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

L'expérience des échecs précédents permet de documenter toutes les causes possibles d'un nouvel échec. La volonté politique d'agir et la continuité dans l'action des organismes gestionnaires, la qualité de la coordination entre l'établissement public et les universités concernées seront déterminantes. La difficulté sera de faire jouer à chacun son rôle et rien que son rôle. Si les ministères et les cabinets veulent tout régler, si l'établissement public n'a pas les moyens de ses actions, si les universités ne peuvent bénéficier de l'opportunité de ces travaux pour accomplir les restructurations dont elles ont besoin, la réussite ne sera que partielle,

elle peut se transformer en échec. C'est pour assurer l'équilibre entre les parties qu'il faut un "conseil pour la conduite de la réhabilitation de Jussieu". Il ne s'agit pas de créer un décideur de plus mais à l'opposé de faciliter l'entente entre les parties en ayant une autorité morale qui ne déciderait rien mais serait capable de mettre chacun en face de ses responsabilités en temps utile.

Il convient d'accorder une attention particulière :

- Au maintien d'une surveillance étroite des conditions de maintenance des dispositifs de protection mis en œuvre de façon provisoire (mesures régulières des empoussièrtements, publication de ces résultats).
- Au maintien d'un encadrement très strict des conditions d'intervention sur les zones comportant de l'amiante, la perspective d'un désamiantage complet ne doit pas faire relâcher la vigilance. A la surveillance "géographique" de l'empoussièrtement (capteurs à poste fixe), il serait souhaitable d'ajouter des contrôles vérifiant la protection des personnels de maintenance (capteurs individuels comme ceux utilisés dans les mines d'amiante ou les industries manufacturant l'amiante). Il me semble impératif que pendant cette période difficile il y ait un regroupement de l'encadrement et une uniformisation des procédures d'intervention des personnels de maintenance sur l'ensemble du campus.

D'autre part, même si le caractère différé des lésions provoquées par l'amiante ne permet pas d'utiliser le groupe des personnes travaillant à Jussieu comme un indicateur de la présence ou de l'absence de risque sur ce campus, il est indispensable de redévelopper l'étude épidémiologique déjà entreprise pour améliorer nos connaissances sur le risque lié à l'amiante.

## **Conclusions**

Le problème de sécurité sanitaire posé par le campus de Jussieu est au début d'un nouvel épisode de son traitement. Pour la crédibilité gouvernementale il est indispensable que ce soit le dernier.

Les fondements des décisions annoncées sont simples :

- Si les mesures d'urgence peuvent assurer provisoirement la sécurité des occupants de Jussieu, elles ne peuvent constituer une solution à long terme et elles ne résolvent pas le problème des personnels de maintenance qui sont les plus exposés au risque amiante, en particulier quand ils agissent dans le cadre d'entreprises extérieures, avec une insuffisance de formation et de protection par des mesures adaptées et maintenues sans défaillance.
- Au risque lié à l'amiante s'ajoutent des risques majeurs dans le domaine de la sécurité contre l'incendie. Jussieu illustre le paradoxe de bâtiments floqués pour assurer une meilleure résistance au feu et qui présentent des défaillances majeures dans ce domaine, associées à des insuffisances sur les possibilités d'évacuation, induites par l'augmentation du nombre d'occupants des locaux.

- Les contraintes liées à la présence d'amiante bloquent toute possibilité d'évolution des locaux de recherche et réduisent leur adaptation aux fonctions qu'ils doivent assurer. Laisser Jussieu en l'état en confinant l'amiante serait une condamnation de l'outil de travail constitué par l'établissement.

Les décisions ont été annoncées, Jussieu sera désamianté et réhabilité avec une mise aux normes actuelles de protection vis-à-vis de l'incendie. Le problème majeur qui doit être résolu avant la fixation des cadres budgétaires pour l'année 1999 est celui du calendrier détaillé des opérations. Les annonces faites en avril 1998 dans le bulletin de l'établissement public sont à la fois rassurantes et imprécises. La phrase clé est l'annonce suivante : "***l'objectif est d'atteindre par la suite un rythme de traitement de 8 barres par an. La durée globale des travaux est estimée à cinq ans***". Pour atteindre cet objectif, il faut que les huit barres suivant les tranches 1 et 2 (qui ne concernent qu'un ensemble de quatre barres) soient engagées en 1998 et que le financement de cette troisième tranche soit assuré dans le budget de 1999. Si la présentation du nouveau plan de désamiantage et de réhabilitation du Jussieu n'est pas suivie d'un passage à l'acte cohérent, associant la définition détaillée de la suite du programme et son financement, il faudra affirmer que les exigences de la sécurité sanitaire ont été une nouvelle fois placées au second plan par rapport à d'autres préoccupations. Il est possible d'accepter l'allongement des délais prévus par le plan précédent de trois à cinq ans dans une appréciation fondée sur la sécurité. Le gouvernement perdrait toute crédibilité sur ce dossier si les décisions des mois à venir prouvent que ce nouveau délai ne sera pas respecté.

