LA PRÉVENTION SECONDAIRE DES CANCERS PROFESSIONNELS EN PÉRIL

Alain CARRÉ

INTRODUCTION
LA PRÉVENTION EN CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

La prévention des maladies professionnelles, dont les cancers professionnels, est un des axes de déploiement de la clinique médicale du travail.

La prévention primaire, c'est-à-dire le repérage et l'élimination du risque est déclinée collectivement par le médecin du travail dans ses actions de mise en visibilité des risques professionnels et d'alerte afin d'éviter toute **altération** de la santé des travailleuses et des travailleurs du fait de leur travail(1).

L'alerte sur le risque accompagnée de conseils pour l'éviter a été formalisée par l'article L.4624-9 du Code du travail. Toutefois ce signalement avait été précédé de longue date (1989) par l'obligation de rédaction d'une « fiche d'entreprise » mise à jour et comportant les risques existants et les postes concernés.

Ce signalement collectif est aussi individuel : lors de la visite d'embauche le médecin du travail ou l'infirmier du travail doit informer la nouvelle travailleuse ou le nouveau travailleur des risques existants à son poste de travail et des moyens de s'en protéger(2).

1– Article L.4622-3 du Code du travail
2– Articles R.4624-11 et R.4624-24 du Code du travail

La prévention tertiaire est la dernière étape préventive : le mal est fait, la maladie professionnelle survient. La prévention primaire ayant été ignorée ou inefficace, le risque, qu'il aurait fallu prévenir, a été à l'origine d'une maladie d'origine professionnelle. Dans la mesure où il ne peut ignorer le risque qui en est à l'origine, le devoir déontologique du médecin du travail(3) est d'accompagner la victime dans la légitime déclaration de cette maladie d'origine professionnelle. Dans mon expérience de cinquante années d'exercice, peu de médecins du travail assument ce devoir. Nous reviendrons sur les raisons de cette attitude.

LA PRÉVENTION SECONDAIRE
SA DESTRUCTION PAR LE LÉGISLATEUR

LA PRÉVENTION SECONDAIRE

C'est-à-dire le dépistage le plus précoce possible d'une maladie due au travail est dans l'exercice du médecin du travail un pis-aller. En effet, dans le monde réel, malgré des alertes du médecin du travail, quand elles existent, ou celle des préposés à la prévention de l'employeur, la prévention primaire est, pour ce dernier, l'objet d'un calcul économique coût-bénéfice.

3– Articles 50 et 95 du Code de déontologie médicale

Cela signifie, en particulier pour les cancérogènes, que si le process industriel est lié de façon intrinsèque à l'utilisation de cet agent chimique dangereux(4) et notamment des cancérogènes, ou encore que la prévention du risque serait trop coûteuse, la prévention primaire va être oubliée ou remplacée par une toile peinte de conseils sur « le comportement individuel approprié » ou la mise en œuvre de moyens (protection individuelle par exemple) qui n'éliminent pas totalement le risque.

Cette prévention secondaire par les médecins du travail a été formalisée dans le Code du travail dans trois situations distinctes : le suivi des expositions, et plus récemment, la surveillance post-exposition et la surveillance post-professionnelle.

Ainsi :

- L'article R.4624-35 du Code du travail permet au médecin du travail de mettre en œuvre des examens de surveillance de la travailleuse ou du travailleur soumis à des risques.
- L'article L.4624-2-1 du Code du travail évoque la possibilité d'une surveillance post exposition pour les travailleuses et les travailleurs ayant été exposés aux risques, y compris dans d'autres entreprises, mais dont l'exposition a cessé(5).
- Les articles R.4624-28-1 à R.4624-28-3 du Code du travail, récemment promulgués, traitent précisément des dispositions pour la surveillance post exposition et post professionnelle et dans ce dernier cas abrogent les dispositions antérieures(6) en mettant en place notamment une visite autrefois désignée sous le terme de « visite de fin de carrière » avant l'élargissement du processus.

