

Prise en charge des salariés et malades de l'amiante historique et évolution du dispositif - impact individuel et collectif

Claude Raffaelli

Résumé

La prise en charge des salariés et malades de l'amiante a évolué au cours du temps, en particulier après le décret spécifique de 1977. La réflexion, tant des salariés concernés que des médecins du travail et des entreprises a conduit, autour de l'interdiction de l'usage du matériau amiante en 1997, à demander un dispositif de départ anticipé en retraite pour les plus exposés. Ce dispositif accepté par les pouvoirs publics après le rapport GOT, constitue avec celui de l'indemnisation du FIVA une amélioration évidente. Toutefois, ces droits nouveaux interrogent sur les limites de leur application, sur l'extension à d'autres risques, et sur les coûts importants qu'ils engendrent. Le dispositif de la CAATA, cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est plus spécialement étudié.

Le libellé très large de cette communication a pour but de montrer comment sont apparus les dispositifs de prise en charge des salariés ayant été exposés à l'amiante, malades ou non. Depuis plus de 40 ans, le sujet de l'amiante a conduit à des quantités colossales de publications de tous ordres, scientifiques, juridiques, médiatiques. L'amiante a été à l'origine d'évolutions importantes dans les domaines de la prévention au travail, de la médecine du travail, de la réparation.

Ce n'est véritablement qu'à partir du décret de 1977 et de l'arrêté médical de 1979 qu'une certaine cohérence apparaît dans la prévention et le suivi médical. Ces textes sont toutefois nés dans un contexte de conflit entre salariés, organisations syndicales et industrie, spécialement en région Bas Normande, usines où j'exerce de longue date. Si la connaissance des maladies fibreuses et cancéreuses liées à l'amiante existe alors, la capacité d'en mesurer l'importance numérique est absente, et l'ensemble du corps social va décider de continuer l'usage du produit en secteur industriel, en interdisant le flocage.

L'on sait, dès 1977, que grâce aux efforts de prévention, la maladie asbestosique va disparaître, en milieu contrôlé, en raison de la diminution considérable des niveaux admissibles, de la démarche de lutte systématique contre l'empoussièrment, et de la substitution.

Mais le texte reste très discret sur le problème des cancers, mésothéliomes et cancers broncho-pulmonaires, exigeant surtout du médecin du travail une information orale et écrite au salarié sur un risque aussi mal quantifié.

Les premières approches statistiques épidémiologiques françaises vers 1982, réalisées sur des secteurs industriels limités montrent les estimations des cas attendus pour les 20 années à venir. Leur nombre est important, inévitable résultant en particulier des expositions, souvent considérables, antérieures aux années 70.

Vis à vis du risque de cancer, le suivi médical des salariés n'apporte alors aucune sécurité, aucun moyen de dépistage précoce. Les possibilités thérapeutiques sont réduites. 30 ans plus tard, peu de progrès ont été réalisés dans ce domaine.

Certes les maladies cancéreuses sont peu à peu introduites dans le système de réparation que nous connaissons tous. Le nombre de ces cas de cancer dans mon expérience, va peu à peu augmenter selon les prévisions statistiques des effets du passé, et en raison des meilleures connaissances et capacités diagnostiques dans les années 80.

Mais la réparation des maladies parfois graves ou mortelles reste forfaitaire, limitée à la compensation de rémunération, et réduite pour les ayants droits.

Adresse de correspondance et demande de tirés-à-part

Dr. Claude Raffaelli

GISTAF, Service de Santé au Travail

Rue Charles Tellier 14110 Condé sur Noireau

téléphone : 02 31 39 50 33, télécopie : 02 31 59 51 00,

claudio.raffaelli@wanadoo.fr

Une alerte faite auprès de l'organisme de sécurité sociale peu avant 1990 sur l'insuffisance de prise en charge des cancers professionnels de l'amiante va rester sans effet. De ces lacunes naissent les demandes de prise en charge complémentaire des salariés et malades que sont la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (CAATA), et le fond d'indemnisation des victimes (FIVA).

Nous nous arrêterons au premier des ces dispositifs, le second étant décrit par le Pr Bergeret.

L'idée de la cessation anticipée d'activité a été réactivée en Basse Normandie en 1996 peu avant l'interdiction de l'usage de l'amiante, mais elle avait déjà été demandée dès 1977 et restée sans réponse.

Ce sont les salariés, leurs organisations syndicales, CFDT en tête, les Directions des entreprises et le médecin du travail des usines concernées qui ont développé une action de « lobbying », sur la base d'un plaidoyer du médecin du travail pour convaincre les pouvoirs publics du bien fondé de cette demande. Restée vaine jusqu'en 1998, elle a abouti avec le Ministre KOUCHNER et la mission du Pr GOT. Nous leur devons la compréhension de ce problème et la mise en place de la CAATA dont on trouve l'argumentaire sur le site du Ministère de la santé.

Il s'agit bien d'un traitement social face aux difficultés de repérage des populations et sujets à risque de cancer, aux difficultés de diagnostic précoce, et aux traitements peu efficaces de telles maladies. Selon la formule du Pr GOT, il s'agit de « compenser la réduction de l'espérance de vie de travailleurs les plus exposés ». Il sera également donné accès à ceux atteints de maladies professionnelles.

Un long travail visant à repérer les populations concernées aboutira à la loi de financement de la sécurité Sociale de 1999 qui met en place la CAATA.

