

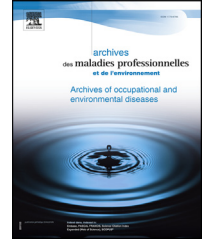


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Prise en compte de l'anxiété du patient dans les consultations de suivi post-professionnel et post-exposition : étude observationnelle dans un centre régional de pathologies professionnelles et environnementales

*Consideration of patient anxiety in post-professional and post-exposition follow-up consultations: An observational study in a French Regional Center for Occupational and Environmental Pathologies*

O. Crasset\*, J. Muñoz

Labers, université de Brest, 20, rue Duquesne, CS 93837, 29238 Brest, France

Received 17 June 2024; accepted 16 October 2024

## MOTS CLÉS

Suivi post-professionnel;  
Suivi post-exposition;  
Anxiété;  
Amiante;  
Expositions professionnelles;

## Résumé

**Introduction.** – Depuis sa création il y a 30 ans, les suivis post-professionnel (SPP) et post-exposition (SPE) restent sous-utilisés par les bénéficiaires potentiels et leur récente réforme n'a pas amélioré la situation. Dispositif de prévention secondaire, ils visent à détecter au plus tôt l'apparition d'une éventuelle maladie chez des retraités qui ont été exposés à des cancérigènes. L'une des raisons qui expliquent le non-recours est l'anxiété ressentie par les bénéficiaires face aux examens médicaux. On cherche à mettre en évidence comment les médecins du travail prennent en compte l'anxiété qui se manifeste chez leurs patients lors des consultations de manière à atteindre leurs objectifs de prévention.

\* Auteur correspondant.

E-mail addresses: [o.crasset@gmail.com](mailto:o.crasset@gmail.com) (O. Crasset), [jorge.munoz@univ-brest.fr](mailto:jorge.munoz@univ-brest.fr) (J. Muñoz).

Cancers professionnels;  
Prévention secondaire

*Matériels et méthodes.* – Les données mobilisées proviennent de la Recherche interventionnelle sur le suivi post-professionnel des cancers en Finistère (Rispop29) financée par l’Institut national du cancer (Inca) menée depuis 2020. L’analyse repose sur l’observation de consultations médicales réalisées au centre régional de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE) du CHRU de Brest.

*Résultats.* – Les consultations de SPP et SPE adviennent à la demande du patient, n’ont aucun enjeu en termes d’orientation professionnelle et portent sur une exposition professionnelle qui n’est plus d’actualité. L’attente du résultat des examens est très forte chez les patients. L’anxiété pèse sur le déroulement de la consultation. Deux études de cas illustrent le déni et la détresse qui s’expriment dans ce contexte. Le médecin cherche dans le premier cas à faire apparaître l’anxiété dont le patient se protège alors que, dans le second cas, il cherche à réduire cette anxiété en proposant une prise en charge psychologique.

*Discussion.* – L’enjeu est d’arriver à maintenir l’adhésion du patient en trouvant un équilibre entre la mise en évidence d’un risque de pathologie et la nécessité de rassurer, afin que le patient soit suffisamment conscient du risque, mais que celui-ci ne le paralyse pas.

*Conclusion.* – Le médecin dispose de ressources qu’il mobilise pour réguler l’anxiété du patient. La mise en place d’un accompagnement psychologique des bénéficiaires augmenterait certainement le taux de recours.

## KEYWORDS

Post-occupational monitoring;  
Post-exposition monitoring;  
Anxiety;  
Asbestos;  
Occupational exposure;  
Occupational cancers;  
Secondary prevention

## Summary

*Introduction.* – Since their creation 30 years ago, post-occupational (POM) and post-exposition (PEM) monitoring has remained under-utilized by potential beneficiaries, and their recent reform has not improved the situation. As secondary prevention programs, they aim to detect the onset of disease as early as possible in retirees who have been exposed to carcinogens. One of the reasons for non-use is the anxiety felt by beneficiaries when faced with medical examinations. The aim is to show how occupational physicians take into account the anxiety their patients experience during consultations, so as to achieve their prevention objectives.

*Materials and methods.* – The data used come from the interventional research on post-occupational cancer monitoring in Finistère (Rispop29), financed by the French National Cancer Institute (Inca) and running since 2020. The analysis is based on the observation of medical consultations carried out at the Regional Center for Occupational and Environmental Pathologies of the CHRU in Brest.

*Results.* – POM and PEM consultations occur at the patient’s request, have no bearing on career orientation, and concern occupational exposure that is no longer relevant. Patients have very high expectations of the results of their examinations. Anxiety weighs heavily on the consultation process. Two case studies illustrate the denial and distress expressed in this context. In the first case, the physician seeks to reveal the anxiety that the patient is protecting himself from, while in the second, he seeks to reduce this anxiety by offering psychological support.

*Discussion.* – The challenge is to maintain the patient’s commitment by finding a balance between highlighting the risk of pathology and the need for reassurance, so that the patient is sufficiently aware of the risk but is not paralyzed by it.

*Conclusion.* – The physician has resources at his disposal that he can mobilize to regulate the patient’s anxiety. The introduction of psychological support for beneficiaries would certainly increase the take-up rate.

## Introduction

Les dispositifs de suivi post-professionnel (SPP) et post-exposition (SPE) sont l’objet d’un taux de recours dérisoire qui persiste malgré leur récente réforme en application de la Loi du 2 août 2021. Ce faible recours s’explique notamment par l’anxiété que suscitent le SPP et le SPE chez les bénéficiaires potentiels. On cherche à comprendre comment la relation médecin-patient est affectée par ce phénomène et comment le médecin du travail agit pour en tenir compte et introduire la prévention dans la consultation.

Porter un regard sociologique sur l’anxiété est contre-intuitif, car elle est surtout appréhendée comme un phénomène individuel. En tant que telle, elle consiste en un état mental où un événement néfaste est anticipé avec appréhension. Elle est accompagnée d’inquiétude, de détresse et éventuellement de symptômes somatiques. C’est une fonction normale qui, lorsqu’elle est excessive ou chronique, est alors qualifiée de trouble anxieux.

Après avoir défini le SPP et le SPE, on examinera la question du non-recours et le faible impact de la récente évolution législative. Puis on exposera le rôle que joue

l'anxiété dans le non-recours au SPP et au SPE. Après avoir présenté la méthode et le terrain investigué, on caractérisera la consultation SPP et SPE et la relation médecin-patient dans ce cadre. Deux études de cas illustreront la manière dont les médecins du travail prennent en compte l'anxiété qui se manifeste chez leurs patients lors des consultations de manière à atteindre leurs objectifs de prévention.

