

Les maladies professionnelles, de l'émergence à l'indemnisation... Et au-delà

Société française de santé au travail (SFST)

En ligne, le 30 janvier 2026

AUTEUR :

J. Park, interne en médecine et santé au travail, département Études et assistance médicales, INRS

EN RÉSUMÉ

Cette journée organisée par la Société française de santé au travail a pour ambition d'éclairer les multiples facettes de la reconnaissance des maladies professionnelles, depuis leur détection jusqu'aux enjeux médico-légaux et sociaux qu'elles soulèvent. Des focus ont porté sur les cancers cutanés, la bronchite chronique obstructive, le cancer broncho-pulmonaire et celui de la prostate ainsi que sur le syndrome du canal carpien.

MOTS CLÉS

Maladie professionnelle / Réglementation / Cancer / Canal carpien / Écran de visualisation / BPCO / Broncho-pneumopathie chronique obstructive

LE CIRCUIT D'INSTRUCTION DES DEMANDES DE MALADIES PROFESSIONNELLES : DE LA CPAM AU CRRMP

Pour mémoire, il existe deux voies de reconnaissance en maladie professionnelle (MP) : celle des tableaux avec une présomption d'origine et le système complémentaire qui a recours au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), dont le rôle est d'établir un lien direct (alinéa 6 de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale - CSS) ou un lien direct et essentiel en présence d'une incapacité $\geq 25\%$ ou d'un décès (alinéa 7 de ce même article) entre la maladie et l'activité professionnelle. L'instruction, basée sur le principe du contradictoire, démarre à la

réception, par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), d'un dossier complet (déclaration remplie par le salarié et certificat médical initial – CMI – signé par le médecin du choix du salarié). Dans le cadre de la procédure, un questionnaire est systématiquement adressé à l'employeur et à l'assuré afin de décrire les conditions de travail. En cas de divergences de réponses ou si le dossier relève des alinéas 6 ou 7, une enquête administrative est alors menée par des agents enquêteurs de la CPAM. **F. Margaroli (Assurance maladie)** a insisté sur l'importance de l'avis du médecin du travail dans la procédure. Lorsque la CPAM transmet un dossier au CRRMP, l'avis de tous les médecins du travail connus des entreprises dans lesquelles il y a une exposition possible est obligatoirement demandé, sans passer par l'employeur. En l'absence de réponse dans un délai d'un mois,

Les maladies professionnelles, de l'émergence à l'indemnisation... Et au-delà

Société française de santé au travail (SFST)

le CRRMP peut statuer sans cet avis. L'employeur peut demander la communication de l'avis du médecin du travail selon une procédure impliquant un médecin désigné par l'employeur et un autre désigné par la victime, lequel peut refuser la transmission des documents.

Entre 2011 et 2024, le nombre de dossiers examinés par les CRRMP a doublé, passant de 15 000 à 30 000 dossiers par an. Ceux relevant de l'alinéa 7 représentent plus d'un tiers des dossiers. Pour l'alinéa 6, en moyenne 42 % des dossiers reçoivent un avis favorable et concernent essentiellement les tableaux 57 (« *Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail* ») et 98 (« *Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes* »). Pour l'alinéa 7, le taux d'avis favorables est d'environ 35 %, les principales pathologies concernées étant les affections psychiques, les troubles musculosquelettiques (TMS) et les cancers ne figurant pas dans les tableaux.

LES INDICATEURS DE MALADIES PROFESSIONNELLES EN FRANCE

Le nombre de MP reconnues augmente chaque année. Toutefois, **J.F. Gehanno (Centre hospitalier universitaire de Rouen – CHU, Rouen)** explique qu'il existe un décalage important entre le nombre de cas reconnus et indemnisés en MP et le nombre de maladies causées ou aggravées par le travail. Le rapport de la commission chargée d'évaluer, pour la branche maladie,

le coût de la sous-déclaration des MP et des accidents du travail (AT) indique qu'il y a 161 000 à 217 000 cas d'asthme professionnel par an pour 630 versements de prestations en 2022 ; et entre 52 500 à 82 200 cas de cancer par an ayant une origine professionnelle pour 1 530 cancers indemnisés. Entre 2018 et 2019, le taux de sous-déclaration des TMS est estimé à 57 % pour le syndrome du canal carpien (SCC), 66 % pour les TMS du coude, 72 % pour ceux de l'épaule et 61 % pour ceux du rachis. Dans le cas des troubles psychiques, 1 805 cas ont été reconnus en MP en 2024, mais ce nombre reste faible au regard des 28 877 cas reconnus en AT cette même année. Cette sous-déclaration peut être expliquée, entre autres, par le renoncement de l'assuré lié à la pression de l'employeur, la complexité de la procédure et la mauvaise compréhension des droits. De plus, il existe des disparités de taux de reconnaissance entre les régimes [par exemple pour l'alinéa 6, le régime général (RG) émet 43 % d'avis favorables alors que ce taux est de 60 % pour le régime agricole (RA)] mais également d'un CRRMP à l'autre sans que des raisons claires soient trouvées à ces disparités. Une étude suggère également que les modalités d'accompagnement du salarié jouent un rôle clé dans la réalisation des démarches. Ainsi, les travailleurs orientés vers un centre régional de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE) sont plus enclins à déposer un dossier de demande de reconnaissance par rapport à ceux orientés vers le médecin traitant. De ces faits, il est important de rappeler que les chiffres de MP reconnues ne sont pas des données épidémiologiques et ne reflètent pas l'ensemble des

maladies liées à l'activité professionnelle, d'autant que ces données ne prennent pas en compte celles du secteur public.

