

Sinistralité et repérage des cancers professionnels dans neuf pays européens

**Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark,
Finlande, France, Italie, Suède et Suisse**



of the insurance against accidents
at work and occupational diseases



Remerciements

EUROGIP remercie les personnes suivantes, pour la contribution et l'expertise qu'elles ont apportées à l'occasion des recherches nécessaires à ce rapport :

Stefanie PALFNER, DGUV, Allemagne
Beate MAYER, AUVA, Autriche
Karim WILMOTTE, Fedris, Belgique
Philippe CALATAYUD, Suva, Suisse
Kamma SKRUBBELTRANG, Arbejdstilsynet, Danemark
Mari KARTTUNEN, Tapaturmavakuutuskeskukseen, Finlande
Martine GARIN & Myriam YOUSOUF, CNAM/DRP, France
Marta CLEMENTE, INAIL, Italie
Erica NARVAEZ, Försäkringskassan, Suède

Coordination du groupe de travail "Maladies professionnelles" du Forum européen de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles : Christine KIEFFER, EUROGIP, France

Sommaire

Introduction	3
1. Point sur la sinistralité en matière de cancers professionnels	4
1.1 Évolution entre 2005 et 2016 des demandes de reconnaissance et des cas reconnus	4
1.2 Cancers professionnels les plus fréquents	8
1.3 Tableau comparatif général sur les cancers professionnels en 2016	12
2. Dispositifs de repérage de cas de cancers professionnels	14
2.1 Suivi postprofessionnel des travailleurs exposés à des agents cancérogènes	14
L'exemple allemand	14
L'exemple suisse	16
2.2 Dispositifs proactifs de repérage de victimes	17
Danemark : recoupement des déclarations avec le registre du cancer	17
Italie : recherche d'une possible origine professionnelle en milieu hospitalier	19
France : ciblage et accompagnement des victimes potentielles par la caisse d'assurance maladie	21
Conclusion	23

Introduction

Un cancer est dit "professionnel" lorsqu'il est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un facteur cancérigène sur son lieu de travail.

Certaines associations de tumeurs avec des agents cancérigènes présents sur les lieux de travail sont aujourd'hui bien identifiées. Cela ne signifie pas nécessairement que les différents organismes d'assurance nationaux contre les maladies professionnelles appliquent des conditions de reconnaissance identiques. La procédure d'instruction et l'appréciation du lien de causalité entre exposition professionnelle et pathologie peuvent ainsi varier d'un pays à l'autre.

Les cancérigènes présents sur les lieux de travail peuvent être d'origine chimique (métaux lourds, amiante, huiles minérales, poussières de bois, silice cristalline, benzène, goudron...), physique (rayonnements émis en radiologie, UV, champs électromagnétiques) ou biologique (certains virus étant facteurs de risque de cancer).

Ainsi, les secteurs d'activité les plus concernés par ces expositions sont ceux de la construction, de la métallurgie, des industries chimiques, du cuir et du caoutchouc, du bois, de l'industrie pétrolière ou encore de l'agriculture.

Le problème des cancers professionnels n'est donc pas tant de les reconnaître comme maladies professionnelles mais de réussir à détecter les cas qui peuvent faire l'objet d'une demande de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie auprès de l'organisme assureur.

En présence d'un travailleur atteint d'un cancer, le lien possible avec le travail n'est pas aisé à identifier dans la mesure où, sur le plan médical, rien ne distingue une tumeur due à une exposition professionnelle d'une autre tumeur et où les cancers sont souvent des maladies multifactorielles qui rendent difficile l'identification de leur origine professionnelle.

Généralement, au moment du diagnostic, les médecins portent peu d'attention au parcours professionnel du patient. Ils manquent souvent d'information et de formation sur les pathologies professionnelles et sont par essence davantage intéressés au traitement de la maladie qu'à son origine.

De plus, les cancers présentent une longue période de

latence entre l'exposition et l'apparition de symptômes (en moyenne 20 ans, parfois jusqu'à 40 ans); il est donc souvent difficile d'identifier les facteurs de risque et l'éventuelle exposition professionnelle.

Les travailleurs également méconnaissent les substances cancérigènes auxquelles ils ont été exposés sur leur lieu de travail. Enfin, la complexité et la longueur de la procédure de reconnaissance ainsi que la crainte de perdre son emploi peuvent être autant de freins à se déclarer auprès de l'assureur.

De même que certains ont cherché à estimer le nombre de travailleurs exposés à des agents cancérigènes sur leur lieu de travail⁽¹⁾, des scientifiques ont tenté d'évaluer le nombre de travailleurs atteints d'un cancer d'origine professionnelle ou, plus exactement, la part des cancers ayant potentiellement une origine professionnelle. Cette proportion se situerait dans une fourchette de 4 à 8,5 % et varierait sensiblement en fonction de la localisation des cancers.

Si l'on rapproche, à l'échelle d'un pays et sur une même période, les données sur le nombre de cas de cancers enregistrés et le nombre de demandes de reconnaissance en cancer professionnel, la fourchette mentionnée est loin d'être atteinte. Tous admettent qu'il existe un phénomène de sous-déclaration des cancers professionnels.

Il y a dès lors un véritable enjeu à recenser les cas de cancers professionnels. Un enjeu individuel pour les victimes, puisque si l'origine professionnelle de la maladie est reconnue, l'indemnisation est généralement meilleure que celle accordée par les assurances maladie et invalidité. Un enjeu également collectif puisque l'on ne peut pas prévenir et combattre un phénomène dont on a du mal à mesurer l'ampleur.

C'est pourquoi des mesures ont été prises dans certains pays pour tenter de capter les cas de cancer qui pourraient avoir une origine professionnelle. Ces initiatives seront présentées après un état des lieux de la sinistralité en cancers professionnels dans neuf pays européens: Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Italie, Suède et Suisse.

(1) Démarche européenne CAREX (base de données sur l'exposition aux agents cancérigènes) sur <https://www.ttl.fi/en/carex/>. Lire <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1739859/pdf/v057p00010.pdf>

1• Point sur la sinistralité en matière de cancers professionnels

1•1 Évolution entre 2005 et 2016 des demandes de reconnaissance et des cas reconnus

La demande de reconnaissance est la procédure effectuée auprès de l'organisme d'assurance contre les maladies professionnelles qui vise à faire reconnaître le caractère professionnel d'une pathologie afin d'ouvrir des droits à la victime (ou à ses ayants droit), notamment le versement de prestations. Au Danemark et en Suède, il s'agit plus précisément d'une demande de prestation pour incapacité permanente.

Dans la plupart des pays européens, cette procédure de demande de reconnaissance est à distinguer de la procédure de déclaration des maladies dont on soupçonne une origine professionnelle et qui pèse sur certains acteurs (les professionnels de santé par exemple). La procédure de déclaration vise essentiellement à évaluer de manière empirique l'existence de maladies liées au travail indépendamment de considérations d'assurance.

La reconnaissance d'un cas de cancer en maladie professionnelle est la décision par laquelle l'organisme assureur, à l'issue d'une procédure d'instruction, valide que toutes les conditions légales et médicales sont remplies. Ces conditions de reconnaissance diffèrent d'un pays à l'autre. Dans le cas de pathologies aussi graves que des cancers, cette reconnaissance ouvre de facto droit à prestations (soins, indemnités pour incapacité temporaire ou incapacité permanente).

Les données présentées ci-après recouvrent aussi bien les cas déclarés ou reconnus au titre des listes nationales de maladies professionnelles que, le cas échéant, ceux déclarés ou reconnus au titre du système hors liste⁽²⁾. Précisons à ce titre que la Suède ne possède qu'un système de la preuve (pas de liste de maladies professionnelles en dehors des maladies infectieuses).

Ces courbes affichent sur la décennie une relative stabilité (au Danemark, en Belgique, France, Italie et Suède) ou une augmentation (en Autriche, récente seulement en Allemagne et en Suisse) du nombre de cas de cancers professionnels déclarés et reconnus. Dans aucun pays une tendance à la baisse n'est observable, sauf peut-être en Finlande (mais on n'enregistre qu'une trentaine de cas reconnus en moins entre 2008 et 2014).