## Des dispositifs de prévention secondaire

Le SPP est un dispositif médical de prévention secondaire destiné aux retraités qui ont été exposés au cours de leur carrière à certaines substances cancérigènes. Après la cessation de leur activité, ils peuvent bénéficier d'une surveillance médicale en vue de détecter précocement l'apparition éventuelle d'une pathologie professionnelle. À chaque risque est associé un protocole médical qui détaille le type d'examen à réaliser et sa périodicité. En 1995, le SPP a été inscrit dans le Code de la Sécurité sociale (article D. 461-25) pour en donner les lignes directrices et en définir les modalités précises<sup>1</sup>. Il a ensuite été étendu à d'autres régimes sociaux : fonction publique (agents de l'État et ouvriers d'État) en 2009, puis Défense nationale et régime des marins (ENIM) en 2013. Le SPE fonctionne sur le même principe, mais concerne les salariés en activité ayant été exposés à une substance cancérigène.

## Un taux de recours dérisoire

Depuis son origine, le recours au SPP est dérisoire. Les premières années ont pu laisser penser que le dispositif montait progressivement en charge avec 2429 demandes en 1998 et 3152 en 2000 (données CNAMTS). Mais en 2006, la Haute Autorité de santé évaluait le nombre de demandes à moins de 5000, soit moins de 10 % des demandeurs masculins potentiels du Régime général [1]. Plusieurs programmes de recherche centrés sur l'amiante<sup>2</sup> ont abouti à des résultats probants en termes de recours, mais n'ont pas été généralisés malgré les recommandations en ce sens [2]. Pour les autres substances, la participation au dispositif est rare, voire inexistante.

Des facteurs d'explications du non-recours figurent dans le rapport de la Commission sur la sous-déclaration des AT/MP [3]. Différents obstacles sont identifiés aux niveaux technique et institutionnel [4] et par l'étude rétrospective de dossiers médicaux de deux centres de pathologies professionnelles consultant pour un SPE ou SPP [5]. Enfin, nous les avons décrits à partir de l'expérience vécue par des

<sup>1</sup> 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, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005618087/>.

<sup>2</sup> Notamment ESPACES-Inserm (identification et suivi médical post-professionnel des salariés retraités ayant été exposés à l'amiante), Espri-INVS-RSI (Épidémiologie et surveillance des professions indépendantes), Spirale-Inserm-CnamTS (Surveillance post professionnelle des travailleurs exposés) et SPP-A – CNAMTS – AFS-SET – Inserm (étude suivi post-professionnel amiante).

ouvriers d'État polyexposés, notamment à l'amiante et aux rayonnements ionisants [6].

Parmi les facteurs de non-recours, la connaissance de l'existence du droit est une condition préalable à sa mise en œuvre. Or, cette information fait défaut tant chez les salariés [6] que chez les médecins traitants [7]. Par ailleurs, le SPP repose sur une traçabilité des expositions qui est souvent mal établie et les attestations d'exposition ne sont pas systématiquement délivrées par les employeurs ou la médecine du travail<sup>3</sup>. La complexité des démarches est dissuasive, d'autant que chaque exposition requiert l'ouverture d'un dossier distinct, ce qui complique les démarches en cas de polyexposition. En outre, les deux étant conçus comme un droit individuel, il échoit au bénéficiaire la tâche de constituer son dossier en rassemblant les pièces attestant de son exposition. En conséquence, les auteurs concluent que « la complexité administrative, l'initiative laissée à la personne, l'état de santé, certaines formes de déni du risque, mais aussi l'approche mono-causale du SPP ou encore la simple méconnaissance de ses objectifs en matière d'identification précoce des maladies, d'information, de soutien psychologique, sont autant d'éléments conduisant à une occultation du sens même de ce droit au SPP. En outre, engager une telle démarche n'est pas exempt d'effets sur le moral des personnes. » [6].

## Évolution récente de la législation

Un décret<sup>4</sup> issu de la Loi du 02 août 2021 pour renforcer la prévention de la santé au travail<sup>5</sup> a redéfini les modalités du SPP en s'appuyant sur une visite médicale de fin de carrière (VFC)<sup>6</sup>. Le SPP est désormais proposé au salarié à l'issue d'un état des lieux des expositions réalisées durant la VFC pour les salariés en surveillance individuelle renforcée (SIR) ou qui l'ont été, ou à la demande du salarié. Dans ses recommandations, la Société française de médecine du travail (SFMT) préconise qu'à la fin de la VFC soit délivré au salarié un document récapitulatif ses expositions professionnelles et lui proposant éventuellement un SPP. Il appartient au patient de le transmettre à son organisme d'assurance maladie pour introduire la demande [8]. Le champ d'application des SPP et SPE a été étendu aux agents chimiques mutagènes et

<sup>3</sup> Prenant en compte l'évolution de la législation, la CNAMTS dans une circulaire (CIR-4/2023) rappelle la nécessité de l'attestation du médecin du travail. Toutefois, en cas d'absence d'attestation, « Le médecin conseil, en tant que de besoin, sollicite l'avis de la consultation de pathologie professionnelle ou du CRPPE pour définir le protocole de surveillance adapté à la situation ».

<sup>4</sup> Décret n° 2022-372 du 16 mars 2022 relatif à la surveillance post-exposition, aux visites de préreprise et de reprise des travailleurs ainsi qu'à la convention de rééducation professionnelle en entreprise, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045365883>.

<sup>5</sup> Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>.

<sup>6</sup> Celle-ci résulte d'une précédente loi (décret n° 2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043927208/2021-10-01>).

reprotoxiques, au-delà des agents cancérigènes et des rayonnements ionisants qui étaient pris en compte jusque-là<sup>7</sup>.

Depuis 2022<sup>8</sup>, les SPST interentreprises (et d'autres comme celui de la MSA) font l'objet d'une certification qui s'appuie sur la norme AFNOR SPEC 221. Celle-ci pourrait les inciter à porter une attention accrue au SPP, car elle tient compte du nombre de visites SPP effectuées. À l'heure où nous écrivons, la certification en est à ses débuts.

Tout en restant très faible, le taux de recours au SPP augmente légèrement depuis la mise en application des nouvelles modalités. En 2023, le nombre de demandes adressées au Régime général du Finistère s'élève à 28, dont 17 font suite à la VFC<sup>9</sup> (données CPAM 29). Aux dires des médecins du travail interrogés dans le cadre du projet Rispop29, le nombre de VFC réalisées reste faible pour deux raisons. Premièrement, peu d'employeurs répondent à l'obligation d'adresser les futurs retraités à la médecine du travail. Deuxièmement, les SPST ne disposent pas des ressources nécessaires pour accomplir cette nouvelle tâche et ne sollicitent pas les employeurs de crainte d'être débordés. La loi leur semble intéressante, mais inapplicable. Les rares VFC sont effectuées à la demande de salariés ou lorsque la dernière visite périodique d'un salarié se mue en VFC.