Le processus est le suivant dans ce cadre :

- La fin de carrière (départ en retraite)[7] est signalée au service médical du travail par l'employeur, c'est ce service qui convoque le ou la salariée afin que le médecin du travail réalise cette visite.
- Cette visite débouche sur la rédaction par le médecin du travail « d'un état des lieux » des expositions notamment aux CMR assorti de conseils pour des examens de suivi post-professionnel.
- C'est cet état des lieux qui adressé à la CPAM par la retraitée ou le retraité et doit être dûment validé, voire amendé, par le médecin conseil ce qui donnera lieu (ou pas) à la délivrance de prise en charge d'examens de surveillance post professionnelle (SPP).

Du fait de ces dispositions la surveillance post-professionnelle (SPP) est dorénavant en péril

La première cause de destruction de la SPP est précisément la promulgation de ces nouvelles dispositions qui tranchent avec les précédentes obligations que portaient l'article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale et l'arrêté du 28 février 1995.

Les anciennes dispositions reposaient sur **une double attestation d'exposition celle du médecin du travail (comme l'actuel « état des lieux ») mais également une attestation d'exposition de l'employeur**.

Cette attestation était jusqu'alors la dernière des attestations, à l'exception de celle à l'amiante, du fait de la suppression d'attestation aux agents chimiques dangereux (ACD) en 2012(8), au motif de la création de la « fiche de pénibilité » elle-même abrogée peu de temps après.

Mais il faut remarquer que, théoriquement, l'article R.4412-39 du Code du travail exige la remise au salarié d'une « notice de poste »(9) décrivant les expositions aux ACD et les moyens de se protéger de ces risques. Elle constitue en fait un document fantôme car, à ma connaissance, **jamais** remise au salarié. La devise des employeurs dans ce domaine parait être « n'avouez jamais ».

Déjà théorique, mais permettant un recours en cas d'absence de remise par l'employeur(10), la responsabilité de l'employeur est désormais limitée à celle de signaler le départ en retraite de la salariée ou du salarié au service médical du travail.

4– La très récente mise en lumière de l'utilisation de l'hexane pour l'extraction des huiles végétales alimentaires en est un exemple.

5– Article L 4624-8 du Code du travail sur le dossier médical

6– Abrogation de l'article R 461-25 du Code de la Sécurité sociale remplacé par un article R.461-23 qui confirme les dispositions du Code du travail.

7– Ce signalement de l'employeur survient également s'il estime que le salarié ou la salariée n'est plus exposé à un ou plusieurs risques ou dès lors que l'intéressé quitte l'entreprise.

8– Décret n°2012-134 du 30 janvier 2012 tirant les conséquences de la création de la fiche prévue à l'article L.4121-3-1 du Code du travail

9– https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206027

10– Voir arrêt du 4 décembre 2008 de la cour d'appel de Paris condamnant EDF à attester de façon identique à l'attestation du médecin du travail.

La convocation et la déclaration des expositions *via* l'état des lieux dépendent entièrement de la responsabilité du médecin du travail.

La traçabilité individuelle notamment des risques CMR lors de la fin du contrat de travail n'implique donc plus directement l'employeur.

De plus en cas d'absence d'état des lieux et sans élément convainquant c'est de la décision du médecin conseil que dépendra l'attribution de la SPP. Si celui-ci refuse, il vous faudra saisir la CMRA de la CPAM, et en cas de refus de celle-ci, vous adresser au pôle social du tribunal judiciaire. La SPP est devenue mission impossible !

LA CRISE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL QUAND ATTESTER DEVIENT DANGEREUX

En fait, toutes ces dispositions, absolument indispensables, imposant au médecin du travail de s'impliquer dans les trois domaines de prévention constituent dans l'actuelle réalité un catalogue de doubles injonctions pour les médecins du travail qui les placent en situation de bouc émissaire des responsabilités d'employeur.

