

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

EN PRÉVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE

DES CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Alain CARRÉ

Depuis ma retraite de médecin du travail, c'est-à-dire depuis dix ans, je suis responsable d'une consultation de suivi post-professionnel, une demi-journée par mois, dans le cadre du dispensaire des œuvres sociales du Comité d'entreprise des IEG (ex EDF-GDF). Pour simplifier, il s'agit d'aider les agents du régime spécial des IEG à bénéficier d'une prévention secondaire des éventuels cancers liés à leurs expositions professionnelles, en leur facilitant l'accès aux examens de dépistage, prévus par un arrêté(1), en application de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale(2), et réservés aux salarié.es pour lesquels les employeurs ou les médecins du travail ont attesté de leur exposition. Le cadre assez limité des examens de dépistage précisés par l'arrêté

.....

1- Arrêté du 28 février 1995 pris en application de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale fixant le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen dans le cadre du suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérigènes.

2- La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à des agents cancérigènes figurant dans les tableaux visés à l'article L.461-2 du Code de la sécurité sociale ou au sens de l'article R.4412-60 du Code du travail ou à des rayonnements ionisants dans les conditions prévues à l'article R.4451-1 du même code peut demander, si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée, à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds national des accidents du travail.

Cette surveillance post-professionnelle est accordée par l'organisme mentionné à l'alinéa précédent sur production par l'intéressé d'une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail.

Le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen sont fixés par arrêté.

Un suivi du dispositif est mis en place par l'organisme susmentionné.

n'est pas infranchissable puisque le médecin conseil de la CPAM peut autoriser la prise en charge d'autres examens.

LE DÉFAUT D'ATTESTATION DU RISQUE CANCÉROGÈNE PROFESSIONNEL

La première difficulté de cette consultation vient précisément du fait que ni les médecins du travail, ni, a fortiori, les employeurs, ne délivrent en général d'attestation d'exposition. Les quelques expositions attestées concernent l'amiante et les rayonnements ionisants. Les employeurs se retranchent derrière des prétextes (par exemple un changement de raison sociale) voire, mais c'est marginal, délivrent des attestations de « non exposition ».

Pour un agent des IEG partant à la retraite la seule possibilité est alors de saisir le tribunal des prud'hommes. La lourdeur de la procédure explique le peu d'actions menées.

J'ai rédigé plusieurs certificats médicaux à l'appui de ces saisines et de façon constante l'employeur s'est pourvu en chambre sociale de la cour d'appel. Finalement, excipant de mes certificats, la cour d'appel a enjoint l'employeur d'attester dans les mêmes termes. L'employeur a donc attesté mais en précisant bien qu'il était contraint d'attester en fonction du certificat, ce qui revient à nier encore les expositions ! C'est donc clairement le risque juridique qui motive ce refus d'attester.

Pour ce qui concerne les médecins du travail cette abstention d'attestation est peu compréhensible puisqu'elle suppose que leur travail de repérage des

risques collectifs et individuels et que la mise en œuvre des surveillances des expositions ou post-exposition n'ont pas été effectifs ce qui, si cela se vérifiait, pourrait constituer une faute professionnelle et une perte de chance pour les agents exposés.

En effet, le secteur de l'énergie est un secteur industriel à haut risque à la fois pour les travailleuses et les travailleurs, qu'ils (elles) soient statutaires ou sous-traitants mais aussi sur le plan environnemental.

De ce point de vue, les réticences ou l'abstention de reconnaissances des risques pour les agents pourraient être révélateurs de l'attitude de ces employeurs en matière de risque environnemental.

Il s'agit d'industries lourdes, de production ou de transports de quantités d'énergie importantes, électriques et gazières et la distribution de cette énergie. Outre l'exposition aux rayonnements ionisants et aux champs électromagnétiques dans un certain nombre d'usines ou d'installations, quel que soit le métier technique, les expositions aux cancérrogènes ont été ou sont fréquentes, répétées et parfois importantes. Parmi les cancérrogènes en cause : l'amiante, les dérivés nitrés, les amines aromatiques, l'acide borique, le benzène, les huiles minérales notamment usagées, les polychlorobiphényles, les brais, le plomb, les résines de toute nature, les solvants issus du pétrole et chlorés, les fumées de brasage et de soudage, les particules fines de diesel...

Jusqu'en 2010, un travail collectif constant des médecins du travail de ces entreprises en matière d'identification des risques et de réalisation de fiches de postes collectives est à mettre au crédit de ce corps professionnel. Ainsi, il est relativement aisé d'identifier les risques individuels à partir de ces fiches, quoique, depuis 2010, un changement de logiciel médical, mis en place par l'employeur, ait privé les médecins du travail de ces fiches. Pour l'amiante un groupe de travail avait identifié la nature des expositions, leurs niveaux, les tâches exposantes.