QUELLE EST LA PLACE DU MÉDECIN DU TRAVAIL DANS L'INSTRUCTION DES MP?

À partir des questions soumises à l'INRS, **A. Delépine (Institut national de recherche et de sécurité – INRS, Paris)** souligne le manque d'information des salariés quant aux démarches de reconnaissance en MP et rappelle que, de par son rôle de conseiller, le médecin du travail doit informer et accompagner le salarié dans la procédure. Il lui appartient d'explicitier ses tenants et aboutissants, notamment la levée du secret médical vis-à-vis de l'employeur. Il est aussi important de préciser que, le plus souvent, la reconnaissance en MP donne droit à un capital et non une rente, insuffisant pour cesser son activité professionnelle. Concernant le CMI, le médecin du travail ne peut refuser de le rédiger mais peut évoquer sa position de neutralité vis-à-vis de l'entreprise et orienter le salarié vers le médecin traitant en indiquant les éléments suffisants et nécessaires à la rédaction d'un certificat conforme. Selon **A. Delépine**, il n'existe pas d'urgence à effectuer une déclaration de MP, le rôle du médecin du travail étant de fournir au salarié des informations claires sur les enjeux de la MP, le choix final revenant au salarié. Il convient de prendre en compte le retentissement de l'état de santé sur le poste de travail, indépendamment de la reconnaissance en MP et de rappeler que celle-ci n'est

pas systématiquement synonyme d'inaptitude médicale. Enfin, lorsque le salarié reçoit une notification de refus de prise en charge, le médecin du travail doit être capable de l'expliciter.

C. Verdun (CHU, Bordeaux) a ensuite explicité le rôle du médecin du travail dans la Fonction publique. Dans le dossier de demande de reconnaissance en MP adressé à l'administration de l'établissement, le médecin du travail indique si la maladie relève d'un tableau et si tous les critères sont réunis. Dans ce cas, la présomption d'origine s'applique et le raisonnement est le même que dans le RG. Lorsque l'ensemble des conditions du tableau n'est pas rempli ou que la maladie ne figure dans aucun tableau, l'instruction du dossier nécessite une expertise permettant d'établir l'existence d'un lien direct ou d'un lien direct et essentiel entre la maladie et l'activité exercée. Au cours de l'instruction du dossier, le salarié et l'employeur peuvent avoir accès à des pièces du dossier mais uniquement pendant des périodes définies. En dehors de ces dernières, l'accès aux documents est impossible. L'avis du médecin du travail a toute pertinence à figurer dans le dossier médical de santé au travail (DMST) d'autant qu'il concerne le lien entre la santé et le travail ainsi que sa date de constatation.

LA QUESTION DES FAUX CERTIFICATS MÉDICAUX

La sous-déclaration des MP est en partie liée à une réticence des médecins du travail à rédiger le CMI. Celle-ci peut s'expliquer par la crainte de plaintes ordinales ou de dégradation de relations avec

l'entreprise. Pourtant, la rédaction de certificat médical relève d'une obligation déontologique du médecin. **S. Fantoni (CHU, Lille)** décrit la prudence et la rigueur nécessaires à la rédaction du CMI sans pour autant nuire à la reconnaissance des MP. En tant que médecin du travail, la suspicion d'un lien entre une maladie et une exposition professionnelle nécessite de conseiller le travailleur dans les démarches les plus pertinentes, de rédiger le CMI et/ou de donner les éléments au médecin traitant pour la rédaction de ce dernier. Ce certificat doit être objectif, fondé sur des éléments factuels et strictement médicaux. Il doit mentionner les signes physiques et fonctionnels et décrire les expositions professionnelles. La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance engage la responsabilité pénale du médecin. Il doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le salarié des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. Dans tous les cas, l'imputabilité au niveau individuel est établie par l'organisme de sécurité sociale.

RÉPARATION EN MP OU EN INVALIDITÉ : LAQUELLE EST PRÉFÉRABLE ? UNE COMPATIBILITÉ ENTRE LES DEUX

Contrairement aux idées reçues, la pension d'invalidité (PI) n'est pas toujours plus avantageuse que la rente AT-MP. Cette dernière répare les séquelles définitives d'un AT ou d'une MP. Elle est versée à vie, n'est pas imposable, peut se cumuler avec d'autres revenus et

une réversion peut être possible aux ayant droits. La PI, quant à elle, est calculée en fonction de la capacité de travail ou de gain restante. Elle est versée uniquement jusqu'à la retraite, est imposable et remplace le salaire. Le cumul de la PI et de la rente AT-MP n'est pas envisageable pour une même atteinte. Toutefois, **S. Fantoni** explique que le cumul est possible uniquement pour la fraction de l'invalidité non déjà indemnisée par la rente AT-MP. Dans le cas où l'assuré perçoit déjà une PI, si l'origine professionnelle est totale, la rente AT-MP est prioritaire si elle est plus avantageuse, mais peut être alignée sur le montant de la PI si elle est inférieure. En revanche, si l'origine professionnelle est partielle, la rente AT-MP est versée en plus mais la PI est réduite d'autant. Enfin, si l'assuré touche une rente AT-MP, sans invalidité, et que son état s'aggrave à cause d'une maladie non professionnelle, une PI peut s'ajouter à la rente AT-MP sans dépasser le plafond du salaire antérieur. Ces règles ne sont cependant pas harmonisées entre les CPAM.