Ainsi, l'absence de repérage officiel des risques par le médecin du travail et de ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour s'en protéger permettrait en cas d'abstention de prévention par l'employeur, à celui-ci de se retrancher derrière l'éventuelle abstention d'alerte du médecin du travail « qui ne l'avait pas alerté ».

C'est le début de la cascade d'inaction qui va faciliter l'invisibilité des risques professionnels et de leurs effets.

En effet, si le médecin du travail n'avait pas effectué cette alerte de risque :

- pourquoi et sur quelle connaissance pourrait-il prévenir des risques, les travailleuses et travailleurs concernés ?
- sur quels éléments prescrirait-il les examens de dépistage des effets de ces risques des exposés ou post exposés ?
- comment rédigerait-il un « état des lieux » lors d'une visite de fin de carrière ?

Il faut comprendre, ici, que s'il s'avise de franchir la première étape il pourrait être objet de maltraitance par certains employeurs.

En matière de traçabilité empêchée, la volonté de destruction notamment du suivi post-professionnel par les employeurs est compréhensible :

- En bénéficier rend difficile la négation des risques qui justifient la SPP.
- Cela constitue en outre une possibilité de reconnaissance d'une éventuelle maladie professionnelle qui en résulterait.
- Et un atout de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.

Il existe actuellement un état de grande détresse de la médecine du travail induit par les réformes réglementaires successives décrites dans des articles précédents (notamment la dernière réforme faisant de la médecine du travail un appui médical au management mais aussi la disparition des CHSCT), il faut y voir également l'effet des menaces générales, relayées par la SFMT, des plaintes d'employeurs, en inflation, auprès des conseils de l'Ordre, vis-à-vis de celles et ceux qui attesteraient.

La double injonction peut être ainsi énoncée :

- assumer ses devoirs mais être, peut-être, sujet à des représailles ;
- ou céder à la peur et choisir de se taire au prix de la honte.

Elle débouche parfois sur des défenses inconscientes de cécité sur les risques ou de dénigrement des travailleuses et travailleurs « qui exagère toujours ».

Le résultat est que l'ensemble des devoirs de prévention des médecins du travail sont très souvent en sommeil.

UN EXEMPLE DES DIFFICULTÉS LA SPP DANS LES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

La montée des périls : le contexte d'une mise en place d'une consultation de SPP par les œuvres sociales du comité d'entreprise des IEG.

L'involution de l'implication à la prévention de la médecine du travail dans les industries électriques et gazières est un exemple de cette situation. Depuis le milieu des années soixante-dix, jusqu'en 2010, le corps professionnel des médecins du travail a joué ce rôle d'alerte favorisé par l'implication de certaines fédérations syndicales dans le domaine de la santé au travail et le caractère d'entreprises nationales de ce secteur.

Par un travail collectif, favorisé par des effectifs par ETP le rendant possible, les médecins du travail ont élaboré, pour chaque poste de ces entreprises des fiches de poste, aidé par un logiciel médical permettant d'affecter les expositions de la fiche de poste à chaque travailleuse et travailleur concerné.

Un tel travail collectif et la solidarité entre les médecins du travail avait découragé les représailles des employeurs en cas d'alerte de risque.

Cela avait favorisé la mise en place des préventions plus efficaces notamment pour tous les métiers techniques, qui du fait de la nature de ce secteur, **sont presque tous exposés à des cancérogènes à des degrés divers**.

Ainsi le risque est très élevé dans la production et le transport d'électricité et du gaz mais il existe également dans les métiers de la distribution du gaz et de l'électricité. C'est ce que révèle les incidences de cancers des études épidémiologiques sur ce secteur(11) en prenant toutefois en compte que, depuis la privatisation, certains risques sont dorénavant sous-traités

En fait, tout a changé avec la privatisation de ce secteur. On a assisté alors à la mise en place d'un management néolibéral, non seulement responsable d'une épidémie de RPS, mais également uniquement guidé par l'objectif gestionnaire financier.