Bien que j'aie exercé dans un nombre important d'établissements différents et que je connaisse assez bien les métiers et les expositions, ces fiches sont précieuses pour confirmer ou préciser les expositions.

Quant aux effets des cancérrogènes professionnels, une étude de l'INVS de 2005(3) sur la morbidité et la mortalité des agents EDF-GDF ne laisse aucune ambiguïté dans ce domaine : les risques relatifs de cancer par rapport aux métiers vont de 1,75 pour les agents tech-

.....
3— Jean-Luc MARCHAND, Ellen IMBERNON, Marcel GOLDBERG, *Analyse de la mortalité générale et par cancer des travailleurs et ex-travailleurs d'Electricité de France-Gaz de France*, INVS, octobre 2005

niques de la distribution du gaz et de l'électricité, à deux pour les techniciens qui entretiennent les centrales thermiques et jusqu'à trois pour les techniciens du transport du gaz et anciennement de la production du gaz manufacturé(4).

Connaissant bien ces trois secteurs pour y avoir exercé, ce sont ces constats qui m'ont incité à passer de la prévention primaire à la prévention secondaire.

Bien évidemment il faut relativiser ces résultats en prenant en compte le temps de latence entre l'exposition et la survenue du cancer. Toutefois, mon expérience de médecin du travail en prévention primaire m'apprend que ces expositions n'ont pas été prises totalement en compte.

Un exemple parmi d'autres est la prévention de l'amiante dans le secteur de la distribution du gaz et de l'électricité. La plupart de mes mises en garde et celles d'autres médecins du travail du secteur, répétées pendant plus de vingt ans, ont si peu été suivies, qu'en 2019, des expertises des ex-CHSCT mettent en évidence les nombreuses circonstances d'exposition et des mesures de prévention insuffisantes qui ont été à l'origine de mises en demeure de l'administration du travail.

Un des slogans de l'association SMT : « Les médecins du travail ne sont ni des zéros ni des héros » est sans doute toujours valable. Toutefois, comme l'a montré Nicolas Dodier, le métier de médecin du travail est un métier engagé du point de vue de la santé ou n'est pas. Bien sûr, on peut avancer l'hypothèse d'une certaine pusillanimité dans ce corps professionnel. Ainsi, je suis parfois sollicité au moment du départ en retraite d'un agent, par son médecin du travail, pour identifier les expositions aux cancérrogènes alors que ce dernier ne peut, à l'évidence, les ignorer.

Il y a là un contresens professionnel. En effet, les médecins du travail les moins exposés aux pressions des employeurs sont ceux qui sont les plus pertinents en matière de prévention collective et individuelle des risques professionnels. La qualité du travail constitue un réel obstacle aux manœuvres d'employeur qui n'a pas concrètement prise et elle suscite le soutien des salariés.es.

Tout au contraire, le travail minimal est un cercle vicieux vers moins de pertinence puisqu'il érode la

.....
4— Rappelons que dans la population française de 5 % à 15 % des cancers survenant chaque années ont un lien avec les expositions professionnelles cela représente de 15 000 à 45 000 cancers moins de 2 000 sont reconnus.

Un ouvrier a trois fois plus de risque de décéder d'un cancer qu'un cadre supérieur.

confiance des patients qui ne disent plus rien de la réalité ou du vécu de leur travail et enfonce, petit à petit, le médecin dans un déni de défense qui dissimule, en fait une perte de son estime de soi professionnelle.

Cette attitude, rompt aussi le possible lien professionnel collectif avec les autres médecins qui finit par se résumer à des stratégies collectives défensives. Or un véritable lien assuré par des pratiques communes est particulièrement important dans un métier difficile et, dans le cas de cette entreprise, a été un facteur indubitable de la qualité du corpus collectif de connaissance construit par ce corps professionnel.

LES CONSÉQUENCES DE CETTE ABSTENTION D'ATTESTER EN MATIÈRE D'EXERCICE DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE DES CANCERS PROFESSIONNELS

Aucune de mes consultations ne commence, d'emblée, par l'élaboration d'un *curriculum laboris*. Il me faut au préalable comprendre ce qui motive la démarche du retraité. En effet, parfois c'est une confirmation de ses craintes personnelles et vécues comme telles. Ainsi, c'est parfois la mort des collègues qui est évoquée, ou encore la description des niveaux très élevés auxquels le patient a été personnellement exposé. Il n'est pas rare que le patient (ce sont majoritairement des hommes) soit accompagné de sa compagne dont le niveau d'inquiétude est parfaitement visible.

