

DECEMBRE 2004

(Remplace et annule la contribution **nos onze** :
Avons-nous un plan anticancer ? Stratégie de
lutte ou de prévention ? juillet 2003)

JACQUES RICHAUD
(PRATICIEN HOSPITALIER)
j.richaud@wanadoo.fr

SOCIETE CANCERIGENE : FATALITE OU ENJEU POLITIQUE ?

LA QUESTION : Avons nous un plan « anti-cancer » ?

Ce questionnement d'allure impertinente s'impose pour ne pas cautionner aveuglément un projet politique dont nous démontrerons qu'il annonce une désillusion inévitable. Ce questionnement s'impose surtout pour tenter de trouver des réponses plus efficaces face à un fléau dont l'ampleur même justifie la mobilisation d'une intelligence collective mieux éclairée et de moyens nouveaux. Nous démontrerons que la médecine seule ne peut espérer relever un défi qui concerne la société tout entière.

A ce questionnement : « Avons-nous un plan anticancer ? » nous répondrons en trois parties :

- **Première partie : La fausse route.**
- **Deuxième partie : Une autre réponse est-elle possible ?**
- **Troisième partie : Quels moyens mettre en œuvre ?**

- I -

Première partie : LA FAUSSE ROUTE

PREAMBULE :

Le cancer est devenu la **cause principale de mortalité dans nos sociétés industrielles**, responsable en France d'un décès sur trois chez l'homme et d'un sur quatre chez la femme. Avec 160000 nouveaux cas en 1980 et 278000 en 2000 **l'augmentation a été de 63% en vingt ans** (rapport d'orientation sur le cancer rendu public le 16 janvier 2003).

Au premier rang des augmentations est observée la croissance des cancers hormono-dépendants, sein et prostate (Rev. Epidémiol. Santé Publique, 2003-51, 3-30).

Le rapport IMBERNON en 2003 estimait aux environs de 20.000 par an les cancers résultants de l'exposition professionnelle à des substances toxiques, tout en reconnaissant la sous-estimation certaine de ces cas.

Le phénomène d'augmentation de la fréquence des cancers est une observation déjà ancienne : Par le passé déjà la Ligue contre le cancer dans son bulletin décrivait une croissance de 127 à 167 cas pour 100.000 habitants et par an entre 1936 et 1946. Le phénomène n'est donc pas récent mais **paraît subir un emballement**. Une part seulement est due au vieillissement des populations, les adultes jeunes et même les enfants sont également concernés.

La mortalité par cancer en France est environ 20% plus élevée que dans le reste de l'Europe, y compris la mortalité prématurée avant cinquante ans. **Les récentes « Annales of Oncology » en 2003 reconnaissent qu'en dépit des progrès du dépistage et des soins la mortalité par cancer a progressé en Europe de 9% depuis 1985.**

On peut se féliciter de la prise de conscience politique proposant un nouveau «plan anti-cancer» (annonce du plan national de lutte contre le cancer par le président Chirac le 24 mars 2003).

Mais l'émoi n'est pas nouveau :

-La première «déclaration de guerre mondiale contre le cancer» date de 1906 à la conférence internationale de Heidelberg et Francfort. Pour la France c'est le radical-socialiste Doumergue qui mènera l'offensive, alors

ministre de l'instruction publique et futur président en 1924. Nul ne songera à lui reprocher de ne pas avoir mené à bien ce combat inégal contre le cancer.

- Plus tard une politique volontariste débouchait sur le développement des centres anticancéreux qui rendent les services connus de tous en matière de soins et de recherche

- Trente deux ans avant Jacques CHIRAC, **Richard NIXON en 1971 avait lui aussi « déclaré la guerre au cancer »** et multiplié par dix le budget de ce secteur en espérant une baisse d'au moins 50% ; Après vingt ans la croissance constatée du fléau a été de 60%... Aux USA comme ailleurs la nature et les causes du mal à combattre ont été mal évalués et les réponses sérieusement inadaptées.

Face à ce fléau une idéologie scientiste dominante entretient la mystification selon laquelle à chaque problème peut être trouvée une solution technique. Nos scientifiques pronostiquent pour demain une « victoire » sur le cancer dans un aveuglement schizophrénique qui leur fait « oublier » la progression du mal et celle de la mortalité observée malgré les progrès réels de la science. Les mêmes scientifiques dépensent leur énergie pour juguler les conséquences d'un fléau dont ils ne songent que rarement à analyser les causes. Le cancer est perçu comme un défi à la science avant d'être perçu comme une catastrophe de civilisation.

- Il est vrai que certaines formes de cancers ont de façon spectaculaire bénéficié des progrès de la médecine, avec des survies plus prolongées et des guérisons possibles. Le travail de tous les chercheurs et cliniciens impliqués peut être salué.
- Mais les mêmes spécialistes savent le champ plus vaste encore de leur impuissance à contrôler l'augmentation de la fréquence des cas nouveaux et la mortalité restant inéluctable de nombre d'entre eux. Le rôle des soignants ne peut être d'entretenir l'illusion d'un mal « acceptable car contrôlable », en occultant les indicateurs négatifs que fournissent pourtant leurs travaux. La même attitude face à d'autres fléaux tels que la tuberculose, le SIDA ou la traumatologie routière aurait eu des effets catastrophiques qu'une intelligence collective a su éviter.
- **L'appropriation de la santé par les seuls médecins est probablement une faute stratégique et le domaine du cancer reste un des bastions du pouvoir médical qu'il convient sans doute de contester pour obliger la profession tout entière à travailler autrement et sur d'autres bases que la seule médecine curative.**
- Il est plus facile pour l'ensemble des professionnels et chercheurs de « communiquer » sur les succès que sur les échecs ; **de ce point de vue le rapport d'orientation sur le cancer de janvier 2003 oblige la communauté scientifique mais aussi la société tout entière à se confronter à une dure réalité.**
- Peut-être que les médias auraient un rôle à jouer autre que de glorifier si souvent les progrès de la médecine, pour décrire aussi le champ de son impuissance ou le caractère inégal du combat mené contre une société cancérogène qui s'accepte comme telle.

- I / LA FAUSSE ROUTE :

Il se pourrait que les mesures du nouveau plan mises en application à grand renfort de publicité en 2004 ne soient pas à la hauteur de cet enjeu majeur de santé publique : Comme par le passé, à la compréhension des causes et à la lutte pour l'éradication de celles-ci on préfère accroître les seuls moyens de soins et de dépistage.

La prévention est bien évoquée et le souci des cancers professionnels et d'origine environnementale est énoncé mais sans que les moyens de lutte soient véritablement définis.

La lutte antitabac est mise en avant qui par ses modalités même ne manque pas de poser de nombreuses questions. La culpabilisation des cancéreux est au centre du message délivré, chaque malade étant potentiellement seul « responsable » de son destin, incité à regarder la fumée de sa cigarette mais pas celle de l'usine de voisinage ni la nature des produits que son entreprise l'oblige à subir ou manipuler. La parabole de la paille et la poutre inspire nos politiques et décrédibilise une part importante de leur message de prévention pourtant justifié.

Il se pourrait, hélas que le plan anti-cancer annoncé, ses crédits et ses « cancéropoles », occultent les vrais questionnements que pose la « société du risque » qui voit le développement de ce fléau.

Cette société devenue cancérigène ne s'interroge guère sur elle-même, il nous est demandé de l'accepter comme telle, normale et inévitable, au nom de la modernité et du libéralisme.

Bien sûr les actions annoncées permettent d'espérer pour les cancers nouveaux dépistés et traités **le bénéfice réel d'une prise en charge optimisée**, avec au mieux une réduction sensible de la mortalité globale. Les moyens dédiés seront de cent millions d'euros pour 2003, devant atteindre sur cinq ans 640 millions d'euros en 2007 ; ce budget prévisionnel paraît modeste par rapport à d'autres postes budgétaires de l'Etat...

Lorsque les années à venir verront se continuer la croissance des nouveaux cas il faudra bien avouer que ce fléau dont les causes véritables restent négligées échappe à tout contrôle.

Ce plan «anti-cancer» annoncé apparaîtra alors pour ce qu'il est : Au mieux un choix de santé publique inefficace, au pire une imposture qui aura démontré que les actions entreprises n'étaient pas des actions «ANTI» cancer mais des mesures d'accompagnement «AVEC» cancer.

Les vrais questionnements auront été occultés, évitant la recherche des solutions les plus pertinentes.

- II / QUELS SONT LES QUESTIONNEMENTS NON PRIS EN COMPTE ?

- 1 - Les causes environnementales :

Une somme de travaux épars mais déjà considérable confirme que les facteurs environnementaux et parfois professionnels jouent un rôle très probable dans la croissance très inquiétante de ces pathologies observées en zones urbaines comme en zones industrielles ou en zones rurales.

La négligence de la prise en compte de ces facteurs interdit d'espérer que ce plan, même accompli et doté de moyens considérables, parviendra à éviter la survenue d'une multitude de cas nouveaux qu'une autre démarche aurait pu tenter d'éviter.

Nous savons être submergés, imprégnés de milliers de substances créées par l'homme, répandues dans notre environnement mais aussi constituantes de notre alimentation de plus en plus artificielle.

- Nous côtoyons chaque jour sans le savoir des centaines de variétés moléculaires jadis absentes de la nature et dont nous ignorons pour l'essentiel la dangerosité potentielle.
- La France reste par exemple le deuxième utilisateur mondial de pesticides, plus de 120.000 tonnes par an et la dioxine est largement répandue par nos incinérateurs périurbains.
- Des toxiques décelables dans notre sang ou accumulés dans nos graisses sont déjà reconnus cancérigènes et d'autres beaucoup plus nombreux sont de dangerosité non évaluée.

La non-considération de facteurs suspectés par tous s'explique aisément car leur prise en compte imposerait des questionnements dérangeants sur notre société reconnue cancérigène. Ces questionnements dicteraient la nécessité de mesures correctrices aux conséquences économiques et sociales considérables que nul politique n'est en mesure d'assumer seul. Nous verrons le rôle que la société tout entière peut jouer dans ce débat.

- 2 - L'insuffisance des politiques de prévention :

Cette réflexion rejoint un débat de fond sur l'appréciation d'une politique de santé publique réduite au soin, voire au dépistage, mais occultant tout problème sociétal survenu en amont des pathologies concernées.

Il est révélateur que **la définition même de la prévention** par l'organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie de «prévention primaire» des actes de dépistage d'une pathologie déjà avérée. **Cette qualification impropre a participé à dissuader des générations d'acteurs de santé publique de porter leur regard en amont du déclenchement des pathologies.** Il a été fort heureusement précisé dans notre code de santé publique (Article 1417-1) que la prévention primaire est «constituée par l'ensemble des mesures éducatives, prophylactiques, normatives destinées à la lutte contre l'apparition de la maladie».

Il est périodiquement et justement dénoncé l'insuffisance de la prévention dans les actions de santé publique et l'insuffisance des moyens qui leur sont affectés, mais ce constat reste sans perspectives :

- Qui plus est chacun déplore des «soins coûteux pour la société» résultent de cette insuffisance de prévention qui ne mobilise pourtant qu'une part très modeste du budget de l'assurance maladie.
- On peut s'interroger sur le fait que ce faible budget ne relève que de l'assurance maladie sans impliquer par exemple les ministères de l'éducation nationale, de l'industrie, de la ville ou de l'agriculture.

Affirmons le avec conviction, le dépistage n'est pas la prévention.

Le dépistage a pour seul mérite de renforcer par un diagnostic précoce la chance de soins optimaux.

La prévention est une autre démarche dont la médecine seule ne saurait avoir la prérogative mais à laquelle elle se doit de contribuer.