## Prévention secondaire et anxiété

La commission sur la sous-déclaration des AT et des MP pointe également « des aspects psychologiques liés au caractère potentiellement anxiogène du suivi post-professionnel » [3] que nous allons détailler. En effet, les conséquences psychologiques du dépistage et de l'information sur les risques pour la santé auprès de patients exposés à l'amiante ont fait l'objet d'une série d'études américaines dès les années 1980. Elles sont advenues à une période de controverse sur les risques de panique déclenchée par l'information des personnes exposées à l'amiante [9]. En France, des enquêtes par questionnaire ont mesuré les effets psychologiques du suivi (programmes SPP-A, Espaces, Spirale/Espri et ARDCO). Ainsi, plusieurs situations sont recensées dans la littérature comme pouvant avoir un impact psychologique sur les bénéficiaires : se savoir exposé, recevoir des informations et passer des examens médicaux.

La première situation consiste à avoir connaissance d'une exposition à une substance nocive. L'anxiété croît avec l'auto-évaluation de l'intensité de l'exposition [10] et les individus sont alors plus pessimistes et inquiets concer-

nant leur santé à venir [9,11]. Le fait d'avoir été exposé à l'amiante est associé à des symptômes anxieux et dépressifs qui sont d'autant plus présents que l'exposition a été importante. Ils sont aussi fortement associés à l'appréciation individuelle du risque de tomber malade [12]. Face à cette situation, la réaction la plus commune consiste à adopter des stratégies de *coping* fondées sur le déni et la minimisation du risque. Tant que rien ne vient perturber cet équilibre, la santé mentale n'est pas directement affectée. Ainsi, Maurrel constate que « les travailleurs exposés à l'amiante ne présentent pas de troubles psychopathologiques proprement dits, mais plutôt une angoisse latente qui devient massive, au point de perturber le fonctionnement mental, dès que la santé se détériore. Cette angoisse, liée à la peur de développer un cancer, est réactivée au moindre symptôme physique, même sans aucun lien avec une pathologie de l'amiante » [9]. Se savoir exposé est la source première d'une anxiété avec laquelle il faut composer en recourant à des stratégies de *coping*.

La seconde situation consiste à recevoir une information concernant l'exposition, ce qui pourrait réveiller une angoisse latente chez ceux qui étaient dans une position de déni. Pourtant, les effets psychologiques négatifs restent modérés chez les patients informés, car le déni et la minimisation persistent. Cette attitude est beaucoup plus difficile à conserver pour les individus qui déclarent connaître des collègues décédés d'une pathologie associée à l'amiante [9,11,12], car cette interconnaissance augmente leur appréciation individuelle du risque de tomber malade. Dans le cas des individus qui soupçonnaient avoir été exposés sans en être certains, l'information et le dépistage ont plutôt un effet rassurant en réduisant l'incertitude et en augmentant le sentiment de contrôler la situation [9]. À l'inverse, les personnes les plus anxieuses ont tendance à ne pas prendre connaissance des informations qui sont mises à leur disposition [13]. D'autres études indiquent que les personnes exposées souhaitent recevoir des informations à ce propos [14] et que leur coût psychologique est compensé par les avantages qu'elles offrent [15].

La troisième situation se rapporte aux examens médicaux qui ont des effets ambivalents. S'ils peuvent révéler l'existence d'une pathologie, ils ont aussi des impacts psychologiques positifs « liés à la prise en charge elle-même (résultat de l'examen TDM négatif, « coping »). » [1]. Ainsi, une étude conclut à une diminution de l'anxiété après le dépistage [16]. Néanmoins, les examens médicaux ont aussi des effets psychologiques négatifs. Dans le cas de l'amiante, les plaques pleurales éventuellement détectées lors d'un examen restent le plus souvent sans conséquences sur la santé de l'individu concerné. Elles ne donnent lieu à aucun traitement médical, mais l'annonce de leur présence peut entraîner des conséquences psychologiques négatives importantes qui sont à considérer au regard d'un bénéfice médical qui est resté longtemps incertain [17,18]. Enfin, lorsque les examens concluent à l'existence d'une maladie, une détresse psychologique s'installe et n'est pas compensée par son éventuelle reconnaissance en MP [11].

Menées sous un angle psychologique et épidémiologique, ces études prennent peu en compte l'environnement social et ne portent pas sur la consultation médicale. Néanmoins, elles montrent bien que l'anxiété n'est pas donnée une fois

<sup>7</sup> Décret n° 2024-307 du 4 avril 2024 fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes pour certains agents chimiques et complétant la traçabilité de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

<sup>8</sup> En application de l'article L. 46622-3 du Code du travail.

<sup>9</sup> Le nombre de demandes oscille entre 10 et 24 pour la période 2011–2021, à l'exception des années 2015 à 2018 où il a largement augmenté à la suite d'une campagne d'information ciblée menée par la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat). Néanmoins, la majorité des soins est imputée à la branche-maladie. Entre 2021 et 2022, sur 36 individus à qui le SPP a été accordé par la CPAM29, 32 ont reçu des soins dont le code acte correspond à l'examen prévu dont seulement 2 pour qui les soins ont été partiellement facturés au titre du SPP.

pour toutes. Au contraire, les stratégies de *coping* tendent à la faire disparaître et certaines circonstances la réactivent. Elle se présente à différentes occasions au fil du parcours professionnel et post-professionnel.

Du point de vue juridique, la Cour de cassation a reconnu en 2010 l'existence d'un préjudice d'anxiété en lien avec l'exposition à l'amiante concernant les salariés qui « se trouvaient par le fait de l'employeur dans une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante et étaient amenés à subir des contrôles et examens réguliers propres à réactiver cette angoisse » [19]. Cet arrêt suggérerait que l'indemnisation du préjudice d'anxiété requerrait un suivi post-professionnel assidu, mais cette condition a finalement été écartée (C. Cass. Soc, 4 décembre 2012, n° 11-26294).

Parmi les obstacles au SPP, l'anxiété est évoquée de manière récurrente, mais ce terme unique recèle une variété de mécanismes psychologiques et sociaux. La connaissance de l'existence d'une exposition, les informations reçues à ce propos, les examens médicaux et l'apparition d'une maladie sont des événements dont les effets sont ambivalents. Au lieu d'y remédier, le SPP semble contribuer à augmenter l'anxiété en érigeant des obstacles dans la mise en œuvre de la prévention secondaire. Jusqu'à aujourd'hui, aucun soutien n'est proposé pour faire face à ces difficultés puisque le SPP ou le SPE est un droit individuel et relève donc de la seule initiative des personnes concernées. En outre, le dispositif n'impose pas le type de praticien avec lequel le suivi est effectué et le bénéficiaire est libre de le choisir<sup>10</sup>. Le suivi n'est pas une prérogative du médecin du travail, il peut se faire avec le médecin traitant, un spécialiste ou auprès d'un CPPE.