J'estime alors que mon premier travail est d'explorer ce qu'il faut bien appeler l'angoisse du patient pour ne pas la majorer par une surreprésentation du risque.

Ainsi, souvent, j'oriente la conversation sur des considérations générales « de retraité à retraité », comment se passe votre retraite, quelles sont vos activités de loisir, etc. ? Puis je passe aux éléments plus sérieux (pour un médecin) et comment va votre santé ? (en ajoutant : qui a première vue me semble bonne).

Ce que je sais, c'est que, dans la plupart des cas, la « pêche miraculeuse » du *curriculum laboris* va ramener bien plus de cancérogènes que ceux auxquels s'attend mon patient et que son niveau d'inquiétude va augmenter. Je me souviens d'un patient m'affirmant qu'il n'était venu que pour évaluer ses expositions à l'amiante et qu'il ne voulait savoir rien, mais vraiment rien, au sujet d'autres expositions.

Avant de passer au cœur de la consultation et pour que l'inquiétude soit plus rationnelle, j'ai donc pris l'habitude d'expliquer l'absence de fatalité, de cause à effet, des expositions, « le risque » étant représenté par des données statistiques qui ne s'appliquent qu'aux grands

nombres et qui ne s'appliquent pas forcément à l'individu. Je dis en clair que ce n'est pas parce qu'on a été exposé personnellement à un cancérogène qu'on développera un cancer. Mais que la surveillance constitue un atout supplémentaire « au cas où ».

C'est seulement, ensuite, que commence le travail d'identification des expositions.

À partir des métiers que me cite le patient je repère si ces métiers peuvent correspondre à une fiche de poste du catalogue soit ancien (jusqu'en 1991) soit plus récent (après 1991) élaborés par les médecins du secteur. Pour chaque poste je fais préciser les tâches principales effectuées.

Si je connaissais le poste, comme médecin du travail, j'entre dans le détail en demandant de préciser tel ou tel point pour cerner la pertinence de mes conclusions. Si je ne le connaissais pas, j'effectue une enquête (par exemple « *Racontez moi une journée de travail* », « *Faites-vous des interventions particulières et lesquelles ?* ») qui a une double finalité : comprendre à quelles expositions l'agent était confronté, mais aussi commencer à construire une fiche de poste personnelle pour ce métier, dans l'hypothèse de la venue d'agents du même secteur.

À l'issue de ce premier travail, je résume la liste des expositions et les examens qui devraient être pratiqués et je précise que je vais rédiger un document écrit provisoire que je vais soumettre au patient, si possible, et c'est le cas le plus fréquent, par voie électronique.

Mes écrits peuvent être de deux natures.

- ♦ Si j'ai été personnellement le médecin du travail de l'agent ou si son poste fait partie de ceux que j'ai particulièrement surveillés et pour lesquelles j'exploite des archives professionnelles que je conserve en lieu sûr, je rédige alors un certificat médical décrivant les expositions et attestant de celles-ci.
- ♦ Dans les autres cas, les plus nombreux, l'écrit prend la forme d'un courrier au responsable de la division des risques professionnels de la CPAM décrivant précisément les tâches exposantes.

Les deux types d'écrits comportent la liste des examens rendus nécessaires du fait des expositions et notamment dans les situations d'exposition très importantes le conseil (appuyé) d'un protocole défini dans le cadre d'une consultation de pathologies professionnelles.

J'y joins l'identification personnelle des expositions à partir de la concaténation des fiches de postes pertinentes. Je rédige également un courrier explicatif à remettre au médecin traitant. Une fois stabilisées, ces

pièces sont adressées par voie postale au (à la) retraité.e.

En terme d'activité, alors que la consultation individuelle dépasse rarement une heure, la construction d'un dossier peut prendre de une à deux journées de travail.

Vient alors le second moment délicat de la consultation, celui de détailler la procédure de demande de suivi post-professionnel à la CPAM du domicile : envoi d'un formulaire de demande du retraité accompagné de mon écrit, plus bulletin de salaire de pension ou relevé de carrière. Qui devrait déclencher l'envoi de prises en charge. « Devrait » car le résultat est aléatoire.

Le principal de l'explication au retraité porte sur les difficultés à attendre de la part de la CPAM pour adresser les prises en charge.

En effet deux facteurs paraissent influencer la nature de la réponse voire l'absence totale de réponse de la division des risques professionnels de la CPAM : l'ignorance du processus de suivi post-professionnel, l'influence supposée des employeurs sur cette partie des caisses, les examens étant imputés au compte exclusif des employeurs depuis 2010.

