

## Cancers professionnels : peut-on en améliorer le repérage et la déclaration à partir des données médicalisées de l'Assurance maladie ?

### *Occupational cancers: can targeting and claim-requests be improved by using the French health insurance fund's medical data?*

Bilger P<sup>1</sup>, Badouin O<sup>2</sup>, Bonnet P<sup>3</sup>, Laroze M<sup>4</sup>

#### Résumé

**Objectifs :** Estimer, à l'échelle de la circonscription de Montpellier (env. 550 000 personnes protégées), la proportion de cancers professionnels méconnus parmi les cancers admis au bénéfice d'une prise en charge par l'Assurance maladie au titre du dispositif des affections de longue durée (ALD).

**Méthode :** Nous avons examiné, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2001 et le 1<sup>er</sup> octobre 2002, 212 demandes de prise en charge au titre des affections de longue durée (ALD) pour un cancer figurant dans les tableaux de maladies professionnelles. Les patients ont été invités à se rendre au cabinet du médecin-conseil de l'Assurance maladie (ou, en cas d'empêchement à leur déplacement, sollicités par courrier) pour renseigner un questionnaire médico-professionnel. Si ce questionnaire orientait vers une origine professionnelle du cancer, une enquête administrative approfondie était diligentée, en vue d'une éventuelle reconnaissance de maladie professionnelle.

**Résultats :** 134 questionnaires ont été exploités. Les cancers broncho-pulmonaires, les cancers de vessie et les leucémies étaient les plus fréquents (respectivement 39 %, 38 % et 18 %). Le risque professionnel a été évoqué pour cinq cancers (3,7 %) dont quatre ont finalement été reconnus comme maladie professionnelle (3,0 %).

**Conclusion :** L'étude a mis en évidence la sous-déclaration des cancers professionnels dans la circonscription de Montpellier. Parallèlement à des actions de sensibilisation des médecins du travail et des médecins traitants, le service médical de l'Assurance maladie de Montpellier a entrepris d'envoyer systématiquement aux médecins sollicitant le dispositif ALD pour un cancer du poumon ou un cancer de la vessie, un questionnaire de « débrouillage » visant à orienter le médecin-conseil vers une possible origine professionnelle. Une évaluation de l'efficacité de cette mesure est prévue fin 2005.

**Mots clés :** cancer, maladie professionnelle, reconnaissance.

#### Summary

**Aims:** To estimate the proportion of unrecognized occupational cancers which are inappropriately considered to come under the category of long-term illnesses (ALD) in the Montpellier area of France (approximately 550,000 covered individuals).

**Method:** Between October 1, 2001 and October 1, 2002, we studied 212 requests for coverage under the category of long-term illnesses (ALD) for cancers which are included in the list of occupational cancers. The concerned patients were given the opportunity to be seen by one of the health insurance's salaried advisor-physicians to provide answers to a medico-professional questionnaire (patients who were unable to come to the practitioner's office received mail requests). If the answers to the questionnaire suggested the possibility of an occupational cause for the cancer, a thorough administrative study was undertaken to determine if the disorder should be processed as an occupational cancer claim.

**Results:** We were able to study 134 questionnaires. The most frequently found cancers were lung cancer, cancer of the urinary bladder and leukemia (respectively 39 %, 38 % and 18 %). Occupation cancer was deemed possible in five cases (3.7 %); four of them were eventually recognized to be occupational cancers (3.0 %).

**Conclusion:** This study showed that occupational cancers are under-recognized in the Montpellier area. In addition to sensitizing occupational and primary-care physicians to this fact, the health insurance's medical service in Montpellier decided to systematically send a "screening" questionnaire to all attending physicians who requested coverage for patients with lung or bladder cancer under the heading of the long-term illnesses in order to assist in deciding whether an occupational disease is present. An assessment of the impact of these measures will be performed in late 2005.