En cancérologie comme ailleurs on peut qualifier de leurre une action dite de santé publique mais qui néglige cette dimension préventive essentielle.

Cette affirmation peut sembler trop facile, voire démagogique, aux spécialistes de la cancérologie qui savent le caractère complexe et multifactoriel probable du déclenchement de la plupart des cancers. C'est bien en effet cette difficulté qui décourage toute démarche explicative de cas isolés comme de cas regroupés.

Faute de posséder les outils et la méthodologie pour mener à bien les investigations épidémiologiques que la médecine a su produire dans d'autres domaines, c'est la course aux thérapeutiques qui est encouragée, l'incitation au dépistage et la recherche fondamentale pour développer de nouveaux traitements. Mais **il ne s'agit ici en rien de prévention véritable.**

- 3 - Les conflits d'intérêt :

N'oublions pas non plus que si le cancer «coûte» selon certaines estimations 15 milliards d'euros, c'est aussi qu'il rapporte la même somme à ceux qui en vivent aux divers échelons de la chaîne du diagnostic jusqu'aux soins. A ce titre il peut pour certains être considéré comme un secteur économique prometteur méritant bien des investissements !

Ces conflits d'intérêt sont aussi ceux qui régissent le rapport de force entre employeurs et salariés lorsqu'il s'agit de réduire la dangerosité du travail au prix d'une remise en cause de certains modes de production et au risque de compromettre la «compétitivité» des entreprises.

Cette problématique est au cœur du sujet en ce qui concerne les cancers «dits professionnels». Cette appellation est elle-même mystificatrice car elle suppose que leur survenue serait «naturelle» et normale, indépendante de toute responsabilité. Les travailleurs eux-mêmes sont conditionnés à accepter cette fatalité.

- 4 - La spécificité des cancers dus au travail :

Une somme de travaux considérable est consacrée aux «maladies professionnelles» et aux «cancers professionnels» dans le cadre de la «santé au travail». Il est remarquable que les deux termes ainsi juxtaposés dans chacun de ces «binômes» occultent le troisième terme du problème représenté par l'entreprise ou par le contrat de travail qui légitime l'activité de chaque salarié. Cette absence de l'entreprise n'est pas neutre, elle résulte d'une manipulation sémantique qui occulte le terme principal du débat qui est la recherche d'une plus-value résultant de l'activité de tout salarié, au prix parfois de la mise en danger de celui-ci. Ainsi chaque sujet encore sain confronté à un travail susceptible de le rendre «malade», voire «cancéreux», sera renvoyé à la fatalité de son destin comme si ce sort faisait partie de sa condition même.

Il eut été opportun que la «médecine du travail» refuse cette appellation pour revendiquer une fonction de «surveillance de la santé en entreprise», évitant ainsi une mystification qui désarme les victimes et immunise les responsables potentiels des conséquences de leurs comportements.

L'affaire exemplaire des cancers provoqués par l'amiante a été caricaturalement révélatrice de la défaillance d'une vaste partie du corps médical, de la complaisance et parfois de la complicité de médecins de terrain autant que d'universitaires ou présumés experts.

- Le nombre des victimes qui se comptent déjà par milliers n'a sans doute d'égal que le nombre de thèses, communications et travaux scientifiques publiés sur ce «matériel exemplaire» sans que la profession joue le rôle d'alerte qui aurait dû être le sien.
- La défense des victimes ne doit rien à l'institution médicale elle-même mais seulement au soutien d'un vaste mouvement associatif autour de l'Association Nationale Des Victimes de l'Amiante (ANDEVA).
- Ce n'est pas la conscience sociale des soignants qui s'est mobilisée mais la détermination de quelques-uns qui ont même dû affronter les désaveux et le mépris des «experts» compromis dans la défense des intérêts des employeurs.

Peut-être n'avons nous rien appris de cette tragédie survenue au sein du monde du travail :

- Notre politique économique et industrielle reste peu soucieuse de s'attaquer véritablement aux facteurs de nuisance à la santé et **les textes protecteurs existants sont bien mal appliqués.**
- **Nous consentons passivement au démantèlement progressif** du Droit du Travail, de la médecine du travail et de l'inspection du travail ; autant d'acquis qui visaient à protéger les travailleurs de la pénibilité et de la dangerosité des tâches qu'il leur est demandé d'accomplir par des contrats de plus en plus asymétriques et précaires.
- **Le rapport SUMMER 94 «santé et Travail»**, rédigé pour le compte du ministère de la santé et des affaires sociales, a porté sur un large échantillon de salariés surveillés en médecine du travail. Les conclusions de ce rapport étaient accablantes :
 - **17% des ouvriers sont exposés à des substances sûrement cancérigènes.** Dans certains sites un salarié sur deux est exposé à des cancérigènes déjà reconnus comme tels (qui sont les solvants pétroliers ou halogénés, éthers de glycol, benzène, huiles minérales, hydrocarbures, goudrons, aldéhydes, fumées de soudage, oxyde de fer, ciment, amiante, poussières de bois...).
 - Les travailleurs exposés se trouvent pour l'essentiel dans le bâtiment, la chimie, l'industrie du caoutchouc, du plastique, du bois et du papier, la métallurgie, la réparation automobile, l'agriculture, le secteur de la santé et certains laboratoires...
 - Dans ces industries il n'existe pas de protection collective dans la moitié des expositions et seulement 10% des locaux insalubres sont équipés des ventilations souhaitables.

Il faut remarquer en outre que **ce rapport ne s'est intéressé qu'au nombre restreint des cancérigènes reconnus dangereux et déjà présents sur le tableau des risques professionnels.** Ce constat ne tient pas compte de nombreuses substances jamais testées. Il néglige aussi l'exposition à des radiations ou rayonnements de 2 à 3% des salariés. Ce rapport méconnaît aussi les risques des mélanges de plusieurs substances susceptibles de générer des cancers.

Enfin ce rapport dans les conditions même de sa réalisation (suivi de médecine du travail) a ignoré **l'existence d'une population salariée surexposée échappant au suivi en médecine du travail** et donc à l'enquête, pour cause d'intérim, de sous-traitance ou de travail clandestin.

- **En mars 2003 le rapport IMBERNON de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) «santé et Travail» estimait que :**
 - **5 à 10% des cancers, soit environ 20.000 par an seraient d'origine professionnelle.**
 - **Au moins un million de salariés sont exposés à des substances reconnues cancérigènes, quatre millions à d'autres toxiques variés et non encore évalués pour leurs risques.**
 - **La sous-déclaration et la sous-estimation de ces cas serait énorme.** Par exemple sur environ mille nouveaux cas annuels de cancers de la vessie d'origine professionnelle possible, seulement seize (moins de 2%) seront reconnus.
 - Ce rapport confirme que **la mortalité ouvrière prématurée** entre 25 et 54 ans est trois fois plus élevée que chez les cadres, mais une infime partie de ces décès pourtant est reconnue conséquence du travail.
- **Dans la réglementation existante sont prévues des «valeurs Limites Professionnelles» (VLP) d'exposition à certains risques qui seraient, en dessous de ces seuils, jugés «acceptables». On sait cependant :**
 - Que de nombreux cancers peuvent survenir en deçà de ces seuils d'exposition artificiellement et souvent arbitrairement fixés pour ne pas compromettre l'usage des substances concernées par des mesures trop contraignantes pour les employeurs.
 - Que les VLP n'existent que pour environ 600 produits alors que plus de 100.000 substances chimiques sont sur le marché.

- Que ces VLP ne tiennent pas compte de la potentialisation possible d'effets cancérigènes pouvant provenir de l'exposition à plusieurs agents chimiques simultanés ou successifs.

Il existe donc une forme d'inégalité par laquelle notre société accepte l'exposition de millions de salariés à des risques reconnus potentiellement mortels pour des dizaines de milliers d'entre eux chaque année.

La mortalité par cancer d'origine professionnelle est plus de vingt fois supérieure à celle des seuls accidents du travail (moins de 900 par an), mais cette mortalité qui interviendra après une cessation d'activité pour «maladie» ou retraite est largement méconnue du monde du travail lui-même.

Risquer de «perdre sa vie à la gagner» est bien la condition faite, en toute connaissance de cause, à des masses considérables de travailleurs.

Ce risque n'épargne pas d'autres activités de service ou les chercheurs eux-mêmes dans leurs laboratoires, mais il se concentre de façon dramatique dans des sites de production aisément identifiables.

- 5 - Comment interpréter l'ensemble de ces insuffisances ?

Cette société devenue «cancérigène» est aussi la «société du risque» au cœur d'un modèle de développement libéral productiviste accepté par le plus grand nombre.

Ce modèle dans ses effets délétères évoqués était aussi celui de l'univers socialiste avant son effondrement, accumulant lui aussi des records de pollution et de dangerosité industrielle. Au-delà des divergences idéologiques le monde socialiste et le monde capitaliste ont partagé la même confiance dans l'idéologie du progrès et la compétition entre ces deux mondes a souvent pris la forme d'une surenchère industrielle et productiviste.

Les uns et les autres se sont comportés comme si les pertes civiles du cancer n'étaient que le «dégât collatéral» occulté de la société industrielle en attente d'un avenir jugé prometteur..

Face à ces constats et questionnements une autre attitude pourrait être de ne pas consentir au caractère inéluctable des conditions créées par l'homme et participant à une régression sans précédent de la santé globale des populations, mesurée à l'incidence de la survenue des cancers.

On ne saurait sans cynisme accepter le constat et considérer qu'il s'agit là du prix à payer pour sauvegarder un modèle de prospérité par ailleurs bien mal partagé !

Une telle approche est-elle réaliste ? Le défi est de postuler qu'il soit possible de rechercher et de comprendre les causes environnementales les plus nocives et d'œuvrer ensuite à l'éradication de celles dont le caractère pathogène aura été démontré ou suspecté sur des indices importants.

Les professionnels de la toxicologie savent la démonstration difficile et la potentialisation possible de facteurs distincts qui isolément s'avèreraient peu nocifs. Il est donc certainement nécessaire de faire prévaloir souvent un certain principe de précaution basé sur des présomptions fortes, plutôt que l'exigence de preuves bien difficiles à produire expérimentalement.

- III/ QUELQUES AUTRES QUESTIONNEMENTS AUTOUR D'UN PLAN ANNONCE

Les modalités même de mise en œuvre du plan «anti-cancer» représentent une expérimentation à grande échelle d'un partenariat «public-privé» qui peut nous inquiéter :

- S'agit-il bien de cette grande Cause Nationale dont l'Etat se porterait garant ?
- Ou s'agit-il de faciliter le développement d'un large secteur économique dont les activités seront positivement comptabilisées dans notre produit intérieur brut (PIB) indépendamment des succès rencontrés ?
- Le meilleur plan possible serait assurément, même si cette hypothèse peut être jugée utopique, celui dont on pourrait prévoir à terme la clôture après réalisation d'objectifs annoncés. Rien n'indique une telle perspective et cette réserve ne doit sans doute rien à la modestie des auteurs du plan ; elle indique plus probablement l'existence d'un malentendu plus fondamental qui touche à la sincérité et à la crédibilité de l'entreprise. Ce doute ne porte pas tant sur les médecins impliqués que sur les acteurs politiques qui suscitent leur collaboration à ce vaste projet.