L'ignorance du processus est patente. Par exemple la CPAM de Paris a répondu à un demandeur que ces examens étaient réservés aux victimes de maladies professionnelles ! Toutefois suite aux efforts réels de la CNAM en matière de suivi post-professionnel, l'ignorance devient plus rare. L'influence des employeurs est très variable selon les CPAM ainsi en Île-de-France il suffit de tendre l'oreille pour recueillir des éléments au sujet de cette variabilité.

Certaines CPAM vont considérer comme naturel d'assurer les droits à un suivi, d'autres vont être sensibles à l'argument du coût direct des examens et surtout du coût différé en cas de survenue d'un cancer professionnel, dont le refus en MP sera difficile dans la mesure où la caisse aurait accordé un suivi post-professionnel.

C'est la systématisme de ces comportements selon les différentes CPAM qui valide l'hypothèse de départ. Plus la vigilance des représentants des salarié.es est grande sur les CPAM, moins celles-ci sont enclines à refuser les suivis.

Pour être précis, les litiges sont devenus moins nombreux au fur et à mesure de mes actions systématiques de contestation des décisions des CPAM. Au départ les conflits étaient tellement nombreux que m'avait été attribué un agent médiateur d'une des CPAM qui essayait de les régler à l'amiable en s'interposant.

Ces actions téléphoniques ou écrites consistent à menacer (avec courtoisie) les responsables de caisses. Deux arguments sont efficaces.

- ♦ Le premier repose sur une circulaire de la CNAM(5) qui impose, dès lors que la demande d'un assuré n'est pas accompagnée d'une attestation, de faire effectuer une enquête complète par l'agent enquêteur de la CPAM. Vu la surcharge, en général, le refus n'a pas été précédé d'enquête. Une simple demande du résultat de l'enquête suffit souvent à déclencher l'envoi des prises en charge.

- ♦ Le second argument est celui de la « perte de chance ». Ne pas accorder les examens réguliers de dépistage c'est prendre le risque que la maladie soit découverte tardivement ce qui rend plus aléatoire le traitement, ce qui constitue une perte de chance indemnifiable par les juridictions civiles. Brandir d'éventuelles poursuites a parfois son efficacité.

Au fur et à mesure, les litiges deviennent moins nombreux mais cela implique un fort engagement et un travail supplémentaire.

Un autre moyen, qui a du probablement avoir son efficacité, est la description par courrier auprès de la CNAM des difficultés rencontrées. Devant le peu de succès du processus de suivi post-professionnel qui s'accompagne d'un bilan calamiteux des reconnaissances des cancers professionnels ce qui grève le budget de l'assurance maladie au bénéfice de la caisse AT-MP (on évalue le détriment entre 6 et 8 milliards d'euros pour les seuls cancers), la CNAM apporte son aide aux consultations de pathologies professionnelles pour renverser cette situation. Elle est donc particulièrement sensible aux « dysfonctionnements » des CPAM en matière de suivi post-professionnel.

Cette activité de consultation médicale classique se double d'une activité « à distance » d'aide à l'accès au suivi. Par courrier individuel, les agents éloignés de la consultation peuvent s'adresser à moi. Après des échanges souvent épistolaires je recueille les éléments professionnels pertinents et j'instruis l'identification des expositions dans les mêmes formes que lors des consultations.

LE SECOND VOLET COLLECTIF DE L'ACCÈS AU SUIVI POST-PROFESSIONNEL

Un prolongement de cette consultation est l'appui à des actions coordonnées de demande de suivi post-professionnel par les antennes locales des œuvres sociales du Comité central d'entreprise des IEG (CMCAS).

.....

5 - - Circulaire CABDIR 1-96 de la CNAM

Elle comporte plusieurs étapes :

- ♦ L'organisation d'une réunion d'information des retraités sur l'intérêt et le fonctionnement du suivi post-professionnel à laquelle je participe et comportant les indications sur la centralisation des éventuelles demandes par la CMCAS.
- ♦ La centralisation des demandes accompagnées des éléments permettant d'identifier les postes de travail du demandeur.
- ♦ Une demande de rencontre des élus à la CMCAS avec les responsables de la CPAM concernée si possible en présence des administrateurs salariés de la caisse, et à laquelle je participe. Cette rencontre a pour objet de décrire la démarche et son sérieux en apportant des éléments techniques sur lesquels se fondent les identifications.
- ♦ Une formation des agents administratifs de la CMCAS à la constitution des dossiers de demande de SPP comportant des explications concernant les différents courriers types.
- ♦ Mon identification des fiches de poste pertinentes pour chaque agent ayant fait la demande en fonction des postes occupés.
- ♦ Une revue de dossiers avec les agents administratifs destinée à la constitution des dossiers qui valide dossier par dossier la pertinence et justifie ma signature des courriers types.
- ♦ L'envoi des dossiers constitués d'un formulaire de demande à compléter par le retraité, d'un courrier explicatif au retraité sous ma signature, d'un courrier sous ma signature à la CPAM accompagné des fiches de postes et de la proposition d'exams types qui en découlent, d'un courrier explicatif pour le médecin traitant sous ma signature.