Ces difficultés cumulées expliquent que le non-recours soit la réaction normale en termes statistiques, c'est-à-dire la modalité la plus fréquemment rencontrée, mais aussi celle qui semble la plus compréhensible.

Si l'anxiété est un motif important de non-recours, cela ne signifie pas qu'elle soit absente chez les individus qui s'engagent dans le SPP et le SPE. Les consultations médicales sont un contexte où elle se manifeste avec force, car les examens médicaux et la communication de leurs résultats confrontent le patient à une évolution possible de son état de santé. Les recommandations de la Conférence de Consensus de 1999 [20] invitent à « rassurer le cas échéant la personne ayant subi une exposition » durant l'examen clinique et les médecins en tiennent compte dans la manière dont ils mènent la consultation.

## Méthode

Les données mobilisées proviennent de la Recherche interventionnelle sur le suivi post-professionnel des cancers en Finistère (Rispop29) financée par l'Institut national du cancer (Inca) menée depuis 2020 au laboratoire de sociologie de l'université de Brest (Labers). Elle a été précédée d'une étude exploratoire des parcours professionnels de retraités ayant travaillé dans le secteur nucléaire militaire à Brest réalisée en 2018/2019 [21].

La perspective théorique de notre article s'inscrit dans les approches d'inspiration pragmatique en sociologie [22]. Celles-ci s'intéressent à la construction de la réalité sociale. Dans le cas présent, elles se penchent sur les interactions entre médecins, actifs et retraités dans le cadre de consultations.

Le présent article étend les observations de consultations SPP ( $n=26$ ) à celles des SPE ( $n=26$ ), car elles ont les mêmes enjeux en termes d'anxiété et se déroulent dans des conditions similaires [23]. Bien que le SPP et le SPE soient faits majoritairement par les médecins de ville (traitants ou spécialistes), le CPPE n'est pas exclu de ces dispositifs. Toutefois, le choix relève exclusivement de la personne qu'elle soit retraitée ou salariée. Dans notre étude, nous avons opté pour le CPPE, car il permettait d'avoir une unité de lieu facilitant l'observation des consultations. Une telle approche aurait été plus difficile d'accès dans le cadre de cabinets libéraux.

Pour bien circonscrire leur spécificité, les observations dépassent ce cadre en explorant ses marges (Tableau 1). Par ailleurs, on peut considérer le SPP et le SPE comme des catégories administratives qui ne sont en définitive que des maillons d'une chaîne de surveillance de la santé au travail qui débute dès la vie active (visites périodiques, SIR, SPE), se prolonge à la retraite pour des patients en bonne santé (SPP), ou malades (suivi périodique de l'évolution de MP). Des situations proches du SPP et du SPE ont donc été observées en variant le motif de la consultation. Celles-ci se distinguent par leur objectif, l'origine de la demande, l'existence ou non d'un enjeu de la consultation sur la suite du parcours professionnel et la temporalité du risque qui fait l'objet des examens médicaux<sup>11</sup>.

Le cadre institutionnel des consultations a également varié (63 consultations au CRPPE et 5 dans un SPST) afin d'augmenter la quantité de médecins du travail observés ( $n=5$ ) pour un total de 68 consultations. Le risque de contracter une maladie liée aux expositions à l'amiante et aux RI, qui sont le motif quasiment exclusif des consultations, est élevé dans cette population et il est bien connu des patients. Parmi ceux-ci, 22 recouraient au SPE/SPP pour la première fois et présentaient davantage de signes d'anxiété. La périodicité des examens est de deux ans pour l'exposition aux RI, et de cinq ou dix ans pour l'amiante selon l'intensité de l'exposition.

Lorsque cela était possible, les consultations ont été précédées d'une discussion avec le patient dans la salle d'attente ou après la consultation. De manière plus systématique, un entretien avec le médecin a eu lieu après la consultation pour apporter un regard réflexif sur la situation et compléter les éléments du cas observé. Les observations ont fait l'objet de prises de notes sur une grille d'analyse thématique au moment même de la consultation et dans les minutes qui ont suivi. Elles n'ont pas été enregistrées de crainte de provoquer une gêne majeure dans l'interaction observée, voire un refus de participation. Si cette méthode a pu occasionner une perte de données, celle-ci est partiellement compensée par la discussion en amont avec le

<sup>10</sup> Article L. 1110-8 du Code de la santé publique.

<sup>11</sup> La question de l'anxiété n'est pas exclusive à la visite dans le cadre du SPP ou le SPE. Elle peut aussi apparaître durant les visites d'aptitude ou de reprise au travail [32].

**Tableau 1** Types de consultations observées.

$\Sigma = 68$	Objectif	Origine de la demande	Temporalité du risque
SPP ( $n = 26$ )	Surveillance de l'état de santé	Patient	Passée
SPE ( $n = 26$ )	Surveillance de l'état de santé	Employeur	Passée
Aptitude ( $n = 7$ )	Orientation du salarié	Employeur	Actuelle
Suivi de MP ( $n = 9$ )	Recherche de l'origine professionnelle de la maladie	Patient	Passée

SPP : suivis post-professionnel ; SPE : suivis post-exposition.

patient, l'entretien avec le médecin en aval de la consultation et le remplissage de la grille d'observation dans les plus brefs délais.

La démarche d'analyse consiste à saisir comment « l'action est progressivement guidée par le surgissement de repères inopinés dans le champ d'attention du médecin. » [22].

L'analyse des consultations est enrichie par le recours à d'autres données élaborées dans le cadre de Rispop29 qui consistent en entretiens avec des bénéficiaires recourant au pas au SPP ( $n = 50$ ), des médecins généralistes ( $n = 4$ ) et des représentants d'associations de victimes. Une cinquantaine de réunions ont également été conduites auprès d'institutions de la protection sociale de plusieurs régimes sociaux. Des institutions partenaires de la recherche (CRPPE, CPAM29, CARSAT) ont fourni des données quantitatives.

Le présent article repose sur des études de cas sélectionnés pour leur exemplarité et qui ne sont pas statistiquement significatifs. Une étude longitudinale reposant sur des données quantitatives permettrait d'élargir le propos. Par ailleurs, le territoire investigué est très concerné par la question de l'amiante qui y est de notoriété publique et donne lieu à une intense activité associative.

Préalablement à la consultation, le consentement des patients à participer à la recherche a été obtenu et formalisé par écrit selon les termes de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Une déclaration de conformité à la norme MR004 a été déposée auprès de la CNIL sous la supervision du *data privacy officer* (DPO) de l'université. La recherche est purement observationnelle et vise à comprendre la relation qui s'établit entre le médecin et le patient dans un cadre où l'objet de la consultation est bien la prévention et non pas la maladie. Les données reposent uniquement sur des échanges verbaux et les dossiers médicaux des patients n'ont pas été consultés.

