

Opinions, attitudes et pratiques des médecins du travail vis-à-vis de la prévention, du dépistage et de la déclaration des cancers professionnels dans deux régions françaises

Les cancers représentent la première cause de décès en France, devant les maladies cardiovasculaires. De 4 à 8,5 % d'entre eux seraient d'origine professionnelle. Deux enquêtes régionales ont été réalisées afin de mieux connaître les opinions, attitudes et pratiques des médecins du travail vis-à-vis de la prévention, du dépistage et de la déclaration des cancers professionnels.

En résumé

La lutte contre le cancer, et notamment ceux d'origine professionnelle, est devenue une priorité nationale. Deux enquêtes téléphoniques par questionnaires ont été menées en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et en Nord-Pas-de-Calais (NPdC) afin de documenter les opinions, attitudes et pratiques des médecins du travail vis-à-vis de la prévention, du dépistage et de la déclaration des cancers professionnels. Au total, 380 médecins de PACA et 208 médecins du NPdC ont été interrogés.

Bien que les médecins voient peu de salariés atteints de cancers professionnels, ils ont connaissance de cas survenus chez des salariés ayant quitté les entreprises qu'ils surveillent.

Le principal obstacle à la prévention de ce risque spécifique ne serait pas l'aspect financier mais le manque de sensibilisation des salariés eux-mêmes. Un peu plus de 50 % des médecins ont le sentiment d'être efficace dans leurs actions de prévention de ce risque spécifique. Le document unique est considéré comme fiable, pour ce risque, dans environ 50 % des cas. Les fiches d'entreprise sont mises à jour annuellement dans seulement 14,4 % des cas en NDpC et les fiches de données de sécurité restent difficiles à obtenir dans plus de 70 % des cas.

Le besoin de référentiels pour la surveillance médicale des salariés exposés se fait sentir.

la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un ou plusieurs risques physique, chimique ou biologique. Selon l'enquête SUMER 2003, 2,6 millions de salariés seraient exposés à des agents cancérigènes. Dans près de 40 % des expositions à ces agents, il n'y a pas de mise en place de protection collective [3]. Quant aux protections individuelles, elles ne sont pas toujours adaptées, entretenues ou portées efficacement [4].

La lutte contre le cancer est ainsi devenue une priorité nationale et notamment celle contre les cancers d'origine professionnelle, faisant l'objet de plusieurs plans. Les médecins du travail (MdT), dont la mission exclusivement préventive consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, ont un rôle essentiel à jouer pour contribuer à la prévention des expositions aux cancérigènes en milieu de travail. Ils le font notamment par les conseils à l'employeur sur tous les aspects relatifs aux conditions de travail, les études de postes et la surveillance médicale des travailleurs pendant leur activité professionnelle.

Pour documenter les opinions, attitudes et pratiques des MdT vis-à-vis de la prévention, du dépistage et de la déclaration des cancers professionnels, deux enquêtes régionales ont été menées par questionnaire quantitatif : la première en Provence-Alpes-Côte d'Azur (région PACA) lors du premier trimestre 2009, dans le cadre d'un appel à projet de l'Institut national du cancer (INCa), et la seconde dans le Nord-Pas-de-Calais (région NPdC), lors du troisième trimestre 2009, financée par l'INRS. Ces deux enquêtes ont eu recours à une méthodologie et un questionnaire similaires et avaient pour objectifs spécifiques :

– d'identifier les freins vis-à-vis de la prévention, du dépistage et de la déclaration des cancers professionnels par les médecins du travail ;

P. VERGER*,
B. FONTAINE**,
M. FALCY***

* Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille

** Pôle santé-travail, Lille

*** Département Études et assistance médicales, INRS

En 2005, 320 000 nouveaux cas de cancer et 146 000 décès dus à cette pathologie ont été observés en France, ce qui fait de cette pathologie la première cause de mortalité devant les maladies cardiovasculaires (*tableau 1*) [1, 2]. Entre 4 et 8,5 % de ces cancers seraient

TABLEAU I

Causes de mortalité en France en 2004 (d'après [2]).