Les retours positifs ou négatifs sont adressés à la CMCAS qui me transmet les éventuelles difficultés. Cette activité, à distance, devient de plus en plus importante.

LA PRÉVENTION TERTIAIRE DES CANCERS PROFESSIONNELS AIDE À LA RECONNAISSANCE EN MALADIE PROFESSIONNELLE

Théoriquement la prévention tertiaire fait plutôt référence aux traitements des maladies constituées afin de minimiser leur aggravation. Je considère que donner acte de l'origine professionnelle d'un cancer à une victime est un acte thérapeutique dans la mesure où elle apporte, à tort ou à raison, une explication rationnelle

à ce qui est souvent vécu comme une énigme par le patient.

Pour les ayants droits, quand la victime décède, cette hypothèse professionnelle participe du travail de deuil.

L'aide à la déclaration des cancers d'origine professionnelle des victimes et ou de leurs ayants droit constitue par conséquent le troisième volet de mon activité.

Durant mon activité de médecin du travail j'évalue la rédaction de certificats médicaux initiaux à l'appui de déclaration de maladies professionnelles à environ 15 certificats par an, soit un peu plus de 500 CMI.

J'ai toujours estimé que mon devoir de médecin ne s'arrête pas à la rédaction d'un CMI et je mets toujours en œuvre parallèlement une aide dans la procédure, fidèle en cela à l'article 50 du code de déontologie médicale.

Notamment j'assure une assistance à la rédaction du formulaire de déclaration. Ainsi, il est important de ne pas cocher « au hasard » les cases sur la « nature de la demande ». Pour les déclarations effectuées dans le cadre de l'alinéa 2, il est essentiel que la maladie soit décrite dans les termes même du tableau et que la référence au tableau soit explicite afin de limiter les marges d'interprétation de la caisse.

Quand j'étais plus jeune, j'étais motivé, par l'illusion que la réparation nourrit la prévention. Avec le temps j'ai compris qu'un constat de maladie professionnelle ne déclenche pas en général d'enquête ni de récurrence sur la prévention ; quant au coût pour l'entreprise, il est dérisoire puisqu'elle a souscrit des assurances spécifiques pour le minimiser.

La particularité de mon activité actuelle est que les maladies professionnelles dont j'aide à la déclaration sont des cancers.

Bien évidemment, comme médecin du travail de secteurs comportant des expositions à des cancérogènes, j'ai aidé à quelques déclarations pour des agents actifs principalement suite à des expositions importantes à l'amiante, toutefois ils étaient en minorité au regard des TMS et d'autres effets des risques de l'organisation du travail (3 cancers contre 149 autres maladies professionnelles dans les dix dernières années de mon activité de médecin du travail).

Jusqu'en 2017, dans le cadre de la consultation de suivi post-professionnel, les victimes de cancers professionnels représentaient un peu plus de 4 % de mes patients. Depuis 2017, la consultation prend en charge un nombre plus important de ces victimes (presque une lors de chaque consultation) auxquelles, il faut ajouter l'aide aux ayants droit quand la victime est décédée.

Je vois un lien entre cette recrudescence et les délais de latence d'apparition de la maladie car les expositions responsables sont celles que j'ai connues comme médecin du travail.

J'explique soigneusement à mes patients le cadre de déclaration (présomption d'imputabilité ou régime accessoire) en leur donnant mon interprétation des chances de réussite en leur expliquant la part de hasard que présente une reconnaissance dans le cadre du régime accessoire.

Ma stratégie d'aide à la déclaration, est, autant que cela soit possible, de privilégier une déclaration dans le cadre d'un tableau de MP, ce qui peut s'avérer difficile dans le cadre des cancers.

Par exemple pour les cancers broncho-pulmonaires liés à l'exposition à l'inhalation de poussières d'amianté, dès lors que le métier s'écarte de la liste limitative du tableau 30bis, je relis et fais relire les scanners thoraciques pour s'assurer de l'éventuelle présence de plaques ou d'épaississements pleuraux qui permettraient de requalifier ce cancer en « dégénérescence maligne broncho pulmonaire » relevant de la liste indicative des expositions du tableau 30.