CONSÉQUENCES DES MP RECONNUES : FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR, OBLIGATION DE SÉCURITÉ

S. Fantoni rappelle que depuis 2002, la faute inexcusable (FI) est définie de la manière suivante : « En cas d'AT-MP, le manquement de l'employeur à son obligation de sécurité a le caractère d'une FI lorsqu'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris

Les maladies professionnelles, de l'émergence à l'indemnisation... Et au-delà

Société française de santé au travail (SFST)

(toutes) les mesures nécessaires pour l'en préserver ». La FI ne se présume pas, sauf dans deux situations particulières définies par le Code du travail : s'il existe un signalement d'un risque par le salarié ou le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou le comité social et économique (CSE) et que l'employeur ne l'a pas pris en compte avant la survenue de l'AT ou de la MP ; ou si les travailleurs exerçant en CDD ou intérimaire n'ont pas reçu d'accueil, de formation et d'information à la sécurité adaptés. Dans les autres cas, c'est à la victime de déposer la demande de reconnaissance en FI auprès de sa CPAM et d'en apporter les preuves, les deux conditions cumulatives étant la conscience du danger par l'employeur et l'absence de mesures adéquates prises pour y remédier. La conscience du danger est établie en cas de non-respect des préconisations du médecin du travail ; en présence d'un signalement d'un risque par le médecin du travail ou les autorités compétentes ; ou encore sur la base du document unique, surtout si celui-ci n'a pas été réalisé. Même lorsqu'un employeur a des règles de sécurité affichées, si celles-ci ne sont pas adaptées, ni appliquées, ni contrôlées, la FI peut être reconnue. De même, si les formations de sécurité dispensées ne sont pas adaptées aux risques professionnels réels, elles sont considérées comme non appropriées. Il est donc nécessaire de vérifier la pertinence et l'application des mesures de prévention mises en place.

L'enjeu principal de la FI est d'améliorer l'indemnisation de l'AT-MP, souvent jugée insuffisante comparée à son impact réel. Si la FI est reconnue, la victime bénéficie

d'une majoration de la rente ou du capital et d'une indemnisation complémentaire des préjudices professionnels et personnels. Ces prestations, qui ne couvrent pas l'intégralité des préjudices, lui sont versées directement par la CPAM, qui récupère ensuite ces sommes auprès de l'employeur via des cotisations complémentaires ou une action récursoire. L'employeur peut s'assurer contre le « risque FI » et ses conséquences financières et, dans ce cas, la CPAM se retourne vers l'assureur pour obtenir le remboursement des indemnités.

Beaucoup plus rarement, la FI du salarié peut être reconnue. Il s'agit d'un acte volontaire, d'une exceptionnelle gravité, exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience. Cette FI a pour conséquence, une réduction de la rente.

S. Fantoni affirme que les évolutions jurisprudentielles sont encore très importantes tant sur les mesures adéquates à prendre que sur le périmètre des préjudices indemnisables.

SYNDROME DU CANAL CARPIEN ET TRAVAIL SUR ÉCRAN : MYTHE OU RÉALITÉ ?

La question du lien entre le travail sur écran et la survenue de TMS, et plus particulièrement le syndrome du canal carpien (SCC), fait l'objet de nombreuses recherches depuis plusieurs décennies avec des résultats très discordants, comme le rapporte **J.F. Gehanno**. Dans sa brochure « *Écrans de visualisation, santé et ergonomie*¹ », actualisée en 2020, l'INRS précise que « *l'ap-pui des poignets sur la table lors de l'utilisation du clavier provoque*

une extension du poignet [...]. L'extension prolongée du poignet est l'un des facteurs déterminants du syndrome du canal carpien ». Or certaines cohortes ne mettent en évidence aucune association et concluent même que le SCC est beaucoup plus fréquent chez les travailleurs occupant des emplois non liés à l'informatique, tandis qu'une autre étude retrouve un excès de risque en cas d'utilisation de la souris et en cas d'utilisation fréquente de l'ordinateur et du clavier mais avec un faible niveau de preuve.

En 2008, une revue de la littérature rapporte des résultats très hétérogènes : dans la plupart des études, aucun effet n'a été observé, mais l'une d'elles a montré un effet significatif du nombre d'heures rapporté par les travailleurs sur la survenue du SCC et une autre mentionne même un effet protecteur. L'étude de la physiopathologie du SCC montre une augmentation modérée de la pression exercée dans le canal carpien lors de l'utilisation de la souris, notamment au moment du cliquage.