Si devait intervenir demain une démarche d'évaluation des effets de la mise en œuvre de ce plan, il conviendrait que les indicateurs choisis ne se contentent pas de dresser le répertoire de la mobilisation des moyens mis en œuvre mais de faire **un double audit** :

- Un audit sans complaisance sur **la destination finale des sommes investies** et sur la nature réelle des «bénéfices» induits par la massive subvention publique accordée. Les données déjà connues laissent prévoir une subvention directe et indirecte de firmes et laboratoires pour lesquels la santé et le cancer ne sont qu'un marché avant d'être une cause. Les contribuables et patients potentiels seront demandeurs de cette donnée comptable et auront toute légitimité à en mesurer le bien fondé au regard du deuxième audit.
- Un **audit médico-social** devra mesurer non seulement l'amélioration portée au dépistage et au soin des nouveaux cancers mais surtout tenter de mesurer l'étendue des cancers «évitables» que ce plan aura permis d'empêcher dans leur survenue. Nos politiques savent tirer satisfaction et espérer reconnaissance de la publication du nombre de «vies sauvées» par le contrôle d'autres fléaux tels que la violence routière ; nous attendons demain qu'ils démontrent avoir su assainir nos conditions de vie environnementales et assainir les postes de travail ou des milliers de citoyens risquent de perdre leur vie à tenter de la gagner.

- II - Deuxième partie : UNE AUTRE REPONSE EST-ELLE POSSIBLE ?

PREAMBULE : QUELLE INTERPELLATION POUR LES SOIGNANTS ?

Il est attendu des soignants, dont certains naturellement bien intentionnés ont participé à l'élaboration du plan anticancer annoncé, qu'ils adhèrent à une démarche politique de santé publique qui pourrait n'être, à terme, qu'une mystification et un détournement de moyens.

Il est probable que la quasi-totalité de la profession concernée se ralliera à la proposition faite.

Le formatage de la pensée médicale vise en effet à faire de chaque médecin un recours pour la personne déjà malade et le dissuade de jouer le rôle d'un acteur social auprès de personnes menacées mais encore saines au sein de la collectivité. On peut dire que la médecine dans son ensemble ne prend pas en charge le social ni la santé, elle prend en charge la maladie !

Au nom de cette «mission restreinte» **il est tacitement convenu que le médecin s'impose un certain devoir de réserve face aux «questions sociales»**. On trouve même **dans son code de déontologie** l'article qui fonde cette obligation de «s'abstenir de révéler ce qu'il aura pu voir, entendre ou comprendre» au cours de l'exercice de sa pratique. Il est permis de penser que cette légitime exigence de confidentialité est abusivement étendue à des informations d'autres natures que celles qui protègent l'intimité pour s'étendre à des informations qui relèvent de la responsabilité sociale. Les récents conflits autour de la protection de l'enfance ont révélé toute la distorsion de l'interprétation de cette «déontologie» lorsque des médecins non poursuivis en justice pour la révélation de sévices ont cependant été condamnés par leur ordre corporatiste pour les mêmes faits. Face à cette posture idéologique dominante il est difficile d'attendre de la médecine qu'elle transgresse les règles d'un code lui imposant le silence !

Ce silence **fondé sur des règles que le corps médical a lui-même inscrit dans son code protecteur de déontologie** peut interpellier l'opinion comme le corps politique lorsqu'il est attendu de l'ensemble des médecins qu'ils œuvrent à des politiques de santé publique. La préoccupation de «santé publique» a bien été incorporée dans la dernière révision du code de déontologie médicale, mais sans modification d'autres articles derrière lesquels se retranchent de nombreux praticiens pour légitimer leur désengagement social.

Il faudra un jour que s'ouvre dans ce pays le débat qui fut même occulté dans les scandales de santé publique les plus médiatisés (Le sang contaminé, l'amiante, l'hormone de croissance...) et qui concerne un certain devoir de réserve dont l'application s'avère contraire à l'intérêt des patients et qui peut aller jusqu'à la complicité de fait avec des pratiques criminelles. De tels comportements en dehors de la médecine relèvent déjà de qualifications pénalement sanctionnantes, mais la profession au travers de son Ordre » revendique la continuation d'une

protection qui participe largement à sa déconsidération aux yeux de l'opinion commune chaque fois que ces faits sont révélés.

Une autre attitude existe, minoritaire et rarement institutionnelle. Cette autre attitude subit le poids de la critique au sein même de la profession et parfois en dehors de celle-ci, pour être jugée utopique, malvenue, trop «politique» et dérangeante. Ces médecins plus «militants» que la moyenne ne renoncent pas à leur rôle de soignants mais affirment ne pas vouloir être cantonnés dans celui-ci, espérant même l'extinction des pathologies qu'ils devaient prendre en charge.

L'affaire exemplaire des cancers provoqués par l'amiante a été caricaturalement révélatrice de la défaillance d'une partie du corps médical. Si de cette expérience exemplaire nous ne savons pas tirer leçon pour l'avenir nous nous exposerons à des silences compromettants semblables. (Voir première partie) L'enjeu est sociétal et moral, il concerne aussi la relation de confiance que nous attendons de ceux qui nous confient leur souffrance.

Un nouveau plan anticancer est peut-être l'occasion pour la profession de repenser son attitude face à la demande politique : Lorsqu'une profession tout entière est appelée à se mobiliser pour un objectif présenté comme une priorité de santé publique, elle ne peut bien entendu pas imaginer de se dérober. Encore faut-il que cette profession s'interroge sur la méthode et les objectifs et qu'elle partage la conviction de la cohérence de l'action entreprise au regard des objectifs annoncés, pour légitimer son adhésion.

- Si une projection imaginaire dans un avenir raisonnable nous laisse craindre que l'action ne modifie pas la tendance déjà très inquiétante à la croissance du nombre de nouveaux cas de cancers, nous pourrions soupçonner au moins une imperfection de la méthode.
- La médecine n'a sans doute pas pour mission de cautionner des politiques aléatoires ou désuètes, même si elle peut temporairement trouver subsides ou prestige à cette caution.

L'objectif commun des politiques et des médecins devrait être de contribuer au mieux-vivre du plus grand nombre, nous sommes solidairement comptables de l'efficacité des actions entreprises dans ce but. Mais il y a une différence de positionnement entre les intermittents de la politique et les permanents de l'action sanitaire et sociale qui est que les premiers ne sont généralement déjà plus en poste lorsque les seconds ont à tirer les leçons des actions passées.

Face à quelque plan politique que ce soit, comme face à une nouvelle molécule présentée comme prometteuse, c'est pour le médecin la prudence qui s'impose pour **ne pas devenir le promoteur obligé d'une action qui n'aurait peut-être pas dû entraîner son adhésion sans réserve.**

Il faut observer enfin qu'il est impossible de reprocher à la médecine de ne prendre en charge «que» le malade mais pas le social ni la santé, sans prendre en considération que l'organisation même de la profession fonde la **rémunération des soignants sur la seule prestation de soins**, sans prévoir de gratification pour d'autres actions possibles. De ce point de vue, **le paiement à l'acte apparaît être une aberration en terme de santé publique**, incitant à la négligence des actions non gratifiantes et rendant dans une certaine mesure le praticien prescripteur de ses propres revenus par une inflation d'actes tarifés en charge au moins partiellement de la collectivité.

I / QUELLE AUTRE REPONSE POSSIBLE ? UNE PREVENTION VERITABLE.

Pour que le concept de prévention ait un sens dans cet enjeu de santé publique que représente le cancer il est indispensable de connaître et comprendre, donc de rechercher, le rôle des facteurs expliquant la fréquence croissante de ces pathologies.

L'idée du «registre» vient immédiatement à l'esprit.

Mais un registre est-il l'outil suffisant pour cette prévention souhaitable ? Et de quel registre parlons-nous ?

II / DE QUEL REGISTRE PARLONS-NOUS ?

Le premier outil indispensable est bien la création d'un **registre des cancers**. Mais il se pourrait que cet outil, selon sa conception, s'avère aussi peu productif que le serait la simple comptabilisation des accidentés de la route ou des séropositifs pour le contrôle de ces autres fléaux !

**C'est en effet en aval du registre que débute la prévention, rendue possible ou impossible en fonction de la qualité des données recueillies.
Il faut accepter de «penser» le registre du cancer en fonction de sa finalité.**

On doit bien convenir du fait qu'un tel registre peut correspondre à deux logiques et deux finalités qui peuvent coexister mais aussi s'affronter :

- 1- **Dans la première logique**, la plus facile à mettre en œuvre et pouvant trouver le soutien «désintéressé» de certaines firmes, le registre n'est qu'un répertoire, un recensement des cancers observés. On observe la fréquence et les variations de celle-ci selon les âges, les organes ou la géographie. Sont produites des courbes et des cartes figurant l'avancée du mal auquel il convient donc de consacrer des moyens de lutte eux aussi croissants.

Dans ce modèle n'est donc attendu qu'un usage purement «utilitariste», mais cette comptabilité ne permettra jamais d'enrayer la progression du mal. Il serait abusif de dire qu'un tel registre est constitué pour le bénéfice direct des patients concernés ou des populations encore saines. Les vrais utilisateurs et bénéficiaires du registre sont ailleurs.

L'usage «utilitariste» évoqué n'est pas dérisoire ni méprisable mais doit être clairement identifié : Il est «utile» de mieux anticiper la demande croissante de soins ; «utile» d'investir de façon plus rationnelle pour le développement des outils diagnostics ou thérapeutiques, en particulier médicamenteux que ces pathologies exigent... Ah les «cancérologues»... ! Il est «utile» que les firmes pharmaceutiques et biomédicales adaptent leur stratégie de développement à ce **marché aux caractéristiques idéales, à la fois croissant et captif !**

Le registre est pour tous ceux là un **véritable outil d'étude de marché**, mais ne soyons pas dupes, le souci de ces investisseurs là est plus tourné vers la rentabilité que vers le souhait de voir régresser la demande !

L'idée généralement associée à celle du registre est celle de la mise en œuvre de «protocoles de soins».

Au sein même des établissements de soin la pression est forte pour privilégier l'inclusion des patients dans des «protocoles» qui forment, même en cas de thérapeutiques déjà validées, le champ d'expérimentation «in-vivo» des firmes pharmaceutiques. La résistance éthique à certaines sollicitations est rendue plus encore difficile par «l'accompagnement financier» proposé temporairement par les laboratoires, en attente de la mise sur le marché à des prix enfin libérés comme le prévoit l'accord passé le 13 juin 2003 entre l'état et les représentants de l'industrie pharmaceutique.

- 2- **La seconde logique possible** part du postulat que la meilleure action souhaitable serait celle qui aboutirait, par son efficacité, à une réduction de la demande de soins.

Ceci implique de formuler d'autres questionnements que ceux dans lesquels on tente de nous circonscrire : **Il s'agit de déterminer en quoi la société est globalement devenue cancérogène ? La nouvelle «pathogénèse» ronge l'ensemble de notre société civile, urbaine ou rurale, précaire ou nantie, imposant la recherche méthodique des facteurs possiblement en cause.**

Nous connaissons déjà les travaux épars de plusieurs équipes, en particulier au sein de l'INSERM, sur des thématiques particulières, ces travaux ont reconnu déjà la nécessité d'un recueil de données dépassant la démarche médicale commune.

Il semble nécessaire de **promouvoir un autre modèle universel de registre du cancer, véritablement dédié à une épidémiologie débouchant sur des actions préventives orientées vers la population encore saine ou exposée.**

Un tel registre impose une **méthodologie** et des **précautions extrêmes** qui feront l'objet de l'exposé qui suit dans ce **travail**.

Il apparaîtra que cette action ne pourra être menée par les seuls médecins et qu'elle ne pourra prétendre à une efficacité qu'avec **l'accompagnement de mesures politiques et juridiques** dépassant largement le cadre étiré du plan cancer qui nous est proposé.

- III - Troisième partie : QUELS MOYENS METTRE EN ŒUVRE ?