Dans ce contexte, favorisé par l'affaiblissement de mener des travaux collectifs, comme dans les autres entreprises, dire le risque et en proposer la prévention est devenu de plus en plus difficile. Les ergonomes et les épidémiologistes qui avaient déterminés les risques et leurs effets, ce qui était à l'origine des fiches de poste, ont disparu. Certains ont été licenciés.

Les syndicalistes et les médecins du travail qui persistaient à jouer leur rôle ont été l'objet de répressions. Le logiciel médical a été remplacé par des logiciels moins efficaces et dont le dernier semble particulièrement contestable.

Or, la SPP repose sur l'identification des risques courus par le retraité dans le cadre de l'état des lieux. À partir de 2003, des difficultés d'obtenir une description des risques par le médecin du travail sont apparues et sont actuellement quasi générales notamment pour la délivrance des états des lieux pertinents.

C'est pourquoi j'avais personnellement proposé en 2003, aux œuvres sociales du comité d'entreprise de IEG (CCAS) de mettre en place dans son centre de santé parisien une consultation de suivi post-professionnel en recrutant un médecin très compétent. Cette proposition a donné lieu à la première et la seule consultation de SPP en France dans le cadre d'un comité d'entreprise.

En 2005, le titulaire à l'époque de cette consultation a dû abandonner le poste à la suite de menaces de rétorsion des employeurs concernés.

À mon départ en retraite en 2008, j'ai proposé de rouvrir cette consultation. Et j'en suis devenu le titulaire. J'ai alors entrepris de développer cette activité dans plusieurs directions.

Le rôle de la consultation de SPP de la CCAS

Un premier rôle : l'appui aux agents inactifs pour l'accès à la SPP et sa pertinence

La consultation avait pour fonction d'apporter un appui aux agents inactifs (retraités) des IEG en matière de prévention secondaire des cancers d'origine professionnelle. C'est-à-dire la mise en place des conditions de dépistage précoce permettant des rémissions de longue durée voire définitives.

Cette prévention consistait, en référence à l'article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale, récemment abrogé, à prescrire des examens de dépistage afin de faire le diagnostic éventuel de cancer le plus tôt possible et donner ainsi des chances de rémission aux éventuelles victimes. Ces dispositions ont été modifiées récemment mais, dans ce nouveau dispositif, la consultation pouvait être encore plus utile pour permettre l'accès au suivi post-professionnel.

Un deuxième rôle : l'appui aux CMCAS(12)

Dans ce cadre, la consultation avait également mis en œuvre, avec les CMCAS qui le désiraient, un *« circuit d'accès au SPP »*. Après formation des agents de la CMCAS et rencontre, si nécessaire, avec les CPAM se mettait en place la SPP, localement entre les mains de la CMCAS avec supervision technique du médecin.

11– https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Surveillance%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20en%20entreprise%20:%20analyse%20sur%2020%20ans%20de%20la%20mortalit%C3%A9%20des%20travailleurs%20et%20ex-travailleurs%20d'EDF-GDF

12– Les CMCAS sont les antennes locales des œuvres sociales du comité d'entreprise (CCAS).

Les CMCAS qui ont mis en place, partiellement ou en totalité, ce processus sont celles de Béarn-Bigorre, de l'Essonne, du Val-de-Marne, de Marseille, de Poitiers et de La Rochelle.

Un troisième rôle : le dépistage des maladies professionnelles et l'appui à la procédure de reconnaissance(13)

Récemment, en croissance exponentielle, la consultation assurait l'appui médical et réglementaire aux victimes de cancers d'origine professionnelle et à leurs ayants-droits dans le cadre du dépistage des causes professionnelles et de l'appui dans le processus de déclaration des maladies professionnelles.

Le bilan de la consultation

Depuis avril 2008, la consultation avait pris en charge **465 agents inactifs (retraités)** ce qui représentait en moyenne deux à trois agents par consultation mensuelle. Il faut y ajouter les liens en consultation à distance, notamment depuis l'épidémie de Covid.

