Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 80 (1988)
Heft: 6

Artikel: Les tumeurs font un tabac
Autor: [s.n.]
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-386322

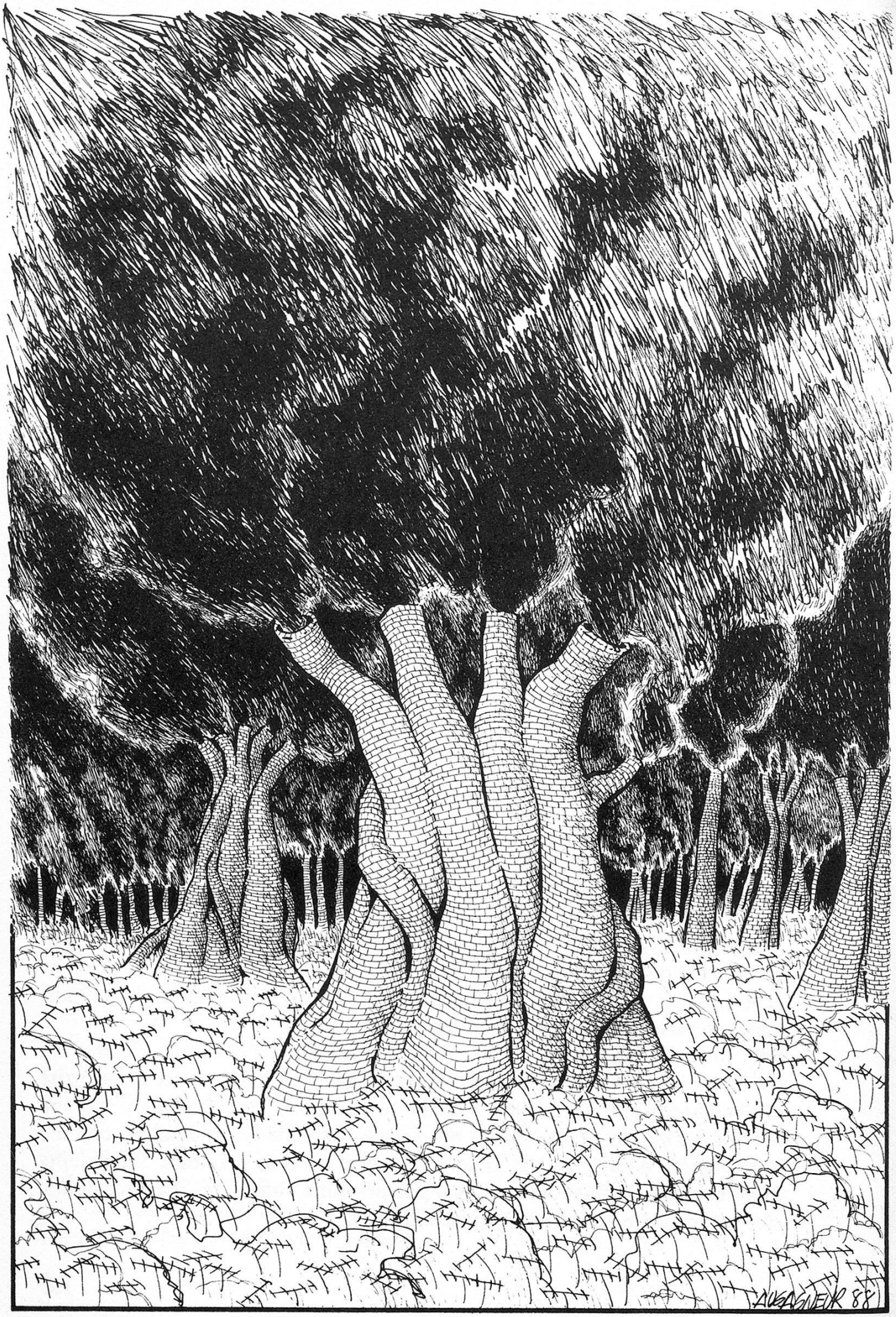
Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 06.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch


AUGUSTO NEIR 88

Les tumeurs font un tabac

Comprendre de quoi les gens sont morts, c'est bien; savoir comment ils tombent malades, c'est mieux – mais plus difficile.