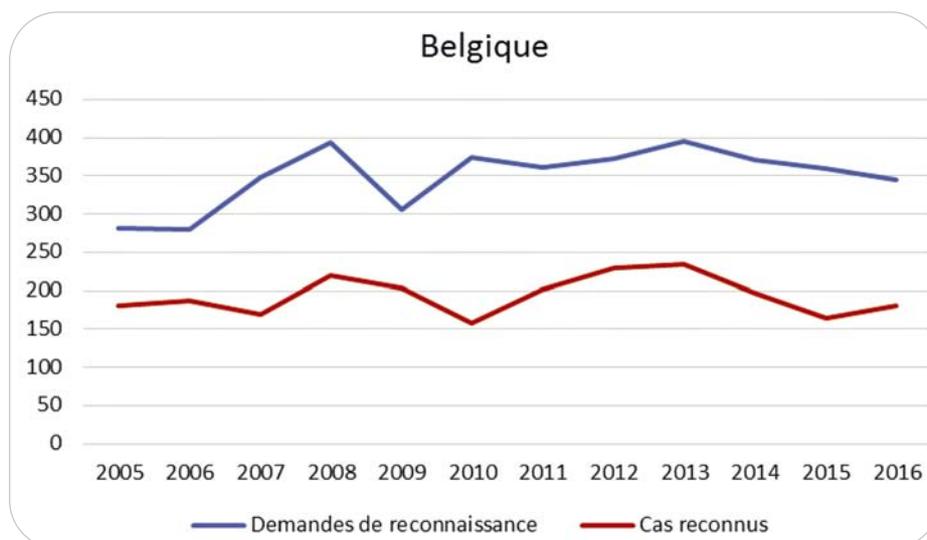
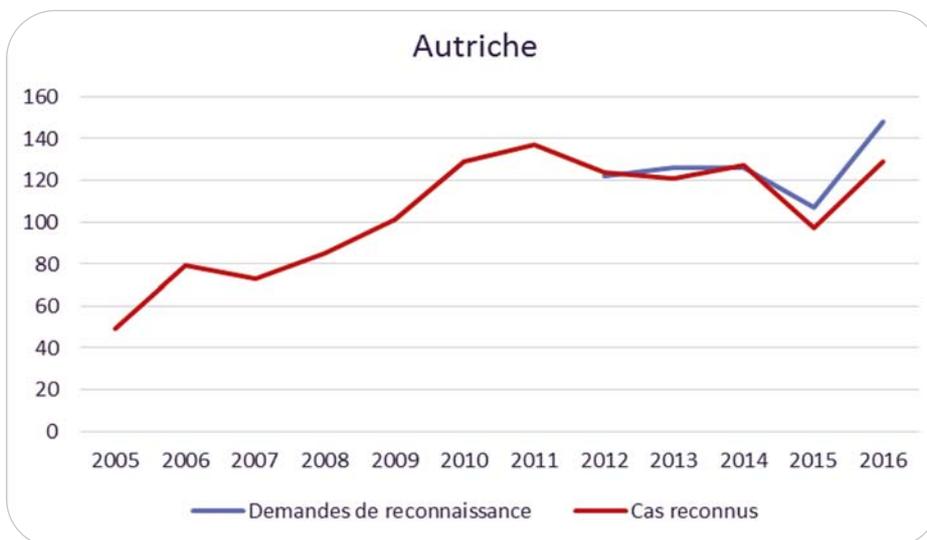
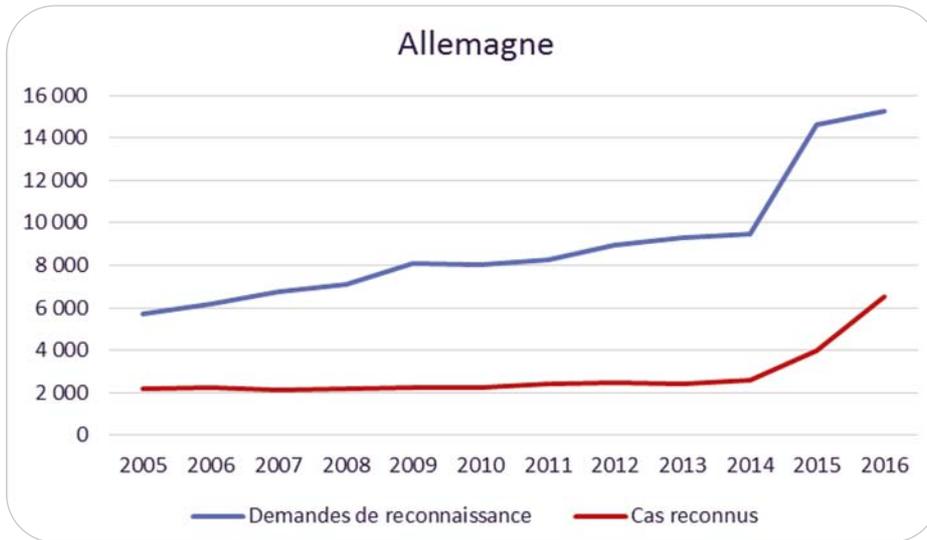
Et cela sera le cas tant que le pic d'incidence des cancers causés par l'amiante (qui représentent une grande partie des cancers professionnels) ne sera pas atteint, c'est-à-dire autour de 2020 selon le pays⁽³⁾. Dans certains pays, ce pic pourrait déjà avoir été atteint, comme au Danemark en 2015-2016.

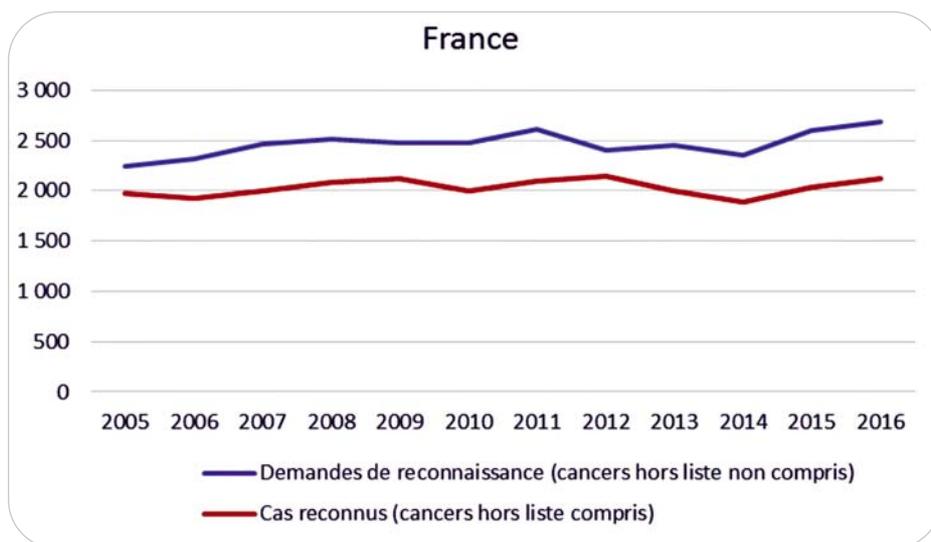
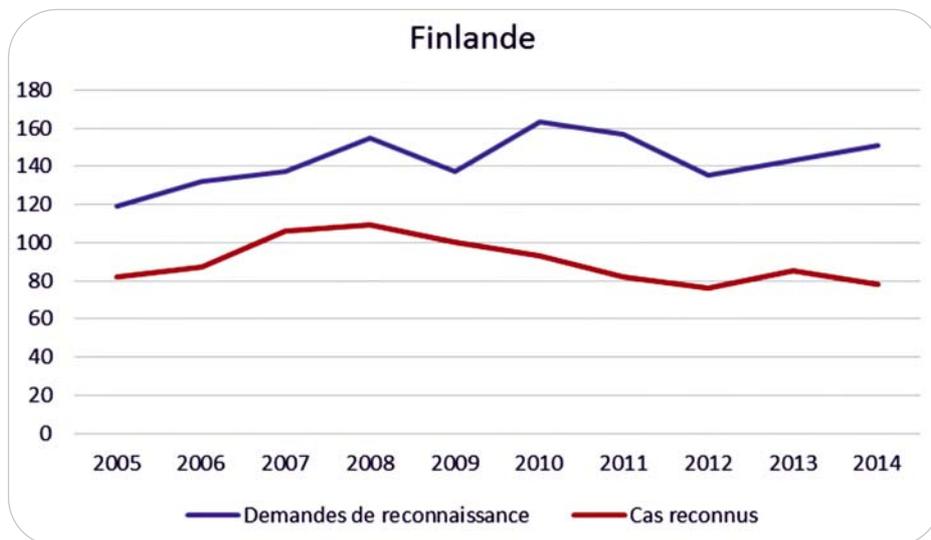
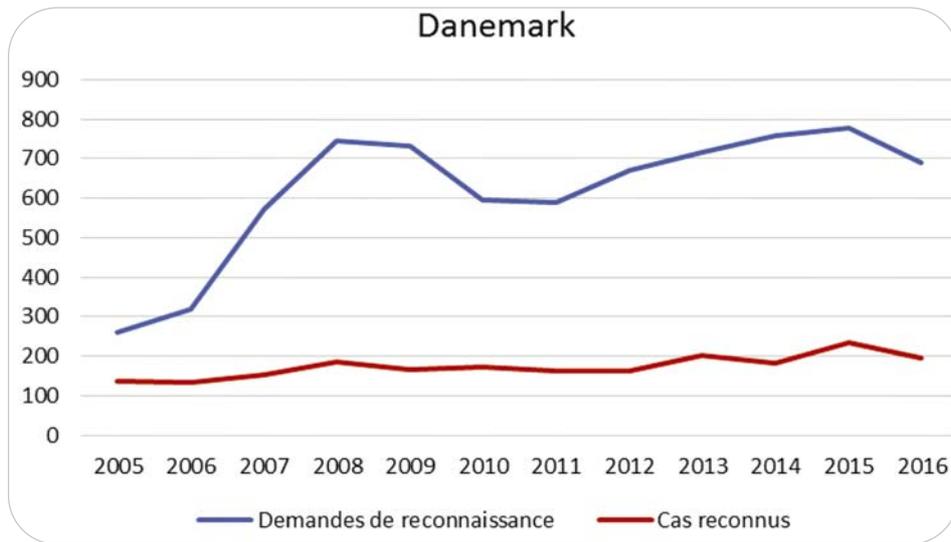
Précisons que la nette augmentation des cas déclarés et reconnus en Allemagne depuis 2015 correspond à l'inscription sur la liste de maladies professionnelles de ce pays du cancer de la peau causé par les UV.