Sur ces 465 consultations :

- **351** avaient pour finalité l'accès au suivi post-professionnel. Dans ce cadre les attestations d'employeur et de médecin du travail sont soit absentes (en majorité), soit incomplètes. Ainsi en 2023 et 2024, trois agents n'ont pu obtenir, malgré leur demande, d'« état des lieux » de leur médecin du travail concernant leurs expositions aux cancérogènes.
- **114**(14) ont ou avaient pour objet ou ont donné lieu à des procédures de reconnaissances de maladies professionnelles(15), Non compris dans ces chiffres, mais en augmentation sur demande, des appuis à la procédure de reconnaissance devenues plus aléatoire dans les CPAM et à la fixation de l'incapacité par la CNIEG (caisse AT-MP du régime spécial de Sécurité sociale des IEG) parfois difficile.

Une attention particulière de la consultation concernait, par définition, les cancers d'origine professionnelle. Ainsi, si les cancers survenant chez des techniciens actifs ou inactifs des IEG n'ont pas tous une origine professionnelle, toute survenue d'un cancer parmi cette population doit faire rechercher une origine professionnelle en référence à l'enquête épidémiologique de 2005 de l'INVS devenu *Santé Publique France*.

LA SUPPRESSION DE LA CONSULTATION DE SPP DE LA CCAS

Mon exercice dans ce cadre a été émaillé de quelques difficultés.

- Tout d'abord, **peu après sa mise en place**, une demande de SPP d'un salarié retraité des IEG, dont j'avais assuré la traçabilité et auquel j'avais conseillé des examens de suivi, a été contestée par l'employeur au motif que je n'aurais pas été compétent à ce sujet.
- C'était une erreur puisque cette contestation a donné lieu à une jurisprudence favorable à mes actes dans le cadre d'une chambre sociale de cour d'appel, ce qui rendait difficile toute contestation ultérieure.
- La direction du centre de santé où se tenait la consultation a été transféré à une SIC (coopérative médicale) avec laquelle il a toutefois été facile d'obtenir le maintien de la consultation.

J'ai assuré les activités de cette consultation jusqu'en juillet 2023 et estimant avoir atteint ma limite d'âge, j'ai proposé à la CCAS un successeur. Celui-ci avait deux qualités professionnelles à l'origine de mon choix : il s'agissait d'un médecin du travail du BTP c'est-à-dire connaissant des métiers proches de certains métiers techniques des IEG et par ailleurs expert en maladies professionnelles.

Ce choix a été accepté et il a été embauché avec mon assurance d'une année de travail en commun pour lui permettre d'acquérir la maîtrise du logiciel médical que

13– Ces activités de déclarations sont également assurées dans le cadre d'associations loi de 1901 militantes tels les GISCOP. L'une d'entre elles est particulièrement active en région Provence Alpes Côte d'Azur : Consultation du Risque, Maison Sainte Catherine 250 Chemin de Baigne-Pieds, CS80005 84918 Avignon Cedex 9

14– Notamment, **75** avaient pour origine des expositions à l'amiante (30 concernaient des plaques pleurales, 5 des asbestoses, 14 des mésothéliomes pleuraux, 22 des cancers bronchopulmonaires, 3 des cancers pharyngolaryngés, 1 cancer du côlon) ; **9** cancers des lignées sanguines (Benzène, rayonnements ionisants…) ; **3** cancers de la peau (HAP) ; **3** cancers de la vessie (HAP) ; **1** fibrose pulmonaire liée à l'inhalation de poussières de charbon (anthracose) ; **1** silicose chez un agent ayant travaillé en centrale thermique ; **6** cancers du rein liés à l'exposition au trichloréthylène ; **1** cancer de la thyroïde (rayonnements ionisants) ; **1** bronchopneumopathie chronique obstructive ; **1** glioblastome (champs électromagnétiques ?) ; **1** cancer prostatique (pyralène T 102 en utilisant jurisprudence « De Paoli »)

15– Dans ce cadre, certaines déclarations ont bénéficié de l'aide de l'ANDEVA et de l'association de médecins *Ramazzini*.

j'utilise et les modalités particulières des expositions professionnelles dans les IEG.