## Résultats

### Le CRPPE de Brest

L'équipe médicale du CRPPE brestois est composée de deux médecins du travail, d'une dermatologue et d'un ou deux internes qui donnent les consultations. Deux secrétaires médicales assurent la gestion administrative du service. L'équipe est renforcée par des externes et des médecins collaborateurs pour un total de 9,22 ETP en 2022.

Le service remplit les missions communes à tous les CRPPE, à savoir la recherche de l'origine et de la cause

de maladies résultant d'expositions professionnelles ou environnementales, la prévention des pathologies professionnelles, le maintien en emploi des personnes atteintes, la formation et la recherche. Le centre brestois se singularise par une attention accrue portée aux consultations en psychopathologie professionnelle [24]. La consultation pour l'aptitude à l'hyperbarie professionnelle y tient également une place importante qui est en relation avec les besoins du territoire et en tant qu'objet de recherche scientifique.

Environ 700 consultations sont annuellement tenues où la majorité des patients sont orientés par la médecine du travail. Quatre-vingt-dix pour cent des patients proviennent du département, ce qui s'explique par le fait que deux CRPPE coexistent en région Bretagne (Rennes et Brest). Les ouvriers sont la catégorie professionnelle la plus représentée chez les patients brestois en activité.

En 2022, la surveillance systématique des expositions (SPE et SPP) représente le troisième motif de consultation (180) après les diagnostics de pathologie professionnelle (285) et les avis d'aptitude, d'orientation ou de reclassement (272).

La modalité la plus courante d'une consultation médicale repose sur une demande adressée par un patient à un médecin qui y répond en prescrivant un traitement. Lorsqu'il s'agit de médecine du travail, on s'en écarte, car la mission du médecin relève exclusivement de la prévention (orientation des salariés, surveillance de leur état de santé et actions sur le milieu de travail) et il ne délivre pas de prescription en dehors des examens complémentaires dans le cadre de l'aptitude ou de la surveillance d'une exposition [22].

Le SPP ne relève pas de la médecine du travail au sens strict puisqu'il concerne des retraités, mais, sur le terrain étudié, les consultations sont majoritairement réalisées par un médecin du travail<sup>12</sup>. Quant au SPE, il porte sur un risque passé, mais concerne un salarié qui peut éventuellement être exposé actuellement à d'autres risques. Le SPE advient lorsque l'employeur signale la fin de l'exposition au SPST. À l'inverse, les consultations SPP interviennent à la demande du patient.

Les visites SPP et SPE n'ont pas pour objet l'orientation professionnelle. Elles portent sur une exposition professionnelle qui n'est plus d'actualité. Malgré cette singularité, l'objectif principal du médecin du travail reste bien la prévention. Dans le cas d'une première consultation, le médecin retrace les postes de travail et recherche les

<sup>12</sup> Et par une dermatologue lorsqu'il s'agit de SPP pour exposition aux rayonnements ionisants.

expositions associées par des questions précises. Mais la prévention prend aussi d'autres formes lorsqu'il cherche à maintenir l'adhésion à la prévention secondaire, mène l'interrogatoire médical et délivre des conseils de bonne santé (sevrage tabagique, activité physique). La première consultation établira un état des lieux, les suivantes révéleront si les éventuels marqueurs d'exposition à l'amiante (nodules, plaques pleurales) ont évolué ou sont apparus.

Dans le service étudié, les consultations SPP et SPE se déroulent l'après-midi, mais les patients arrivent à l'hôpital dès le matin pour passer les examens (scanner thoracique et EFR pour l'amiante). Ils attendent ensuite d'être reçus par le médecin. Pendant ces quelques heures, les patients se promènent en ville, se restaurent, ou attendent sur place. Ces heures d'attente accroissent le stress lié à la communication des résultats.

Au moment de la consultation, trois cas de figure peuvent se présenter. Si les images du scanner et le compte-rendu rédigé par le radiologue sont disponibles, le médecin dispose d'un appui solide pour faire part des résultats de l'examen, l'expertise du médecin spécialiste faisant foi. Mais celui-ci n'a pas toujours rédigé le compte-rendu avant la consultation et, dans ce cas, seules les images sont disponibles. Dans cette situation, le médecin ne dispose que d'une information fragile à communiquer au patient. N'étant pas radiologue, son avis n'a pas valeur d'expertise, mais il a néanmoins des compétences médicales et une connaissance pratique de la lecture des scanners. Enfin à de rares occasions, il n'y a ni compte-rendu, ni images. Lorsque les images sont consultées, l'écran est positionné de telle manière à ce que les deux parties puissent les voir.

Cette configuration prive le médecin d'une partie de ses appuis, ce qui met en exergue les enjeux d'une consultation où les attentes des deux parties en présence sont en net décalage. Le patient souhaite avant tout avoir connaissance des résultats de ses examens. Il le manifeste plus ou moins ouvertement alors que le médecin cherche à introduire la prévention dans la consultation.

L'adaptation de la consultation à des situations singulières explique que celle-ci s'écarte sensiblement d'une procédure standardisée [25]. Nos observations montrent que l'anxiété du patient est prise en compte dans ces variations, par exemple lorsque le médecin décide de ne pas lui montrer les images des examens.

## La relation médecin–patient dans les consultations SPP et SPE

Le travail du médecin du travail repose principalement sur une « activité dialogale » [26], autrement dit une discussion avec le patient. Au cours de celle-ci, le médecin pose une série de questions standardisées et, selon la réponse qu'il reçoit, il peut décider de relancer le patient pour obtenir davantage d'informations jusqu'à se faire une opinion de la situation<sup>13</sup>. « Le praticien met des mots sur les maux (avec

ou sans relances) lui permettant d'imaginer des risques de santé effectifs, possibles, d'où le recours à des pistes, à une réflexion en arborescence. En effet, il est alors dans l'exploration de symptômes, même s'il doit toujours suivre, à un moment donné, les plaintes de l'utilisateur à cause de son rôle d'apaisement » [27].

Du point de vue des patients qui ont été exposés à des risques et en subissent les conséquences, le médecin du travail est un personnage envers qui il peut exister de la défiance du fait de la « prise de conscience d'une médecine défaillante » qui ne les a pas protégés, tout en prenant garde de ne pas s'en faire ouvertement des adversaires [28]. À cette défiance s'ajoute une distance si le médecin est rencontré pour la première fois, ce qui est moins fréquent dans les SPST où les médecins ont une connaissance approfondie des entreprises de leur secteur et reçoivent les salariés en visite périodique. Néanmoins, les classes populaires manifestent une « bonne volonté sanitaire » que l'on peut définir à la fois comme un effort de conformité à des normes peu atteignables et leur maîtrise relative [29]. Elle incite leurs membres à se conformer au moins partiellement aux demandes et aux recommandations des médecins.