Deux catégories de personnes ont accès au dispositif

1. Les victimes de l'amiante, travailleurs exposés ou ayant été exposés et atteints d'une maladie des tableaux 30 ou 30 bis en régime général et 47 et 47 bis en régime agricole, et les salariés reconnus atteints d'une maladie professionnelle imputée à l'amiante dans le

cadre de l'arrêté du 3 février 2005 en application de l'article L 461-1 du code de la sécurité sociale

Ceux ci peuvent quitter l'activité à l'âge de 50 ans.

2. les salariés ayant été exposés sur un site reconnu exposant par arrêté figurant sur une liste accessible sur le serveur de l'INRS. Ces listes sont appelées liste 1 qui concerne les établissements du secteur industriel et des entreprises du bâtiment, et la liste 2 plus tardive où figurent en particulier les chantiers navals.

L'âge de départ est ici fixé, en déduction des 60 ans, du tiers du nombre d'années d'exposition au travail. La demande est formulée par le salarié auprès de la CRAM de sa région. Après acceptation de celle-ci, il doit donc démissionner de son activité.

Dans les deux cas, l'allocation est calculée en pourcentage du salaire de référence (12 derniers mois) soit :

- 65% pour la partie de rémunération inférieure ou égale au plafond (2516 euros en 2005)

- 50% pour la partie de rémunération comprise entre 1 fois et 2 fois le plafond ;

Cette aide n'est pas cumulable avec des allocations de chômage, de préretraite, ou autres avantages de vieillesse. Elle est soumise à l'imposition sur le revenu.

Ces explications figurent sur le site INRS également et sont accessibles auprès des CRAM. La décision d'entrée sur une liste comme site amiante appartient à l'organisme de Sécurité Sociale, sur la base de dossiers documentés sur les expositions et maladies rencontrées.

Le fond de la CAATA créé en 1999 a fait l'objet d'une convention avec l'ETAT, la CNAMTS et la Caisse des Dépôts et Consignation qui gère le fond. Celle ci a un Conseil de Surveillance du FCAATA comprenant des personnes qualifiées, dont l'ANDEVA, et la FNATH, des représentants de l'ETAT, (budget, sécurité Sociale, travail, agriculture), des représentants des organisations syndicales et patronales siégeant à la Commission AT-MP et des représentants de la Mutualité Sociale Agricole.

Le fond est financé par :

- Une contribution de la branche AT-MP
- Le produit de droits de consommation sur les tabacs,
- Des produits financiers,
- Une contribution de la MSA

Ceci conduit à un produit global d'environ 483 millions d'euros en 2003 et pour les dépenses de 516 millions d'euros soit un résultat déficitaire de 33 millions d'euros.

Depuis 1999, en tenant compte de l'entrée plus tardive de la liste 2 les allocations versées en 2003 se répartissent ainsi

- 47% pour la liste 1
- 43% pour la liste 2
- 10% pour les maladies professionnelles

Sur la liste 1 (établissements industriels, secteurs bâtiment) en 2003 les CRAM qui distribuent le plus grand nombre d'allocation sont celles de

- Nord Picardie pour 21%
- Normandie pour 13%
- Bretagne pour 10%
- Pays de la Loire pour 10%

Sur la liste 2 (chantiers navals) en 2003 les CRAM qui distribuent le plus grand nombre d'allocation sont celles de

- Sud Est pour 37%
- Nord Picardie pour 18%
- Normandie pour 15%
- Pays de la Loire pour 15%

Pour les maladies professionnelles en 2003 les CRAM qui distribuent le plus grand nombre d'allocation sont celles de

- Pays de la Loire pour 30%
- Nord Picardie pour 18%
- Normandie pour 15%
- Sud Est pour 10%

Concernant l'impact individuel et collectif, il n'y a pas de doute sur le fait que le dispositif de CAATA a apporté une meilleure prise en charge à caractère social des salariés ayant subi de fortes expositions à l'amiante.

Toutefois, la prise en compte des maladies professionnelles les plus minimes, telle la plaque pleurale unilatérale isolée, pose la question des limites du système. Elle crée des effets paradoxaux comme la course à la maladie professionnelle ou l'inquiétude injustifiée.

L'utilisation du dispositif permet parfois de régler des problèmes sociaux pour des entreprises en difficultés ce qui là encore crée inquiétude ou démarches processives inutiles.

Enfin, les charges financières pour la collectivité sont aujourd'hui considérables, de l'ordre de 500 millions d'euros pour la CAATA, 500 millions d'euros environ pour le FIVA et 300 millions d'euros pour les maladies professionnelles conduisant à une réflexion de fond sur l'ensemble du système des indemnités des maladies professionnelles en cours actuellement.

Références :

- Arrêté du 29 juin 1977 relatif à l'interdiction du flochage de revêtements à base d'amianté dans les locaux d'habitation
- Décret n° 77-949 du 17 août 1977 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amianté
- Arrêté du 8 mars 1979 donnant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés aux poussières d'amianté
- Intervention de M BERNARD KOUCHNER Secrétaire d'Etat à la Santé 29 juillet 1998 : Présentation du rapport du professeur GOT relatif à la gestion du risque et des problèmes de santé publique posés par l'amianté
- Rapport annuel 2003 du Fond de Cessation Anticipée d'Activité de Travailleurs de l'Amianté www.caissedesdepots.fr > retraite > Fond d'indemnisation > FCAATA