**Key words:** cancer, occupational disease, claim recognition.

<sup>1</sup> Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Montpellier (CNAMTS)

<sup>2</sup> Médecin-conseil, chef de service, Direction régionale du service médical de Languedoc-Roussillon (CNAMTS)

<sup>3</sup> Médecin-conseil, chef de service, Echelon local du service médical de Montpellier (CNAMTS)

<sup>4</sup> Médecin-conseil régional, Direction régionale du service médical de Languedoc-Roussillon (CNAMTS)

Adresse pour correspondance : Dr Pascal Bilger, Echelon local du service médical de Montpellier (CNAMTS), 29 cours Gambetta, BP 1121, F-34008 Montpellier cedex 1  
e-mail : pascal.bilger@elsm-montpellier.cnamts.fr

## INTRODUCTION

En France, une maladie est qualifiée de *professionnelle* si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle [1]. Cette relation directe est souvent difficile à établir (en particulier lorsque la maladie est plurifactorielle et d'apparition tardive), ce qui a conduit le législateur à fixer des critères médicaux, techniques et administratifs qui doivent être réunis pour que le caractère professionnel de l'affection soit reconnu. Ainsi, une maladie est présumée d'origine professionnelle si elle est désignée dans l'un des tableaux de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Ces tableaux, annexés au Code de la sécurité sociale (CSS), énumèrent les symptômes ou lésions que doit présenter le malade, fixent le délai de prise en charge (délai maximal entre la cessation d'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie), donnent la liste des travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause, et, pour certains, la durée minimale d'exposition [2].

Depuis 1993<sup>1</sup>, une maladie désignée dans un tableau peut être reconnue d'origine professionnelle si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. De plus, une maladie caractérisée peut être reconnue d'origine professionnelle même si elle n'est pas désignée dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 pour cent<sup>2</sup>. Dans ces deux situations, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles<sup>3</sup> [2].

En France, près de 10 % des salariés (18 % des ouvriers) sont exposés dans leur travail à un agent cancérigène [3, 4] et l'on estime à 5 % en moyenne le taux de cancers attribuables à une exposition professionnelle [5-7]. Or, sur plus de 10 000 cancers théoriquement concernés chaque année, moins de 10 % sont reconnus comme maladie profession-

nelle selon les statistiques de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés [8].

Cette sous-reconnaissance a trois inconvénients majeurs :

- la victime atteinte d'une maladie professionnelle n'est pas indemnisée à hauteur de ses droits à réparation pour le préjudice subi. En effet, en matière de maladie professionnelle (et d'accident du travail), la législation sociale prévoit un régime de couverture plus avantageux, s'agissant notamment des indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail. Par ailleurs, il est prévu un système d'indemnisation en cas de séquelles laissant persister chez la victime une incapacité permanente, voire, en cas de décès de celle-ci, une rente versée aux ayants droit (conjoint, descendants ou ascendants) [2] ;

- les dépenses de soins remboursées sont imputées à la branche *Maladie, maternité, invalidité, décès* (financée par les cotisations des employeurs et des salariés) alors qu'elles relèvent en réalité de la branche *Accidents du travail et maladies professionnelles* (les cotisations dues à ce titre sont à la charge exclusive des employeurs) [9] ;

- la minimisation des conséquences (y compris financières pour les employeurs) de l'exposition à certains risques du travail aboutit à une politique de prévention insuffisante en milieu professionnel.

Dans la région du Languedoc-Roussillon<sup>4</sup>, cinq cancers professionnels seulement ont été reconnus en 2001. Plusieurs explications peuvent être avancées à ce faible nombre de reconnaissances dans cette région : d'une part, une exposition au risque professionnel limitée du fait de la pauvreté relative du tissu industriel et du taux de chômage élevé, d'autre part, une sous-estimation des cancers professionnels liée à une détection et à une déclaration insuffisantes, mais ces deux éléments ne sont probablement pas spécifiques au Languedoc-Roussillon.

Pour évaluer la réalité de cette sous-déclaration, nous avons réalisé, à l'échelle de la circonscription de Montpellier, une enquête visant à déterminer si, parmi les cancers déclarés au régime général de l'assurance maladie dans le cadre d'une demande de prise en charge du ticket modérateur pour une affection de longue durée (ALD)<sup>5</sup>, certains n'étaient pas d'origine professionnelle.

<sup>1</sup> Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, art. 7-I (transcrit dans l'art. L. 461-1 CSS).

<sup>2</sup> Art. R. 461-8 CSS.

<sup>3</sup> Art. L. 461-1, art. D. 461-26 à D. 461-33 CSS.