C'est ainsi que M^{me} A... ayant occupé un poste administratif dans un immeuble de la direction générale maintenant démolé mais particulièrement amianté a pu faire reconnaître l'origine professionnelle du cancer broncho-pulmonaire, dont elle souffrait, du fait de la mise en évidence de plaques pleurales.

Le processus de réparation des maladies professionnelles en France et notamment des cancers est un chemin particulièrement difficile car en réalité toute la procédure semble avoir été conçue pour décourager la déclaration ou entraver la reconnaissance.

Cela explique qu'il est indispensable que le médecin accompagne la victime dans les démarches et notamment qu'il s'efforce de réunir les preuves des expositions et des tâches effectuées dans le cadre du tableau.

Dans le régime accessoire, hors tableau (alinéa 3 et alinéa 4) dans lequel interviennent les comités régionaux de reconnaissance des MP (CRRMP ou C2RMP), le médecin doit s'efforcer d'apporter des éléments permettant d'étayer le lien direct ou le lien direct et essentiel entre les expositions professionnelles et la survenue du cancer. En effet dans ce dernier cadre l'instruction du dossier et les résultats sont éminemment variables en fonction de la région (de 60 % à 5 % en alinéa 3).

Ainsi, alors que le trichloréthylène est un cancérigène avéré pour les reins, il n'a pas été possible de faire re-

connaître par le C2RMP Provence-Alpes-Côte-D'Azur, l'un des moins favorables, ce type de cancer comme maladie professionnelle pour M. B... mécanicien chargé de l'entretien des centrales de production d'électricité, qui, comme j'avais pu le constater moi-même, dégrais-sait, sans protection, des pièces mécaniques dans un bidon de deux cent litres de trichloréthylène.

Dans ce cadre ma première démarche consiste à identifier précisément la nature de la pathologie en cause : éventuels certificats médicaux, comptes rendus d'hospitalisation, examens complémentaires (TDM par exemple pour relecture), résultats d'examens complémentaires (dont anatomopathologie). Pour cela j'aide les victimes ou leurs ayants droits à accéder aux dossiers dans le cadre des articles L.1111-7 et L.1110-4 du Code de la santé publique. Ce qui peut paraître simple s'avère parfois assez compliqué en pratique.

Mon second travail est de mettre en évidence l'origine professionnelle du cancer. Bien évidemment si la victime le peut, elle est au centre de cette recherche. Les éléments collectifs (fiches de poste, études particulières, travaux scientifiques) sont essentiels. Mais une aide décisive peut être apportée par les représentants du personnel notamment ceux qui siègent ou ont siégé en CHSCT(6). Ils (elles) peuvent, par exemple, mobiliser les collègues ou ex-collègues de la victime pour qu'ils (elles) apportent leur témoignage sur les expositions de la victime. L'apport des représentants du personnel est également essentiel pour la mise à disposition d'éléments probants des expositions.

Ainsi dans le cas de M^{me} A..., cité plus haut, des comptes rendus de CHSCT dans lesquels les représentants signalaient les expositions et demandaient qu'il y fut mis un terme a été sans doute décisif.

L'instruction médicale du dossier de M^{me} C... qui souffre d'un cancer broncho-pulmonaire notamment la relecture du scanner n'a pas permis la mise en évidence de plaques pleurales. Pendant une courte période, autrefois, j'ai été son médecin du travail et je puis attester d'expositions régulières et sans doute non négligeables, mais elle a travaillé la majeure partie de sa carrière (plus de vingt ans) dans un poste de nature administrative pour un réseau de transport d'énergie dans un seul immeuble. Elle affirme que l'immeuble était amianté et que, dans son bureau, le faux plafond en amiante était détérioré et que de la poussière tombait sur son bureau. Je lui propose par conséquent d'effectuer la déclaration en tableau 30bis et lui signale que, du fait de l'alinéa 3, il nous faut apporter la preuve du lien direct entre sa

.....

6- On peut être inquiets du devenir de ces archives du fait de la disparition des CHSCT au profit des CSE.

maladie et ses expositions professionnelles. Je rédige le CMI dans ce sens. Dans un premier temps, je suis contacté par l'agent enquêteur de la CPAM pour livrer mon témoignage sur la courte période pendant laquelle j'ai été le médecin du travail de M^{me} C... Au cours de l'échange j'apprends que l'employeur déclare ignorer que l'immeuble dans lequel M^{me} C... a travaillé était amianté. Contactés par moi, les membres du CHSCT me font parvenir le document technique amiante (DTA) de l'immeuble en question qui non seulement qualifie sa nature amianté mais qui, photos à l'appui, décrit la dégradation des faux plafonds. La décision est en attente mais on peut espérer que la transmission par mes soins du DTA à l'agent enquêteur soit décisive.