Ces disparités peuvent être en lien avec la présence de facteurs de confusion comme les risques psychosociaux (RPS) ou encore la question de l'évaluation des expositions, cette dernière étant un élément central dans les études épidémiologiques. À cela s'ajoutent l'augmentation de la tension musculaire en lien avec le niveau d'investissement, la reconnaissance au travail, le stress, la charge cognitive et la précision demandée. L'autoévaluation de la durée d'utilisation de l'ordinateur est à l'origine d'une surestimation par rapport à un logiciel permettant d'enregistrer le temps réel passé à travailler avec l'ordinateur. Les SCC dans le cadre du travail sur écran

1. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20924>

font régulièrement l'objet de demande en reconnaissance en MP mais sont systématiquement refusés par le CRRMP.

DISPARITÉS DE RECONNAISSANCE DES MP EN EUROPE : PEUT-ON VRAIMENT COMPARER LES STATISTIQUES ?

J.F. Gehanno a montré les variations considérables en termes de reconnaissance d'un pays à l'autre au sein de l'Europe. Ainsi, pour 100 000 assurés, le nombre de MP reconnues en France est de 258 tandis qu'il est de 81 en Allemagne. Ces disparités existent aussi au niveau du type de pathologies reconnues. Par exemple, au Danemark, les pathologies dermatologiques (dermatites de contact irritatives et allergiques) représentent environ 50 % des maladies reconnues en MP alors qu'en France, c'est moins de 5 %. Les TMS représentent 88 % des MP reconnues en France, 75 % en Italie, 22 % au Danemark et 4 % en Allemagne. Quant aux cancers, le nombre de cas reconnus est de 0,24 pour 100 000 assurés en Espagne, contrastant avec les 11 cas pour 100 000 assurés reconnus en France.

Parmi les éléments pouvant expliquer ces divergences, peuvent être citées les différences réglementaires (par exemple la diversité des dates d'interdiction de l'usage de l'amiante), la nature des principales activités du pays (agriculture, chimie, industrie...), la culture de prévention (respect des consignes, port des équipements de protection individuelle) ou les variations génétiques.

Un autre élément mis en cause

est la différence des procédures de déclaration. En France, c'est la victime qui fait la demande de reconnaissance. En Allemagne, comme au Danemark, le médecin a une obligation de déclaration, mais celle-ci peut être faite aussi par la victime, l'employeur ou encore la caisse d'assurance sociale.

De plus, il est à noter que certains pays n'appliquent pas la notion de présomption d'origine alors que d'autres ne disposent pas de voie complémentaire de reconnaissance des MP.

En ce qui concerne les pathologies psychiques, l'état de stress post-traumatique et la dépression après participation à une guerre figurent dans la liste des MP au Danemark alors que leur reconnaissance est impossible en Allemagne ou en Suisse.

L'évolution des tableaux de MP est conditionnée par la place accordée à l'expertise scientifique. Selon les pays, les listes de MP peuvent être plus ou moins proches de la liste européenne. En France, les tableaux sont plus précis et plus restrictifs que cette dernière. En Allemagne, la liste contient une condition de gravité (cessation de l'activité professionnelle) pour les TMS et les pathologies de peau. Les listes ont tendance à évoluer vers l'élargissement du nombre de maladies prises en compte, comme en France, mais, parfois, l'évolution se fait vers des tableaux plus restrictifs, comme au Danemark ou en Allemagne, où des notions de durée et d'intensité d'exposition ont été introduites pour certaines maladies.

La recommandation de 2025 ajoute quatre nouvelles MP liées à l'amiante à la liste européenne des MP (annexe I) : cancer du larynx, cancer des ovaires, plaques pleurales avec impotence fonctionnelle

des poumons, épanchement pleural non malin. Elle ajoute également 3 cancers à la liste complémentaire (annexe II) : cancers du côlon, du rectum et de l'estomac.

Sur le plan économique, les disparités entre les pays sont également retrouvées dans les montants d'indemnisation.

ACTUALITÉS SUR LES BPCO PROFESSIONNELLES

J.D. Dewitte (CHU, Brest) a rappelé que le tabagisme, sous toutes ses formes (cigarette, cigare...) y compris le tabagisme passif et sévré, est un facteur de risque (FDR) majeur de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Sur le plan professionnel, les secteurs connus pour être pourvoyeurs de BPCO sont le secteur minier, le bâtiment et les travaux publics (BTP), la fonderie, la sidérurgie, la cokerie, l'industrie textile et le secteur agricole. Le tabagisme et l'exposition à divers agents professionnels ont un effet additif voire synergique sur le risque de développement d'une BPCO et sur la mortalité induite par celle-ci.

Le groupe de travail (GT) « *maladies professionnelles* », créé par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en 2018, a pour mission de réaliser des expertises collectives en vue de la création ou de la modification des tableaux de MP. Concernant la BPCO, le GT a été sollicité une première fois en 2022 à l'issue de la parution d'un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) mettant en évidence un lien probable entre la BPCO et l'exposition aux