<sup>4</sup> La région du Languedoc-Roussillon est formée de quatre départements (Aude, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales), a pour chef-lieu Montpellier et compte 2 346 000 h (estimation INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2001). La population protégée par le régime général de l'assurance maladie s'élevait à 1 806 591 personnes au 31 décembre 2000 (source : CNAMTS. Dossiers Etudes et Statistiques n° 53, mars 2002).

<sup>5</sup> La participation financière à la charge des assurés sociaux (ticket modérateur) est supprimée lorsque les soins prodigués sont en rapport avec une des trente affections de longue durée inscrites sur une liste fixée par voie réglementaire (art. L. 322-3-3 et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale). Toutes les tumeurs malignes figurent sur cette liste.

## MÉTHODES

### 1. Population étudiée

Nous avons examiné toutes les demandes de prise en charge du ticket modérateur pour une affection de nature cancéreuse enregistrées au service médical du régime général de l'assurance maladie de la circonscription de Montpellier<sup>6</sup> du 1<sup>er</sup> octobre 2001 au 1<sup>er</sup> octobre 2002.

Nous avons retenu et inclus dans l'étude toutes les demandes qui concernaient un des cancers désignés dans un des tableaux de maladies professionnelles annexés au Code de la sécurité sociale<sup>7</sup>.

### 2. Recueil des données

Les personnes répondant aux critères d'inclusion dans l'étude ont été invitées à rencontrer le médecin-conseil à son cabinet pour renseigner avec elles un questionnaire médico-professionnel. Celui-ci portait sur l'âge, le sexe, le tabagisme éventuel, la date de première constatation médicale de l'affection, l'activité en cours ou sa date de cessation, les emplois exercés avec leur localisation et leur période, les agents cancérigènes éventuellement présents sur le lieu du travail.

En cas d'empêchement au déplacement de ces personnes, un questionnaire leur a été envoyé. Lorsque, dans le cas particulier du cancer bronchique primitif, le questionnaire évoquait une possible exposition professionnelle, le médecin-conseil a eu recours au questionnaire dit de repérage, établi par la Société de pneumologie de langue française et la Société française de médecine du travail [10], qui permet de préciser la probabilité d'une origine professionnelle du cancer.

### 3. Traitement des données

Les variables du questionnaire ont été saisies de façon anonyme et exploitées avec le logiciel *Microsoft Excel*® 97.

Lorsque les données des questionnaires orientaient vers une origine professionnelle de la maladie, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en était informée pour faire procéder par ses services à une enquête administrative approfondie, à l'issue de laquelle la reconnaissance en maladie professionnelle était ou non prononcée.

## RÉSULTATS

### 1. Patients

Deux cent douze patients ont été inclus dans l'étude, soit près de 10 % des 2 402 assurés ou

bénéficiaires qui, durant la même période, ont été exonérés du ticket modérateur pour une tumeur maligne quelle qu'elle soit. Sur les 212 patients contactés par le médecin-conseil, 33 (15 %) n'ont pas répondu, 45 (22 %) étaient décédés, 88 (41 %) se sont présentés à son cabinet et 46 (22 %) ont renvoyé le questionnaire rempli.

Au total, 134 questionnaires (63 %) ont été exploités, concernant 99 hommes (74 %), âgés en moyenne de 67 ans, et 35 femmes (26 %), âgées en moyenne de 65 ans (tableau I). Cent deux patients (76 %) étaient inactifs, 89 patients (66 %) étaient tabagiques.

### 2. Cancers

Six types de cancers ont été constatés chez ces 134 patients : cancer broncho-pulmonaire (52/134 ; 39 %), cancer de la vessie (51/134 ; 38 %), leucémie (24/134 ; 18 %), glioblastome (4/134 ; 3 %), cancer des sinus de la face (2/134), cancer hépatique (1/134).

### 3. Risque professionnel

Dans 129 cas sur 134 (96,3 %), aucune exposition à un agent cancérigène ni aucun travail à risque n'ont été identifiés. Dans cinq cas sur 134 (3,7 %), le risque professionnel a été évoqué et a conduit à une enquête administrative approfondie de la CPAM (tableau II).