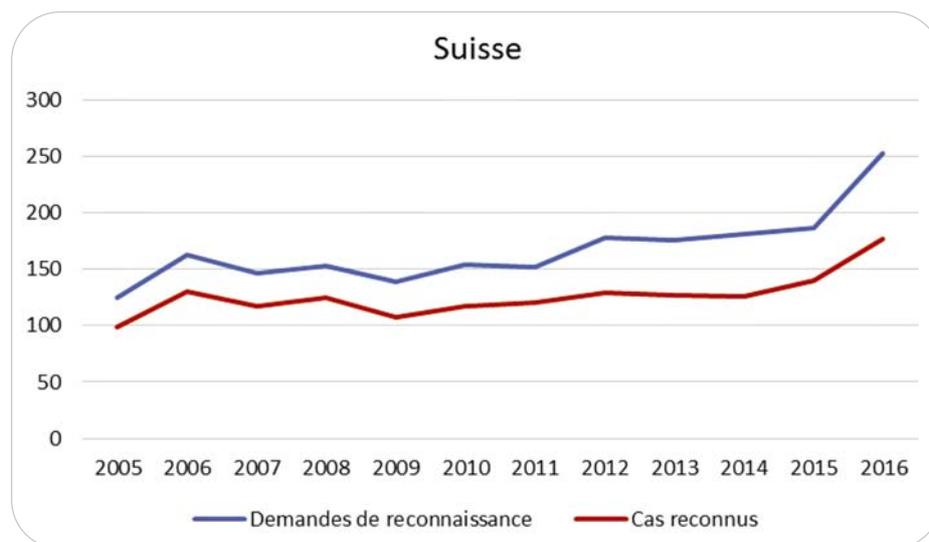
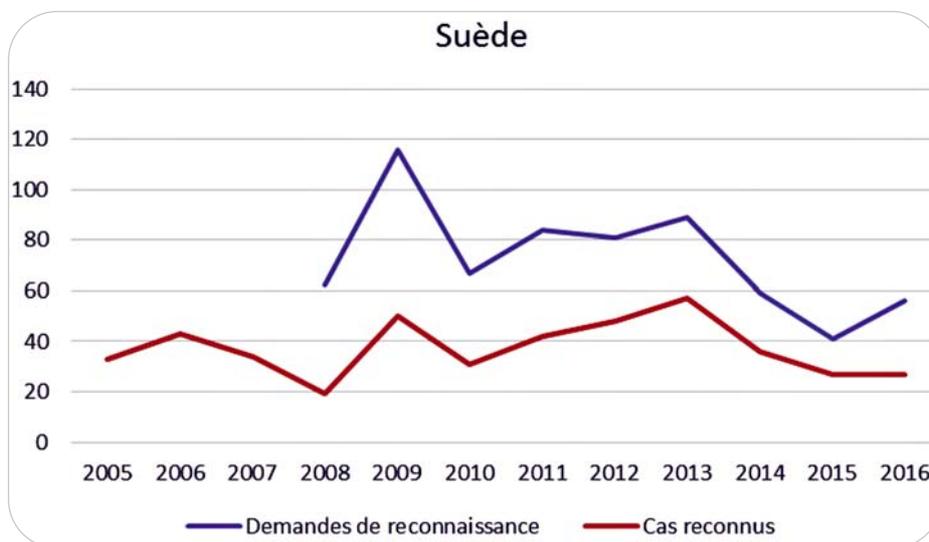
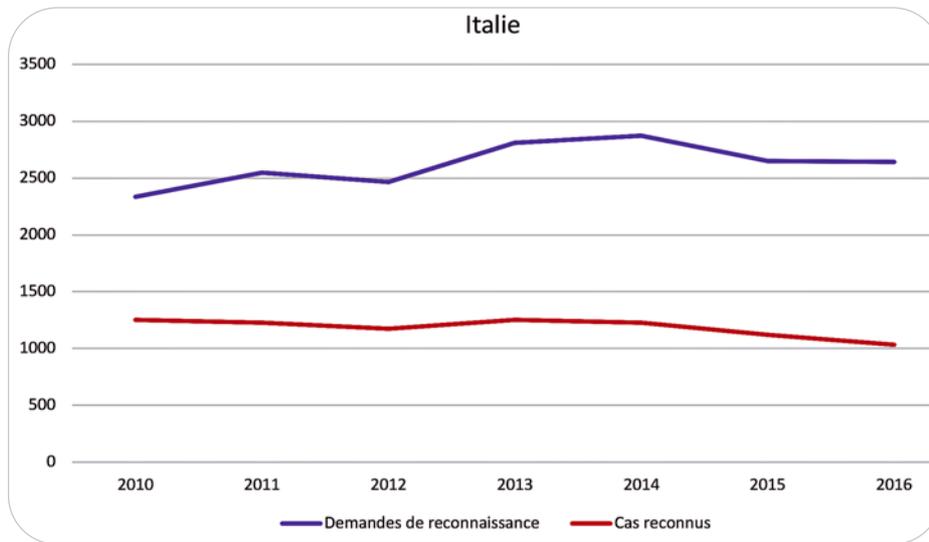
Au Danemark, l'envolée des demandes de reconnaissance à partir de 2007 est la conséquence de la mise en place d'un système de repérage des mésothéliomes et des cancers des fosses nasales.

(2) Dans la plupart des pays européens, le caractère professionnel d'une maladie peut être reconnu selon deux modes : si la pathologie figure sur la liste nationale de maladies professionnelles, le processus d'instruction de la demande est facilité ; dans le cas contraire, la demande est examinée au titre d'un système complémentaire où la preuve du lien de causalité entre la pathologie et l'activité professionnelle doit être apportée.

(3) PETO et al. The European mesothelioma epidemic. Br J Cancer. 1999, 79 : 666-72







1•2 Cancers professionnels les plus fréquents

Si l'on observe les cancers reconnus comme maladies professionnelles en 2016, une poignée de types de cancers liés à certaines expositions professionnelles représentent la quasi-totalité des cas.

Malgré les particularités inhérentes aux nomenclatures statistiques de chaque pays, il a été possible de présenter, sous des codes couleur communs, la typologie (siège de la tumeur et exposition) des cas de cancers reconnus comme maladies professionnelles en 2016 :

- les cancers causés par les poussières d'amiante avec, quand c'est possible, une distinction entre les mésothéliomes (bleu foncé), les cancers bronchopulmonaires (vert clair) et les cancers du larynx (vert foncé) ;
- les cancers du nez/des sinus causés par les poussières de bois (rose) ;
- les cancers des voies urinaires causés par les amines aromatiques (beige) ;
- les cancers de la peau causés par toutes les expositions prises en compte par chaque pays (marron) ;
- les leucémies causées par le benzène (bleu clair) ;
- les autres cancers n'entrant pas dans les typologies énumérées ci-dessus (orange).

Seules les données danoises, qui se basent sur le siège de la tumeur sans mentionner l'exposition, ne sont pas tout à fait comparables aux autres pays.

Ces différentes répartitions sont la conséquence de nombreux facteurs tels qu'évoqués ci-après (voir 1.3).

Dans tous les pays à l'exception de l'Allemagne (depuis l'inscription en 2015 du cancer de la peau causé par les ultraviolets sur la liste des maladies professionnelles), les

cancers provoqués par les poussières d'amiante constituent l'écrasante majorité des cancers reconnus.

Les mésothéliomes (cancers de la plèvre, du péritoine et du péricarde) représentent ainsi plus d'1/3 des cancers au Danemark, plus de la moitié en Autriche et en Italie, les 2/3 en Belgique, presque 90 % en Suisse et la quasi-totalité en Suède.

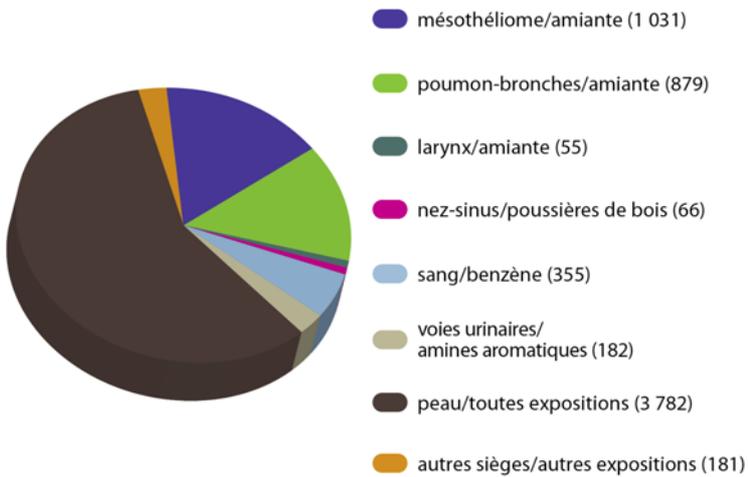
Les cancers pulmonaires liés à l'amiante sont également prépondérants en Belgique (25 % du total), en Italie (23 %), en Autriche (28 %) et surtout en France (plus de la moitié des cancers professionnels). Ils le sont vraisemblablement aussi au Danemark ; la nomenclature statistique danoise est organisée en fonction de l'organe atteint et couvre un certain nombre d'expositions, ce qui ne permet pas d'apprécier le nombre exact de cancers du poumon causés par les poussières d'amiante.

Les cancers que l'on retrouve presque partout dans des proportions importantes, bien que plus faibles que ceux causés par l'amiante, sont :

- le cancer naso-sinusal causé par les poussières de bois (Allemagne 1 %, Autriche 15 %, Belgique 7 %, France 4 %, Suisse 1 %),
- le cancer des voies urinaires causé par les amines aromatiques (Allemagne 4 %, Danemark 6 % toutes expositions confondues, France 6 %, Italie 7 %, Suisse 2 %),
- la leucémie causée par le benzène (Allemagne 8 %, Belgique 1 %, France 2 %, Italie 2 %, Suisse 1 %).