Un chantier aussi important doit être exemplaire. Il convient non seulement de respecter les règles strictes qui ont été fixées pour l'ensemble des chantiers d'enlèvement de l'amiante, mais d'utiliser Jussieu pour développer une pédagogie de la conduite sans risque d'une telle entreprise. Il faut organiser la « visibilité » de ce chantier par la production régulière d'une documentation sur son évolution. Il faut faire réaliser par des laboratoires spécialisés des études de l'empoussièrement sur le campus et autour du chantier, avant et pendant toute la durée de la réhabilitation, pour montrer qu'un désamiantage correctement conduit n'augmente pas le taux de fibre d'amiante dans l'environnement.

### **FICHE "PROBLEMES PARTICULIERS" : A 3**

**Que pouvons nous faire pour éviter d'exposer les utilisateurs des fibres de remplacement de l'amiante à un risque de cancer ?**



### **Définition du problème**

Les risques pour la santé induits par les fibres d'amiante ont provoqué progressivement leur remplacement par d'autres produits qui ont fréquemment une structure fibrillaire. Cette évolution a été accentuée par l'interdiction de tout usage de l'amiante depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Ces fibres sont probablement capables d'induire des risques pour la santé.

### **Objectif de la proposition**

Ne pas prendre avec les multiples substances fibrillaires qui sont produites industriellement les risques que nous n'avons pas su maîtriser dans l'emploi de l'amiante. Définir une politique de santé publique face au développement de ces fibres.

### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

La situation est caractérisée par l'absence de certitude, et ceci pour plusieurs raisons :

- les produits sont très divers, alors que le débat scientifique sur l'amiante se limitait en pratique aux différences de risques entre le chrysotile et les amphiboles,
- leur usage est plus récent et la pathologie tumorale induite par les substances fibrillaires est différée (en moyenne de 30 ans pour les mésothéliomes provoqués par l'amiante),
- l'industrie a su tenir compte des leçons de l'amiante et mettre en œuvre des méthodes de production ou d'usage des produits de base avec des expositions à des concentrations de fibres plus réduites que dans le cas de l'amiante,
- les modèles expérimentaux sont difficilement transposables à l'homme, les doses, les voies d'administration, les durées d'observation sont très différentes,

Actuellement, la classification adoptée le 5.12.97 par l'Union Européenne classe les fibres céramiques en catégorie 2 (risque avéré sur l'animal, probable pour l'homme) et les laines minérales en catégorie 3 (effets irréversibles possibles mais pas de preuve suffisantes), alors que toutes les fibres d'amiante sont classées en catégorie 1 (cancérogénicité avérée sur l'homme).

Quand on ne dispose pas de bases épidémiologiques solides, mais d'un ensemble de soupçons dont il est difficile de préciser en termes quantitatifs l'impact à venir sur la santé, il faut savoir analyser les bases possibles d'un compromis acceptable entre les thèses de l'industrie et celles des défenseurs de la santé publique.

Dans l'attente d'un approfondissement des connaissances scientifiques dans un domaine en évolution rapide, les éléments de décision qui me paraissent les plus pertinents sont les suivants :

- dans de nombreux domaines, les substances fibrillaires ne sont pas indispensables, il est alors préférable d'éviter leur usage, voire de l'interdire quand les caractéristiques des fibres et l'expérimentation animale font redouter un pouvoir carcinogène chez l'homme,
- les problèmes de santé posés dans l'avenir par les fibres seront rarement dans le domaine de la fibrose comme c'était le cas pour la silice et l'amiante, il faut les redouter dans le domaine de la cancérisation broncho-pulmonaire et pleurale ou dans celui des pathologies bronchiques inflammatoires, en particulier en association avec les effets du tabac,
- le facteur dimensionnel risque d'être pendant de nombreuses années le seul critère objectif sur lequel on pourra se fonder pour écarter avec certitude un risque pour la santé, les fibres dépassant un certain diamètre ne vont pas dans les alvéoles pulmonaires, les canaux alvéolaires et les bronchioles respiratoires. Malgré les inconvénients cutanés des fibres de gros diamètre, il faut privilégier leur usage.