Au total, sur les 134 dossiers étudiés, quatre cancers initialement pris en charge au titre maladie ont été reconnus comme maladie professionnelle (3,0 %). Il s'agissait de trois cancers broncho-pulmonaires primitifs provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante (tableau n° 30 bis) et d'un cancer de la vessie provoqué par les amines aromatiques (tableau n° 15 ter), ce qui dans notre population de 134 patients représente respectivement 5,8 % des cancers du poumon et 2,0 % des cancers de la vessie.

## DISCUSSION

### 1. Limites de l'étude

Selon l'Institut de veille sanitaire, la proportion de cancers liés au travail est en moyenne de 5 %, elle atteindrait 10 % pour les cancers de la vessie et les leucémies, 29 % pour les cancers du poumon, 41 % pour les cancers naso-sinusiens et 88 % pour les mésothéliomes pleuraux [11]. Or, dans notre étude, le facteur professionnel était retrouvé dans seulement 3 % des cancers (2 % des cancers de la vessie et 5,8 % des cancers du poumon).

<sup>6</sup> La circonscription de la caisse primaire de Montpellier comptait 548 105 personnes protégées par le régime général de l'Assurance maladie au 31 décembre 2000 (source : CNAMTS. Dossiers Etudes et Statistiques n° 53, mai 2002).

<sup>7</sup> Articles L. 461-1, L. 461-2 et R. 461-3 CSS.

Tableau I  
Répartition selon l'âge et le sexe des répondants au questionnaire, parmi les bénéficiaires d'une prise en charge en ALD<sup>a</sup>  
pour un cancer susceptible d'être d'origine professionnelle  
(c'est-à-dire désigné dans un des tableaux de maladies professionnelles annexés au Code la sécurité sociale).

Age (ans)	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 40	0	0	2	1,5	2	1,5
40 - 49	3	2,2	3	2,2	6	4,5
50 - 59	27	20,1	6	4,5	33	24,6
60 - 69	21	15,7	9	6,7	30	22,4
70 - 79	36	26,9	9	6,7	45	33,6
> 79	12	9,0	6	4,5	18	13,4
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>73,9</b>	<b>35</b>	<b>26,1</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

a. ALD : affection de longue durée.

Tableau II  
Conclusions de l'enquête administrative approfondie concernant les patients atteints de cancers et dont l'activité professionnelle a pu les exposer à un agent cancérigène (n = 5).

Site du cancer	Patient Sexe/âge (ans)	Tabagisme	Agent cancérigène incriminé	Profession	N° tableau <sup>b</sup>	Décision sur la reconnaissance en maladie professionnelle
Broncho-pulmonaire primitif	M/58	Oui	Amiante	Mécanicien automobile	30bis	Accord
Broncho-pulmonaire primitif	M/65	Oui	Amiante	Ouvrier BTP <sup>a</sup>	30bis	Accord
Broncho-pulmonaire primitif	M/76	Oui	Amiante	Plâtrier	30bis	Accord
Vessie	M/56	Oui	Amines aromatiques	Conducteur offset imprimerie	15ter	Accord
Vessie	F/65	Non	Amines aromatiques	Ouvrière fabrication d'explosifs	15ter	Rejet administratif (exposition non prouvée)

a. Bâtiment et travaux publics.

b. Tableau des maladies professionnelles annexé au Code de la sécurité sociale (art. L. 461-1, L. 461-2 et R. 461-3 CSS).

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cet écart :  
– les données de l'InVS sont établies sur la seule population masculine ; dans notre population, un facteur professionnel a été constaté dans 4 % des cas de cancers chez les hommes (n = 99) ;  
– le recensement des cancers potentiellement liés au travail n'est pas exhaustif dans notre étude pour deux raisons. D'une part, tous les cancers ne sont pas déclarés à l'Assurance maladie en affection de longue durée ; il existe un coefficient correcteur des données ALD qui a été évalué à 1,33 pour le cancer du poumon et 1,07 pour le cancer de la

vessie [12]. D'autre part, tous les cancers que nous avons enregistrés sur la période d'inclusion (n = 212), susceptibles par leur topographie d'être d'origine professionnelle, n'ont pu être étudiés complètement (assurés décédés, non répondants...) ;  
– enfin, les défauts de qualité de remplissage du questionnaire (oubli de certains travaux effectués, méconnaissance des risques encourus...) ont probablement abouti à une sous-estimation des facteurs professionnels.