	Effectifs	%	Taux pour 100 000 habitants
Tumeurs	152 708	30,0	227,5
Maladies cardiovasculaires	147 323	28,9	214,4
Accidents	24 231	4,8	36,8
Maladie d'Alzheimer	11 821	2,3	17,5
Suicide	10 797	2,1	16,9
Diabète	10 891	2,1	16,1
Pneumonie, grippe	9 651	1,9	13,7
Démences	8 988	1,8	12,6
Maladies chroniques et/ou infections des voies respiratoires	8 585	1,7	12,6
Maladies chroniques du foie & cirrhose	7 762	1,5	11,6
Maladie du rein uretère	6 150	1,2	9,0
Parkinson	3 699	0,7	5,5
Toutes autres causes	106 802	21,0	155,9
Toutes causes	509 408	100,0	750,1

- d'évaluer les besoins et les attentes des médecins du travail dans ce domaine ;
- de documenter d'éventuelles variabilités des opinions et pratiques des médecins du travail dans ce domaine et d'en analyser les déterminants.

Méthodologie

POUR L'ENQUÊTE EN RÉGION PACA

La première enquête était transversale et a été réalisée par téléphone à l'aide d'un questionnaire quantitatif avec des questions fermées.

Population et critères d'inclusion

La population cible de l'enquête était constituée par les MdT de la région PACA, du régime général, du régime agricole, des fonctions publiques territoriale et hospitalière. Grâce à des courriers adressés à l'ensemble des services de santé au travail (SST) de la région, 559 médecins du travail ont été recensés.

Élaboration du questionnaire

Une enquête qualitative préliminaire (avril à juillet 2008) a été effectuée auprès de vingt MdT choisis afin

de constituer un échantillon dit « raisonné », c'est-à-dire tenant compte de la diversité de cette profession et des secteurs d'activité. Deux psychosociologues spécialisés dans le domaine de la santé au travail ont réalisé les entretiens semi-directifs basés sur un guide. Ces entretiens portaient sur le rôle perçu du MdT, ses pratiques professionnelles, les difficultés rencontrées vis-à-vis de la prévention et du dépistage des cancers professionnels, ses opinions concernant les outils qu'il est amené à utiliser dans sa pratique ainsi que sa perception de l'importance des risques de cancers professionnels dans son secteur.

À partir du matériel recueilli lors de cette enquête, un questionnaire quantitatif a été élaboré et supervisé par un groupe d'experts en psychosociologie et en santé-travail. Après un recensement des pathologies professionnelles rencontrées, plusieurs dimensions ont été explorées :

- l'opinion du MdT sur le respect de la réglementation et difficultés perçues, permettant d'aborder la mise en place de l'évaluation des risques et du document unique en entreprise ; le principe de substitution ; les pratiques de protections collectives et individuelles ; la fiabilité des informations disponibles sur les expositions des salariés ;

- le repérage, la connaissance et la prévention des expositions aux cancérogènes ; l'identification des postes à risques, les demandes de mesure d'environnement et d'indicateurs biologiques ; les difficultés spécifiques à certaines populations de salariés (intérimaires...)

- les pratiques de dépistage et la déclaration des cancers professionnels ainsi que les motifs de non-déclaration ;

- la perception des MdT de leur rôle dans le domaine santé-travail et les besoins et attentes pour améliorer la prévention, le dépistage et la déclaration des cancers professionnels, notamment leur opinion sur l'attestation de non contre-indication aux postes exposés aux agents cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques ;

- l'environnement de travail des MdT ;
- les caractéristiques sociodémographiques individuelles et professionnelles des MdT.

La version finale du questionnaire a été testée auprès d'un échantillon de 10 MdT afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions et de la durée d'administration.

Mode de recueil

Une lettre-annonce a été adressée une semaine avant le début de l'enquête à l'ensemble des 559 MdT recensés dans la région PACA. Un enquêteur professionnel les contactait ensuite par téléphone pour recueillir leur consentement à participer à l'enquête et prendre un rendez-vous téléphonique pour la passation du questionnaire.