### **Enoncé de la proposition**

Dans un premier temps, documenter avec les industriels et le CSTB les dimensions des fibres commercialisées. Indiquer la dimension moyenne des fibres n'est pas suffisant, il convient de définir la méthodologie permettant d'obtenir une distribution reproductible des dimensions des fibres. Une telle entreprise peut être conduite d'ici la fin de l'année 1998 et quand elle sera disponible, toute entreprise livrant une substance fibrillaire devra documenter les caractéristiques dimensionnelles de son produit. Si une entreprise utilisatrice modifie les caractéristiques physiques des éléments fibrillaires qui lui ont été livrés par l'industriel producteur (broyage) elle doit documenter ces modifications structurelles en utilisant la méthode normalisée envisagée ci-dessus. Les résultats doivent être soumis au CHSCT.

Dans un second temps il conviendra, dans un cadre européen, de fixer des exigences dimensionnelles pour l'usage des structures fibrillaires produites industriellement.

### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

DGS en collaboration avec le ministère de l'industrie.

### **Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Conflit avec l'industrie si la mesure n'est pas préparée avec rigueur et sans

précipitation.

## **FICHE "PROBLEMES PARTICULIERS" : A 5**

### **Recherche de la présence d'amiante à bord des navires pour pouvoir assurer une prévention identique à celle développée dans les immeubles**

#### **Définition du problème**

Le développement de la pathologie professionnelle provoquée par l'amiante dans les chantiers navals prouve l'importance de la mise en œuvre de ce minéral à bord des navires. Il convient d'organiser la prévention du risque lié à l'amiante chez les personnels navigants ou toute personne conduite à intervenir sur un bâtiment contenant de l'amiante. Des textes réglementaires sont en préparation mais ils ne sont toujours pas publiés.

#### **Objectif de la proposition**

Organiser la recherche d'amiante à bord de tous les navires nationaux et définir un plan de gestion de l'amiante à bord de ceux qui contiennent de l'amiante pour assurer la prévention des risques liés à ce produit aussi bien chez les navigants que chez les personnels qui interviennent sur ces bâtiments pour des opérations de maintenance.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Les besoins de calorifugeage sont importants à bord des navires. Ils ont été assurés pendant de nombreuses années par de l'amiante. Cette situation est prouvée par l'importance de la pathologie tumorale liée à l'amiante chez les ouvriers des chantiers navals. La situation pratique à bord d'un navire est la même que pour les habitations ou les bâtiments industriels contenant de l'amiante. Il faut savoir où se trouve le produit, quel est son accessibilité, son état de conservation et éventuellement mesurer des niveaux d'empoussièrement si un doute existe sur la libération de fibres dans l'environnement. Même si le taux est faible, il faut documenter cette présence d'amiante dans un document normalisé qui permettra d'assurer une information spécifique des personnels qui interviennent sur les zones contenant de l'amiante, que ces personnels soient les utilisateurs habituels du navire ou des personnels effectuant des opérations de maintenance.

#### **Enoncé de la proposition**

Produire un décret spécifique pour la recherche d'amiante à bord des navires français. Il aurait pu prendre la forme d'une modification au décret 96-97 du 7 février 1996 mais il aurait été nécessaire de procéder à plusieurs remaniements

dans des articles différents. La solution plus simple qui a été retenue, consistant à créer un texte spécifique pour les navires, est mieux adaptée. Ce texte doit définir dans une annexe le cahier des charges de la recherche systématique de l'amiante sous ses différentes formes et le document de gestion destiné à assurer l'information obligatoire de tout intervenant à bord d'un navire contenant de l'amiante. Cette procédure doit concerner tous les types de bâtiments, y compris ceux pratiquant exclusivement la navigation sur les voies d'eau intérieures, à l'exclusion des voiliers non motorisés. L'amiante peut être présent dans des bâtiments à moteur de faible tonnage, en particulier en calorifugeage autour des moteurs et des circuits de refroidissement.

Cette mesure doit également concerner la marine de guerre.

**Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

Ministère ayant en charge la santé et la navigation - Ministère de la Défense

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Absence de difficultés techniques. Le seul obstacle est le coût (limité) d'une telle reconnaissance de la présence d'amiante.

## **FICHE "PROBLEMES PARTICULIERS" : A 6**

### **Prendre en compte le risque vital couru par les travailleurs de l'industrie de l'amiante et leur permettre d'interrompre avant 60 ans leur activité professionnelle**

#### **Définition du problème**

L'incidence des mésothéliomes et des cancers broncho-pulmonaires est plus élevée chez les salariés qui ont été exposés à des taux élevés de fibres d'amiante. Ils peuvent également être atteints par des maladies fibrosantes des poumons (asbestose). La réduction de leur espérance de vie par ces affections est un fait documenté qui doit intervenir dans le déroulement de leur carrière. Des propositions de loi ont été déposées pour tenir compte de cette situation et donner des avantages spécifiques aux travailleurs exposés à ces risques accrus de maladies graves. Ils n'ont pas été mis à l'ordre du jour du Parlement. La situation actuelle est profondément injuste et il convient d'adopter rapidement des mesures à la fois raisonnables, équitables et fondées sur des faits documentés.

#### **Objectif de la proposition**

Permettre aux salariés qui ont été exposés à de fortes concentrations d'amiante pendant des périodes continues de bénéficier de conditions particulières d'interruption de leur activité professionnelle.

#### **Argumentaire (état de la question, données disponibles pour fonder une action)**

Deux types d'arguments interviennent dans une telle recommandation. La nature du risque encouru et l'existence de mesures de même nature pour d'autres salariés.

1/ Les salariés qui ont été exposés à de fortes concentrations d'amiante, en particulier avant le décret de 1997 qui a fixé pour la première fois des limites quantitatives à l'empoussièrément sur les lieux de travail, ont un risque accru de développer des affections cancéreuses pulmonaires et pleurales. Ces faits sont documentés quantitativement et personne ne met en doute cet accroissement de l'espérance de vie. Nous avons placé sur le site internet « amiante » du ministère de la santé une documentation de la surmortalité de ces travailleurs (évaluation > résultats > sociétés). Dans un tel contexte, il serait juste que les travailleurs de l'amiante puissent interrompre leur activité avant 60 ans. Il serait anormal qu'un risque vital dont nous savons qu'il a réduit l'espérance de vie de nombreux travailleurs soit compensé par la possibilité de prendre une retraite plus précoce dans certaines entreprises et pas dans d'autres. Ce n'est pas les moyens d'un

service public ou parapublic qui doit justifier et déterminer l'octroi d'une compensation de ce type, c'est une notion élémentaire de justice sociale qui doit bénéficier à l'ensemble des travailleurs dont le surrisque est documenté et important.

2/ Certaines professions comportent des sujétions particulières, une pénibilité, qui ont justifié des possibilités d'accès à la retraite avant 60 ans et avec un calcul du montant de leur retraite plus favorable que dans le régime général. Les circonstances dans lesquelles ces avantages ont été accordés sont très diverses. Parfois c'est l'éloignement de la famille ou de la métropole, les conditions particulières des mutations qui sont en cause (militaires), ou la pénibilité de l'activité professionnelle (mineurs), voire l'association de la pénibilité et de la nécessité d'une capacité d'attention particulière (conducteurs de locomotive). Dans certaines circonstances les avantages ainsi acquis ont été maintenus, même quand les conditions d'exercice du métier ont heureusement évolué de façon favorable. Dans d'autres situations, les caractéristiques de l'activité professionnelle exposaient à des affections graves et pouvaient contribuer à réduire l'espérance de vie des salariés concernés, c'était le cas des mineurs exposés au risque de silicose. Ces dispositions se situent dans le cadre de statuts spéciaux qui facilitent l'adoption de telles mesures. Elles n'existent pas dans le régime général des travailleurs salariés, ceci ne doit pas nous empêcher de faire bénéficier les travailleurs de l'amiante d'une cessation anticipée d'activité. Ainsi les conducteurs routiers du transport de marchandises ont récemment eu accès à un congé de fin d'activité à partir de 55 ans. La procédure fut une négociation au niveau de la branche d'activité avec la mise en place d'un fond ad hoc financé par les entreprises et l'Etat. Une telle démarche est possible pour les travailleurs de l'amiante, même si plusieurs difficultés devront être résolues. Les industries concernées ne correspondent pas à une seule branche d'activité, mais à plusieurs (métallurgie, bâtiment, textiles ...), ce qui ne facilitera pas la discussion. En outre, de nombreuses entreprises ont cessé leur activité ou ont licencié une partie de leur personnel, en particulier après 1978, quand le flochage à l'amiante a été interdit.