Néanmoins, l'objet de notre étude n'était pas de mesurer la part des cancers liés au travail mais de

mettre en évidence, à partir des données courantes de morbidité accessibles (ALD), leur sous-déclaration.

## 2. Problématique du dépistage des cancers professionnels

Les affections constatées étaient, en égales proportions, des cancers broncho-pulmonaires (39 %) et vésicaux (38 %), et en troisième lieu des leucémies (18 %).

Ce sont en effet les cancers fréquents et de causes pluri-factorielles (peu pathognomoniques), tels que les cancers broncho-pulmonaires ou les cancers de vessie, qui sont presque systématiquement déclarés en maladie (ALD), alors que les cancers rares et fortement associés à une nuisance spécifique, tels que les mésothéliomes pleuraux provoqués par l'amiante [13] ou les cancers naso-sinusiens provoqués par les poussières de bois [14], sont plus fréquemment déclarés en maladie professionnelle. C'est ainsi que plus de 50 % des mésothéliomes et des cancers naso-sinusiens imputables à une origine professionnelle ont bénéficié d'une indemnisation par le régime général de Sécurité sociale en 1999 contre 20 % des cancers broncho-pulmonaires et seulement 1 % des cancers vésicaux [11].

Le risque professionnel est manifestement sous-évalué, puisque sur les 134 dossiers étudiés, cinq auraient pu donner lieu à une déclaration au titre d'une maladie professionnelle et quatre d'entre eux aboutir à une décision de reconnaissance par l'organisme d'Assurance maladie. Les raisons de cette méconnaissance sont multiples.

Elles tiennent tout d'abord à la nature du cancer. De nombreux cancers professionnels sont dus à la conjugaison ou la sommation de nombreux facteurs, y compris extra-professionnels (le tabagisme par exemple), et dépendent de phénomènes de susceptibilité individuelle. Ils n'ont, à de rares exceptions près, pas de spécificités cliniques, iconographiques ou histologiques permettant de les distinguer. Enfin, le délai entre l'exposition au risque et le diagnostic de cancer est souvent très long (une ou plusieurs décennies), ce qui, en l'absence d'historique de carrière complet, complique l'imputation causale [6].

Elles tiennent ensuite aux acteurs intervenant dans la procédure de reconnaissance. Le médecin du travail ne connaît généralement pas les entreprises où le salarié travaillait précédemment. Il ignore donc (sauf enregistrement des expositions) les produits cancérigènes avec lesquels le salarié a pu être en contact. Le médecin traitant (généraliste ou spé-

cialiste) n'est que rarement informé sur les conditions de travail, présentes et encore moins passées, de son patient, et, sauf exception, méconnaît la législation sociale en matière de maladie professionnelle, complexe et souvent opaque [15]. Par ailleurs, les relations entre médecins du travail et médecins traitants restent insuffisantes.

Enfin, le salarié lui-même n'est pas toujours conscient des risques encourus dans son entreprise. Les centres de consultations de pathologie professionnelle<sup>8</sup>, qui seraient susceptibles d'établir un lien entre le cancer diagnostiqué et les métiers exercés, ne sont que très peu sollicités par le médecin traitant ou le médecin du travail. Les organismes de sécurité sociale ne traitent que les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle qui leurs sont destinées et n'ont pas d'action directe en amont sur ces déclarations.

## 3. Stratégies d'actions pour une meilleure reconnaissance

Nous l'avons dit, la méconnaissance du risque professionnel est avant tout préjudiciable pour le malade, puisqu'il n'est pas reconnu en tant que victime et n'obtient pas l'indemnisation à laquelle il a pourtant droit. Il est donc important d'améliorer les procédures de reconnaissance.

L'aspect le plus délicat dans cette procédure de reconnaissance est d'obtenir des multiples acteurs qu'elle concerne (le patient certes, mais surtout le médecin du travail et le médecin traitant), qu'ils parviennent à déclarer aussi souvent que nécessaire tous les cas susceptibles d'en bénéficier. A titre d'illustration, rappelons que dans la seule circonscription de Montpellier, huit sur onze des cancers professionnels déclarés de 1996 à 2001 ont été finalement reconnus comme maladie professionnelle.