Parmi les 559 médecins du travail recensés, 71 étaient inéligibles (médecins à la retraite, absences de longue durée, décédés, ayant déménagé, faux numéros) et 36 injoignables. Sur les 452 médecins éligibles joints, 72 ont refusé de participer à l'enquête. Au final, 380 médecins ont été inclus dans l'enquête (taux de réponse de 84,1 %) ; parmi eux, seuls les 32 médecins de services autonomes et les 274 de services interentreprises ont été inclus dans les analyses comparatives avec l'échantillon Nord-Pas-de-Calais. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un protocole standardisé de contact et d'interview téléphonique (système CATI). Les données ont été anonymisées au fur et à mesure de la saisie. Le protocole de l'étude a été approuvé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

POUR L'ENQUÊTE EN NORD-PAS-DE-CALAIS

La méthodologie était proche de celle de la première, mais avec quelques différences :

- la base de données ADÉLI de l'Assurance maladie a été utilisée pour constituer l'échantillon de MdT à interroger ;

- le questionnaire développé pour l'enquête en région PACA a été utilisé avec ajout de certaines questions et légères modifications de quelques autres. Pour autant, la grande majorité des questions était commune aux deux enquêtes.

Parmi les 395 médecins du travail recensés, 103 étaient inéligibles et 50 injoignables. Sur les 242 médecins éligibles joints, 32 ont refusé de participer à l'enquête et un a abandonné en cours de passation du questionnaire. Au final, 209 médecins ont été inclus dans l'enquête (taux de réponse de 86,4 %) ; et, comme pour l'échantillon PACA, seuls les 17 médecins de services autonomes et les 165 de services interentreprises ont été inclus dans les analyses qui suivent, les effectifs des autres médecins (Mutualité sociale agricole, fonctions territoriale et hospitalière) étant trop faibles. En plus de l'abandon ci-dessus, un questionnaire a finalement dû être exclu en raison d'un nombre élevé de données manquantes.

ANALYSES STATISTIQUES

Lors de l'analyse descriptive des données, des croisements ont été effectués selon la région (PACA ou NPdC) et le type de SST. Pour les variables catégorielles, ont été utilisés le test du Chi-deux ou le test exact de Fisher en fonction des effectifs ; pour les variables quantitatives, il a été recouru à une analyse de variance à un facteur (ANOVA) et procédé aux tests de Fisher ou de Welch, selon les résultats obtenus au test de Levene pour l'homogénéité des variances.

Pour identifier des différences entre les pratiques et opinions des MdT selon les régions et selon le type de SST, des analyses de régressions logistiques multiples ajustées sur l'âge et le sexe ont été réalisées. Le traitement statistique des données a été effectué à l'aide des logiciels SPSS®, version 15.0 pour Windows®, et SAS®, version 9.1 pour Windows®.

Résultats

TYPES DE PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES RENCONTRÉES (*tableau II*)

Les réponses à cette question n'étaient pas ouvertes, un certain nombre de pathologies était énuméré. Par commodité les réponses ont été rassemblées en deux groupes : « jamais et rarement », « assez souvent ou très souvent ».

Dans les deux régions, plus de 80 % des MdT ont déclaré être confrontés fréquemment à des problèmes de souffrance morale au travail. Il n'y a pas de différence en fonction de l'âge, du sexe ou de la région. Les médecins des SST autonomes sont moins fréquemment confron-

TABLEAU II

Différences concernant le type de pathologies rencontrées selon le type de service de santé au travail (SST) et la région : régressions logistiques multiples ajustées sur le sexe et l'âge.