À l'issue de cette double enquête médicale et sur les expositions, je rédige un document de synthèse dont la conclusion, soit décrit la conformité aux conditions de reconnaissance d'un tableau, soit établit l'existence d'un lien direct ou d'un lien direct et essentiel entre la maladie et l'activité professionnelle.

Ce document de synthèse peut revêtir deux formes :

- ♦ Si la victime ne peut se déplacer ou si elle est décédée et que la demande émane des ayants droits, le document prend la forme d'un courrier. Éventuellement, dès lors que le décès a eu lieu il y a plus de deux ans, et, accessoirement, ce courrier fait partir le délai jurisprudentiel de deux ans, pour effectuer la déclaration, à partir du moment où les ayants droits ont appris le lien entre la maladie et l'activité professionnelle.
- ♦ Si j'ai pu examiner la victime je rédige sur papier libre (ce qui est permis par la jurisprudence) un certificat médical initial. Quand la victime ne peut venir au dispensaire où se tient la consultation, en Île-de-France, je me déplace, avec son accord, à son domicile pour l'examiner et pouvoir ainsi rédiger en toute légitimité le CMI.

Quelle qu'en soit la forme j'accompagne cet écrit :

- ♦ D'un courrier explicatif sur les modalités pratiques des démarches de déclaration et proposant de suivre pas à pas l'avancement de la procédure.
- ♦ Du formulaire CERFA de déclaration pré-rempli.
- ♦ D'un courrier au médecin traitant de la victime lui proposant de rédiger un CMI, soit parce que je n'ai pu le faire, soit pour faciliter la procédure, notamment autour de la fixation du taux d'incapacité. Ce courrier est accompagné de mon écrit, par correction confraternelle mais aussi pour lever les éventuels doutes sur la pertinence d'un éventuel CMI du médecin traitant.

Cette dernière précaution n'est pas de pure forme : les tribulations de M^{me} D... en témoignent.

Le conjoint de M^{me} D... est décédé il y a moins de deux ans d'un cancer broncho-pulmonaire et elle s'adresse à moi sur les conseils de l'ancien représentant syndical de M. D...

Ce salarié a exercé son activité professionnelle exclusivement dans une cokerie relevant du bassin des mines du Nord-Pas-de-Calais. J'accepte de l'aider car je connais bien les métiers ayant été médecin du travail dans une usine de production de gaz manufacturé qui venait d'arrêter la production et j'ai affûté mes connaissances lors de la surveillance post-exposition des agents reconvertis. De plus, ce type de poste (gazéification du charbon) est catalogué cancérigène en catégorie 1 du CIRC et 1A EU.

Je m'aperçois que la procédure est mal engagée : M^{me} D... n'a pas déclaré la maladie sur le bon CERFA, ce que je m'empresse de rectifier en lui proposant de déclarer la maladie en tableau 30bis et en lui faisant parvenir le « bon » CERFA pré-rempli. Néanmoins elle a déjà reçu un courrier de la CPAM d'A. qui lui réclame un certificat médical attestant que la cause du décès est bien le cancer broncho-pulmonaire. Bien évidemment, il s'agit d'une demande abusive puisque ce n'est pas l'issue de la maladie qui est l'objet de la procédure mais la maladie elle-même.

M^{me} D... a déjà fait parvenir la demande à l'établissement hospitalier dans lequel le décès de M. D... est survenu. La réponse consiste en un certificat « de mort naturelle ». L'insistance circonstanciée de M^{me} D... se heurte à un refus de tout autre certificat. Je conseille à M^{me} D... de demander le dossier d'hospitalisation. Celui-ci, tenu avec compétence ne laisse pas de doute il y est évident, y compris dans l'observation infirmière, que le patient est bien décédé d'une défaillance cardio respiratoire liée à sa maladie. Une première question se pose : pourquoi refuser d'attester du lien entre le décès et la maladie ?

Je rédige un courrier à M^{me} D... dans lequel je trace les liens entre l'activité professionnelle (notamment les travaux d'entretien ou de maintenance effectués sur des équipements contenant des matériaux à base d'amiante qui étaient partagés par tous les opérateurs de cette industrie) en lui conseillant de joindre mon courrier à sa déclaration et de consulter le médecin traitant de M. D... munie de mon courrier, pour lui demander de rédiger un CMI. Alors que le dossier d'hospitalisation comporte notamment un courrier à ce médecin lui apprenant le décès et comportant de diagnostic de la maladie, M^{me} D... se heurte à un refus catégorique du médecin traitant de rédiger le certificat.