Aussi, afin d'accroître le nombre de déclarations de cancers en maladie professionnelle, conviendrait-il d'impliquer davantage les professionnels de santé concernés et de renforcer les procédures actuelles de surveillance médicale [6, 15].

Le médecin du travail est au cœur du dispositif lorsque les personnes sont encore en activité. Il les sensibilise aux risques encourus dans l'entreprise, il est à même de faire le lien entre le cancer diagnostiqué et les expositions professionnelles à ces risques. Il assure la surveillance médicale post-exposition du salarié qui a été en contact avec un produit cancérigène. Il remet au salarié quittant l'entreprise une attestation d'exposition, et l'informe des démarches à effectuer pour bénéficier de la sur-

<sup>8</sup> Les centres de consultations de pathologie professionnelle ont pour but d'aider le médecin, médecin traitant ou médecin du travail, à faire le diagnostic de l'origine professionnelle d'une maladie. Implantées dans des centres hospitalo-universitaires, ces consultations disposent du plateau technique hospitalier et sont assurées par des praticiens spécialisés en pathologie professionnelle et recouvrant l'ensemble des disciplines médicales [1].

veillance post-professionnelle en cas de cessation d'activité [16, 17].

Le médecin traitant, généraliste ou spécialiste, doit jouer un rôle déterminant, en particulier lorsque l'assuré ne travaille plus [15]. Cela suppose qu'il soit bien informé de l'histoire professionnelle de son patient, qu'il soit sensibilisé aux problèmes de santé au travail, et qu'il ait des connaissances en matière de réglementation sur les maladies professionnelles. Il pourra alors, d'une part, inciter ses patients inactifs (demandeurs d'emplois, retraités) exposés à des produits cancérigènes à l'occasion de leurs emplois précédents à demander une surveillance médicale post-professionnelle<sup>9</sup>, d'autre part, évoquer une origine professionnelle lorsque le diagnostic de cancer est posé, pour éventuellement en faire une déclaration de maladie professionnelle.

Les consultations de pathologie professionnelle doivent être plus systématiquement sollicitées par le médecin du travail ou le médecin traitant pour établir un historique de carrière complet devant un nouveau cas de cancer potentiellement lié au travail. Ils sont aidés de questionnaires spécialisés de repérage, notamment pour les cancers bronchopulmonaires [10] et les cancers de vessie.

Les médecins-conseils de l'Assurance maladie enfin peuvent utilement inciter les médecins traitants (spécialistes ou généralistes) à rechercher, au moment du diagnostic, les antécédents professionnels de leurs patients. On mentionnera ainsi l'action mise en place à Montpellier sous la forme de l'envoi systématique à tout médecin qui fait une demande d'exonération du ticket modérateur pour un cancer du poumon ou un cancer de la vessie (cancers fréquents et peu déclarés comme maladies professionnelles) d'un questionnaire de « débrouillage », visant à orienter le médecin-conseil vers une possible origine professionnelle. Parallèlement, des actions de sensibilisation auprès des médecins du travail et des médecins traitants ont été entreprises, avec pour objectif d'accroître l'identification du caractère professionnel des cancers. Une évaluation de l'efficacité de ces diverses actions est prévue fin 2005.