Les moyens à mettre en œuvre ne concernent pas que les professions de santé. Des mesures d'accompagnement politiques et juridiques sont indispensables sans lesquelles une lutte contre le cancer représenterait un combat trop inégal pour ne pas être qualifié d'utopique. Des interrogations concernant la société tout entière et son fonctionnement démocratique apparaîtront en toile de fond et en axe principal de l'ensemble de ces réflexions, donnant à ce combat contre le cancer une dimension politique et sociale dont la négation équivaldrait à un renoncement devant l'objectif affiché de voir régresser un fléau qui nous concerne tous.

Nous distinguerons donc :

- I - Les mesures de mise en œuvre des outils de la prévention.
- II - Les mesures d'accompagnement nécessaires.

- I - LA MISE EN ŒUVRE DES OUTILS DE LA PREVENTION

PREAMBULE :

Dans une première partie «la fausse route » nous avons montré que le plan annoncé le 24 mars 2003 n'était pas un plan «anti » cancer, mais un plan d'accompagnement «avec » cancer. Face à ce fléau croissant il est prévu un renforcement des moyens de dépistage et de soins dont nous ne songeons pas à sous-estimer l'intérêt ; mais les véritables causes ne sont pas recherchées, comme si le cancer n'était qu'un «dégât collatéral » d'une société industrielle, libérale, productiviste et devenue cancérogène, vouée à la fatalité de son autodestruction.

Les causes environnementales évoquées, connues de longue date, ont été soulignées aussi par Geneviève BARBIER et Armand FARRACHI dans «la société cancérogène, lutte-t-on vraiment contre le cancer ? » et par le Pr. BÉLPOUME dans «ces maladies créées par l'homme ». Le 7 mai 2004 un colloque dont la portée aurait du être bien plus considérable s'est tenu à l'UNESCO à Paris sur le thème «cancer, environnement et société », suivi par un «Appel de Paris » signé par de nombreuses personnalités dont les prix Nobel de médecine François JACOB et Luc MONTAGNIER, ainsi que par l'ancien secrétaire de l'Organisation des Nations Unies, Boutros BOUTROS-GHALI. Qu'un tel événement n'ait pas obtenu soutien ou estime publique plus explicite, alors même qu'il aurait pu s'inscrire en synergie complète avec la politique annoncée peut nous interroger sur la sincérité et la détermination des promoteurs du plan anti-cancer ou de la charte de l'environnement défendue par le même gouvernement.

Pour une autre réponse possible à ce défi de civilisation et de santé publique sans précédent nous avons posé déjà l'exigence d'un vrai registre du cancer qui ne soit pas seulement un répertoire utile pour coordonner la lutte contre les cancers déjà déclarés, mais qui soit aussi un outil conçu pour une épidémiologie active destinée à tenter de prévenir des cancers non encore déclarés dans des populations exposées à des risques enfin identifiés. Alors seulement nous aurons les moyens d'un plan «anti-cancer ».

Il est déjà reconnu qu'une partie du monde du travail, industriel ou agricole est surexposée à certains risques. On doit donc accepter que le mouvement social et syndical soit un partenaire naturel dans ce combat pour la santé de tous.

Une société démocratique ne saurait consentir à cette forme d'inégalité qui tolère l'exposition de certains travailleurs à des risques reconnus, à l'origine de plus de 20.000 nouveaux cancers par an (rapport IMBERNON).

Alors même que d'utiles et efficaces campagnes d'information et de prévention sont développées pour diminuer le risque de l'exposition solaire dans notre société de loisir, à quand les campagnes d'envergure comparable dans le monde du travail chez ceux qui «risquent leur vie à la gagner» ?

Assurément un des enjeux est de récuser un certain formatage de la pensée médicale, confinée dans sa mission de soin, mais aussi un certain formatage de l'opinion commune encouragée à la passivité et l'acceptation de la fatalité d'un sort peut-être évitable.

Pour passer «du soin à la santé» il faut rendre chaque acteur moins complaisant, plus responsable et plus citoyen..

C'est en fait à la société tout entière, une fois informée, de déterminer démocratiquement si elle souhaite la révision d'un modèle économique et productiviste aux effets mortifères. Encore faut-il que ces effets ne soient pas dissimulés, même aux victimes.

Peut-être que les médias auraient un rôle à jouer autre que de glorifier les progrès de la médecine, pour décrire aussi le champ de son impuissance ou le caractère inégal du combat mené contre une société cancérogène qui s'accepte comme telle. La complaisance médiatique à la promotion du dépistage et du soin fait le jeu objectif de ceux qui ne proposent pas d'autres options que la médecine curative.

LES OUTILS DE LA PREVENTION

Un authentique plan «anti» cancer est nécessaire, mais il supposerait des mesures nouvelles que nous envisagerons successivement, indissociables les unes des autres si nous voulons vraiment réduire la progression du fléau.

- 1 - Un registre est nécessaire, mais pour un nouvel usage.
- 2 - Une déclaration obligatoire de toute pathologie cancéreuse doit être envisagée.
- 3 - Une démarche épidémiologique doit être instaurée pour tout nouveau cancer déclaré.

1- UN REGISTRE, POUR UN NOUVEL USAGE.

QUEL REGISTRE ?

Le registre, nous l'avons vu, ne peut-être un simple recensement des tumeurs qui permettrait au mieux d'adapter les moyens de lutte aux conséquences d'un processus dont nous renoncerions à maîtriser les causes.

Il convient que ce registre soit pensé autrement. Il doit devenir un véritable outil épidémiologique, c'est à dire contenir des données exploitables pour initier une authentique démarche de prévention.

Les soignants ne peuvent revendiquer de créer seuls le registre : Le fait d'être au contact des pathologies ne signifie pas que la compétence entière requise soit disponible. Les soignants ne peuvent accomplir cette tâche qu'avec l'aide d'autres scientifiques, dont le statut d'indépendance serait protégé, pour accomplir cette mission de veille et d'alerte.

Le modèle de registre du cancer souhaitable ne peut être élaboré que par des professionnels de santé en collaboration étroite avec d'autres scientifiques possédant d'autres moyens d'expertise fondés sur d'autres savoirs.

Ils doivent les uns et les autres être comptables devant le corps social de leur «savoir» sur les conséquences biologiques des facteurs qu'ils auront su détecter comme à l'origine de pathologies et au premier rang de celles-ci les cancers.

QUELS OBSTACLES PREVISIBLES ?

La méthodologie une fois proposée il est prévisible qu'apparaissent face à cette démarche **des «postures idéologiques»** extrêmes dont **il faudra dépasser les polémiques inévitables.**

Nous connaissons déjà les «négationnistes» des dangers environnementaux, mais aussi les «fatalistes» qui considèrent que notre monde ne peut échapper à la dynamique de son modèle économique et industriel, même si celui-ci pouvait s'avérer à l'origine de son déclin ou de sa mort programmée.

* **Les «négationnistes»** ont alimenté déjà le sottisier médical autour de l'amiante il y a quelques années. Une frange de l'opinion refuse les questions nouvelles et dérangementes lorsqu'elles mettent en cause un modèle sociétal perçu comme confortable malgré tout. Ce courant est aussi conforté par l'idéologie consumériste, encouragée par la publicité dont c'est la fonction première. Le plus grand nombre se satisfaisant de la part artificielle croissante de nos produits de consommation et même de notre alimentation. L'idéologie libérale, fondamentalement demandeuse de liberté d'entreprise et de dérégulation a toujours su stigmatiser ceux qui mettaient l'opinion en garde contre certains de ses excès, y compris lorsqu'il s'agissait de menace présumée sur la santé publique.

* **Les «fatalistes»** occupent souvent les postes de pouvoir et ce n'est que par souci électoraliste qu'ils se disent parfois sensibles aux problèmes environnementaux. Mais leur pratique contredit le plus souvent leurs dires et qui plus est leurs efforts dans ce domaine aboutissent parfois à mieux réglementer le «droit à la pollution», sans se donner même les moyens de sanctionner les débordements.

***Dans ce débat les professionnels de santé occupent la place privilégiée de ceux qui recueillent les données humaines et peuvent participer à donner l'alarme.** Notre qualité de soignant ne nous exonère pas de notre responsabilité sociale collective lorsque certains faits viennent à notre connaissance ou lorsque nous sommes les seuls à pouvoir signaler leur existence à d'autres experts scientifiques mieux armés pour poursuivre les investigations.

Au-delà de tout débat philosophique ou politique, les professionnels de santé ne peuvent avoir d'autre posture que celle de la lucidité et de la responsabilité et c'est déjà beaucoup.

Aucune éthique professionnelle ne pourrait se satisfaire d'une rétention d'information en cas de mise en danger de la collectivité.

Le médecin ne peut consentir à être réduit à son rôle de soignant confiné dans une médecine curative bientôt débordée par l'ampleur de fléaux sociétaux. Le médecin a aussi une légitimité à intervenir dans le champ du questionnement social et ce peut-être dans certains domaines le plus grand service qu'il puisse rendre à ses patients.

Si nous constatons une incapacité du corps médical à effectuer le cheminement culturel souhaitable sans incitation forte, il faudra sans doute que la représentation nationale redéfinisse certaines des missions de santé publique et participe à modifier les règles déontologiques derrière lesquelles se retranchent les médecins, non pour protéger les malades dans ce cas précis mais pour se soustraire à des engagements sociaux en relation avec l'intérêt général des populations soignées ou encore saines.

2- UNE DECLARATION OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PATHOLOGIES CANCEREUSES

UNE EVOLUTION POSSIBLE :

Cette exigence (MDO) existe déjà dans 26 autres pathologies et a été récemment étendue à la séropositivité. Dans ces cas l'objectif n'est pas le soin mais la protection de la collectivité. Cette obligation peut être étendue à la nécessité de connaître l'incidence réelle de pathologies cancéreuses pour protéger demain une population encore saine de pathologies peut-être évitables.

Le rapport 2002 de l'institut de veille sanitaire énonçait (p86) que «la surveillance française actuelle des cancers n'est pas adaptée aux nouveaux enjeux de la lutte contre le cancer» et proposait déjà un enregistrement exhaustif des cas déclarés à partir des sources disponibles telles que le PMSI ou les ALD30 des caisses d'assurance maladie, ou des certificats de décès. Ce seul recueil serait inefficace au regard du but recherché.

La déclaration obligatoire des cancers est rendue possible déjà par la loi du 1 juillet 1994 et devrait intervenir lors du premier diagnostic ; mais elle nécessite une double précaution : S'assurer de la pertinence des données et assurer la protection des personnes concernées.

UNE EVOLUTION QUI NECESSITE UNE DOUBLE PRECAUTION :

* **Les données recueillies doivent éviter les redondances ou les oublis.** C'est aux cytoanatomopathologistes qu'il faut imputer la responsabilité et l'obligation de cette primo-déclaration. Mais des dispositions doivent permettre la déclaration clinique dans les cas beaucoup plus rares de diagnostic «probabiliste» non fondé sur une preuve anatomique.

* **La protection des personnes** impose que les mêmes précautions d'anonymat déjà appliquées dans d'autres domaines soient respectées.

La protection des registres en même temps que la protection des données sont le corollaire indispensable de la déclaration obligatoire qui ne peut donc être confiée qu'à un organisme public. Il s'agit d'un enjeu majeur pour éviter une utilisation sociale négative ou mercantile des données recueillies.