Quant au cancer de la peau susceptible d'être reconnu comme maladie professionnelle, s'il occupe une place minimale en France et en Suisse, voire inexistante en Autriche et en Suède, il constitue la majorité des cancers reconnus en 2016 en Allemagne (39 %) et près de 15 % au Danemark.

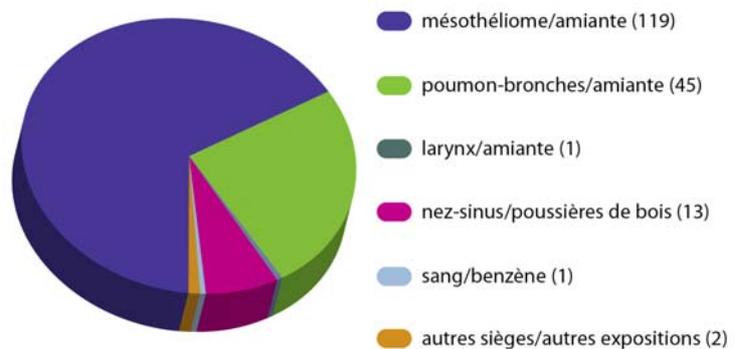
Allemagne - 2016



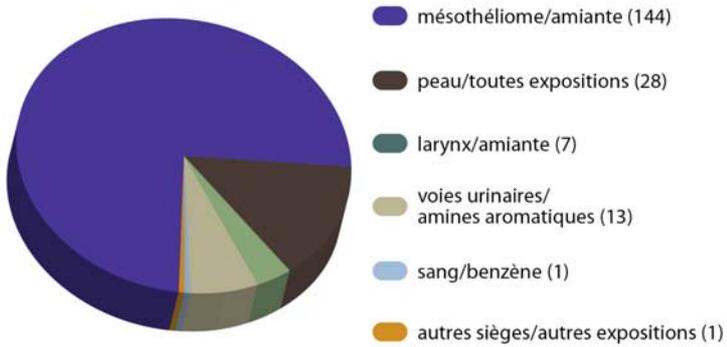
Autriche - 2016



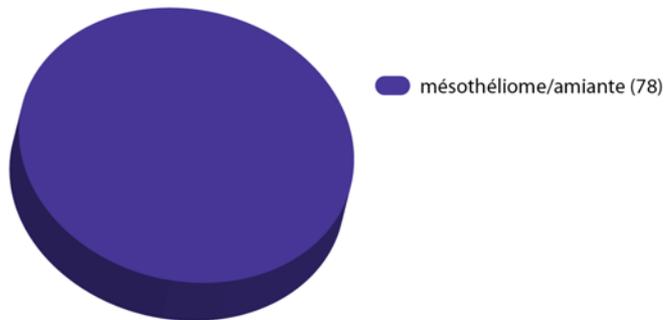
Belgique - 2016



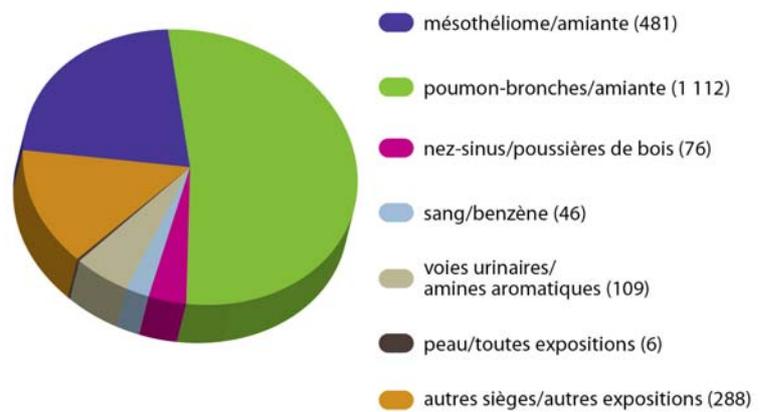
Danemark - 2016



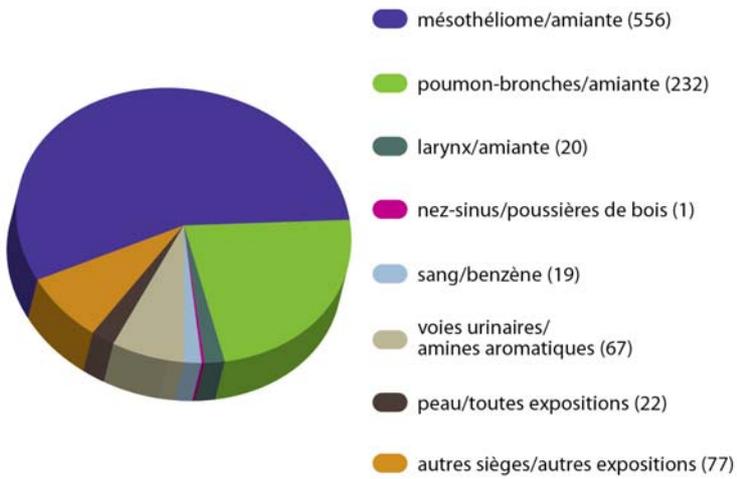
Finlande - 2014



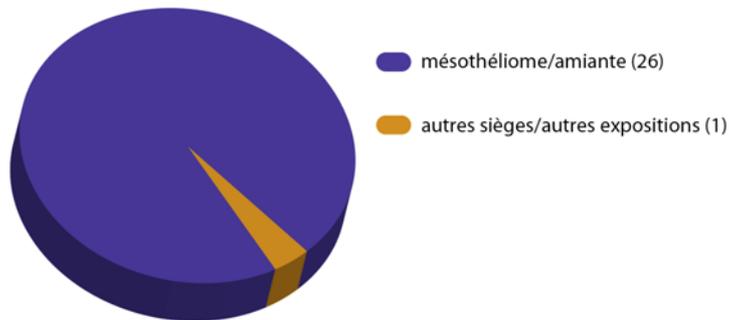
France - 2016



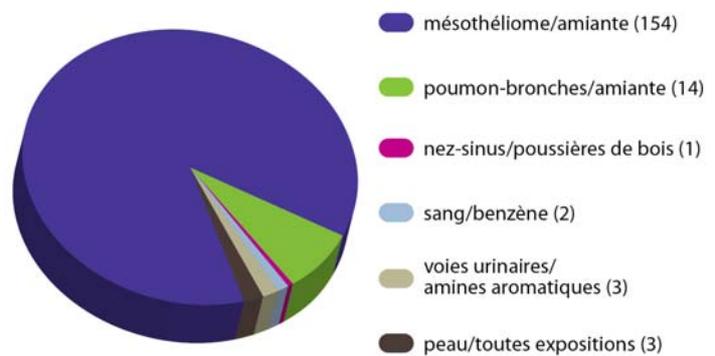
Italie - 2016



Suède - 2016



Suisse - 2016



1•3 Tableau comparatif général sur les cancers professionnels en 2016

Il est toujours difficile d'effectuer des comparaisons entre statistiques nationales. En l'espèce, s'agissant de maladies professionnelles, les écarts de sinistralité entre les pays peuvent s'expliquer aussi bien par des différences de niveaux d'exposition au risque (et donc de victimes potentielles) que par la diversité des systèmes assurantiels (qui impacte le nombre de cas effectivement reconnus).

Les types et niveaux d'exposition professionnelle aux agents cancérigènes divergent, selon les pays, en fonction de l'importance de leurs activités économiques à risque. Ainsi, la place qu'occupent l'industrie chimique et le secteur de la construction va conditionner le nombre de travailleurs exposés à des substances chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) lors de leurs processus de fabrication ou de leur utilisation.

Au-delà de cette exposition théorique, les conditions d'exposition peuvent, elles aussi, varier selon le degré d'efficacité des mesures de prévention adoptées au niveau national. Certes, il existe une réglementation commune parce qu'européenne sur la protection des travailleurs contre les agents cancérigènes. Celle-ci pose de grands principes tels que la nécessité d'évaluer les risques, la suppression ou la substitution par un produit moins nocif lorsque c'est techniquement possible et, à défaut, la mise en œuvre de protections adaptées. Cette réglementation européenne fixe également des valeurs limites d'exposition professionnelle pour de nombreux agents cancérigènes. Mais l'application de ces prescriptions varie d'un pays à l'autre si bien qu'en pratique, la performance des moyens de prévention est variable, et en conséquence le niveau de protection des travailleurs l'est aussi.

Par ailleurs, la diversité des systèmes de prise en charge des maladies professionnelles influe assurément sur le nombre de cancers reconnus comme d'origine professionnelle. Ainsi, si le contenu des listes nationales de maladies professionnelles est relativement homogène en matière de cancers⁽⁴⁾, l'intégration par l'Allemagne en 2015

sur sa liste du cancer de la peau causé par les UV a eu pour effet immédiat une reconnaissance massive de nouveaux cas. Cet effet assurantiel place désormais ce pays en tête de ceux qui reconnaissent le plus de cancers (à population assurée équivalente, cf. tableau page 13). Les critères de reconnaissance relatifs à l'exposition (durée, intensité, travaux concernés) ainsi que la force de la présomption d'imputabilité liée à la liste peuvent eux aussi avoir un impact sur le nombre de reconnaissances. À ce titre, le nombre particulièrement important de cancers bronchopulmonaires causés par l'amiante reconnus en France s'explique en partie par ce type de paramètres⁽⁵⁾.