Dans le cadre d'une relation qui reste asymétrique, le médecin à l'autorité nécessaire pour mener la consultation comme il l'entend, mais il utilise cette autorité avec tact et sans brusquer le patient. En analysant des consultations médicales en cancérologie, Loretto [30] a montré que les patients d'origine populaire n'arrivent pas à poser les questions qui les préoccupent et que, par ailleurs, ils cherchent moins à se renseigner sur leur maladie que les membres des catégories sociales supérieures. L'asymétrie de savoir est doublée d'une asymétrie de classe puisque les patients sont d'anciens ouvriers dans la majorité des situations observées. L'échange d'informations de la part du médecin vers le patient en est donc affecté.

Dans le cas présent, le médecin est lui aussi à la recherche d'informations et compte sur la participation des patients pour les obtenir. La consultation est balisée par une série d'opérations formelles au cours desquelles le médecin cherche à ce que le patient se livre à lui en pratiquant un « art maïeutique ». L'un d'entre eux emploie l'expression « ouvrir le tiroir » pour rendre compte du fait qu'il cherche à vaincre des réticences, que ce soit par des questions très ouvertes (« comment allez-vous ? ») ou par des relances précises lors du questionnaire médical. C'est parfois lorsque la consultation touche à sa fin que le patient délivre spontanément une information qui retient l'attention du médecin, remettant éventuellement en cause la décision que celui-ci s'apprêtait à prendre.

## Deux études de cas

Deux situations observées illustrent comment l'anxiété affecte la relation qui s'établit et le déroulement de la consultation.

<sup>13</sup> Thievenaz explique ce déroulement en empruntant deux notions à John Dewey, celle d'« habitude » qui désigne les ressources qui assurent la régularité et la continuité des opérations d'orientation

et celle d'« enquête » qui décrit la manière de faire face à de nouvelles situations.

## Cas n° 1

La première concerne un ouvrier retraité de la construction navale (71 ans) exposé à l'amiante et aux rayonnements ionisants. Il présente des traces d'amiante dans les poumons (plaques pleurales) qui ont mené à la reconnaissance d'une maladie professionnelle (taux d'IPP 10 %) <sup>14</sup>. Son état de santé s'est aggravé à la suite de deux pneumopathies (2002 et 2017). De plus, il a été opéré d'un carcinome.

Bien que le patient ait pris l'initiative de la consultation, il a refusé de passer le scanner thoracique et n'a réalisé que les EFR. Le médecin s'en étonne et, au cours de la consultation, le patient avance successivement plusieurs raisons à ce refus qui sont autant d'obstacles que le médecin va déconstruire, ce qui aboutit à confronter le patient à la raison profonde de son refus. Il explique d'abord qu'il a été exposé aux rayonnements ionisants durant son activité professionnelle et qu'il souhaite éviter de nouvelles expositions. Le médecin cherche à le rassurer en disant que la dose de rayons est faible et évoque la nécessité de passer cet examen. Le patient réplique qu'il a déjà passé de nombreux scanners ces dernières années et qu'un autre serait inutile. Le médecin consulte le dossier médical et répond que le seul scanner est daté de 2000, les autres examens (2017, 2019) étant des radios pulmonaires. Le dossier médical mentionne qu'il a déjà refusé un scanner en 2019. Le médecin détaille son argument en expliquant que les scanners utilisés aujourd'hui sont des modèles qui émettent peu de rayonnements (scanners à basses doses). En dépit de ses antécédents médicaux, le patient cherche ensuite à convaincre le médecin qu'il n'a pas besoin de scanner puisqu'il est en bonne santé. Il avance des arguments pour soutenir ce point de vue : il a une hygiène de vie rigoureuse (alimentation bio, pas d'alcool, regarde des émissions de télévision sur la santé) et pratique quotidiennement la course à pied. À ses yeux, la pratique sportive constitue une preuve de sa bonne santé.

*« Ma logique, c'est de me dire que tant que je peux courir, que je n'ai pas de douleur, c'est que je ne suis pas trop malade. Pour l'instant, ça marche ».*

Il s'étend ensuite longuement sur son rapport à la médecine.

*« Je ne vais voir les médecins que quand j'ai un problème, mais tant que tout roule, je ne vais pas chercher. »*  
*« J'ai toujours été réfractaire aux médicaments et aux médecins. »*

Le fait de ne pas voir de médecin, de ne pas prendre de médicaments et de ne pas s'être vacciné contre le COVID-19 sont avancés comme autant de preuves de bonne santé au prix d'une inversion logique : puisqu'un traitement sert à soigner une maladie, alors s'il n'y a pas de traitement, c'est qu'il n'y a pas de maladie. Ce genre de raisonnement permet au patient de ne pas remettre en question ses croyances [31].

Le médecin maintient sa position en usant avec modération de son autorité et en rassurant le patient. Au fil de la consultation, l'attitude de celui-ci change. Au début de l'échange, il se montre très affirmatif et il recherche l'assentiment du médecin. Au fil de la remise en question de ses propos, des signes d'anxiété apparaissent (silences, voix tremblante). Il finit par dire qu'il ne veut pas savoir s'il est atteint d'une pathologie.

*« C'est irrationnel, mais j'accepte mon irrationalité ».*

En fin de consultation, le médecin synthétise ses arguments (l'existence de la réparation et les bénéfices à en attendre, la date lointaine de l'unique scanner, les antécédents médicaux du patient). Il met ensuite en avant son bon état de santé général, le risque d'une évolution et la balance bénéfique/risque. Ce faisant, il ne dément pas les arguments du patient, mais les intègre à un raisonnement plus vaste. Enfin, il rédige une ordonnance pour un nouveau scanner et cherche à ce que le patient s'engage à s'y soumettre. Le patient ne dit pas ce qu'il compte faire.

## Cas n° 2

Le second patient est un homme (50 ans) enseignant l'éducation physique et sportive dans un collège. Il a été exposé à l'amiante dans un gymnase qu'il fréquentait quatre fois par semaine. Il est à l'initiative de cette consultation de SPE après en avoir appris l'existence par un ami travaillant dans le secteur privé.

Dès l'entrée dans le cabinet, le patient commence à raconter dans les moindres détails son parcours et les difficultés rencontrées avec l'administration de l'Éducation nationale. Il considère que cette institution l'a abandonné.

*« Une fois que l'on apprend qu'on a été exposé, on doit se débrouiller ! ».*

Durant cette première phase de la visite, le médecin ne fait qu'écouter et échanger quelques mots. Il ne suit pas le protocole habituel. Cette écoute se fait de manière flottante afin de pouvoir capter dans le discours de la personne les éléments qui lui permettront de découvrir les ressources nécessaires pour entamer une relation de prévention.