	Type de SST (Auto vs Inter)*		Région (NPdC vs PACA)**	
	OR	p	OR	p
Types de maladies liées au travail rencontrées assez ou très souvent (vs jamais-rarement) dans sa pratique sur les 12 derniers mois :				
→ problèmes de souffrance morale	0,43	0,02	0,90	0,68
→ pathologies du rachis	0,05	<0,01	1,03	0,94
→ affections péri-articulaires	0,07	<0,01	3,78	<0,01
→ atteintes auditives	0,29	<0,01	1,34	0,13
→ allergies cutanées	0,53	0,14	0,70	0,13
→ allergies respiratoires	0,49	0,18	0,79	0,37
→ bronchopneumopathies chroniques obstructives	0,47	0,16	2,08	<0,01
→ cancers professionnels	4,31	0,10	1,73	0,49
→ maladies infectieuses	4,07	<0,01	0,81	0,66
→ pathologies cardio-vasculaires	0,78	0,45	1,01	0,94
Déclarer avoir rempli au cours de sa carrière :				
→ de 1 à 2 CMI pour cancer professionnel (vs aucun)	1,67	0,23	0,83	0,52
→ plus de 2 CMI pour cancer professionnel (vs aucun)	2,39	0,03	1,62	0,08

* Comparaison des services autonomes aux services interentreprises pris comme référence : l'odds ratio de 0,43 pour les problèmes de souffrance morale signifie que les MdT des services autonomes ont déclaré rencontrer ces problèmes moins souvent que ceux des services interentreprises.

** Comparaison des MdT du Nord-Pas-de-Calais à ceux de PACA : l'odds ratio de 2,08 pour les bronchopneumopathies chroniques obstructives signifie que les MdT du Nord-Pas-de-Calais ont rencontré plus souvent ce type d'affection que ceux de PACA.

tés à ce type d'atteinte à la santé (OR = 0,43 ; IC 95 % = 0,22 - 0,86, par comparaison aux SST interentreprises pris comme référence). Plusieurs hypothèses peuvent être formulées vis-à-vis de ce résultat qui pourrait refléter des différences de recours des salariés au médecin du travail selon le type de SST ou bien encore des différences dans l'exposition aux risques psychosociaux et leur prévention, selon la taille de l'entreprise.

Les pathologies rachidiennes sont également fréquemment rencontrées par les médecins du travail. Ici encore, il n'y a pas de différence régionale ou selon les caractéristiques du médecin. Ces affections sont significativement moins décrites par les médecins de SST autonomes (OR = 0,05 ; IC 95 % [0,02 - 0,12]). Une moindre pénibilité dans les grandes entreprises du fait d'une externalisation des tâches à risque pourrait expliquer cette différence.

Pour les autres pathologies ostéo-articulaires, il existe une différence interrégionale puisqu'elles sont plus souvent rencontrées dans la région NPdC (OR = 3,78 ; IC 95 % [1,54 - 9,25]). Cette différence pourrait être liée à une surreprésentation des ouvriers dans le NdPC par rapport à la région PACA.

Plus de 50 % des médecins du travail ont observé des atteintes auditives. Celles-ci sont notées dans les deux

régions et de façon plus importante par les médecins des SST interentreprises. Ceci peut tenir au fait que les SST interentreprises suivent une proportion élevée de petites à très petites entreprises, dans lesquelles il est établi que les mesures de prévention, notamment vis-à-vis des activités « bruyantes », sont moins bien appliquées et suivies que dans des entreprises de plus grande taille, mieux structurées pour les mettre en œuvre.

Un tiers des médecins signale avoir eu connaissance de pathologies cardio-vasculaires de façon non exceptionnelle.

Les pathologies allergiques, respiratoires et infectieuses sont signalées moins souvent.

Les cancers professionnels ne sont cités comme « pathologie professionnelle fréquemment rencontrée » que par 1,0 % des MdT en PACA et 2,2 % en NPdC. Il n'apparaît pas de différence en fonction de la région ou du type de SST. Cette faible proportion peut s'expliquer par le fait que ces pathologies sont, fort heureusement, peu fréquentes et surviennent, le plus souvent, après la période d'activité professionnelle et de suivi par la médecine du travail.

Moins de 30 % des médecins du travail ont rédigé, dans leur carrière, au moins un certificat médical initial (CMI) pour un cancer professionnel en vue d'une

déclaration de maladie professionnelle (MP). Ceux qui en ont rédigé deux ou plus sont les plus âgés (et ont probablement plus d'ancienneté dans leur profession) ; ils exercent plus souvent dans des SST autonomes. Ceci va à l'encontre de la possible existence de freins à la déclaration dans les grandes entreprises.