L'accident, par définition, est soudain, inattendu. Par nature, il ne passe pas inaperçu: la chronique des usines chimiques est ainsi ponctuée d'explosions, embrasements, fusées de gaz ou de liquides. Le travailleur brûlé, tous ses collègues immédiats le voient emmené sur une civière et peuvent donc se dire: *«J'aurais pu être à sa place»* ou: *«Ça peut m'arriver demain»*. En réalité, il ne se le disent pas. La peur de l'accident, parce qu'elle porte sur un objet précis et concret, on croit pouvoir la conjurer par la forfanterie: *«Ça n'arrive qu'aux autres!»* La maladie professionnelle, au contraire, est lente, quasiment prévisible mais difficile à voir – du moins à temps. Ses causes, souvent, sont ignorées, ou cachées, camouflées par d'autres facteurs. La peur qu'elle inspire, on ne la conjure pas, on la tait.
«Comment expliquer?», dit un militant FTCP: *«Je n'ai pas vraiment peur, mais je suis inquiet sourdement des conséquences à long terme de mon travail sur ma santé.»* Il se documente, bien sûr, autant que possible. Il en a les moyens: laborant méthodique et curieux, il sait où consulter et comment interpréter une fiche toxicologique, et sait bien que les produits dangereux ne sont pas seulement ceux qui puent ou menacent d'exploser. Mais le volume des informations disponibles est dérisoire, au regard du nombre des substances manipulées. L'industrie chimique aujourd'hui travaille sur quelques 20 000 produits de base. Elle produit chaque année environ 5000 molécules nouvelles, dont le dixième seulement (c'est l'appréciation optimiste d'un expert) est bien contrôlé sur le plan de la sécurité, c'est-à-dire qu'on en connaît précisément les risques et qu'on en a fixé, par exemple, les taux de concentration maximale admissible. Un dixième. Pour le reste?
De temps en temps, une catastrophe accélère la recherche et intensifie les efforts de prévention. Quelques mois après celle de Seveso, le médecin d'usine demande, au CHS de Givaudan, *«où il peut trouver de la documentation concernant les symptômes cliniques dus à l'effet de la dioxine»*. On lui conseille Bâle ou Dübendorf. Au siège de Genève, cependant, où le médecin constate que certains employés ont à manipuler des échantillons de produits contenant du TCDD (dioxine), on ajoute aux précautions d'usage deux consignes impératives: *«aucune femme sur ces manipulations»* et *«le minimum possible d'employés masculins»*. Le bon côté des catastrophes, c'est qu'elles apprennent à identifier les dangers.
Hors catastrophe, il est extrêmement difficile de savoir – et donc d'agir – en temps utile pour prévenir la maladie professionnelle, pour une raison qu'explique en 1982 le Dr Gubéran, médecin inspecteur du travail à

Genève: *«Les études médicales concernant des groupes de travailleurs exposés au(x) même(s) toxique(s) ont été en nombre croissant au cours des deux dernières décennies. Elles sont cependant rendues difficiles par le fait que certaines maladies induites par des agents nocifs, en particulier les cancers et certaines maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires, se manifestent après une* période de latence *allant de quelques années à plusieurs décennies, lorsque le travailleur a peut-être quitté l'entreprise où il était exposé.»*