Ainsi, au cours de la consultation, le patient décrit tout son parcours et notamment les difficultés pour être informé et obtenir les documents nécessaires au suivi. Le discours du patient vise à interpeller directement le médecin et à obtenir son approbation quant à la responsabilité d'un employeur qu'il jugeait jusque-là digne de confiance.

*« C'est quand même l'État ! »*

Face à une telle situation, le médecin doit jauger en permanence quelles sont les stratégies rhétoriques à employer afin de s'en tenir aux faits. Dans le dossier du patient figure une attestation d'exposition ainsi que d'autres documents étayant cette thèse. Le patient mentionne que la presse s'en est fait l'écho. Le médecin rassure le patient sur ce qu'il considère comme une réalité.

*« [L'exposition] est incontestable ». En médecine, nous nous en tenons aux faits et ici, rassurez-vous, les faits sont clairs ».*

Une telle stratégie favorise la poursuite d'un autre objectif que le médecin décèle dans l'échange. Comme pour d'autres cas observés, l'exposition aboutit à l'émergence

<sup>14</sup> Ce cas est présenté pour son exemplarité, même si le patient est reconnu en maladie professionnelle.



d'une anxiété qui s'exprime durant la consultation. Dans le cas présent, le patient s'est mobilisé rapidement pour obtenir des informations. Il ne conteste pas le bien-fondé des visites, bien au contraire, il s'interroge sur l'absence de soutien et d'information de sa hiérarchie. Une telle situation provoque chez lui un malaise que le médecin remarque. En effet, les relances et les questions qu'il pose concernant sa qualité de vie (sommeil, relations, travail, etc.) lui permettent d'explorer un risque émergent pour le patient. Ainsi, le médecin, tout en expliquant l'importance du suivi, tâche de montrer au patient qu'il devrait se faire accompagner. Il transmet des renseignements sur le préjudice d'anxiété et sur l'importance de ne pas être seul dans de telles démarches.

## Discussion

Les deux cas présentés montrent la manière dont l'anxiété détermine le déroulement de la consultation. Dans le premier, les expositions professionnelles et la dégradation de l'état de santé créent une anxiété que le patient cherche à réduire en interposant des barrières entre lui et l'examen à réaliser, de peur que celui-ci révèle une pathologie. Il recherche l'assentiment du médecin pour se conforter dans sa position. Le déni le protège de l'anxiété, mais, lorsqu'il disparaît, il faut alors arriver à gérer celle-ci. Dans le second cas, le patient fait part de ses difficultés et de ses attentes de manière pressante, ce qui met en évidence sa fragilité. L'anxiété se manifeste donc de deux manières différentes. Le médecin cherche dans le premier cas à faire apparaître l'anxiété dont le patient se protège par le déni alors que, dans le second cas, il cherche à réduire cette anxiété en proposant une prise en charge psychologique. L'enjeu est d'arriver à maintenir l'adhésion du patient en trouvant un équilibre entre la mise en évidence d'un risque de pathologie et la nécessité de rassurer, afin que le patient soit suffisamment conscient du risque, mais que celui-ci ne le paralyse pas. La proposition faite par le médecin d'explorer la demande d'un préjudice d'anxiété vise à réduire les préoccupations introduites par l'exposition à l'amiante. Ainsi, en soumettant une telle alternative, le médecin non seulement informe, mais il tente de contrôler la relation pour s'assurer de la suite. Dans les deux cas, le médecin fournit au patient des outils qui lui donnent une capacité d'agir et de réduire le niveau d'incertitude.

D'autres cas montrent comment l'anxiété pèse sur le déroulement de la consultation : sachant que le compte-rendu n'est pas arrivé, le médecin renonce à regarder les images du scanner en présence du patient, car il considère que ce serait trop anxiogène ; en l'absence de compte-rendu et face aux demandes pressantes d'un patient qui souhaite connaître ses résultats, le médecin peine à le convaincre que ceux-ci sont bons ; militant dans une association de victimes, un patient en mauvaise santé se détourne ainsi de sa propre situation, puis nargue le médecin en refusant d'arrêter de fumer. Le médecin réagit avec humour pour maintenir la relation.

Les médecins ajustent donc leur discours et leur comportement en tenant compte de l'état d'anxiété du patient, laquelle est une contrainte qui pèse fortement sur le déroulement de la consultation. Ils cherchent à créer les

conditions favorables à la continuité du suivi tout en décelant d'autres éventuelles complications. Pour ce faire, ils cherchent à créer une prise de conscience sans augmenter l'anxiété et à rassurer sans conforter le patient dans le déni. C'est une double approche qui se fait sur le fil, le niveau d'anxiété du patient déterminant la manière de s'adresser à lui et la possibilité de délivrer une information complète.

Accepter le fait que le patient ne veuille pas passer d'exams relève du libre-choix du patient que les médecins gardent à l'esprit. Certains considèrent que la balance bénéfique–risque peut être défavorable au SPP si l'anxiété est trop forte et ne conseillent pas au patient de le suivre si celui-ci ne se sent pas capable de s'y faire face. D'autres engagent un dialogue sur la nécessité d'apprendre à gérer l'anxiété qui accompagne le suivi, ce qui semble une voie plus féconde.

## Conclusion/perspectives

Initialement liée à l'exposition professionnelle, l'anxiété est réactivée par les examens de SPP et de SPE. La laisser s'exprimer et l'accompagner est la voie que préconise la Haute Autorité de santé [1]. Ainsi, dans notre étude, les observations font ressortir les ressources sur lesquelles le médecin du travail peut s'appuyer pour réguler l'anxiété de la personne. Savoir adopter une posture d'empathie, explorer d'autres dimensions dans la situation de la personne, rassurer sur les examens, fournir des informations pour faciliter le suivi, convaincre du bien-fondé du dispositif et être transparent avec les informations. L'ensemble de ces éléments contribue à construire une relation de confiance, d'autant plus importante que le médecin du travail ne voit que rarement ces personnes, à la différence du médecin traitant qui les voit plus régulièrement. En empruntant ces chemins, le médecin fait preuve de soutien psychologique dans la mesure où il concourt à calmer et rassurer la personne. Ce faisant, la personne adhère plus facilement au dispositif et en conséquence au suivi. Une relation de bonne qualité entre le médecin et le patient favorise l'apparition d'une forme de *coping* qui consiste à suivre les conseils de prévention.

Par ailleurs, nos observations attirent l'attention sur le caractère individuel du dispositif. À ce titre, et en matière de soutien psychologique, on pourrait penser à deux formes complémentaires de soutien : celles des associations qui sont à même d'organiser des groupes de parole ou celle de consultations individuelles. Cet accompagnement contribuerait à augmenter le recours au SPP.