ÉVALUATION DES RISQUES PRATIQUÉE DANS LES ENTREPRISES (tableau III)

Quatre questions portaient sur l'opinion du médecin du travail à l'égard de l'évaluation du risque cancérigène dans les entreprises qu'il est amené à suivre.

Selon un quart à un tiers des médecins, l'évaluation du risque cancérigène est réalisée « jamais ou rarement ». Quand elle est effectuée, les MdT des SST autonomes estiment qu'elle l'est de façon satisfaisante bien plus souvent que ceux des SST interentreprises ; de même les MdT de la région Nord-Pas-de-Calais ont aussi une opinion plus favorable que ceux de PACA.

D'après les MdT, lorsque l'évaluation des risques est

réalisée, l'analyse porte sur les postes concernés dans 56,1 % des cas et les niveaux d'exposition évalués dans 33,9 % des entreprises. Ce fait est particulièrement net dans les SST autonomes. Parallèlement, 71,8 % des médecins en région NPdC et 59,5 % en région PACA pensent que, lors de l'évaluation des risques, les mesures de protection effectivement mises en place sont analysées. Cette différence régionale est statistiquement significative. Une différence a aussi été observée entre les types de services dans le sens d'un signalement significativement plus fréquent dans les services autonomes.

OUTILS RÉGLEMENTAIRES D'IDENTIFICATION DES DANGERS ET DE GESTION DES RISQUES ET LEUR UTILISATION (tableau III)

Les questions concernaient trois éléments réglementaires de nature différente. Le premier est le document unique d'évaluation des risques qui doit être rédigé, dans toutes les entreprises, sous la responsabilité du chef d'entreprise.

Différences relatives à l'évaluation des risques et aux outils réglementaires selon le type de service de santé au travail (SST) et la région : régressions logistiques multiples ajustées sur le sexe et l'âge.

	Type de SST (Auto vs Inter)*		Région (NPdC vs PACA)**	
	OR	p	OR	p
L'évaluation des risques liés aux cancérigènes est souvent-toujours (vs jamais-rarement) réalisée de façon satisfaisante	21,66	<0,01	1,62	0,04
Lorsque l'évaluation du risque cancérigène est réalisée, les aspects suivants sont souvent-toujours (vs jamais-rarement) analysés :				
→ type de poste concerné	13,18	<0,01	1,12	0,59
→ niveaux d'exposition	10,48	<0,01	1,17	0,47
→ mesures de protection effectivement mises en place	9,21	<0,01	1,69	0,01
Déclarer avoir souvent-toujours (vs jamais-rarement) accès aux documents uniques dans les entreprises suivies	6,81	<0,01	1,31	0,21
Penser que le document unique reflète souvent-toujours (vs jamais-rarement) la réalité du risque cancérigène dans les entreprises suivies	3,34	<0,01	0,53	<0,01
Déclarer mettre à jour les fiches d'entreprises suivies souvent-toujours (vs jamais-rarement)	1,84	0,09	0,09	<0,01
Déclarer être gêné de façon importante (vs faible-moyenne) dans sa pratique par les difficultés suivantes :				
→ les fiches de données de sécurité sont difficiles à obtenir	0,22	<0,01	0,92	0,70
→ les fiches de données de sécurité ne sont pas fiables	0,19	0,02	1,11	0,69

* Comparaison des services autonomes aux services interentreprises pris comme référence : l'odds ratio de 21,66 pour l'évaluation des risques souvent ou toujours réalisée de façon satisfaisante signifie que les MdT des services autonomes ont déclaré être plus souvent d'accord avec cette affirmation que ceux des services interentreprises.

** Comparaison des MdT du Nord-Pas-de-Calais à ceux de PACA : l'odds ratio de 0,09 pour la déclaration et la mise à jour des fiches d'entreprise signifie que les MdT du Nord-Pas-de-Calais sont moins souvent d'accord que leurs confrères de PACA avec cette affirmation.