Cette précaution est rendue plus encore nécessaire en cas d'intervention d'opérateurs privés dans la protection sociale et la santé publique dont les intérêts pourraient être mêlés avec ceux du secteur assurantiel, patronal ou bancaire. L'expérience déjà vécue aux USA de la «perméabilité» de certains registres a démontré la gravité des dérives possibles. (Certaines compagnies d'assurances se sont spécialisées dans le rachat de contrats d'assurance vie avec le versement anticipé généralement de 50% de la prime initialement prévue au décès, réalisant un gain égal que la seule révélation du cancer aura rendu possible. L'assuré ainsi sollicité bénéficie d'un capital inespéré qui dans un pays à la protection sociale restreinte est perçu comme une aubaine pour payer des soins souvent très coûteux. Le plus souvent cette somme versée par anticipation réintègre le «marché de la maladie» et échappe aux ayants-droit lors du décès). On perçoit une menace réelle de perversion d'un système initialement conçu pour l'assistance aux tiers et la solidarité.

N'oublions pas que pour certains acteurs le cancer est un marché comme les autres ! Ce sont les mêmes ambitions qui font souhaiter à ceux-ci d'avoir accès aux données médicales pour l'obtention du meilleur «profil clientèle» possible avec **menace sur le secret professionnel**. Le rapport Babusiaux rédigé pour le compte du ministère de la santé en 2003 envisage sans ambiguïté les conditions juridiques et techniques qui permettraient d'accéder à cette exigence commune de certaines mutuelles et des assureurs. Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie explicite que «le partage des informations doit être la règle et la rétention l'exception» !

Malgré ces craintes dont il faut prendre la mesure pour une vigilance maintenue dans la durée, l'enjeu de société que représente la lutte contre les causes de cancer ne justifie pas que l'on renonce à cet objectif. La déclaration obligatoire est bien l'acte premier qui rend une véritable enquête épidémiologique possible.

3- UNE ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE POUR TOUT CANCER DECLARE :

L'élaboration du modèle de cette enquête ne relève pas de la compétence des seuls médecins :

L'objectif est de reconstituer un véritable «parcours de vie», avec l'aide de médecins épidémiologistes secondés par des oncologues, des spécialistes de la santé au travail, mais aussi des toxicologues et des spécialistes de l'évaluation de l'environnement.

Cette enquête déborde donc le cadre d'un simple recueil de données médicales pour englober les facteurs environnementaux, les migrations personnelles, la reconstitution du parcours professionnel et de ses risques, les habitudes alimentaires et les données familiales.

Chaque cancer a une histoire et peut être perçu comme la conséquence d'un processus à élucider. La démarche de recueil de données vise à reconstituer une «pathogenèse possible» et à valider la pertinence de celle-ci pour la corréler avec des facteurs de risque connus ou suspectés ou recherchés.

On ne peut bien sûr attendre une évidence de cause pour chaque cancer, la tâche est complexe tant le nombre de facteurs environnementaux créés par l'homme est considérable. On peut espérer par l'accumulation des données suspecter ou démontrer des facteurs de risques que nous ignorons encore.

La définition d'un nouveau métier :

Cette nouvelle tâche est un «nouveau métier» complexe, parallèle à la prise en charge des soins mais indépendant de celle-ci. Cette enquête pourrait être effectuée par des soignants formés ou par délégation à une équipe épidémiologique régionale.

La faisabilité de ce recueil de données nécessite une évolution de la législation du travail sur laquelle nous reviendrons

14.

Le registre des données recueillies, corrélé à la déclaration du type de cancer, doit répondre à la même exigence de protection que la déclaration elle-même et obtenir le consentement du patient.

Il est également essentiel que le patient partage aussi cette information dans la perspective de pouvoir faire valoir ses droits.

CONCLUSION :

La mise en place d'un tel outil se heurtera à des **résistances culturelles et institutionnelles** qui ne permettront pas de faire l'économie d'un plus large débat politique et d'autres propositions qui feront l'objet de la dernière partie de ce travail : Définir une «veille sanitaire» dans le domaine du cancer, fonder une véritable agence nationale de prévention des risques de cancers évitables, affirmer l'indispensable adaptation d'un arsenal juridique qui en l'état non seulement n'autoriserait pas une telle démarche mais entraverait son déroulement.

Nul ne peut ignorer en effet qu'il existe un conflit d'intérêt majeur entre les agences soucieuses de préserver la santé et l'environnement et un monde industriel en recherche de productivité et de dérégulation.

- II - LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT NECESSAIRES.

PREAMBULE : DU SOIN A LA SANTE, L'ENJEU EST POLITIQUE

Dans une première partie «*la fausse route*» nous avons montré que le plan annoncé centré sur la médecine curative n'était qu'un plan d'accompagnement «avec» cancer. Dans le précédent chapitre «*une déclaration pour une épidémiologie active*» nous avons argumenté l'exigence d'un registre sécurisé alimenté par une déclaration obligatoire qui deviendra l'outil d'une démarche épidémiologique nouvelle visant à **reconstituer le parcours de vie de chaque sujet atteint** pour rechercher une «pathogenèse possible».

Ce nouveau métier d'enquête parallèle à la prise en charge des soins fournira un recueil de données confié à un organisme susceptible d'initier une authentique démarche de prévention. **Alors seulement débutera un plan «anti» cancer visant à éradiquer les causes qui auront pu être identifiées de ce fléau.** Cette démarche et elle seule permet d'espérer une réduction de l'exposition aux risques et une diminution des nouveaux cas.

LES MOYENS DE CETTE AMBITION :

Les moyens de cette ambition, au-delà de la déclaration obligatoire, du registre et de l'enquête épidémiologique, relèvent de décisions politiques fortes à la hauteur du défi posé par la «société cancérigène» évoquée dans la première partie de ce travail. Nous préconisons trois initiatives nouvelles :

- 1 - Une nouvelle forme de «veille sanitaire régionale».
- 2 - Une «agence nationale de prévention des risques de cancers évitables», dont les missions déborderont le champ de la médecine.
- 3 - Une évolution indispensable du cadre législatif.

Nous concluons sur la nécessaire implication du mouvement social et sur une réflexion de la société tout entière sur son devenir.

1 -UNE NOUVELLE FORME DE VEILLE SANITAIRE REGIONALE :

La veille sanitaire existante ne paraît pas adaptée à ce nouvel objectif : Son recueil de données est plus statistique qu'épidémiologique :

- Les modalités actuelles de déclaration des risques professionnels visent plus l'indemnisation individuelle que l'identification et l'éradication des risques.
- Il n'existe pas d'archivage des postes de travail incriminés ni de mesure contraignante de prévention par assainissement de ces postes pathogènes.
- Les risques environnementaux non professionnels sont moins encore répertoriés, révèlent souvent à l'occasion de plaintes ou d'accidents, les DRIRE (Direction Régionale Industrie Recherche et Environnement) manquent de moyens et de directives contraignantes.

Le projet en matière de cancer doit promouvoir une «fonction de veille sanitaire régionale» alimentée par les enquêtes épidémiologiques succédant aux déclarations obligatoires.

- La proximité régionale permet l'établissement d'une «cartographie **des risques**», le recoupement des informations et le déclenchement d'investigations ou **expertises complémentaires** en articulation par exemple avec l'inspection du travail, les services d'hygiène ou agences environnementales.
- Un **«devoir d'alerte» doit être juridiquement reconnu** ainsi **qu'un droit d'investigation auquel nul ne pourrait s'opposer**. Le constat d'une «mise en danger patente» au regard de risques connus doit être rendu public et déboucher sur une injonction judiciaire de correction immédiate.
- Les constatations autres seront avec les premières transmises à l'agence nationale pour complément d'expertise.
- Un **droit de recherche de substances cancérigènes dans le sang** doit être affirmé pour tout sujet atteint et reconnu aussi pour tout sujet exposé.
- Un **rapport annuel d'activité** englobant les données recueillies et les procédures entreprises doit être remis au Conseil Régional et transmis à l'agence nationale avec les requêtes de ce conseil.

Cette structure régionale doit être **indépendante, collégiale et soumise à contrôle démocratique, la transparence** doit être la règle pour la meilleure information des populations et du monde du travail.

2 -UNE AGENCE NATIONALE DE PREVENTION DES RISQUES DE CANCERS EVITABLES :

Son seul objectif serait la prévention et son champ d'intervention se doit d'être diversifié :

Le rôle de cette agence ne serait pas de coordonner les structures de soins ou de superviser l'institut national de lutte contre le cancer mais *d'œuvrer seulement pour la promotion de la santé globale des populations et générations futures.*

Cette mission de prévention clairement identifiée justifiera des **engagements financiers distincts de ceux consacrés au soin et très substantiellement supérieurs à ceux actuellement consacrés à la prévention.**

Les modalités d'intervention doivent être diversifiées :

- **Certaines missions relèvent d'une démarche éducative et culturelle.**
- **D'autres prolongent l'action des organismes régionaux.**

- **La première mission serait éducative et culturelle :**

- **1 En collaboration avec le ministère de l'éducation nationale il conviendrait de combler le gouffre d'ignorance des populations exposées, seul moyen d'une responsabilisation future.**
- L'enseignement général primaire et secondaire devrait *développer un «champ disciplinaire» portant sur les relations entre l'homme et son environnement et sur les bases de la santé humaine.* La biologie aurait vocation à enseigner aussi ce qui menace et détruit l'homme.
- L'histoire qui est aussi celle des civilisations peut enseigner ce qui participe à la servitude et la destruction des populations. On parle «d'ouvrir l'école au monde de l'entreprise», pourquoi pas ? Mais enseignons surtout *la connaissance du statut et des droits des travailleurs*, la légitimité de la défense syndicale de ces droits et les enjeux des rapports sociaux, y compris en terme de santé publique, au sens d'une santé «physique, mentale et sociale» selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- **2 En collaboration avec les Universités l'agence doit définir les besoins d'une telle démarche de politique de santé publique évoluant du soin vers la santé :**
- *Il s'agit en premier des besoins en chercheurs et experts en sciences toxicologiques ou environnementales pour que ces filières soient valorisées.*
- La création d'une *fondation pour la recherche en sécurité sanitaire* pourrait être proposée dont l'indépendance doit être garantie, écartée de tout conflit d'intérêt avec le monde industriel.

*** 3 *Enfin l'agence doit imposer dans l'enseignement de la médecine une évolution nécessaire à la cohérence de l'ensemble de ces dispositions :**

- Une place conséquente doit être faite à la connaissance des pathologies d'origine environnementale.
- Un enseignement des pathologies dues au travail et le caractère pathogène de certains environnements professionnels doit être enseigné à l'ensemble des praticiens et non seulement dans le cadre de la médecine du travail.
- La médecine du travail doit être valorisée en renforçant le champ de ses compétences en matière sociale, sociologique et juridique. Son indépendance réelle doit faire l'objet d'une réforme du Droit.
- Un esprit épidémiologique doit faire partie de la formation médicale de base et être entretenu dans les pratiques cliniques. L'enquête épidémiologique dans le cadre des cancers doit devenir une bonne pratique obligatoire et non seulement une recommandation, sa non-réalisation doit être sanctionnante au même titre que d'autres négligences susceptibles de porter préjudice au patient.

- La deuxième mission de l'agence nationale prolonge l'action des organismes régionaux pour étendre le champ du savoir sur la société cancérigène et pour proposer des actions correctrices.

La concentration des données épidémiologiques et leur exploitation complétée par des expertises ou recherches ciblées devrait déboucher sur la reconnaissance rapide de risques jusqu'alors ignorés ou négligés qui étendront immédiatement *le champ de la prévention possible*.

Un champ d'incertitude sans doute beaucoup plus vaste alimentera la réflexion pour des études plus longues et *l'application éventuelle d'un «principe de précaution »*.

L'agence devra rendre publiques les avancées des connaissances et les propositions correctrices soumises à la représentation nationale qui devrait annuellement rendre compte de la prise en compte de ces recommandations.

Ici aussi la transparence dans une agence collégiale et sous contrôle démocratique doit être la règle pour éviter la rétention d'information et contraindre la puissance publique aux actions préventives utiles.