Les maladies professionnelles, de l'émergence à l'indemnisation... Et au-delà

Société française de santé au travail (SFST)

pesticides. Le GT a conclu que les arguments pourraient en effet justifier la création d'un tableau aux RG et RA mais, compte tenu de l'existence d'autres FDR de BPCO, de la poly-exposition et du caractère probable du lien, il recommande d'établir une discussion sur la création d'un tableau relatif à la BPCO dans le cadre de poly-expositions dans le milieu agricole. En octobre 2023, le GT a de nouveau été saisi pour étudier les FDR de BPCO autres que les pesticides. Il s'est penché en particulier sur les vapeurs, gaz, poussières et fumées (VGPF) regroupant des irritants respiratoires à l'image du tabac. En 2009, une revue danoise avait déjà souligné l'existence de preuves solides d'une association causale entre divers types d'expositions professionnelles physiques et chimiques et la BPCO, entraînant la reconnaissance en MP, au Danemark, de la BPCO en lien avec une exposition aux VGPF. L'ensemble des éléments examinés par le GT confirment l'existence d'une association causale avérée entre expositions professionnelles aux VGPF et la BPCO, du fait de la mise en évidence de relations dose-réponse et de données mécanistiques plausibles. Ce lien est observé de manière non exhaustive et non systématique dans divers secteurs (secteur du bois, mines, métallurgie...) et métiers (agriculteurs, éleveurs, producteurs laitiers, peintres, maçons...), avec des substances spécifiques (ciment, bois, particules granulaires bio-persistantes...). L'agriculture fait partie des secteurs où il existe un excès significatif de BPCO. Il s'agit d'un domaine complexe doté d'une grande hétérogénéité de pratiques et de professions. Les VGPF potentiellement à l'origine des BPCO dans le secteur agricole

sont les particules organiques et inorganiques, les endotoxines, l'ammoniac ou encore le sulfure d'hydrogène.

Par ailleurs, il est à noter que les critères de reconnaissance de la BPCO en MP varient d'un pays à l'autre. En Italie, la BPCO peut être reconnue en MP selon une liste limitative de travaux. En Finlande, elle est reconnue uniquement pour les non-fumeurs, en cas d'exposition à des particules organiques ou inorganiques. Aux Pays-Bas, elle est reconnue en cas d'expositions professionnelles aux particules, particules minérales et substances chimiques. Enfin, en Allemagne, est reconnue en MP la BPCO, incluant l'emphysème, issue d'une exposition professionnelle prolongée aux poussières de quartz.

ACTUALITÉS SUR LES CANCERS CUTANÉS PROFESSIONNELS

L. Bensefa-Colas (CHU, Paris) rappelle que les deux principaux cancers cutanés sont les carcinomes et les mélanomes. Les cancers cutanés non mélanocytaires (CCNM) représentent le 5^e cancer le plus fréquent et le 22^e cancer le plus mortel dans le monde en 2022. Les carcinomes sont les cancers cutanés les plus fréquents chez l'adulte avec une incidence de 180 cas pour 100 000 habitants en France. On distingue deux formes de carcinomes : les carcinomes basocellulaires (CBC), les plus fréquents, et les carcinomes épidermoïdes (CE), plus invasifs et plus mortels. Les FDR non professionnels des carcinomes sont l'âge supérieur à 50 ans, le phototype clair, l'exposition solaire,

la géno-dermatose, les mutations préexistantes et l'immunosuppression.

En France, selon les registres de cancers du Doubs et du Haut-Rhin, entre 1983 et 2013, l'incidence des CBC a doublé chez l'homme et la femme, celle des CE a quasiment doublé chez l'homme et triplé chez la femme. Cette majoration de l'incidence, notamment chez les sujets jeunes, est en lien avec un accroissement des expositions solaires récréatives (dues à une augmentation du temps de loisirs et des vacances, des sports en plein air...) et artificielles (effet mode du coup de soleil apparent). L'âge moyen de découverte est de 76 ans, en lien avec une augmentation de la durée de vie de la population et du nombre de patients immunodéprimés (transplantés). Pour autant, les données scientifiques sont limitées concernant les cancers cutanés et il est important de souligner la sous-déclaration en MP, notamment des CBC qui, traités localement par exérèse, ne font pas l'objet d'une déclaration systématique.

Le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) a classé comme **cancérogènes certains pour les carcinomes cutanés** les facteurs professionnels suivants : les rayonnements ultraviolets (UV), les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), l'arsenic et ses dérivés inorganiques, les rayonnements ionisants X et γ . Il est à noter qu'il existe des synergies entre ces agents mais aussi des cofacteurs, comme les cicatrices de brûlures qui peuvent favoriser le développement d'un cancer. Les UV représentent le FDR principal de survenue de carcinomes cutanés. L'exposition aux UV artificiels est observée chez les soudeurs à l'arc mais aussi dans le

cadre d'une photopolymérisation dans l'imprimerie ou la plasturgie... L'exposition aux UV naturels concernent les marins, les agriculteurs, les travailleurs du BTP, les moniteurs de ski... Les preuves de cancérogénicité des UV solaires sont suffisantes pour les CE et les CBC. Le risque de leur survenue est d'autant plus augmenté en cas de fortes expositions ou d'expositions chroniques et cumulatives. Ces données sont cohérentes avec la revue de l'Organisation mondiale de santé (OMS) de 2021 qui rapporte également une association significative entre exposition professionnelle aux UV solaires et la survenue de CCNM.

Le Circ a classé la créosote et le travail en raffinerie de pétrole comme **cancérogènes probables pour les carcinomes cutanés**.

Le Circ a classé l'exposition aux UV solaires comme **cancérogène certain pour les mélanomes**. L'exposition intense et intermittente, notamment dans l'enfance, est associée à un surrisque de mélanome cutané. En revanche, les études portant sur l'exposition professionnelle aux UV solaires montrent une relation inverse.