Enfin, dans la mesure où une maladie professionnelle ne peut être reconnue si elle n'a pas fait l'objet préalablement d'une demande de reconnaissance auprès de l'organisme d'assurance compétent, il est évident que le plus ou moins bon fonctionnement du système de déclaration des maladies professionnelles conditionne également le nombre de cas reconnus à l'issue du processus d'instruction.

Quel que soit aujourd'hui le nombre de cancers que chaque pays reconnaît et indemnise parce que d'origine professionnelle, tous s'accordent pour dire qu'ils sont sous-déclarés. Des études scientifiques internationales et nationales tentent d'estimer la part des cancers qui seraient la conséquence d'une exposition à des agents cancérigènes dans le cadre du travail et pourraient de ce fait faire l'objet d'une demande de reconnaissance en maladie professionnelle. Une fourchette de 4 à 8,5 % des cas est retenue dans plusieurs rapports, mais ce pourcentage est très variable en fonction de l'organe atteint.

Conscients de cette problématique de sous-déclaration des cancers, plusieurs pays ont mis en place des dispositifs permettant de repérer davantage de cas que ceux drainés par le circuit traditionnel de la demande de reconnaissance spontanée.

(4) Cancers d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe, EUROGIP, avril 2010
https://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP_RapportRecoCancerspro_49F.pdf

(5) Les maladies professionnelles liées à l'amiante, EUROGIP, mars 2006 (page 10)
<https://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP-24F-MPamiante.pdf>

Données générales sur les cancers professionnels en 2016

Pays	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Ratio cancers professionnels reconnus pour 100 000 assurés*	% des cancers reconnus hors liste	Part des cancers dans le total des maladies professionnelles reconnues (%)
Allemagne	15234	6559	15,1	0,43 (28 cas)	32
Autriche	148	129	3,73	0	11
Belgique	344	181	4,69	0,55 (1 cas)	7
Danemark	688	194	6,93	0	5
Finlande (2014)	NC	78	3,71	NA	5
France	2679	2118	11,39	4,44 (94 cas)	3
Italie	2642	1033	6,31	NC	6
Suède	56	27	0,5	NA	5
Suisse	253	177	4,41	0	7

*Population assurée par chaque organisme national, secteur public compris (sauf en France, secteur privé uniquement). Au Danemark, le nombre d'assurés n'étant pas disponible, le ratio a été calculé en fonction du nombre de travailleurs pour l'année 2016, indépendants compris. Dans les pays qui assurent également des non-travailleurs (écoliers, étudiants...), ces catégories ont été soustraites. Le nombre d'assurés s'entend par tête (sauf en France, exprimé en équivalents temps plein).

NC: non communiqué - NA : non applicable

2• Dispositifs de repérage de cas de cancers professionnels

Deux sortes d'initiatives ont pu être identifiées : celles qui permettent aux (ex)travailleurs exposés dans le passé à des agents cancérigènes d'accéder à une surveillance régulière de leur santé et celles qui consistent à cibler des (ex)travailleurs atteints d'un cancer qui pourrait résulter d'une exposition professionnelle.

2•1 Suivi post-professionnel des travailleurs exposés à des agents cancérigènes

Conformément à la Directive 2004/37/CE sur les agents cancérigènes (voir p.23), tous les pays européens prévoient que les salariés exposés à des cancérigènes bénéficient d'un suivi médical dans le cadre des services de santé au travail financés par l'entreprise. Mais de fait, cette surveillance cesse dès lors que les travailleurs deviennent inactifs, soit parce qu'ils sont au chômage, soit parce qu'ils partent à la retraite.

Or, la période de latence des cancers étant de plusieurs dizaines d'années, c'est souvent lorsque les travailleurs ont cessé leur activité professionnelle que les cancers surviennent.

C'est pourquoi quelques pays ont mis en place des systèmes de suivi des travailleurs anciennement exposés à des agents cancérigènes, dont les retraités.

Si de tels dispositifs sont bien prévus dans la législation de plusieurs pays, ce sont les exemples allemand et suisse qui sont présentés ici. D'une part parce qu'ils sont documentés, d'autre part parce que leur fonctionnement est jugé satisfaisant, c'est-à-dire qu'ils parviennent à toucher leur cible.

L'exemple allemand

En vertu de la réglementation allemande sur la médecine du travail, l'employeur est tenu d'assurer une surveillance médicale de ses travailleurs laquelle, dans certaines conditions, doit continuer à être proposée longtemps après la cessation d'activité. Lorsque la relation de travail cesse, cette obligation est transférée à l'Assurance sociale allemande des accidents du travail et maladies professionnelles (DGUV). Le dispositif "DGUV Vorsorge" (<https://www.dguv-vorsorge.de/vorsorge/index.jsp>)

regroupe plusieurs organismes (GVS, ODIN...) chargés du suivi médical des assurés qui ont été exposés à des substances cancérigènes et à leurs effets pendant et après leur période d'activité professionnelle. L'organisation et la charge financière de ce suivi leur incombent.

En principe, c'est l'employeur ou l'assurance accident (également compétente en matière de prévention), les *Berufsgenossenschaften* pour le secteur privé et les *Unfallkassen* pour le secteur public, à laquelle il est affilié qui transmet aux organismes compétents tous les documents permettant d'identifier et de contacter les travailleurs concernés, après s'être assuré que ces derniers consentent à cette procédure. Le ou l'ex-travailleur peut également demander à bénéficier d'un suivi post-exposition et post-professionnel et, dans ce cas, la réalité de son exposition est préalablement vérifiée. De manière générale, c'est le document qui formalise l'évaluation des risques professionnels qui détermine quels (ex)travailleurs ont été exposés à des agents cancérigènes et sont de ce fait éligibles aux dispositifs.

À ce jour, environ un demi-million de travailleurs ou ex-travailleurs bénéficient d'un suivi médical en raison d'une exposition pendant leur travail à des poussières d'amiante, des poussières de silice, des poussières minérales synthétiques ou d'autres substances ou mélanges cancérigènes ou mutagènes, ainsi qu'à des rayonnements.

Pour la détection précoce de cancers par des examens préventifs, des méthodes non ou peu invasives sont privilégiées. Outre les méthodes d'examens traditionnelles, la DGUV mène des recherches dans le domaine des marqueurs moléculaires pour le diagnostic précoce du cancer.

Concernant plus spécifiquement le suivi médical des travailleurs exposés ou ayant été exposés à l'amiante

Ce suivi est assuré par *Gesundheitsvorsorge* (GVS), anciennement *Zentrale Erfassungsstelle asbeststaubgefährdeter Arbeitnehmer* (Agence centrale d'enregistrement des travailleurs exposés aux poussières d'amiante) créée en 1972.

Les informations relatives aux travailleurs exposés ainsi qu'au type et à l'intensité de l'exposition parviennent à GVS par l'intermédiaire de l'assureur accident. Ce dernier les reçoit des employeurs (c'est une obligation depuis 1984) et les vérifie.

GVS enregistre ces données, organise des dépistages (en particulier après l'exposition et après le départ en

ALLEMAGNE : principaux exemples de suivis médicaux

OBJECTIF DU SUIVI		ORGANISATION DU SUIVI	
Agent cancérigène en cause	Type de cancer	Fréquence du suivi (de 12 à 36 mois)	Durée du suivi
Amiante	Cancer du poumon / mésothéliome	Annuel à trisannuel	À vie après exposition
	Cancer du poumon	annuel (LD-HRCT)	À vie après exposition pour le groupe à haut risque (après 55 ans, tabagisme supérieur ou égal à 30 paquets-années, 10 ans d'exposition à l'amiante avant 1985)
Amines aromatiques	Cancer de la vessie	Annuel à trisannuel	À vie après exposition
Silice	Cancer du poumon	Annuel à trisannuel	À vie après exposition
Laines d'isolation haute température	Cancer du poumon	Annuel à trisannuel	À vie après exposition
Poussières de mines fibrogènes, silice, rayonnements dus aux mines d'uranium	Cancer du poumon	Annuel à trisannuel	À vie après exposition
Goudron, poix, hydrocarbures aromatiques polycycliques	Cancer de la peau	Bisannuel à trisannuel	À vie après exposition
Chlorure de vinyle	Cancer du foie	Bisannuel à trisannuel	À vie après exposition
Benzène	Leucémie	Bisannuel à trisannuel	À vie après exposition
Poussières de chêne et de hêtre	Cancer du nez	Tous les 18 mois à trisannuel	À vie après exposition
Chrome hexavalent	Cancer du poumon	Bisannuel à trisannuel	À vie après exposition

retraite) et collecte les données médicales aussi bien pour la procédure de reconnaissance que pour la recherche scientifique.

Les examens médicaux sont dispensés tous les 12 à 36 mois, selon le niveau d'exposition, le temps écoulé depuis la première exposition et l'âge de la personne. Ces examens, pratiqués par des médecins spécialement formés, consistent en l'étude des antécédents médicaux, du parcours professionnel et du comportement tabagique, en un examen clinique, une spirométrie et, si nécessaire, un examen des voies respiratoires aux rayons X.

En ce qui concerne plus spécifiquement le dépistage du cancer du poumon, et selon l'étude NLST⁽⁶⁾, d'anciens travailleurs ayant été exposés à l'amiante et présentant un risque de maladie particulièrement élevé se sont également vu proposer un dépistage par tomodensitométrie à faible dose et haute résolution (LD-HRCT) pour un dépistage précoce du cancer du poumon. En outre, l'assurance accident allemande étudie actuellement l'opportunité d'utiliser des biomarqueurs pour la détection précoce du cancer du poumon lié à l'amiante et du mésothéliome.