3 - L'ARSENAL JURIDIQUE DOIT ETRE ADAPTE :

A - LES CONSTATS :

Le constat de la mise en danger des populations et particulièrement des travailleurs dans une société devenue globalement cancérigène pose des questionnements multiples appelant des réponses de nature non seulement médicale mais également politiques et juridiques.

CES QUESTIONS concernent :

- Bien sur les entreprises,
- Mais aussi le monde du travail, les professions de santé au-delà de leur mission de soin et les responsables politiques.

- 1/ LES ENTREPRISES : Bien entendu des mesures protectrices des intérêts industriels devront être révisées ou abrogées, des mesures nouvelles seront nécessaires. Mais il ne suffira pas de rappeler que le capitalisme, intrinsèquement, n'a d'autre objectif que la productivité et l'accumulation de richesses ; nous nous souviendrons que le modèle productiviste était aussi celui de l'univers socialiste.

Un autre «monde possible » moins cancérigène serait aussi un monde ayant accompli une redéfinition de ses besoins, ses choix de production et d'organisation du travail humain, ses choix de partage des richesses et de solidarité avec ses malades.

A ce jour et dans notre monde contemporain capitaliste, il faut rappeler cependant dans quel rapport de force s'engage la lutte contre la « société cancérogène ». **Trois remarques s'imposent :**

- 1 / **Un dogme dépassé** d'inspiration marxiste voudrait que la « reproduction de la force de travail » soit une nécessité pour le capitalisme. Ce dogme vérifié au début de l'ère industrielle a participé à l'acceptation par les employeurs de systèmes sociaux protecteurs à la charge de la collectivité. Mais on observe que l'évolution du marché de l'emploi et la mondialisation modifient profondément cette nécessité :
 - *Le chômage de masse supprime cette exigence et ouvre même la voie à une possible « sélection » de certains travailleurs et l'exclusion de ceux jugés de moindre « employabilité »... .
 - *Les délocalisations ou l'emploi de main d'œuvre en statut social dégradé autorisent l'exploitation de travailleurs échappant à toute forme de protection sociale ou de surveillance médicale.

La santé des travailleurs n'est donc plus une condition de la prospérité du capital.

Nous avons souligné plus haut que l'économie capitaliste n'avait pas eu le monopole de la mise en danger des travailleurs et que le modèle productiviste socialiste partageait le même défaut conceptuel. Ce constat oblige dans nos perspectives à étendre le champ de nos interrogations sur le devenir souhaitable de nos sociétés.

Mais sans attendre l'élaboration de perspectives qui représenteront un véritable changement de civilisation, nous pouvons dire que « ici et maintenant » c'est bien à la santé du capital qu'est sacrifiée parfois la santé des travailleurs.

Ceci explique que l'on pourra observer :

- Un désengagement de la responsabilité sociale des entreprises,
 - Une forte exigence d'exonérations de cotisations sociales,
 - Et une attention nouvelle portée non pas sur la santé des travailleurs mais sur le marché de la maladie, dont le seul cancer représente quinze milliards d'euros de chiffre d'affaire..
- 2/ **La mise en danger d'autrui est cependant encore perçue comme source d'ennuis judiciaires possibles** comme l'a révélée l'affaire de l'amiante. Pour cela **des mesures d'évitement** sont prises par le monde des entreprises, encouragées officiellement par les organismes patronaux tels que le MEDEF dans les préconisations de « bonne gestion » pour améliorer la productivité :
 - Les tâches les plus nuisibles à la santé seront confiées à l'intérim ou la sous-traitance, parfois à des travailleurs clandestins. (Comme cela a été révélé lors de la crise des chantiers de l'Atlantique de Saint Nazaire en 2003)
 - Les délocalisations permettent de poursuivre certaines activités en contournant la législation nationale ; ainsi le phosgène de Toulouse après l'explosion d'AZF est-il traité en Europe de l'Est ; il en est de même pour certaines productions de dioxine ou pour le démantèlement des navires chargés d'amiante dans leurs structures.

C'est ici la mort qui est exportée, en toute connaissance de cause, tant il est évident que les acteurs de ces chantiers délocalisés ne bénéficient pas des mesures de protection coûteuses dont on songe justement à faire l'économie.

- 3/ **De façon fondamentale la pensée libérale tente d'obtenir, voire d'imposer, une révision des fondements du Droit :**
 - Le Droit à la santé est bien inscrit dans la déclaration universelle des droits de l'homme comme dans le préambule de notre constitution nationale.
 - La pensée libérale hésite encore à contester frontalement ces droits fondamentaux, mais elle **tente d'exclure les droits sociaux des droits fondamentaux** : Toute démarche qui vise à redéfinir les droits sociaux sur la base du « contrat » vise en fait à nier le caractère fondamental de ces droits, en particulier celui à la santé.

Toute « refondation sociale » basée sur cette logique vise à obtenir que « les droits sociaux soient progressivement découplés des droits de l'homme » et sacrifiés aux objectifs économiques.

- 2/ **LE MONDE DU TRAVAIL** face à ce péril pour sa santé, affronte une **double difficulté** :

- 1/ **Les travailleurs sont écartelés entre les risques auxquels ils s'exposent et la sauvegarde de leur emploi.** Ils sont parfois tenus dans l'ignorance de ces risques ; mais même la connaissance de ceux-ci peut induire des attitudes de compromis par lesquels «la santé devient négociable ». La responsabilité syndicale est ici engagée au travers des CHSCT soumis à des pressions inexcusables.

Il ne faut pas perdre de vue en effet que le Droit à la santé est inclus dans le Contrat de Travail et les Obligations des employeurs.

Ce Droit participe à donner sens aux activités humaines, le compromettre c'est atteindre un degré inacceptable de l'exploitation humaine, tant il est vrai que nul ne doit devoir risquer sa vie pour la gagner.

- 2/ **La deuxième difficulté résulte de l'isolement du Monde du Travail** qui doit être rompu :
- La société tout entière est comptable des risques pris dans les entreprises par ceux qui participent à sa prospérité.
 - Pourtant une défiance réciproque est fréquente entre travailleurs et populations de voisinage, particulièrement autour d'industries polluantes.

C'est au contraire la transparence, la solidarité et la concertation qui devraient prévaloir là où sont perçus des dangers collectifs.

- Un piège est tendu dans ces entreprises lorsque est demandé pour certaines activités dangereuses un «avis favorable » qui s'apparente à un «quitus » donné à l'entreprise dans ses plans d'action face à certains risques. Le CHSCT peut pourtant jouer un rôle pour approfondir certaines expertises, exiger la transparence des informations ou l'intervention d'experts extérieurs. Un «avis » ne saurait être favorable ou sans réserve lorsqu'un risque pour la santé n'a pas été éradiqué ; toute attitude de compromis participe à conforter l'isolement et l'incompréhension entre le monde de l'entreprise et le monde extérieur à celle-ci.

- 3/ **LES PROFESSIONS DE SANTE** : Elles ont leur part de responsabilité dans la tolérance de la société devenue cancérigène. L'insuffisance ou l'incompréhension de certains, parfois le déni des évidences, contribuent à retarder une prise de conscience plus globale.

Il est bien attendu par certains politiques que les médecins soient des acteurs zélés de la «paix sociale » et ne se mêlent que de procurer des soins alors même que d'autres missions sont à leur actif :

- **La sous déclaration des maladies professionnelles, y compris cancéreuses**, est une terrible lacune de la profession dans tous ses modes d'exercice, hospitalier, libéral ou en médecine du travail.
- **Les causes en sont multiples** ; Insuffisance flagrante de formation et de connaissance des médecins, non-indépendance de la médecine du travail, détérioration croissante et organisée de l'exercice de la médecine du travail, non-couverture par la médecine du travail de nombreux travailleurs souvent les plus exposés.
- **Les conditions légales d'exercice sont viciées ou détournées** :
 - Les attestations patronales obligatoires d'exposition au risque sont très peu utilisées et les modalités de recours quasi inexistantes.
 - Le décret CMR (aubry / Jospin 2001) obligeant à la délivrance d'attestation de «non-contre-indication » à l'exposition aux risques par des substances «cancérigènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction » est un scandale absolu. Ce décret à été condamné par les professionnels de la médecine du travail et par le comité national d'Ethique, mais reste en application.
 - D'autres dispositions plus récentes aggravent encore la situation par la substitution programmée par d'autres acteurs que les médecins eux-mêmes pour évaluer la dangerosité et les risques d'exposition de chaque poste de travail, cette tâche pouvant être confiée à des ergonomes ou ingénieurs recrutés par l'entreprise.

- **4 / LE COMPORTEMENT DES POLITIQUES** : Il est au cœur d'un processus qui tolère et entretient la société cancérigène au nom d'un modèle de société productiviste conditionnant l'homme à l'économie.

Le monde politique cependant ne peut sérieusement argumenter de son ignorance de la situation :

- En un temps cette ignorance était dominante : **Le premier rapport de l'IGAS en 1974** observait «qu'il n'a jamais été prouvé que la prévention soit toujours un facteur de diminution des dépenses de santé, il convient d'abord de miser les deniers de la prévention sur les bonnes causes » (Causes non précisées)
- Mais après trente ans **le rapport de l'IGAS 2003** qui s'est attaché à analyser d'autres politiques observées en particulier au Québec, en Finlande et au Royaume Uni, reconnaît la «nécessaire priorité de la prévention des risques environnementaux et des risques professionnels ». Ce rapport reconnaît aussi «le cloisonnement opérant entre médecine curative et médecine préventive » et la place de la «promotion de la santé » à travers une éducation «dès l'école maternelle » jusque dans «les milieux professionnels ». Nous attendons hélas toujours les mises en œuvre de ces recommandations par ailleurs bien peu diffusées dans le public qui n'est donc pas en mesure de demander des comptes sur une politique dont les fondements lui sont dissimulés.
- **Les rapports successifs** de l'institut national de veille sanitaire, comme le rapport SUMER déjà cité sont également disponibles à nos décideurs.
- **Le Conseil d'Etat le 3 mars 2004** a jugé que «si l'employeur est tenu de protéger la santé des travailleurs placés sous son autorité, il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informé des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle ».

En toute connaissance de ces données les gouvernements successifs, socio-libéraux ou libéraux organisent :

-1- l'impunité des entreprises,

-2- Et la démedicalisation de la santé au travail :

1/ L'impunité des entreprises :

- Le décret CMR déjà évoqué (Aubry/Jospin) demande aux médecins de porter la responsabilité d'une exposition «sur ordonnance » à des produits cancérigènes ou toxiques avérés !
- Le même gouvernement par une circulaire du 18 mars 2002 consentait à ce que les retardataires très nombreux à l'application de la directive européenne de 1991 (obligeant les employeurs à évaluer les risques pour la santé des travailleurs et organiser la prévention) ne puissent être sanctionnés !
- L'affaire de l'amiante a introduit par le jugement porté un concept de «faute inexcusable de l'employeur », mais organisé aussi la «déresponsabilisation pénale » de celui-ci puisque les indemnités seront supportées par le système assurantiel aidé par des fonds publics. Cette évolution vers la reconnaissance d'une juste réparation est bien entendu bénéfique aux victimes mais les modalités de cette réparation détournent les employeurs d'une exigence de prévention fondée sur la crainte de sanctions pénales et personnalisées lorsque des populations encore saines restent exposées à des risques similaires !
- Le lobby de la chimie qui était déjà intervenu en force pour contrer le protocole de KYOTO trouve un soutien actif du gouvernement actuel pour obtenir un «droit de polluer » réglementé.
- La récente «charte de l'environnement » a vu s'élever contre son article cinq tous les adversaires du «principe de précaution », avec le renfort des académies de science et de médecine ! Les pressions exercées ont permis d'obtenir que dans le texte final adopté le 25 juin 2004 le champ de la santé soit exclu du dédommagement possible, en totale incohérence avec le plan anti-cancer avancé par le même gouvernement ! Ce sont les mêmes forces qui organisent leur impunité pour demain et se battent aussi pied à pied pour réduire l'étendue des indemnités pour les victimes d'hier de l'amiante !
- Lorsque la commission européenne, constatant que 3% seulement de 30.000 substances les plus utilisées ont été évaluées pour leur toxicité humaine, projette une réglementation nouvelle visant à tester la toxicité sur l'homme de tout produit chimique mis sur le marché (Projet REACH ; Registration-Evaluation and Autorisation of Chemicals), c'est le même président à l'origine du plan anti-cancer en mars 2003 qui en septembre 2003 s'associe aux responsables Blair et Schröder pour adresser au président de la commission européenne Romano Prodi une requête pour s'opposer à cette réglementation qui «pénaliserait les entreprises » !