En 2019, l'OMS estime le nombre de travailleurs en extérieur exposés aux UV à 1,6 milliard, soit 28,4 % de la population mondiale en âge de travailler. Parmi cette population, le nombre de décès imputables aux CCNM est estimé à 18 960. La proportion de travailleurs exposés a diminué entre 2000 et 2019 dans toutes les régions du monde sauf en Europe où elle a augmenté, jusqu'à atteindre 18,5 % en 2019. Parmi les différents secteurs d'activités exposés, les ouvriers du bâtiment ont le taux d'exposition cumulée le plus important, d'environ 5 fois l'exposition cumulée d'un employé travaillant en intérieur.

La reconnaissance en MP du CE est effective en Suisse et en Allemagne. Seul le système allemand a défini des critères de reconnaissance : le diagnostic clinique ou histologique du CE et/ou au moins 5 kératoses actiniques, avec une exposition professionnelle compatible pendant une durée suffisante pour justifier le surrisque et en l'absence d'une exposition environnementale significative. En France, l'expertise du GT- MP de l'Anses est en cours pour étudier la création d'un tableau de carcinomes cutanés dans le cadre d'une exposition aux UV solaires.

LA QUESTION DE LA LATENCE DES PATHOLOGIES EN RELATION AVEC LE TRAVAIL

Le temps de latence correspond à la période entre l'exposition à la toute première cause de la maladie et sa détection, cette dernière dépendant du délai d'apparition des premiers signes cliniques et fonctionnels mais aussi des outils diagnostiques disponibles. Dans le cadre des MP, la latence détermine la relation temporelle entre une exposition professionnelle et une maladie, et restreint la notion de présomption d'origine.

Pour illustrer la notion de latence dans les TMS, **A. Descatha (CHU, Angers)** prend l'exemple du SCC et de la douleur de l'épaule. Au sein de la cohorte Constances regroupant plus de 215 000 personnes de différents âges et professions, il a été étudié le risque de survenue du SCC en fonction des expositions professionnelles récentes et passées. Un surrisque est observé

pour des tâches telles que l'activité physique intense, les gestes répétés, la manutention de charges, les tâches impliquant une flexion du poignet ou une pression de la base de la main. L'effet de ces activités sur la survenue de SCC est plus important chez les nouveaux travailleurs avec des expositions récentes que dans le reste de la cohorte. Dans les expositions professionnelles reconstituées, la censure des trois à cinq années précédant l'apparition de la maladie a mis en évidence un poids plus important des expositions récentes par rapport à celles anciennes. Néanmoins, il ne faut pas oublier que le diagnostic peut être retardé du fait d'une clinique progressive et du délai de réalisation de l'électroneuromyogramme (ENMG).

A. Descatha a ensuite présenté une étude publiée en 2012 qui a évalué la pertinence de la prise en compte des FDR professionnels de douleurs intenses de l'épaule, même après l'arrêt de l'exposition. Les participants ont été interrogés sur leur douleur de l'épaule en 1994-1995 puis en 2006. Initialement, 76,5 % ne présentaient pas de douleur tandis que 8,6 % se plaignaient de douleur modérée et 14,9 % de douleur intense. La présence de douleur intense initiale était associée à l'exposition à l'élévation du bras surtout en cas d'exposition prolongée de plus de 25 ans. En 2006, alors que la plupart des sujets étaient retraités, 17,3 % ont rapporté une douleur intense et celle-ci était toujours significativement liée à l'exposition passée à l'élévation du bras. Cela signifie que l'effet d'une forte sollicitation des épaules durant la vie professionnelle persiste même après l'arrêt de l'exposition et qu'une phase paucisymptomatique est possible. Il est donc important de considérer

Les maladies professionnelles, de l'émergence à l'indemnisation... Et au-delà

Société française de santé au travail (SFST)

l'ensemble des expositions professionnelles du salarié tout au long de sa carrière dans le cadre d'une déclaration en MP et ne pas se limiter à l'évaluation des dernières expositions.

S. Hulo (CHU, Lille) précise que selon le rapport 2026 du *global initiative for chronic obstructive lung disease* (GOLD), la BPCO est définie par la présence de signes cliniques respiratoires chroniques tels que la dyspnée progressive persistante et exacerbée à l'exercice, les sifflements récurrents, la toux, les infections respiratoires basses à répétition et l'existence de FDR tels que le tabac, les fumées de cuisson ou de combustion, une exposition aux VGPF et autres produits chimiques, la génétique, la prématurité, un poids de naissance bas, les infections dans l'enfance... Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence d'un trouble ventilatoire obstructif (TVO) irréversible qui se caractérise par un rapport volume expiratoire maximal seconde (VEMS)/capacité vitale (CV) de moins de 0,7 à la spirométrie, persistant après la prise de bronchodilatateur. Dans le guide du parcours de soins de BPCO (2019), la Haute autorité de santé (HAS) indique que cette définition peut conduire à un sous-diagnostic chez les patients de moins de 50 ans et un surdiagnostic chez ceux plus âgés. L'alternative est de définir l'obstruction bronchique par un VEMS/CV inférieur à la limite inférieure de la normale (LIN). En effet, à l'échelle mondiale, le taux de BPCO sous diagnostiqué est estimé entre 60 et 89 %. En France, le taux de TVO sous diagnostiqué est estimé entre 64 et 76 %. Parmi les patients traités, 50 % ne répondraient pas aux critères diagnostiques actuels. Pourtant, des travaux ont montré que la prise