De 1972 à 2016, 601 134 travailleurs ont été enregis-

(6) National Lung Screening Trial : vaste essai de dépistage pulmonaire conduit aux Etats-Unis entre 2002 et 2007

très auprès de GVS. Fin 2016, 87 673 personnes étaient soumises à des tests de dépistage parce qu'elles étaient encore exposées à l'amiante dans le cadre de leur activité professionnelle (démolition et rénovation de bâtiments) et 243 655 à cause d'une exposition antérieure.

On estime à environ 900 le nombre annuel de maladies liées aux poussières d'amiante détectées par ce dispositif.

L'exemple suisse

Quoiqu'un peu moins étendu que le dispositif allemand, le modèle suisse de suivi médical des travailleurs exposés dans le passé à des substances cancérigènes est comparable sur certains points. En effet, le recensement des personnes ciblées se fait sur la base des déclarations obligatoires des employeurs les ayant exposées. En outre, c'est le principal assureur suisse contre les maladies professionnelles (également assureur des accidents du travail et des autres types d'accidents, la Suva) qui organise le suivi médical après avoir contacté par courrier les retraités ayant été exposés à des CMR (produits cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction).

Actuellement, près de 7 000 personnes sont suivies, dont 4 500 pour une exposition à l'amiante. À noter qu'à l'exception d'une exposition à l'amiante, seules les expositions qui excèdent 6 mois sont prises en compte.

Concernant plus spécifiquement le dépistage du cancer du poumon après une exposition à l'amiante, la Suva recommande, par une lettre personnelle aux personnes âgées de 55 à 75 ans, un dépistage par scanner lorsque la seule exposition à l'amiante ou l'exposition combinée à l'amiante et au tabac correspond à un risque élevé de cancer du poumon équivalant à une consommation tabagique de 30 paquets-année, soit aux critères d'inclusion du NLST (note 6).

En cas d'exposition à l'amiante uniquement, c'est-à-dire pour les non-fumeurs, un dépistage par scanner est également recommandé dans les cas où les critères d'Helsinki^(7, voir page suivante) sont remplis. Ces critères servent en Suisse de conditions de reconnaissance pour le cancer du poumon causé par l'amiante.

Pour les fumeurs, du fait du risque combiné de l'exposition à l'amiante et du tabagisme, un dépistage par scanner est également recommandé en présence d'un risque élevé de cancer du poumon dans la fourchette de

SUISSE: caractéristiques du suivi post-professionnel			
CIBLE DU SUIVI		ORGANISATION DU SUIVI	
Agent cancérigène en cause	Type de cancer	Fréquence du suivi	Durée du suivi
Benzène	Leucémie	Chaque année	Jusqu'à 75 ans
		Selon le souhait du patient	Après 75 ans
Amiante	Cancer du poumon	Tous les 5 ans	Pendant les 15 premières années suivant le début de l'exposition
		Tous les 2 ans	Jusqu'à 75 ans
		Selon le souhait du patient	Après 75 ans
Amines aromatiques	Cancer de la vessie	Chaque année	Tout au long de la vie
Goudron, poix, hydrocarbures aromatiques polycycliques	Cancer de la peau	Tous les 5 ans	Pendant les 15 premières années suivant le début de l'exposition
		Tous les 2 ans	Tout le reste de la vie
Chlorure de vinyle	Cancer du foie	Tous les 2 ans	Jusqu'à 75 ans
		Selon le souhait du patient	Après 75 ans

NLST, même si les critères d'Helsinki ne sont pas remplis. Pour les personnes atteintes de maladies professionnelles dues à l'amiante, la Suva prévoit également un questionnaire médical, un examen du cœur et des poumons ainsi qu'un examen des fonctions pulmonaires réalisés à intervalles réguliers par le médecin de famille ou par un pneumologue. La fréquence de ces examens est définie au cas par cas par le médecin du travail compétent. De plus, un examen tomographique est effectué chaque année.

BELGIQUE : prise en charge du dépistage du cancer du nez chez les ex-travailleurs du bois

L'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris) propose depuis 2014 de prendre en charge, dans la limite de deux fois par an, la consultation d'un spécialiste ORL afin de dépister un cancer du nez ou des sinus chez les travailleurs ayant été exposés aux poussières de bois.

Ce dépistage est gratuit si le demandeur remplit les conditions cumulatives suivantes :

- avoir travaillé pendant au moins 20 ans dans le secteur du bois (dans le secteur privé ou dans une administration provinciale ou communale) ;
- avoir au moins 55 ans ;
- ne plus travailler pour l'employeur chez lequel l'exposition a eu lieu ;
- présenter un des symptômes suivants : nez bouché d'un côté pendant plus de 15 jours sans raison apparente, saignement du nez sans avoir subi de chocs particuliers, diminution ou perte d'odorat.

La demande de prise en charge du dépistage est à l'initiative de l'ex-travailleur. Après la consultation, l'ORL envoie son rapport et se fait rembourser par Fedris. Si un cancer du nez ou des sinus est diagnostiqué, la réception du rapport médical avec les résultats de la biopsie équivaut à une ouverture automatique d'un dossier d'indemnisation en maladie professionnelle.

En 2014, 229 anciens travailleurs du bois avaient subi cet examen et 3 cancers du nez avaient ainsi été détectés à un stade précoce dans le cadre de ce programme. Les années suivantes, le nombre de demandes de prise en charge a chuté pour atteindre 10 en 2017 dont 5 étaient recevables.

2•2 Dispositifs proactifs de repérage de victimes

À la différence des dispositifs décrits ci-dessus qui proposent à des travailleurs anciennement exposés de dépister la survenue d'un cancer, les initiatives qui suivent ciblent des personnes déjà malades. Il s'agit d'établir, avec leur consentement, si leur cancer peut avoir une origine professionnelle. Le cas échéant, ces patients sont invités à effectuer une demande de reconnaissance en maladie professionnelle.

Danemark : recoupement des déclarations avec le registre du cancer

Au Danemark, la sous-déclaration des cancers professionnels a fait l'objet de plusieurs études⁽⁸⁾ publiées en 1990, 1996 et 2007. Un rapport en 2012⁽⁹⁾ a, quant à lui, traité de la sous-déclaration des maladies professionnelles en général.

Tous ces documents soulignent un écart important entre le nombre de cas enregistrés dans le Registre du cancer et celui des cas déclarés auprès de l'assureur contre les maladies professionnelles, et ceci pour deux types de cancer dont la probabilité d'une origine professionnelle est élevée : le mésothéliome pleural d'une part et les cas d'adénocarcinome des fosses nasales et des sinus d'autre part.

- (7) Critères d'Helsinki (exposition aux poussières d'amiante) d'après Scand J Work Environ Health. Asbestos, asbestosis and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. 1997 Aug, 23 : 311-316 :
- au moins 1 an si exposition importante (emploi dans une usine d'amiante-ciment, travaux de démolition impliquant une exposition certaine à l'amiante ou manipulation directe d'amiante)
- 5 à 10 ans si exposition modérée (par exemple, travail dans les docks en espace confiné, travail régulier en contact avec des toits en amiante-ciment, travaux de plomberie impliquant des expositions régulières à l'amiante et travail de mécanicien amené à changer fréquemment les garnitures de freins des camions, travaux réalisés à l'intérieur comptant plus que les travaux réalisés à l'extérieur, l'exposition directe plus que l'exposition indirecte)
- ou exposition calculée à 25 fibres/cm³ minimum par an soit une exposition équivalant au minimum à 1 fibre/cm³ sur 25 ans ou 2 fibres/cm³ sur 12 ans et demi.
- (8) Reporting of occupational cancer in Denmark. Skov T, Mikkelsen S, Svane O, Lyng E. Scand J Work Environ Health 1990
Underreporting of occupational cancers in Denmark, Danø H, Skov T, Lyng E., Scand J Work Environ Health 1996
Registration of selected cases of occupational cancer (1994-2002) with the Danish National Board of Industrial Injuries, Hansen, Rasmussen, Omland, Olsen. Danish National Board of Industrial Injuries, 2007
- (9) Rapport du groupe de travail sur la déclaration des maladies professionnelles publié le 23 avril 2012 (en danois) :
<http://aes.dk/~media/ask/pdf/rapporter/pdfrapportanmeldelseafarbejdsskaderpdf.ashx>



Ce constat a conduit ce pays à mettre en place en 2007 un système de signalisation automatique et réciproque des cas correspondant à ces deux types de cancer entre l'Office national de la santé (Sundhedsstyrelsen) qui administre le Registre du cancer et *Arbejdsmarkedets Erhvervssikring* (anciennement *Arbejdsskadestyrelsen*) qui assure les victimes de maladies professionnelles.

Le Registre du cancer danois est réputé pour sa fiabilité : il recense la presque totalité des cancers diagnostiqués dans la population danoise depuis 1942, avec un taux de couverture du territoire national très élevé.

L'initiative a eu un impact important sur le nombre de demandes de reconnaissance liées à ces deux types de cancer. Celles-ci ont ainsi augmenté de 50 % pour les mésothéliomes après la mise en œuvre du dispositif. Et les chiffres montrent que le système a bénéficié encore davantage aux cas de cancer des fosses nasales et des sinus. Après 10 années de fonctionnement, le Registre du cancer est devenu, pour ces deux pathologies, le plus grand pourvoyeur de demandes de reconnaissance.