- **2 – Le démantèlement de la surveillance de la santé au travail** est aggravé par des décrets récents dont la rédaction correspond aux attentes des organisations patronales.
 - Le 24 juin 2004 un décret prévoit la possibilité pour l'employeur de faire appel à des « intervenants en prévention des risques professionnels », autres que les médecins du travail formés déjà à cette tâche. L'approche devient « technique » plutôt que « médicale » avec des conseillers recrutés et payés par l'entreprise. Il est à craindre que ceux parmi les médecins du travail qui voudraient encore dans le cadre de leur « tiers temps » consacré aux études de poste s'introduire dans l'entreprise se trouvent en conflit ouvert avec ces nouveaux « spécialistes » dont la non-indépendance sera encore plus flagrante que pour les médecins du travail eux-mêmes.
 - Le 30 juillet 2004 un autre décret prévoit de réduire la fréquence des visites médicales obligatoires qui d'annuelles passeront à tous les deux ans, avec une augmentation de l'effectif des salariés suivis par chaque médecin du travail, passant de 2700 en moyenne à 3300 environ.
 - Un plan « santé et travail » est annoncé dans la préparation duquel les médecins du travail n'ont guère été sollicités.
 - Dans le cadre de la réforme globale de l'assurance maladie, le patronat ne dissimule pas souhaiter une privatisation de la branche AT-MT (Accident du Travail et Maladie Professionnelle) de la sécurité sociale pour en faire une activité indépendante et lucrative. Pour le MEDEF la maladie est un marché comme les autres et même les pathologies dues aux activités salariées ne sauraient échapper au secteur assurantiel !

Au travers de ces mesures s'établit nettement une démedicalisation de la santé au travail. Nous sommes très loin de la Loi de 1946 qui donnait pour mission à la médecine du travail « d'éviter toute altération de la santé du fait du travail ».

Cette démission du politique, en contradiction avec d'autres discours rendus publics, tels que celui ayant entouré l'annonce d'un plan anti-cancer et d'une charte de l'environnement traduit une **profonde incohérence dans les choix politiques effectués**. Les mêmes acteurs possèdent en effet **d'autres données** qui auraient pu les inciter à plus de fermeté et de sincérité dans les bonnes intentions affichées :

- Le coût des atteintes à la santé en relation avec le travail avoisine ou dépasse, selon certaines estimations, 3% du Produit National Brut (PNB) dans les pays industrialisés.
- Ce coût représenterait à lui seul environ 20% des dépenses de santé (bien plus que le fameux trou de la sécu !)
- Si on retient la sous-déclaration massive du lien entre ces pathologies et le travail on peut soupçonner un coût encore plus élevé qui représenterait, lui, un très sévère handicap pour le développement de notre société, même perçu du point de vue des décideurs libéraux qui nous gouvernent.

B - UNE EVOLUTION INDISPENSABLE DU CADRE JURIDIQUE NATIONAL :

Les mesures et pratiques « médicales nouvelles » évoquées supposent une adaptation juridique dans plusieurs domaines :

- Une déclaration obligatoire ou la création de registres relèvent de législations simples à mettre en œuvre.
- Pour la mise en œuvre des registres et enquêtes il convient que la violation des normes pour **la sécurisation des données** soit sanctionnante pénalement de façon très dissuasive.
- La **protection juridique et professionnelle des « lanceurs d'alerte »** doit être garantie (comme dans certains pays anglo-saxons) aussi bien pour les investigateurs régionaux que nationaux.
- La réalisation d'un « **cadastre** » **des nocivités environnementales** doit être une mission de service public ainsi que les mesures nécessaires de correction de ces nuisances.

C'est dans le Droit du Travail et dans le Droit Commun que les bouleversements les plus importants seront nécessaires, sans lesquels aucune démarche de prévention ne serait efficace :

- Il conviendrait d'aller bien au-delà de la Directive européenne transposée dans le **Droit du travail** en France depuis 1991 mais bien mal appliquée encore : Cette directive oblige les employeurs à évaluer les risques pour la santé et la sécurité de leurs employés et à organiser la prévention. Une circulaire du 18 avril 2002 a reconnu que les retardataires à l'application de cette directive (plus de 10 ans après) ne peuvent être sanctionnés ! La première cohérence d'un plan anticancer serait l'abrogation de cette circulaire et l'application de la loi.

- Une autre Loi dite «relative aux nouvelles régulations économiques » (NRE) adoptée en 2001 concernait les données sociales et environnementales en entreprise mais reste peu appliquée. Il faut **exiger des employeurs** les déclarations exhaustives sur les risques encourus mais aussi la levée du secret de certaines procédures mettant les travailleurs au contact de substances toxiques, la déclaration obligatoire du recrutement d'intérimaires ou de sous-traitants pour des tâches exposées à de tels risques. Des contrôles et sanctions doivent être prévus pouvant aller jusqu'à la cessation d'activité ou l'interdiction de la sous-traitance.

- *La législation doit imposer une mesure nouvelle par l'obligation de l'employeur à fournir pour chaque poste et quel que soit le statut de l'employé, même en sous traitance, une fiche mentionnant la nature du risque et au contenu validé par l'agence de veille sanitaire régionale. L'employeur aurait obligation par période ou au terme du contrat de déclarer sur un volet de cette fiche la durée et la sévérité de l'exposition selon des modalités de quantification proposées par l'agence nationale de prévention des risques de cancers évitables. Ces documents successifs seront pour chaque individu un élément essentiel de son dossier «santé et travail ». La non-délivrance serait sanctionnante pénalement.*

Le statut et les missions de la médecine au travail doivent être renforcés :

- *Le suivi individuel professionnel mais aussi post-professionnel, y compris par la recherche sanguine de produits toxiques décelables, doit devenir obligatoire et gratuit.*
- *Le statut du médecin du travail ne doit plus dépendre de l'employeur mais du ministère de la santé. Il doit être en relation étroite avec les agences régionales de veille sanitaire et partager toutes les données recueillies avec les médecins traitants dans des réseaux de santé de proximité.*
- Une des missions est de veiller à la rigueur de la **tenue du dossier santé et travail**.
- Les dispositions législatives de 2001, déjà condamnées par le comité consultatif national d'éthique et sollicitant les médecins du travail pour la rédaction de certificats de «non-contre-indication » à l'exposition aux risques professionnels doivent être abrogées.

- *Une logique inverse doit s'instaurer par laquelle le médecin du travail évalue «l'aptitude du poste de travail » à être occupé par un travailleur, sur simple requête du monde du travail ou à l'instigation de l'agence de veille.*

- Une **révision des barèmes d'indemnisation** doit mettre fin au scandale que représente le «prix » dérisoire de la vie d'un travailleur décédé au regard des barèmes de droit commun.
- Tous les tests et procédures de dépistage du cancer doivent **échapper au brevetage**.

D'autres domaines du Droit devraient être «revisités » pour fonder la cohérence des choix de santé publique annoncés :

- Le **délit de «mise en danger d'autrui »** doit être explicitement étendu aux entreprises et à leurs cadres dirigeants, supprimant toute forme d'impunité.
- Une réforme du Droit économique doit **mettre fin à l'irresponsabilité financière des actionnaires** qui tirent dividendes de profits fondés parfois sur la détérioration de la santé des travailleurs.
- Une refonte du Droit commercial doit interdire la **mise sur le marché de toute substance** qui n'aurait pas été reconnue inoffensive pour l'homme. Les décisions en ce sens de la cour européenne des droits de l'homme doivent s'imposer en priorité sur toute autre directive de motivation commerciale. **Le droit de la concurrence ne doit pas pouvoir être opposé au droit à la santé.**

L'application des sept **recommandations de l'appel de Paris du 7 mars 2004** doit être soutenue, visant à prévenir la dégradation de notre environnement et la mise en péril des générations futures.

- **Cet appel dans son préambule rapporte l'ensemble des textes relatifs à la préservation de la santé humaine** : Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) du 7 avril 1948 ; Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 ; Déclaration de Stockholm du 16 juin 1972 , de La Haye sur l'environnement du 11 mars 1989 ; la constitution relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989 ; la Charte européenne sur l'environnement et la santé adoptée à Francfort le 8 décembre 1989 ; la résolution 45/94 de l'assemblée générale de l'ONU du 14 décembre 1990 sur l'environnement et la santé ; la Convention sur la diversité biologique du 5 juin 1992 ; la Déclaration de Rio de Janeiro sur l'environnement et le développement du 13 juin 1992 qui dès son premier principe précise que les êtres

humains sont au centre des préoccupations concernant le développement durable et confirmant dans son principe quinze la nécessité des mesures de précaution ; ce principe de précaution est repris par le Traité instituant la communauté européenne dans son article 174 relatif à l'environnement ; la convention de Stockholm du 22 mai 2001 détermine la nécessaire protection de la santé humaine des polluants ou toxiques persistants ; enfin la Déclaration de Johannesburg sur le développement durable du 4 septembre 2002.

- **Suivent de multiples considérations scientifiques succédant au constat de la dégradation de la santé humaine. Les substances considérées nocives sont énumérées.**
- La déclaration **préconise sept mesures visant à :**
 - * L'interdiction des CMR
 - * L'application du principe de précaution dans des circonstances précisées et parfois sans attendre les preuves formelles des dommages sanitaires irréversibles.
 - * L'adoption de normes toxicologiques pour la protection des personnes.
 - * Des plans de réduction progressive de substances toxiques mises sur le marché dans le modèle de l'action déjà réalisée par les pays scandinaves.
 - * Etendre le champ des responsabilités publiques et privées, avec juridiction internationale possible.
 - * Appliquer effectivement le protocole de Kyoto.
 - * Renforcer en Europe le programme REACH.

CONCLUSION :

Les pistes évoquées sont aux antipodes du plan anticancer qui annonce une inévitable désillusion, comparable à celle qui succéda au plan NIXON en 1971.

Le problème abordé est politique et sociétal. Il s'agit de refuser la fatalité d'une société devenue cancérogène par effet de ses choix économiques, industriels et politiques.

Nous pouvons douter de la capacité ou de la détermination de certains décideurs à sortir d'un modèle pathogène sur lequel est fondée la prospérité de quelques-uns.

Certains acteurs ne sont même pas conscients de la manipulation dont ils sont l'objet de la part de puissances économiques qui ne rêvent que de dérégulation et maximisation des profits, y compris dans l'industrie du traitement des cancers.

Cancéreux peut-être déjà ou menacés de le devenir nous devons sortir du statut passif d'intermittent de l'accès au soin pour devenir des permanents actifs de la défense de la santé et d'un modèle de société qui lui soit favorable.