Le docteur est l'auteur d'une étude qu'il présente au CHS de Givaudan: «Analyse des causes de décès chez les travailleurs de l'industrie genevoise des parfums et des arômes», précisément. Résumées à la hache, voici ses conclusions. Les travailleurs de la chimie, quelle que soit leur catégorie professionnelle, ont une mortalité statistiquement normale. Mais de quoi meurent-ils? Deux anomalies ont été décelées. La première concerne les travailleurs affectés à l'entretien, parmi lesquels *«l'utilisation extensive du benzène jusqu'au début des années 1960 a été responsable de deux décès par anémie et, peut-être de l'augmentation significative des décès par leucémie (2 décès observés pour 0,3 attendu)»*. Autre bizarrerie chez les chimistes: leur mortalité totale est inférieure à celle de la population genevoise (les chimistes tirent ici le bénéfice de leur appartenance aux classes élevées de la société), mais *«la mortalité par tumeur est proportionnellement supérieure»* chez eux, ce que confirment d'ailleurs des études faites en Amérique et en Suède. Les tumeurs malignes des voies urinaires (3 décès observés pour 0,7 attendu), estime le docteur, peuvent être *«en rapport avec certaines amines aromatiques utilisées autrefois sans précaution dans les laboratoires de chimie»*.

Au total, alors, pas de quoi se frapper? Certes, l'étude n'a pas mis en évidence un risque mortel ignoré jusqu'alors, mais ses derniers mots sont pour *«réserver la possibilité que l'influence d'une substance nocive, utilisée par un petit groupe de travailleurs ou pendant une courte période, n'ait pas pu être décelée à cause du nombre trop restreint de sujets exposés»*.

Qu'est-ce qui irrite les bronches?

C'est mettre le doigt sur la limite et la fragilité premières d'une étude conduite sur un champ si étroit. Le Dr Gubéran a étudié les cas de 1168 travailleurs masculins (employés de bureau exclus) de Firmenich et Givaudan, embauchés dans ces boîtes jusqu'à fin 1964. A fin 1980, 797 d'entre eux étaient vivants, 344 décédés, leurs certificats de décès formant la matière première de l'étude.

Mais s'il est bon d'apprendre de quoi les gens sont morts, il est sans doute plus utile dans l'immédiat de voir comment ils tombent malades. L'enquête du Dr Gubéran dans la chimie genevoise était rétrospective. Son auteur, voulant la mettre à jour en y incorporant les données de la période 1981–1985, n'a pas modifié cette perspective, mais a voulu peaufiner: et

de faire distribuer dans les deux boîtes un questionnaire... concernant l'usage du tabac!
La première étude avait laissé entier le mystère des décès dus à la bronchite chronique: car on ne savait pas *«quelle avait été l'exposition professionnelle»* des travailleurs morts à des substances irritantes, ni *«s'ils avaient été fumeurs»*. Pour les suivants, on pourra donc répondre au moins à la deuxième question... Et comment faire pour savoir, du vivant d'un travailleur, si son exposition à des substances irritantes entraîne un risque de bronchite chronique? Il faut évidemment le voir à sa place de travail.
On sait la répugnance instinctive qu'ont montrée les patrons de la chimie à l'idée d'engager un vrai médecin d'usine, et comment l'insistance du syndicat fit dépasser l'obstacle, puisque le rôle de ce spécialiste est bien ancré maintenant dans la convention collective. Mais du principe à la pratique, les choses ne vont jamais simplement.
D'abord, il paraît qu'un médecin d'usine ne se trouve pas facilement. En quelques 25 ans, chaque fois que le problème a été évoqué en CHS ou en commission paritaire, le même soupir a fusé: la base de recrutement de ces spécialistes est diablement étroite! Il faut dire que la médecine du travail ne compte ni parmi les spécialités les plus lucratives, ni parmi les disciplines les plus gratifiantes aux yeux de la corporation médicale, en sorte qu'on ne s'y bouscule pas. Au début de 1963, le docteur Guerdjikoff, de la CNA, expose à une commission d'étude des synthétiques genevois que *«malheureusement, nos facultés suisses n'ont pas encore inscrit la médecine du travail dans leurs programmes»*. A l'été de 1979, devant une commission paritaire réduite, le médecin d'usine Egger constate encore qu'en Suisse *«la médecine du travail en est à ses balbutiements»*. On prend ici le pari qu'en 1995 le diagnostic portera toujours sur le sous-développement de la médecine du travail dans ce pays.
Ensuite, la présence du médecin dans l'usine reste modeste. Les syndicats ayant insisté pour qu'on l'augmente, elle représente aujourd'hui un petit cinquième du temps de travail du praticien, qui consacre le reste à son cabinet de ville. Concrètement: le médecin passe quatre matinées par mois chez Givaudan et quatre chez Firmenich. On peut ajouter à ce temps-là quelques heures de participation à des séances (CHS ou commissions particulières).