M. E... retraité IEG est atteint d'un mésothéliome. Le médecin traitant a rédigé un certificat prudent sur papier libre mais néanmoins faisant le lien avec l'amiante.

C'est M^{me} E... qui se charge des démarches. Elle est perdue et fait deux erreurs que j'apprends seulement aujourd'hui :

- ♦ elle téléphone à la CAMIEG (caisse maladie des IEG), on lui indique (à juste titre) que c'est la caisse du 78 qui instruit l'affaire mais qui lui conseille de ne pas citer comme dernier employeur EDF-GDF ;
- ♦ elle se met en rapport avec une association de victimes qui ne lui indique pas la bonne voie et l'adresse à un avocat sans aucune raison logique à ce stade.

Finalement, elle rencontre un ancien agent dont j'ai été le médecin du travail qui lui conseille de s'adresser à moi. Début juillet elle m'envoie un volumineux dossier je constate que :

- ♦ Les CERFA de déclaration remplis ne sont pas les bons.
- ♦ Par courriel je lui envoie les bons CERFA pré-remplis comme je le fais habituellement.
- ♦ Et un courrier dans lequel je récapitule les expositions et affirme que cela relève du 30bis. En effet M. E... a bien travaillé dans le bâtiment sous des toitures amiantées et des locaux floqués mais pendant vingt ans il a été magasinier à la distribution du gaz et de l'électricité, poste dont les fiches de postes collectives des médecins EDF-GDF et mes propres observations confirment le caractère fortement exposant à l'amiante.

Malheureusement M. E... est épuisé et le couple part quinze jours en maison de repos et n'utilise pas tout de suite mes documents.

Le 19 juillet ils reçoivent une lettre de la CPAM requalifiant la MP en alinéa 3 du fait du dépassement du délai de prise en charge que M^{me} E... m'adresse par courriel. Vu l'urgence je la joins au téléphone.

C'est là que j'apprends les conseils de la CAMIEG et de l'association qu'ils avaient contactée mais aussi que l'enquêteur de la caisse a refusé de noter les expositions inhérentes à l'emploi EDF-GDF ! Je comprends le pourquoi de l'alinéa 3 ! Mais M^{me} E... s'est rendue à la CPAM et a réussi à obtenir que le dernier employeur soit inscrit.

J'ai rédigé un projet de courrier que M^{me} E... adressera pour contester le passage en alinéa 3 et demandant la requalification en T30 avec deux courriers de ma part attestant les expositions.

Ces deux dernières observations sont parfaitement exemplaires des difficultés actuelles pour un profane d'aboutir à une reconnaissance d'un cancer d'origine professionnelle en maladie professionnelle.

Les causes sont multiples mais se renforcent mutuellement :

- ♦ les tableaux de maladie professionnelle sont particulièrement restrictifs en matière de reconnaissance des cancers (liste étroite des cancérrogènes, diagnostic restrictif, conditions du diagnostic limitées, et parfois libellé obscur, délai de prise en charge et délais d'exposition rétrécis, liste par trop limitative des conditions d'exposition) ;
- ♦ l'instruction notamment par les C2RMP est particulièrement opaque et les avis souvent insuffisamment motivés ;
- ♦ une profonde méconnaissance des liens possibles entre les expositions professionnelles et les risques de cancer, est entretenue dans la population, notamment en mettant en évidence de mauvais comportements individuels des éventuelles victimes ;
- ♦ les procédures sont particulièrement complexes et le deviendront encore plus après décembre 2019. Elles sont quasi inaccessibles pour les victimes des cancers professionnels composées en majorités d'ouvriers non qualifiés ou précaires ;
- ♦ les CPAM ne se comportent pas toujours loyalement et en particulier n'assument pas leur rôle de conseil des assurés. Par manque de moyen le plus souvent, les enquêtes sont trop superficielles et plutôt tournées à décharge de l'employeur. L'absurdité culmine dans les questionnaires adressés aux victimes dont le remplissage relève de l'énigme et constitue un parcours du combattant ;
- ♦ souvent les médecins du secteur de soin ont un déficit de connaissance qui peut être abyssal et qui les incite à ne pas trop explorer la piste professionnelle quand ce n'est pas à la nier.

Enfin, cette observation confirme que les poursuites des employeurs des médecins attestant du lien santé/travail devant les conseils de l'Ordre des médecins semblent avoir atteint leur but. Il devient de plus en plus difficile d'obtenir d'un médecin un certificat dans le cadre d'une reconnaissance de maladie professionnelle. Ce refus constitue un déni des obligations déontologiques d'assurer les droits légitimes d'un patient et d'indépendance en matière d'exercice.