Une difficulté pratique s'est produite dans la mesure où la SIC qui occupait l'ancien centre de santé a été mise en faillite et en liquidation judiciaire et reprise par un groupe privé.

J'ai proposé alors deux solutions : le maintien physique à négocier avec le repreneur et / ou le passage à une téléconsultation :

En effet, même si je l'estime inadaptée à l'exercice de la médecine du travail, la téléconsultation est licite en médecine du travail(16) **et, dans le cadre de la SPP, se prêterait parfaitement au type d'activité que requiert la nature de cette consultation.** Cela aurait également l'avantage de faciliter l'accès de cette consultation dans l'ensemble des territoires y compris ultramarins, les antennes locales (CMCAS) s'impliquant facilement dans ce projet. J'ai donc plaidé pour cette solution, en outre peu onéreuse.

Dans l'attente, j'ai donc, après un an de soutien à mon successeur, en juillet 2024 remis ma démission. Le mois suivant mon successeur recevait un courrier de licenciement ! La consultation, de plus de vingt ans d'existence, était supprimée d'un trait de plume !

Les raisons de cette suppression, vivement et justement combattue par certaines CMCAS, sont des hypothèses. Notamment en s'appuyant sur les deux actions des IEG menées précédemment contre cette consultation, la CCAS aurait-elle cédée à des sollicitations pressantes des IEG allant dans ce sens ?

Il s'avère que la CCAS a entrepris de prendre contact avec l'association *Ramazzini*(17) pour qu'elle assure les prestations qu'assumait la consultation. Cette association, dont je suis par ailleurs membre, ne manque pas de praticiens compétents. Toutefois, outre le fait que cela pourrait être une tentative d'exempter de responsabilité la CCAS dans la disparition de ce processus, il faut considérer que c'est la spécificité IEG de l'ancienne consultation qui dissuadait les obstructions et notamment convainquait la division AT-MP des CPAM(18) en excipant également des fiches de postes existants dans la période considérée.

Considérant la spécificité et les moyens que nécessite cette SPP pour les agents des IEG, dans un contexte de construction d'invisibilité par ces employeurs, cela pourrait entraver la poursuite de la SPP. Il est alors à craindre que se multiplient les contestations sur la légitimité d'éventuelles demandes de SPP mais également que les reconnaissances d'éventuelles MP deviennent plus difficiles

Ainsi dans ce secteur comme dans d'autres, les droits à la santé des travailleuses et des travailleurs, qui reposent sur les préventions primaire, secondaire et tertiaire, sont en péril.

Il est aisé de relier cette disparition à celle de la notion de « pénibilité » qui devrait raccourcir la durée du travail dans l'hypothèse d'une réforme des retraites et dont les risques chimiques ont été supprimés.

Comment expliquer la difficulté actuelle à mobiliser les travailleuses et les travailleurs sur la question de la santé au travail sinon par l'invisibilité des risques qu'elles et qu'ils courent alors que celles et ceux qui les représentent choisissent parfois de favoriser cette invisibilité.

16– Articles R.4624-41-1 à R.4624-41-6 du Code du travail

17– L'association *Ramazzini* a pour objet l'aide aux collectifs (syndicats, associations) de défense des salariés et agents concernés par les atteintes à la santé liées au travail. Elle apporte à leurs adhérents un appui médico-légal pour l'accès à leurs droits : reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles, aide pour une meilleure indemnisation, suivi médical des expositions professionnelles, démarches sociales de maintien en emploi… » https://www.associationramazzini.fr/

18– Dans le cadre des IEG c'est la CPAM dont dépend l'adresse des retraités qui est compétente pour la SPP.