en charge précoce de la maladie pourrait améliorer son pronostic et permettrait de mieux agir sur les FDR modifiables. En 2025, une étude française a montré que le délai de diagnostic était évalué à 17 mois, du fait notamment de la méconnaissance et du déni des symptômes en phase de préconsultation, de la priorité donnée à d'autres pathologies et du délai d'accès aux spécialistes. Dans un peu plus d'un tiers des cas, la maladie était diagnostiquée au stade GOLD II. Quarante-quatre pour cent des patients étaient âgés de 40-59 ans, donc en âge de travailler, et 35 % avait plus de 60 ans. Le rapport GOLD 2026 identifie comme freins au diagnostic : des facteurs relatifs aux patients (non-connaissance et sous-estimation des symptômes, adaptation de l'activité physique à la dyspnée...), des facteurs liés au système de soins (accès aux soins variable, accès difficile à la spirométrie...) et des facteurs liés aux acteurs de soins (manque de connaissance des critères diagnostiques, formation inadaptée sur l'utilisation et l'interprétation des spirométries...).

Dans ce contexte, des travaux récents ont introduit la notion de « *trajectoire* » de la fonction ventilatoire, variable d'un sujet à l'autre et déterminée par différents événements et expositions tout au long de la vie. La fonction ventilatoire maximale est atteinte vers l'âge de 15-25 ans. La prématurité, le petit poids de naissance et les infections respiratoires dans l'enfance sont des éléments clés de la croissance pulmonaire et altèrent la capacité ventilatoire maximale. Néanmoins, il reste difficile de caractériser la trajectoire d'un individu bien que celle-ci conditionne la latence de survenue de la BPCO.

Cette difficulté repose, d'une part, sur le fait que le début de la maladie est très imprécis, la date du diagnostic ne correspondant en général pas à la date du début des symptômes, et d'autre part, sur le fait que le début du déclin ventilatoire reste difficilement identifiable. Des spirométries répétées débutées à un âge précoce (vers 25 ans) permettraient de prédire cette trajectoire, d'identifier ainsi les sujets à risque et de leur proposer une prise en charge plus adaptée et plus précoce. L'analyse quantitative de l'exposition professionnelle, à savoir sa durée et son intensité, permettrait de mieux caractériser la trajectoire. Toutefois, la description précise des activités reste difficile puisque les études épidémiologiques sont fondées le plus souvent sur des expositions rapportées rétrospectivement par les travailleurs et qu'il n'existe que peu de données longitudinales rigoureuses portant sur des expositions professionnelles spécifiques.

FAUT-IL DÉPISTER LES MP À SURVENUE RETARDÉE, ET QUAND ?

Les critères de l'OMS pour envisager un dépistage comprennent, entre autres, la sensibilité et la spécificité du test, le stade précoce de la maladie, l'amélioration du pronostic en cas de traitement à un stade précoce, le rapport bénéfices/risques et le rapport coût/efficacité. Les données actuelles ne montrent pas d'amélioration de l'espérance de vie en lien avec l'utilisation des tests de dépistage pour différents cancers, sauf peut-être celui du cancer colorectal par sigmoïdoscopie.

J.C. Pairon (CHU, Créteil) rappelle que le cancer bronchopulmonaire (CBP) est le 2^e cancer le plus fréquent chez l'homme et le 3^e chez la femme, en France. Son pronostic est sombre avec un taux de survie à 5 ans de 20 %. Les FDR sont le tabac, les expositions professionnelles, les antécédents familiaux, des expositions domestiques comme le radon. Le diagnostic est souvent tardif, alors que le stade de la maladie est un facteur pronostique majeur, soulignant ainsi l'importance d'un diagnostic précoce. Des recommandations de la SFST portant sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes pulmonaires ont été élaborées en 2015. Les travaux de la SFST étaient menés à la lumière d'un essai randomisé américain *national lung screening test (NLST)* qui avait montré l'efficacité du dépistage du CBP par scanner thoracique dans des populations considérées à haut risque (âgées de 55 à 74 ans, avec un tabagisme de 30 paquets-année ou plus ou un sevrage tabagique de moins de 15 ans) et dans des centres spécialisés. Le groupe de travail de la SFST a également constaté que plus les sujets sont à haut risque de CBP, plus la balance bénéfice-risque du dépistage penche en faveur du bénéfice. Ainsi, il a estimé les risques de CBP en fonction des FDR professionnels et du tabac, sous l'hypothèse d'un effet conjoint multiplicatif d'un agent cancérigène et du tabac. En somme, la SFST préconise de focaliser le dépistage sur les sujets à très haut risque par rapport aux non-fumeurs conformément aux recommandations de la commission de l'audition publique de la HAS (2010). **J.C. Pairon** a insisté sur le fait