Malgré ces difficultés, il faut aborder ce problème avec objectivité. Il serait injuste que les statuts particuliers (celui d'EDF par exemple) puissent compenser par une interruption plus précoce de l'activité les risques induits par l'amiante auxquels ont été exposés des travailleurs et que l'on ne puisse traiter avec la même équité un risque identique dans le cadre général des travailleurs salariés.

La difficulté de mise en œuvre d'une telle disposition est liée à l'hétérogénéité des risques courus par les personnes exposées à l'amiante et à l'ampleur très variable des conséquences de la présence de l'amiante dans de nombreux bâtiments. Les propositions de loi extensives, tentant de financer sur un fonds d'indemnisation spécifique les avantages de retraite, l'indemnisation de victimes et de leurs familles

et les opérations d'enlèvement de l'amiante sont ambitieuses, mais je crains que l'ampleur des financements à mobiliser ait pour principale conséquence de faire renoncer le gouvernement à engager une telle proposition sur la voie parlementaire. Si la proposition concerne uniquement les conditions d'interruption de l'activité professionnelle, son acceptabilité dépendra de la délimitation du champ des bénéficiaires. Elle doit dépendre des faits documentés concernant la nature de l'exposition à des fibres d'amiante et le risque de développer une pathologie grave. Prendre en compte le contact occasionnel avec des fibres d'amiante dans l'ensemble des métiers du bâtiment ou les activités de désamiantage ne me semble pas une orientation acceptable pour les raisons suivantes :

- il y a actuellement deux groupes de personnes qui développent des lésions tumorales liées à l'exposition à l'amiante. Le premier est constitué par le nombre relativement réduit de personnes qui ont travaillé dans des entreprises qui manufacturaient l'amiante (tissages, fibro-ciment, matériaux de friction etc.) ou dont le personnel était employé exclusivement à des travaux de flochage à base d'amiante. Il était inférieur à 20.000 personnes dans les périodes d'usage maximal de l'amiante à la fin des années 70. Le second est constitué par un groupe de plusieurs millions de personnes qui interviennent sur des bâtiments qui contiennent de l'amiante. C'est dans ce groupe que se développeront la majorité des cancers provoqués par l'amiante au cours des décennies à venir, mais individuellement, le risque couru par chacune de ces personnes sera très inférieur à celui auquel ont été exposées celles du premier groupe. En utilisant des ordres de grandeurs plausibles, on peut dire que le risque de développer un cancer dans le premier groupe est environ vingt à cinquante fois plus élevé que dans le second et que les effectifs du second sont environ cent fois plus nombreux que ceux du premier. Si l'exposition à des taux élevés de fibres d'amiante est difficile à documenter dans le second groupe, nous disposons cependant d'un marqueur de cette exposition qui est le développement de lésions provoquées par l'amiante, qu'il s'agisse de lésions bénignes telles que les plaques pleurales ou d'atteintes plus sévères telle que l'asbestose. Les salariés qui présentent une maladie professionnelle liée à l'amiante ont un risque accru de développer des lésions tumorales comparativement à l'ensemble de la population. Nous disposons donc dans ce cas d'un indicateur objectif d'une exposition à un niveau susceptible de produire des lésions.
- pour les activités de désamiantage, le seul objectif acceptable est d'affirmer que les expositions à des taux élevés de poussières d'amiante ne doivent pas être observées sur les chantiers. La réglementation est stricte, elle doit être appliquée et surveillée avec une crédibilité suffisante pour que l'on évite d'exposer ceux qui accompliront ces tâches à des empoissètements potentiellement dangereux. Le niveau de risque doit être celui observé dans les autres formes d'activité du domaine du bâtiment. Il ne serait pas acceptable qu'un avantage dans le domaine de la retraite apparaisse comme le dédommagement de l'exposition à des niveaux élevés de poussières d'amiante



et se substitue à la rigueur dans la gestion des chantiers de désamiantage.