Après quelques années marquées par le traitement des cas nouvellement déclarés mais non récents, le niveau de déclaration tend à revenir à celui d'avant l'expérimentation pour les mésothéliomes. On peut aussi supposer que la

baisse constatée de ces dernières années est la conséquence d'une interdiction précoce de l'amiante au Danemark (1980, sauf pour les produits en amiante-ciment en 1986), sachant que la période de latence des mésothéliomes est de 20 à 40 ans.

En revanche, les déclarations de cancer des fosses nasales (essentiellement via le Registre du cancer) restent à un niveau élevé.

S'agissant de la reconnaissance en tant que maladie professionnelle des cas signalés grâce à ce dispositif, on peut s'étonner que la hausse du nombre de déclarations à partir de 2007 ne s'accompagne pas nécessairement d'une hausse des reconnaissances. On constate notamment un fort taux de rejet des cancers des fosses nasales, ce qui n'est pas vrai en ce qui concerne les cas de mésothéliomes dont les taux de reconnaissance sont globalement stables.

Il faut préciser que le caractère systématique du transfert de dossiers entre le Registre du cancer et l'organisme d'assurance contre les maladies professionnelles aboutit à ce que de nombreux cas diagnostiqués de manière erronée et enregistrés comme tels par le premier soient rejetés par le second. De plus, il arrive que les victimes/leurs ayants droit s'opposent à ce que l'organisme d'assurance instruisse leur dossier, qui sera dès lors rejeté.

DANEMARK : Nombre de déclarations de cas de mésothéliome et de cancer des fosses nasales auprès de l'assureur Arbejdsmarkedets Erhvervssikring entre 2006 et 2016

Cas déclarés	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mésothéliome	92	141	141	155	127	127	142	126	130	98	99
dont déclarations par le Registre du cancer	-	15	39	36	40	35	45	71	91	74	66
dont déclarations par les médecins ou autres demandeurs	92	126	102	119	87	92	97	55	39	24	33
Cancer des fosses nasales/sinus	6	84	151	127	127	101	95	54	53	65	83
dont déclarations par le Registre du cancer	-	36	83	66	84	69	76	49	47	62	78
dont déclarations par les médecins ou autres demandeurs	6	48	68	60	43	29	19	5	6	3	5

DANEMARK: nombre de cas déclarés et reconnus de mésothéliomes et de cancers des fosses nasales et des sinus

Cas déclarés et reconnus	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mésothéliome										
Cas déclarés	141	141	155	127	127	142	126	130	98	99
Cas reconnus	93	76	81	79	85	87	84	87	71	70
Cancer des fosses nasales et des sinus										
Cas déclarés	84	151	127	127	101	95	54	53	65	83
Cas reconnus	12	9	9	6	7	8	3	4	1	5

Italie: recherche d'une possible origine professionnelle en milieu hospitalier

L'initiative italienne retenue comme de bonne pratique de lutte contre la sous-déclaration des cancers professionnels est un dispositif de recherche systématique à partir des cas diagnostiqués et soignés en milieu hospitalier dans le Département (provincia) de Brescia⁽¹⁰⁾. Ce département se trouve en Lombardie, dans le nord de l'Italie, une région très industrialisée avec, selon les données des registres territoriaux des cancers, une forte incidence des cancers pulmonaires.

En 1998, une convention a été signée entre l'Agence sanitaire locale (Azienda Sanitaria Locale-ASL) dans le cadre des activités de son Département Prévention, la chaire de médecine du travail de l'Université de Brescia et l'unité opérative de médecine du travail des hôpitaux civils de Brescia, afin de faire émerger des cas de cancer pulmonaire d'origine professionnelle.

L'initiative implique les services de pneumologie, de chirurgie thoracique, de médecine générale ainsi que l'Institut de radiologie de l'hôpital, départements les plus concernés par le diagnostic et la thérapie des patients atteints de cancer du poumon.

Ce travail conjoint d'identification, d'évaluation et de documentation des cas de tumeurs pulmonaires dont une origine professionnelle est suspectée a pour objectif premier d'améliorer les données épidémiologiques détenues par l'ASL afin de prévenir de manière plus efficace les cancers professionnels. L'initiative a aussi des retombées concrètes en termes assurantiels.

La procédure se déroule ainsi. Pour chaque nouveau diagnostic de cancer pulmonaire posé, le médecin hospitalier en charge du patient effectue une brève anamnèse professionnelle et remplit une fiche au format électronique contenant les données suivantes: état civil, diagnostic clinico-histologique, tabagisme, quelques éléments d'anamnèse professionnelle recueillis "au chevet" du patient (secteur d'activité, métier, période-durée). Seules quelques minutes sont nécessaires pour établir ce document.

Cette fiche de signalisation est transmise au Service de médecine du travail de l'hôpital.

Le médecin du travail, sur la base de ces fiches, archive les cas non suspects (exemples: travail de bureau, femme au foyer...) et évalue les cas suspects via un entretien direct avec le patient ou une consultation spécialisée.

Pour chaque patient évalué, un dossier clinique est créé contenant la documentation pertinente relative à l'hospita-

(10) I tumori occupazionali "ritrovati". Considerazioni sul ruolo del Medico del Lavoro nella ricerca sistematica e nella diagnosi eziologica dei tumori polmonari, alla luce di una casistica. S. Porru, A. Scotto di Carlo, Donatella Placidi, Cecilia Arici, G. Tassi, L. Alessio, Med Lav 2006 ; 97, 4 :565-580

I tumori occupazionali ritrovati: contributo del medico del lavoro e vantaggi della ricerca sistematica. S.Porru, A. Scotto di Carlo, L. Alessio. G Ital Med Lav Erg 2009 ; 31 :3, Suppl, 108-112

Reducing the underreporting of lung cancer attributable to occupation: outcomes from a hospital-based systematic search in Northern Italy. Porru S1, Carta A2, Toninelli E2, Bozzola G3, Arici C2 Int Arch Occup Environ Health. 2016 Aug;89(6):981-9. doi: 10.1007/s00420-016-1135-5. Epub 2016 Apr 30.



ITALIE : Évaluation des cas diagnostiqués/évalués entre mai 1998 et décembre 2013

Données du dispositif de recherche systématique	En nombre	En pourcentage
Cas diagnostiqués et signalés au service de médecine du travail	3274 (environ 200/an)	100 %
Cas archivés	1752	53 %
Cas ayant fait l'objet d'une expertise en médecine du travail	1522	47 %
Établissement d'un lien causal	395	12 % 26 % des cas expertisés

lisation (références radiologiques, endoscopiques et histopathologiques ayant conduit au diagnostic de cancer).

Une anamnèse professionnelle plus approfondie est alors menée. Dans 99 % des cas, elle est recueillie directement auprès du patient. Elle rassemble des informations sur la durée de l'activité professionnelle, les nom et siège de l'établissement, les principales caractéristiques de production de l'entreprise, le métier; elle fait également mention de l'éventuelle utilisation ou exposition à des agents chimiques ou physiques, de l'éventuel port d'ÉPI, de la présence dans l'entreprise de dispositifs de captage de polluants aériens. Ce *curriculum laboris* est reconstitué sans limite de temps. Le médecin du travail consulte le livret de travail s'il est disponible, recherche si nécessaire auprès des entreprises (en particulier du responsable du Service prévention) des informations techniques complémentaires (document d'évaluation des risques, enquêtes environnementales) ou se rend directement sur les lieux de travail. Le médecin du travail de l'entreprise et celui de l'ASL (qui connaît bien la carte des risques à l'échelle locale) sont parfois consultés. L'enquête porte également sur les éventuels loisirs du patient pouvant l'exposer à des agents cancérigènes.

Le Service de médecine du travail procède enfin à la détection d'autres tumeurs, d'autres affections pulmonaires ou d'autres pathologies professionnelles.

À l'issue de ce processus, le Service de médecine du travail envoie au médecin du département ayant pris en charge le patient un rapport détaillé contenant les anamnèses professionnelle et pathologique ainsi que des conclusions sur le lien causal entre la pathologie et une exposition professionnelle, accompagnées de références à la littérature scientifique. En outre, le rapport rappelle au médecin ses obligations médico-légales: signalisation du

cas à l'ASL compétente (pour enregistrement dans sa base de données), rédaction d'un rapport pour l'Autorité judiciaire, rédaction du Premier Certificat de Maladie professionnelle à remettre au patient, nécessaire pour une demande de reconnaissance auprès de l'INAIL. La plupart du temps, des conseils en matière d'assistance aux patients sont également transmis, par exemple les modalités d'accès à l'organisme assureur INAIL.

Entre 1998 (année de la mise en place du dispositif) et 2013, 3274 signalements de cancers pulmonaires ont été adressés au Service de médecine du travail de l'hôpital. Quelques cas ont été d'emblée écartés, faute d'accord du patient ou en raison de son état de santé critique.

La moitié des cas a été archivée parce qu'aucune exposition professionnelle à des cancérigènes pulmonaires n'a pu être identifiée.

L'autre moitié des cas a fait l'objet d'une évaluation sur une possible origine professionnelle. Sur 1522 cas, le Service de médecine du travail a confirmé une étiologie professionnelle pour un quart d'entre eux. Les principaux agents cancérigènes identifiés chez ces patients étaient la silice, l'amiante et les hydrocarbures aromatiques polycycliques. La plupart des patients étaient des fumeurs ou des anciens fumeurs.

L'anamnèse pathologique a révélé pour certains patients l'existence d'une autre pathologie liée au travail: asbestose, cancer de la vessie, sclérose systémique (attribuée à l'exposition à la silice), pleuropathies bénignes (dus à l'amiante) et broncho pneumopathie chronique obstructive.