En conclusion, cette étude a mis en évidence la réalité d'une sous-déclaration des cancers professionnels à l'échelle de la circonscription de Montpellier. Elle a également montré que la demande d'exonération du ticket modérateur pour une affection cancéreuse n'est pas seulement nécessaire à la prise en charge intégrale des soins par l'assurance maladie mais peut aussi, de façon inattendue, servir au déclenchement d'une procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Evidemment, d'autres études de cette nature contribueraient utilement au nécessaire travail de quantification de cette sous-déclaration et donc de cette sous-réparation des cancers professionnels [18]. Outre le juste bénéfice qu'en tireraient les victimes méconnues, ces études participeraient à la connaissance épidémiologique et à l'estimation du risque de ces affections cancéreuses professionnelles, éléments essentiels à la mise en œuvre d'une politique efficace de prévention en ce domaine [19, 20]. Relevons, à ce propos, que la réduction des effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes par la diminution des niveaux d'exposition est un des cent objectifs (n° 17) de la politique de santé publique française de la période 2004-2008, et qu'il s'agit d'un objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques<sup>10</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Abadia G, Chapoutier A, Delemotte B, Delepine A, Guillemey N, Leprince A. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale*. Paris : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) 2004 ; ED 835, 350 p. ([www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)).
2. Bühl M, Castelletta A. *Accident du travail – Maladie professionnelle. Procédure, indemnisation, contentieux*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Delmas, 2004 ; 317 p.
3. Sandret N, Heran Leroy O. *Evaluation des expositions aux produits cancérigènes à partir des données de l'enquête SUMER*. In : Pignon C, Brochard P, Le Bourgeois JP, Ruffié P. *Les cancers professionnels*. Tome I. Paris : Editions Margaux Orange 2000 ; p. 662-73.
4. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques). *Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail. SUMER 94. Les Dossiers de la DARES 1998 ; n° 5-6*.
5. Chéri-Challine L, Ménégoz F. *Le cancer en France et son évolution durant les deux dernières décennies*. *Rev Fr Aff Soc* 1999;2:9-24.
6. Brugère J, Thébaud-Mony A. *Les cancers professionnels*. *Rev Fr Aff Soc* 1999;2:63-72.
7. Brasseur G, Leprince A, Pillière F, Dornier G. *Le point des connaissances sur les cancers professionnels*. Paris : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) ED 5013, 4 p. ([www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)).
8. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. *Statistiques trimestrielles des accidents du travail*. Paris : CNAMTS, mars 2002.
9. Huteau G. *Sécurité sociale et politiques sociales*. 3<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin 2001 ; 498 p.
10. Société de pneumologie de langue française et Société française de médecine du travail. *Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif*. *Info Respiration* 2002;47:13-22.

<sup>9</sup> Les modalités de cette surveillance sont fixées par voie réglementaire (arrêté du 28 février 1995, JO 22 mars) et les dépenses correspondant à cette surveillance sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur le fonds d'action sanitaire et sociale (art. D. 461-25 CSS).

<sup>10</sup> Rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JO 11 août).

11. Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, avril 2003 ; 28 p. ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).
12. Baris B, Fender P, Andre MF, Desmerie C, Menigbeto C, Allemand H. Estimation de l'incidence de huit tumeurs malignes en France à partir des statistiques de l'Assurance maladie. *Bull Cancer* 1999;86:177-83.
13. Monnet I, Ruffié P, Letourneux M, Brochard P. Mésothéliomes. In : Pairon C, Brochard P, Le Bourgeois JP, Ruffié P. *Les cancers professionnels. Tome I*. Paris : Editions Margaux Orange 2000 ; p. 403-27.
14. Luce D, Brugère J, Eschwège F. Cancers des voies aérodigestives supérieures. In : Pairon C, Brochard P, Le Bourgeois JP, Ruffié P. *Les cancers professionnels. Tome I*. Paris : Editions Margaux Orange 2000 ; p. 429-60.
15. Ley FX. Maladies professionnelles : le rôle des médecins traitants. *Bull Ordre Médecins* décembre 2001:10-2.
16. Dyèvre P, Léger D. *Médecine du travail. Approche de la santé au travail*. 3<sup>e</sup> ed. Paris : Masson 2003 ; 334 p.
17. Ordre national des médecins. Conseil national. *Le médecin du travail aujourd'hui et demain. Ses rôles dans la gestion du risque professionnel et la santé au travail*. Les Jeudis de l'Ordre 5 décembre 2002. Paris : Conseil national de l'ordre des médecins 2003 ; 43 p.
18. Imbernon E, Goldberg M. La santé au travail. In : Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion 2004 ; p. 113-9.
19. Pairon C, Brochard P, Le Bourgeois JP, Ruffié P. Introduction. In : Pairon C, Brochard P, Le Bourgeois JP, Ruffié P. *Les cancers professionnels. Tome I*. Paris : Editions Margaux Orange ; 2000. pp. XI-XVI.
20. Monson RR. Occupation. In : Schottenfeld D, Fraumeni JF. *Cancer epidemiology and prevention. Part III. The causes of cancer*. 2<sup>nd</sup> ed. New-York : Oxford University Press 1996 ; p. 373-405.