### **Enoncé de la proposition**

Engagement du Gouvernement à définir le cadre d'une négociation ayant pour objet de permettre une cessation d'activité précoce des travailleurs qui ont été exposés de façon continue pendant une période clairement identifiée à des fibres d'amiante dans des activités industrielles manufacturant ce produit (tissages, fibrociment, matériaux de friction) ou ayant travaillé dans des entreprises avec pour activité exclusive la réalisation de flocages ou de calorifugeages à base d'amiante.) et des travailleurs dont l'exposition à un niveau élevé d'empoissièrement par l'amiante est attestée par le développement d'une maladie professionnelle reconnue comme provoquée par ce produit.

J'ai conscience en faisant une proposition qui peut paraître très limitée de ne pas résoudre le problème d'une catégorie de travailleurs qui ont été exposés à un risque intermédiaire entre celui des deux groupes précédemment identifiés. Il s'agit de ceux qui ont mis en œuvre de l'amiante dans des activités intermittentes de calorifugeage ou de flocage jusqu'à l'interdiction de ce dernier en 1978. Leur exposition a pu être intense et le risque couru par les travailleurs de ce groupe est nettement supérieur à celui des personnes ayant eu à intervenir sur des bâtiments contenant de l'amiante. La difficulté à laquelle je me suis heurté est celle de la reconnaissance de ce groupe et de la définition des critères de son identification. A la différence des industries manufacturant l'amiante, relativement peu nombreuses et bien identifiées, des milliers d'entreprises du bâtiment ont exposé leurs salariés à des mises en œuvre de l'amiante pendant des durées très diverses et qui ne peuvent être documentées avec précision. La seule méthode objective permettant de reconnaître une exposition élevée est de tenir compte du développement d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante.

J'ai préféré une solution limitée à ceux qui ont couru les risques les plus élevés à une proposition extensive, en apparence généreuse, mais qui risquerait de demeurer à l'état de projet. L'analyse des données épidémiologiques disponibles prouve qu'un groupe de travailleurs a été exposé à un risque majeur. C'est un devoir pour notre société de reconnaître sa dette à leur égard. Nous n'avons pas su assurer leur protection alors qu'elle aurait pu être sinon totale, tout au moins bien supérieure à ce qu'elle a été. Nous devons tenir compte de cette situation et leur assurer une interruption d'activité plus précoce que celle assurée par le régime général.

### **Localisation de cette action (localisation administrative et/ou organisme susceptible de la mettre en œuvre)**

C'est au gouvernement de prendre l'initiative de cette mesure et de choisir les

modalités de financement qui lui paraissent les plus appropriées. Il est nécessaire de conduire une négociation sur ce problème avec les partenaires sociaux et le gouvernement peut aboutir rapidement sur une proposition aussi limitée. Il faut tenir compte du fait que la réduction de l'espérance de vie de ces travailleurs va réduire le coût de cette mesure. Ce fait montre qu'il ne s'agit pas en fait d'un « avantage », il s'agit de permettre à un salarié qui a été exposé à ces niveaux élevés d'empoussièrément de pouvoir bénéficier d'une retraite de durée normale et les données numériques disponibles permettent d'envisager que la mesure ait un coût réduit. Nous réalisons actuellement une évaluation de ce coût. La solution technique la plus satisfaisante serait de créer un fonds de cessation anticipée d'activité pour ces salariés, ayant pour objet de financer leur départ à un âge qui leur assurerait une durée de retraite égale à la moyenne nationale. Une participation des entreprises employant ces travailleurs est possible, les personnes qui interrompraient leur activité en bénéficiant de cette mesure ont habituellement un niveau de salaire supérieur à celui des employés sans ancienneté de fonction qui les remplaceraient, et la différence entre ces deux montants pourrait être la contribution des employeurs.

**Difficultés déjà rencontrées ou prévisibles pour son application (coût, délais, capacités d'agir etc.)**

Celles de tout financement d'une interruption de l'activité avant l'âge de la retraite avantage de retraite avec cependant pour celle-ci plusieurs particularités :

- le groupe concerné est limité,
- il ne se renouvellera pas du fait de l'interdiction de l'usage de l'amiante,
- il ne s'agit pas d'un avantage mais de la compensation d'un risque vital,
- il serait particulièrement inacceptable que ces personnes aient une amputation de leur espérance de vie et que nous soyons incapables de leur assurer une durée moyenne de retraite identique à celle de la population non exposée au risque lié à l'amiante.