Enfin, on peut s'interroger sur l'émergence de cette anxiété associée à l'éventuelle apparition d'une maladie liée à une exposition professionnelle. En tant qu'effet différé du travail sur la santé mentale des retraités, sa prise en charge devrait revenir à la branche AT/MP comme c'est le cas pour les examens médicaux. Mais une telle hypothèse suppose de revenir sur les principes du dispositif et le compromis social qui le sous-tend en termes d'imputabilité juridique. Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs sont rémunérés par leurs affiliations et déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

## Remerciements

Les auteurs adressent leurs remerciements au Pr Brice Loddé, chef du CRPPE du CHRU Morvan qui a bien voulu nous accueillir dans son service, à tous les médecins et patients qui ont accepté notre présence ainsi qu'aux membres du personnel administratif qui nous ont réservé un bon accueil. Les auteurs remercient également le Dr Mathieu De Zutter, médecin du travail au SPST Santé au travail en Cornouaille pour sa participation à l'enquête.

La recherche a été financée par l'Institut national du cancer (subvention n° 2021-011).

## References

- [1] Haute Autorité de santé. Suivi post-professionnel après exposition à l'amiante; 2010 [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_935546/fr/suivi-post-professionnel-apres-exposition-a-l-amiante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_935546/fr/suivi-post-professionnel-apres-exposition-a-l-amiante).
- [2] Le Garrec J, editor. Rapport de la Mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante. Paris: Assemblée nationale; 2006 [n° 2284].
- [3] Commission d'estimation du coût réel de la sous-déclaration des AT/MP. Estimation du coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles; 2021 [https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/Presse/Contenus/Sous\\_declaration\\_ATMP\\_2021.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/Presse/Contenus/Sous_declaration_ATMP_2021.pdf).
- [4] Carré A. Le suivi post-professionnel. Histoire d'une fiction. Cah SMT 2016;31:23–5.
- [5] L'Honoré C. Analyse du dépistage post-professionnel et post-exposition à l'amiante. Étude dans deux Centres de Consultations de Pathologies Professionnelles d'Île-de-France entre 2011 et 2013. Med Hum Pathol 2016 [Dumas-01347470] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>.
- [6] Muñoz J, et al. Le droit au suivi post-professionnel et sa (non) mise en œuvre. Le cas des irradiés des armes nucléaires de l'Île Longue (Brest). Travail Emploi 2022;2–4:169–71.
- [7] Jacquot Y. Étude MG POST-PRO : état des lieux des connaissances des médecins généralistes finistériens sur les modalités de suivi post professionnel. Brest: UBO; 2019.
- [8] Fantoni-Quinton S, et al. Rôle des services de prévention et de santé au travail pour la traçabilité des expositions, le suivi post-exposition et le suivi post-professionnel : cadre juridique, questions à traiter, outils disponibles et recommandations de la SFMT. References Sante Travail 2022;169:79–88.
- [9] Maurel M, et al. Exposition professionnelle ancienne à l'amiante : conséquences psychologiques de la surveillance médicale et de l'information sur les risques pour la santé. Arch Mal Professionnelles Environ 2006;67(1):7–13.
- [10] Siefert E, et al. Quality of life in retired workers with past exposure to asbestos. AJIM 2024;67(7):610–23.
- [11] Riblier-Dehen D, et al. Impact psychologique du suivi post-professionnel amiante à long terme. Quelles conséquences après la déclaration suivie de la reconnaissance d'une maladie professionnelle chez des sujets de la cohorte SPP-A ? Rev Mal Respir 2019;36(8):924–36.
- [12] Mouchetrou NI, et al. Anxious and depressive symptoms in the French Asbestos-Related Diseases Cohort: risk factors and self-perception of risk. Eur J Public Health 2017;27(2):359–66.
- [13] Thaon I, et al. Anxiété et suivi post-professionnel amiante au sein de la cohorte ARDCO. Arch Mal Professionnelles Environ 2016;77(3):498.
- [14] Houts PS, et al. Effects of informing workers of their health risks from exposure to toxic materials. AJIM 1988;13(2):271–9.
- [15] Meyerowitz BE, et al. Reactions of asbestos-exposed workers to notification and screening. AJIM 1989;15(4):463–75.
- [16] Vierikko T, et al. Psychological impact of computed tomography screening for lung cancer and occupational pulmonary disease among asbestos-exposed workers. Eur J Cancer Prev 2009;18(3):203–6.
- [17] Goldberg M. Quels sont les objectifs non médicaux individuels et collectifs ? Rev Mal Respir 2012;29(6):803–9.
- [18] Gendarme S, Pairon J -C, Andujar P, Laurent F, Brochard P, Delva F, et al. Cost-Effectiveness of an Organized Lung Cancer Screening Program for Asbestos-Exposed Subjects. Cancers 2022;14(17):4089 <https://doi.org/10.3390/cancers14174089>.
- [19] Quinquis F. L'anxiété saisie par la Justice. Regards 2015;1(47):239–47.
- [20] Conférence de Consensus. In: Elaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante; 1999 <https://archives.andeava.fr/Recommandations-de-la-Conference>.
- [21] Muñoz J, editor. Travailler dans le secteur nucléaire militaire. Étude exploratoire de parcours dans le cadre du dispositif de suivi post-professionnel – TNP post-professionnel. 2020. <https://hal-emse.ccsd.cnrs.fr/IRSET-EHESP/hal-04517238v1>.
- [22] Dodier N. L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement. Paris: Métailié; 1993.
- [23] INRS. Le cadre juridique du suivi post-professionnel et du suivi post-exposition. References Sante Travail 2023;173:99–104.
- [24] Durand-Moreau Q, Dewitte JD. Apports d'une consultation de pathologie professionnelle dans la prise en charge des risques diés psychosociaux. References Sante Travail 2016;148:73–80.
- [25] Bachet D. Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail. ARSS 2011;3(188):54–69.
- [26] Thievenaz J. L'activité d'« enquête » du médecin du travail. Rech Form 2012;70:61–74.
- [27] Vega A. Les déterminants de la décision médicale. Un point de vue sociologique. Med Sci Hum 2009;5(6):282–6.
- [28] Marichalar P. « C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on en a besoin ». Ouvriers malades de leur travail face à la médecine. Agone 2016;1(58):105–22.
- [29] Arborio AM, Lechien M. Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé. In: Masclat M, editor. La France d'en bas : idées reçues sur les classes populaires. Paris: Le Cavalier Bleu; 2019. p. 123–9.
- [30] Loretta A. « Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut ». Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie. RFAS 2020;3:33–49.
- [31] Cicourel A. Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive. Paris: Seuil; 2002.
- [32] Durand-Moreau Q, Dewitte JD. Les déterminants de l'inaptitude. In: Del Sol M, Heas F, editors. Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail. Toulouse: Octares; 2016. p. 95–116.