Crise de confiance

Enfin, bien qu'un règlement détaillé y pourvoie, le rôle et le statut du médecin d'usine sont peu clairs. C'est du moins ce que l'on observe à propos de l'espèce de crise qui éclate, en 1979, entre les travailleurs des synthétiques et leur médecin d'alors. Des questions de personnes pouvaient certes entrer en jeu, elles ne doivent pas masquer le fond du problème. Le médecin d'usine ne soigne pas. Règlement: *«Il ne prescrit ni médicament ni traitement. Il renvoie le malade ou l'accidenté à son médecin*

personnel.» Son rôle à lui se borne à la prévention, mais c'est concrètement difficile à saisir pour le travailleur convoqué à la consultation, qui voit s'écouler ce qui lui paraît être un quart d'heure de bavardage: tu causes, tu causes, c'est tout ce que tu sais faire... Le médecin, par ailleurs, a beau donner sa consultation à l'infirmerie de l'usine, dans un local et avec un matériel mis à disposition par celle-ci, les travailleurs ne vont évidemment pas, pour autant, le prendre pour un des leurs: même, la distance sociale qui les sépare est d'autant plus sensible que la distance géographique est abolie. Tout se passe, au vrai, comme si le médecin, fût-il jovial, était perçu comme un patron. Alors le médecin déplore que le travailleur, crainte ou timidité, hésite à lui signaler ses malaises, dont il s'ouvrira plus facilement peut-être à un collègue d'atelier.

Certes, le médecin d'entreprise n'est pas seul, dans son domaine, à promouvoir la prévention des maladies professionnelles, les services médicaux de la CNA jouent un rôle important sur ce plan. On ne saurait le détailler dans cet article, on donnera simplement un exemple.

Il y a une dizaine d'années, le système de contrôle traditionnel chez Givaudan (une analyse de sang mensuelle pour tous les travailleurs exposés) fut remplacé par un système plus sophistiqué mis au point par la CNA. Renonçant d'elle-même à contrôler les travailleurs relativement peu exposés, celle-ci choisit de concentrer l'attention sur les autres, et de fixer la fréquence des examens selon l'intensité du risque: tous les six mois, ainsi, pour les travailleurs opérant avec les solvants. L'espacement inquiétant quelque peu les ouvriers, on fit valoir qu'il s'agissait en réalité d'un progrès, les examens dans le nouveau système étant plus poussés, plus complets que les anciens. Par ailleurs il était clair que, si le travailleur en faisait la demande motivée, on le recontrôlerait à intervalles plus serrés. Les gens de la CNA, pour tout mettre au point, procédèrent à un quadrillage de Givaudan par zones de travail, par catégories de personnel et selon la durée d'exposition. Ils le firent naturellement en compagnie et des responsables de l'usine et du médecin d'entreprise, et l'un d'entre eux vint expliquer le nouveau système au CHS.

La prévention des maladies professionnelles, pourtant, n'est pas affaire exclusivement médicale; elle comporte un essentiel volet technologique... et requiert une volonté continue dans l'entreprise. Tiens, le benzène, dont on a vu *«l'utilisation extensive jusqu'au début des années 1960»,* il était bon que le Dr Gubéran l'identifiât rétrospectivement comme le responsable de deux anémies mortelles et, peut-être, de leucémies. Mais encore fallait-il s'en débarrasser. La volonté ne dut pas manquer, puisque la quantité de benzène utilisée chez Givaudan passa, d'une trentaine de tonnes annuellement, à moins d'une tonne en 1984. Et la lutte continue. En 1985, par exemple, le CHS apprend que le benzène utilisé (en très petites quantités) dans les laboratoires d'application pour des analyses y a été remplacé immédiatement par le cyclohexane.