que, selon les populations ciblées, l'impact du dépistage n'est pas le même. En effet, alors que l'étude *NLST* montrait une diminution de mortalité par CBP et une diminution de la mortalité globale, une autre étude, plus récente, incluant des sujets plus jeunes et avec un tabagisme inférieur à celui de *NLST*, a montré une diminution de mortalité par CBP mais pas de réduction de la mortalité globale. Les bénéfices d'un dépistage du CBP sont clairement établis : des diagnostics plus précoces et une réduction de la mortalité par CBP dans les populations cibles. Les inconvénients portent sur les faux positifs et les complications liées aux procédures invasives. Toutefois, à ce jour, il n'existe pas d'étude permettant de conclure sans ambiguïté sur les critères devant conduire à un dépistage du CBP chez les sujets ayant eu des expositions professionnelles aux cancérigènes. Dans ce contexte, plusieurs expérimentations sont en cours, notamment l'étude de faisabilité d'un dépistage organisé du CBP chez des sujets exposés professionnellement à des cancérigènes pulmonaires (Lucso). De plus, une étude ancillaire du programme Impulsion (implémentation du dépistage du cancer pulmonaire en population) de l'Institut national du cancer (InCa) va être lancée en 2026 afin d'évaluer la faisabilité de la prise en compte des facteurs professionnels dans le programme de dépistage du cancer du poumon. Dans l'attente des résultats, les recommandations de la SFST demeurent toujours applicables et il convient de rappeler que le plus important pour les médecins du travail et les services de prévention et de santé au travail est de repérer, quantifier et tracer les expositions en

vue d'un suivi post-exposition et d'un suivi post-professionnel, et de conseiller le sevrage tabagique des travailleurs.

J.F. Gehanno rappelle que les principaux facteurs de risque du cancer de la prostate sont la présence d'au moins un parent au premier degré atteint, le fait d'être un homme noir, la présence de mutations telles que BRCA2, MSH2 et HOXB13 et l'âge. L'incidence passe de 253 pour 100 000 personnes chez les hommes de 50-64 ans à 735 pour 100 000 chez les 64-75 ans. Chez les vétérans américains, les expositions à l'agent orange et aux HAP sont à l'origine d'un surrisque de cancer de la prostate. Le dépistage par dosage du *prostate specific antigen (PSA)* fait l'objet de nombreux débats. Aux États-Unis, par exemple, les experts recommandent un dépistage par PSA chez les hommes de 55 à 69 ans sur la base du volontariat et ne le recommandent pas chez les plus de 70 ans. Cependant, une revue rapporte que cette méthode de dépistage est à l'origine de surdiagnostic dans 20 à 50 % des cas et de complications nécessitant une hospitalisation dans 0,5 à 1,6 % des cas. Le diagnostic peut aussi mener à la prostatectomie radicale pouvant se compliquer d'incontinence et de dysfonction érectile. Ainsi, bien que le dépistage par dosage du PSA contribue à réduire la mortalité par cancer de la prostate, compte tenu des complications possibles des traitements, l'évaluation du rapport bénéfices-risques pour le patient est indispensable.

J.F. Gehanno précise que le ciblage de la population est une piste d'amélioration du dépistage. Il peut être basé sur l'utilisation de scores calculés à partir de critères cliniques ou polygéniques, par exemple. Néanmoins, il est à noter

Les maladies professionnelles, de l'émergence à l'indemnisation... Et au-delà

Société française de santé au travail (SFST)

que, malgré son meilleur rendement et la réduction du nombre de faux positifs, le ciblage des populations se fait au prix d'un risque accru de cancers « ratés » dans les populations non ciblées.

Le second axe d'amélioration du dépistage est l'optimisation des tests. Une étude récente a évalué la performance du dosage d'un panel de biomarqueurs sanguins dans la détection d'une cinquantaine de cancers différents. Les résultats étaient très prometteurs : spécificité de 99,6 % et valeur prédictive positive (VPP) de 61,6 %. Toutefois, cette étude comportait de nombreux biais et limites : le taux de détection était élevé pour des stades très avancés où l'amélioration du pronostic reste discutée ; la population étudiée était majoritairement âgée de plus de 60 ans et

l'inclusion des 50 à 60 ans faisait chuter la VPP à 33 % ; aucun suivi actif n'était prévu en cas de résultat négatif, ce qui limite l'évaluation réelle du dépistage ; et enfin, l'étude n'incluait pas le cancer de la prostate, pourtant très fréquent. Ainsi, **J.F. Gehanno** souligne l'importance de la détermination des expositions aux différents agents à effet différé en amont de toute activité de surveillance médicale afin de s'assurer de l'inclusion de tous les sujets à risque. Des recommandations de la SFST sont disponibles pour de multiples agents cancérigènes et organes cibles (amiante, poussières de bois, cancérigènes de la vessie, silice). De nouvelles stratégies de dépistage sont à définir pour les cancers dans lesquels des agents cancérigènes professionnels certains

sont identifiés (cancer du rein, hémopathies, cancer de la sphère oto-rhino-laryngée hors ethmoïde et sinus). Cette démarche est complexe, nécessitant le recours à une méthodologie conforme aux recommandations de la HAS et impliquant une collaboration avec les spécialités d'organes concernés. Elle nécessite également la définition des populations éligibles, du type d'examen et de la périodicité du dépistage. Pour un même cancer, ces modalités peuvent varier selon les pays, reflétant parfois davantage des choix d'experts que des données scientifiques indiscutables. Enfin, il est nécessaire de tenir compte de l'angoisse générée et de ses conséquences.