La médecine est au cœur de cet enjeu entre la souffrance individuelle qu'il nous est demandé de soulager et les périls collectifs dont nous refusons la fatalité. Il nous faut pour cela accepter l'évidence de problématiques qui ne relèvent pas de nos seules compétences mais que nous avons l'impérieuse nécessité d'intégrer dans notre démarche.

Notre rôle est de dire qu'une société malade d'elle-même et diffusant ses propres agents mortels n'est pas une société saine mais une société criminelle.

Une vaste résistance collective s'impose et la recherche d'alternatives avec un mouvement social éclairé sur les enjeux, sans entretenir l'illusion d'une société industrielle capitaliste capable de s'assainir elle-même.

L'évolution des relations de l'homme avec son environnement et sa société ne pourra se faire qu'au prix de rapports sociaux radicalement transformés.

Porter ce discours à propos de la nécessaire lutte contre l'extension de l'emprise du cancer dans notre société, c'est aussi affirmer qu'un autre monde est possible et même indispensable pour éviter la destruction programmée de nos vies. Il faut pour cela initier une réflexion bien plus large que celle qui anime les acteurs de la santé publique et poser d'autres questionnements :

- Concernant les activités véritablement « socialement utiles ».
- Concernant les conditions de santé globale qui rendraient enviable le modèle de société que nous œuvrons à construire.
- La dimension « écologique » de ce débat est évidente et peut être affirmée non comme accessoire ou démagogique pour rallier des sympathies dans l'air du temps, mais comme une prise de conscience déjà tardive dans un débat de civilisation qui touche au devenir de notre espèce.
- **La place de la médecine dans la société doit tout entière être repensée pour la promotion de la santé et non seulement dans les activités curatives.** La médecine doit consentir à n'être qu'un des maillons de cette promotion de la santé et perdre sa position hégémonique qui a pu participer au retard et aux fausses routes du passé.
- La société est devenue cancérogène par l'effet de ses choix économiques, industriels et politiques. Nous constatons que ce modèle pathogène fonde la prospérité de quelques-uns et fait peser des menaces sur tous, particulièrement fortes dans le monde du travail. **Il paraît illusoire d'espérer que cette société accepte de s'assainir elle-même sans une pression démocratique du plus grand nombre pour imposer des rapports sociaux et des modes et finalités de production radicalement transformés.** L'enjeu est bien de refonder les conditions et la finalité du Travail Humain et de lui trouver un Sens autre que celui de produire une accumulation de richesses matérielles.

L'avenir démontrerait probablement si cette option était retenue, comme ce fut le cas dans d'autres domaines, que la prévention véritable des cancers est un investissement économiquement, socialement et humainement plus rentable que la seule inflation des moyens consacrés à la médecine curative.

BIBLIOGRAPHIE :

1. BARBIER Geneviève : Avons nous vraiment déclaré la guerre au cancer ? – Pratiques Nos 22 juillet 2003
2. BARBIER Geneviève : Le nouveau plan national contre le cancer : Entre appel d'offre et désinformation – communiqué de presse du SMG 14 février 2003 – Pratiques Nos 21 avril 2003
3. BARBIER Geneviève, FARRACHI Armand : La société cancérogène, lutte-t-on vraiment contre le cancer ? – Ed de la MARTINIERE 2004
4. BELPOMME Dominique : Ces maladies créées par l'homme – Ed ALBIN MICHEL 2004
5. BELPOMME Dominique : Pour une politique de prévention des cancers. L'écologiste – Vol 4 Nos 2 juin 2003
6. BOURDON William (Maître) : Multinationales : comment les poursuivre ? L'écologiste – Vol 4 Nos 1 février 2003
7. CASSOU B, HUEZ D et coll. Les risques du travail – Ed LA DECOUVERTE Paris 2000
8. CHESNAUX Jean : L'irruption écologique, nouveaux enjeux, nouvelles solidarités – Le passant ordinaire Nos 36 septembre-octobre 2001
9. CICOLELLA André : Les tris quart des cancers sont dus à l'environnement – Pratiques 1998 Nos 4
10. CICOLELLA André : Sécurité sanitaire : Une réforme inachevée – Pratiques Nos 22 juillet 2003
11. HUEZ Dominique : La santé au travail – Pratiques Nos 22 juillet 2003
12. ILLICH Ivan : Libérer l'avenir – Seuil 1971
13. IMBERNON Ellen : Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France – Rapport InVS mars 2003
14. ISRAEL Gérard : Une expérience mutualiste originale – Pratiques Nos 22 juillet 2003
15. JONAS Hans : Le principe de responsabilité, une éthique pour la civilisation d'aujourd'hui – Ed CERF Charenton le Pont , 1990

16. LARSABAL Bertrand : L'écologie politique, un concept qui ne veut rien dire ? – Le passant ordinaire Nos 38 janvier-mars 2002
17. LATOUCHE Serge : Le développement est-il la solution ou le problème ? – L'écologiste Nos spécial 6 , hiver 2001
18. LECLERC A et coll. Les inégalités sociales de santé – Ed LA DECOUVERTE Paris 2000
19. LEE Matilda : L'état de la planète 2002 – L'écologiste Vol 3 Nos 3 automne 2002
20. MAUREL-ARRIGHI Elisabeth : Les citoyens au secours de la santé publique – Pratiques Nos 22 juillet 2003
21. PEZERAT Henri : Cancers professionnels : Réparer, faire reconnaître – Pratiques Nos 24 janvier 2004
22. PEZERAT Henri : Qu'attendent les amiantés de leur médecin ? – Pratiques Nos 22 juillet 2003
23. PROST Alain, COMMEAU Daniel : Bitulac, une lutte exemplaire – Pratiques Nos 22 juillet 2003
24. RACHET Bernard, PARTANEN Timo, KAUPPINEN Timo, SASCO Annie : Cancer risk in laboratory workers : An emphasis on biological research – Am. J ; of Industrial Medicine – 38, 2000 , 651-65
25. REMONTET L, BUERNI A, VELTEN M, JOUGLA E, ESTEVE J : Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 , rapport Institut National de Veille Sanitaire , aout 2003.
26. RICHAUD Jacques : Avons nous un plan « anti » cancer ?- Première partie : La fausse route.- Pratiques Nos 25 avril 2004, 73-77
27. RICHAUD Jacques : Avons nous un plan « anti » cancer ? – Deuxième partie : Une déclaration pour une épidémiologie active – Pratiques Nos 26 juillet 2004, 79-82
28. RICHAUD Jacques : Avons nous un plan « anti » cancer ? – Troisième partie : Du soin à la santé, un enjeu politique – Pratiques Nos 28 janvier 2005
29. RIST Gilbert : L'invention du développement – L'écologiste Nos spécial 6 hiver 2001
30. SMITH Corinne : Peut-on faire confiance à l'académie des sciences ? – L'écologiste Vol 5 Nos 1 avril-juin 2004
31. VECCHIO Daniela, SASCO Annie J, CANN Christina I : Occupational risk in health care and research – Am. J. of Industrial Medicine 43, 2003 369-97

DANS LES REVUES

- Science et vie : « Cancer- Les vraies raisons d'une épidémie » – Dossier spécial Nos 1041 juin 2004
- Sciences Humaines : Dossier « Société du risque, fantasmes et réalités » Nos 124 février 2002
- Esprit : Dossier « Risques et précautions » Aout-septembre 2003
- L'écologiste : « Dossier Cancer » Vol 1 Nos 1 Automne 2000 / « Appel de Paris contre la pollution » Vol 5 Nos 13 juillet-aout-septembre 2004
- PRATIQUES : « Santé et environnement- Les vrais enjeux » Nos spécial Nos 4 –1998 / « La santé au travail » Nos spécial Nos 5 – 1999 / « La responsabilité du médecin » Nos spécial Nos 7 – 1999

RAPPORTS ;

- Rapport de la commission d'orientation sur le cancer , ABENHAIM Lucien , LOUWARD Daniel ; 16 janvier 2003
- Plan cancer : 2003-2007 , Mission interministérielle pour la lutte contre le Cancer.
- Rapport annuel 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable » - La documentation française Paris 2003
- Rapport aout 2003 « Evolution de l'incidence et de la mortalité des cancers en France de 1978 à 2000 » , Institut National de Veille Sanitaire, Paris 2003.
- Rapport annuel 2002 de l'institut de veille sanitaire
- Rapport préliminaire de la commission d'orientation du plan santé-environnement – 12 décembre 2003
- Rapport au conseil national de l'Ordre des médecins, Dr STEFANDI « Registre du cancer : Quelle information du patient ? » Février 2004

SOMMAIRE	SOCIETE CANCERIGENE : FATALITE OU ENJEU POLITIQUE ?
La question : Avons nous un plan « anti-cancer » ?	
- I – Première partie : LA FAUSSE ROUTE	
PREAMBULE	
-I/ LA FAUSSE ROUTE	2
-II/ QUELS SONT LES QUESTIONNEMENTS NON PRIS EN COMPTE ?	3
-1- Les causes environnementales	
-2- L’insuffisance des politiques de prévention	
-3- Les conflits d’intérêt	4
-4- La spécificité des cancers dus au travail	
-5- Comment interpréter l’ensemble de ces insuffisances ?	6
-III- QUELQUES AUTRES QUESTIONNEMENTS AUTOUR DU PLAN ANNONCE	
-1- Les modalités de mise en œuvre	
-2- Une nécessaire évaluation	7
- II - Deuxième partie : UNE AUTRE REPOSE EST-ELLE POSSIBLE ?	
PREAMBULE / QUELLE INTERPELLATION POUR LES SOIGNANTS ?	
-I/ QUELLE AUTRE REPOSE POSSIBLE ? UNE PREVENTION VERITABLE	8
-II/ DE QUEL REGISTRE PARLONS NOUS ?	9
-1- Dans la première logique	
-2- La seconde logique possible	
- III - Troisième partie : QUELS MOYENS METTRE EN ŒUVRE ?	
-I/ LA MISE EN ŒUVRE DES OUTILS DE LA PREVENTION	
PREAMBULE	
LES OUTILS DE LA PREVENTION	11
-1- UN REGISTRE POUR UN NOUVEL USAGE	
QUEL REGISTRE ?	
QUELS OBSTACLES PREVISIBLES ?	
-2- UNE DECLARATION OBLIGATOIRE DE TOUTE PATHOLOGIE CANCEREUSE	12
UNE EVOLUTION POSSIBLE	
UNE EVOLUTION QUI NECESSITE UNE DOUBLE PRECAUTION	13
-3- UNE ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE POUR TOUT CANCER DECLARE	
L’élaboration du modèle	
La définition d’un nouveau métier	
-II/ LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT NECESSAIRES	14
PREAMBULE : DU SOIN A LA SANTE, L’ENJEU EST POLITIQUE	
LES MOYENS DE CETTE AMBITION :	
-1- UNE NOUVELLE FORME DE VEILLE SANITAIRE REGIONALE	
-2- UNE AGENCE NATIONALE DE PREVENTION DES RISQUES DE CANCERS EVITABLES	15
- La première mission serait éducative et culturelle.	
- La deuxième mission concerne le champ du savoir et des actions correctrices	16
-3- L’ARSENAL JURIDIQUE DOIT ETRE ADAPTE	
A – LES CONSTATS	
-1- Les entreprises	
-2- Le monde du travail	18
-3- Les professions de santé	
-4- Le comportement des politiques	19
B – UNE EVOLUTION INDISPENSABLE DU CADRE JURIDIQUE NATIONAL	
- Les mesures et pratiques médicales nouvelles	
- Le Droit du Travail et le Droit Commun	
- Le statut et les missions de la médecine au travail	21
- D’autres domaines du Droit	
- Les recommandations de l’appel de Paris du 7 mars 2004	
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	23
SOMMAIRE	25