Les données de l'assureur INAIL (disponibles jusqu'en 2010) montrent qu'à cette date, 240 demandes de reconnaissance de patients expertisés dans le cadre de cette expérience lui étaient parvenues. 39 % de ces cas ont été reconnus comme cancers professionnels.

Malgré l'existence de cas pour lesquels un Premier Certificat de Maladie professionnelle avait été remis au patient mais qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de reconnaissance, et en dépit du fort taux de rejet de la part de l'assureur, cette démarche de recherche systématique est jugée positive :

- sur un laps de temps comparable, davantage de cas ont été expertisés par le Service de médecine du travail, puis déclarés et reconnus par l'INAIL depuis la mise en place de cette procédure ;
- l'évaluation du lien entre le cancer et l'exposition professionnelle a lieu dans des conditions optimales puisque la plupart du temps au chevet du patient et immédiatement après la pose du diagnostic ;
- dans certains cas, cette démarche a permis la mise en place de mesures préventives sur le lieu de travail des patients qui ont continué à travailler : renforcement de la surveillance de la santé des travailleurs, évaluation des risques, conseils pour le maintien dans l'emploi, inspections. Ces actions ont été menées grâce à une coopération renforcée entre les médecins du travail des entreprises, les autorités locales de santé, les employeurs, les personnes en charge de l'évaluation des risques et les organisations syndicales.

France : ciblage et accompagnement des victimes potentielles par la caisse d'assurance maladie

Depuis 2008, la France expérimente un programme de repérage de l'origine professionnelle possible des tumeurs de la vessie, qui a débuté dans quelques régions et s'est étendu progressivement à l'ensemble de son territoire.

Les expositions professionnelles (aux hydrocarbures aromatiques polycycliques dérivés de la houille et du charbon, à certaines amines aromatiques, à la nitrosamine N-nitrosodibutylamine) sont en effet, avec le tabac, les prin-

cipaux facteurs de risque de ces tumeurs.

Il s'agit de repérer, parmi les malades atteints d'un cancer de la vessie ou des voies urinaires hautes, ceux qui ont été exposés durant leur vie professionnelle à des agents nocifs et de les sensibiliser à la procédure de déclaration en maladie professionnelle aux fins de reconnaissance.

Concrètement, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le Service médical, après avoir identifié par une requête informatique les assurés ayant été admis en Affection Longue Durée, ALD⁽¹¹⁾, pour un cancer de la vessie, envoient aux personnes ciblées un courrier les informant du programme de repérage et de ses finalités.

Les personnes ayant donné leur accord sont contactées par téléphone pour reconstituer leur carrière professionnelle à partir d'un questionnaire. Si une origine professionnelle s'avère probable ou possible, elles sont invitées à remplir un formulaire de déclaration de maladie professionnelle.

Le tableau ci-après permet de visualiser l'évolution du nombre des cas reconnus de cancer de la vessie depuis 2008 dans chacune des régions. Il met en évidence un temps de latence de deux semestres entre le début de l'expérimentation et l'augmentation du nombre de cas déclarés et reconnus.

En 2013, c'est-à-dire cinq ans après le début de l'expérimentation et alors que celle-ci impactait six régions comptabilisant la moitié de la population française, le programme avait permis de détecter un total de 1 855 cas de cancer de la vessie potentiellement professionnels, représentant 6 % des cancers de la vessie enregistrés en ALD sur la même période de référence. La moitié de ces cas détectés avaient fait l'objet d'une demande de reconnaissance et 60 % de ces demandes avaient été reconnues en maladies professionnelles.

Sur l'ensemble du territoire métropolitain, le nombre de cas reconnus a indéniablement augmenté puisqu'il a été multiplié par 7,5 entre 2007 et 2016.

(11) Les "Affections Longue Durée" correspondent à des affections qui comportent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et qui, de ce fait, peuvent être prises en charge à 100% par l'assurance maladie.

FRANCE: évolution par région du nombre de reconnaissances en maladie professionnelle de cancers de la vessie entre 2007 et 2016

Région	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Normandie	4	9	9	16	20	24	32	30	25	30
Nord-Picardie	4	6	22	39	45	44	44	46	33	23
Sud-Est	2	3	0	1	6	6	5	11	14	25
Ile-de-France	5	10	3	9	18	31	38	39	50	46
Nord-Est	1	4	1	2	3	5	17	15	26	24
Bourgogne-France-Comté	0	2	2	2	2	9	14	6	3	12
Midi-Pyrénées	0	2	0	0	2	4	3	2	4	10
Aquitaine	0	1	1	3	1	5	0	1	2	6
Languedoc-Roussillon	3	1	2	0	0	1	0	2	2	1
Bretagne	1	0	1	0	1	1	1	0	3	4
Pays de la Loire	1	1	2	1	1	2	3	5	3	11
Centre	3	1	1	1	1	2	1	3	4	6
Auvergne	0	0	0	1	1	2	1	1	0	6
Alsace-Moselle	6	0	6	5	1	4	2	5	5	13
Rhône-Alpes	1	2	2	3	4	7	1	4	8	10
Centre-ouest	0	0	2	1	1	2	0	1	0	4
TOTAL métropole	31	42	54	84	107	149	162	171	182	231

Source: rapport annuel 2016 Cnam-DRP page 133 - Zone grisée = période de mise en place du dispositif dans la région concernée

Conclusion

Certaines des initiatives décrites ci-dessus visent à détecter des cancers à un stade précoce et à améliorer les chances de guérison. Elles sont destinées aux personnes qui ont un risque considérablement accru de cancer en raison de leur exposition professionnelle. Lorsqu'un cas de cancer est détecté dans de tels programmes, il est beaucoup plus probable que l'origine professionnelle soit identifiée et reconnue.

D'autres initiatives aident les victimes de cancers professionnels à faire valoir leur droit à une indemnisation spécifique de l'assurance "maladie professionnelle" en général plus avantageuse que celle accordée au titre d'une simple maladie ou d'une invalidité.

Toutes ces actions contribuent également à établir des statistiques de sinistralité plus fiables, ces dernières constituant un outil nécessaire aux acteurs de la prévention des risques professionnels pour cibler leurs priorités.

Toutefois, ces initiatives restent peu nombreuses, limitées (car ciblées sur certains cancers) et coûteuses en temps et en hommes. Elles ne sont pas facilement transposables d'un pays à l'autre car leur performance dépend de paramètres tels que la fiabilité des registres du cancer, le niveau d'informatisation des flux d'informations relatives à la santé, l'existence de liens forts entre les différents acteurs de santé (hôpitaux, régions, organismes d'assurance maladie et risques professionnels).

Pour améliorer le niveau de détection et de déclaration des cancers professionnels de manière générale et durable, il convient de sensibiliser davantage les médecins

généralistes et hospitaliers à la recherche des causes professionnelles des cancers, soit en renforçant leurs connaissances à l'occasion de leur formation initiale ou continue, soit en mettant à leur disposition des outils facilitant la détection de l'origine professionnelle des cas qu'ils diagnostiquent et suivent médicalement.

La recherche de victimes de cancers professionnels ne suffit évidemment pas. La prévention de ces pathologies est un enjeu majeur pour tous les acteurs de la santé au travail.

Au plan européen, les cancers causés par le travail sont devenus un des principaux chantiers législatifs en matière sociale comme en témoigne le processus de révision de la directive européenne sur les agents cancérigènes de 2004⁽¹²⁾ lancé en 2016 avec 4 priorités :

- inclusion des substances toxiques pour la reproduction dans le champ d'application de la directive ;
- adoption de nouvelles valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) ;
- révision des VLEP existantes ;
- adoption de critères permettant de définir des VLEP.

La première phase de cette révision a déjà abouti à l'adoption de la directive 2017/2398 - à transposer avant le 17 janvier 2020 - , qui impose aux États membres d'organiser une surveillance de la santé des travailleurs au-delà de la période d'exposition, adopte des VLEP pour 11 nouvelles substances⁽¹³⁾ et révisé celles des poussières de bois durs et du chlorure de vinyle monomère.

(12) Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail

(13) le 1,2-époxypropane, le 1,3-butadiène, le 2-nitropropane, l'acrylamide, le bromoéthylène, le bromure de vinyle, les composés du chrome (VI), l'oxyde d'éthylène, l'hydrazine, l'o-toluidine, ainsi que les fibres céramiques réfractaires et la poussière de silice cristalline générée par l'extraction, la taille et le concassage de matières telles que le béton, la brique ou la roche



Eurogip est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 au sein de l'Assurance maladie - risques professionnels française. Ses activités -

enquêtes, projets, information-communication, normalisation et coordination des organismes notifiés - ont toutes pour dénominateur commun la prévention ou l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles en Europe.

www.eurogip.fr



of the insurance against accidents
at work and occupational diseases

Le **Forum européen de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles**, fondé en 1992, a pour mission de promouvoir la spécificité d'une telle assurance. Il veille au processus de convergence entre les systèmes en vigueur.

www.europeanforum.org

EUROGIP - 2018

Sinistralité et repérage des cancers professionnels dans neuf pays européens

Paris: EUROGIP - 51, avenue des Gobelins - F-75013 Paris

Tél. +33 0 1 40 56 30 40 - eurogip@eurogip.fr

Réf. Eurogip-141/F

ISBN: 979-10-97358-04-4

Directeur de la publication: Raphaël HAEFLINGER

Auteur de l'enquête et rédaction du rapport: Christine KIEFFER (kieffer@eurogip.fr)

Relations presse: Isabelle LELEU

Droits de reproduction: EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être impérativement mentionnée.