TABLEAU III

Soixante-cinq pour cent des MdT des deux régions déclarent avoir accès au document unique, mais il semble plus facilement à la disposition des médecins de SST autonomes. Ce dernier point reflète peut-être simplement le fait que le document unique est plus souvent élaboré dans les grandes structures disposant éventuellement d'un service de sécurité. Quant à sa fiabilité vis-à-vis du risque cancérogène, elle est mise en cause par environ 50 % des médecins, plus souvent en région Nord-Pas-de-Calais et dans les SST interentreprises.

Le deuxième document réglementaire est la **fiche d'entreprise**. Elle est remise à jour « souvent ou toujours » dans 64,1 % des cas en région PACA (la précision sur la périodicité de mise à jour n'a pas été demandée dans cette région) et tous les ans dans 14,4 % des cas dans la région NPdC. Il n'y a pas de différence selon le type de SST.

Enfin, concernant le troisième document, les **fiches de données de sécurité**, les opinions des deux régions sont similaires : 70,2 % des médecins les estiment difficiles à obtenir, mais plus de 80 % les jugent fiables lorsqu'ils ont pu se les procurer. Les différences observées tiennent là encore au mode d'exercice, avec les médecins des SST autonomes exprimant des opinions plus favorables que ceux des SST interentreprises. Ces résultats confirment les efforts que font les fournisseurs de produits chimiques pour respecter la réglementation en rédigeant des fiches de données de sécurité qui prennent en compte tous les composants dangereux.

SUBSTITUTION DES CANCÉROGÈNES (tableau IV)

La substitution des agents cancérogènes, quand elle est possible, est réglementairement la première méthode de prévention à utiliser. Une question était consacrée aux freins sur sa mise en œuvre.

Globalement, les médecins des 2 régions affirment de façon similaire, dans environ un tiers des cas, que le coût financier n'est pas un obstacle. Mais la proportion des indécis et non-réponses atteint 9,2 % en région PACA (elle n'est que de 2,2 % en région NPdC). Les MdT des SST autonomes sont moins nombreux à affirmer la réalité de l'obstacle financier que leurs collègues des SST interentreprises.

L'habitude d'utiliser le même produit (la résistance au changement) n'est pas présentée comme un frein par 40,3 % des médecins de la région NPdC contre 28,1 % des médecins de la région PACA ($p < 0,01$).

La possibilité d'attitudes de sous-estimation des risques cancérogènes dans certaines entreprises est perçue comme un frein à la substitution des produits cancérogènes par 71,0 % des MdT, quelle que soit la région (25,3 % sont d'un avis contraire).

Une hypothèse plausible pour expliquer la diffé-

rence d'appréciation concerne la résistance au changement vis-à-vis de la substitution entre les 2 régions. En moyenne, les petites et moyennes entreprises (PME) du NPdC ont un effectif de salariés double de celui de la région PACA. Cette différence de taille des entreprises joue aussi très vraisemblablement dans le même sens pour expliquer les différences d'opinions des médecins entre ceux des SST interentreprises et ceux des SST autonomes. Ces derniers appartiennent en effet à des entreprises de grande taille, bénéficiant de moyens financiers et disposant en interne de ressources « hygiène, sécurité, environnement » plus importantes que ceux des entreprises de plus petite taille.

OUTILS DE CONNAISSANCE DES EXPOSITIONS (tableau IV)

La réalisation systématique de la fiche d'exposition (FE) est affirmée, sans différence régionale, par 17,2 % des MdT et ce, beaucoup plus fréquemment par les MdT des SST autonomes (65,3 %) que par ceux des SST interentreprises (11,9 %). Les premiers la considère concordante avec la réalité des expositions et déclarent l'utiliser – plus souvent que les seconds (69,4 % vs 33,8 %) – pour suivre ou garder une trace des expositions aux cancérogènes d'un salarié au cours de sa carrière. Les MdT de la région NPdC déclarent moins souvent l'utiliser que ceux de la région PACA (31,5 % vs 40,8 %).

En dehors des renseignements apportés par la fiche d'exposition, les médecins des 2 régions et des 2 types de SST ne diffèrent pas dans leur appréhension de la connaissance de la réalité des expositions *via* les salariés eux-mêmes (42,5 % d'entre eux) (importance d'un contact régulier entre salariés et médecins) ou par les études de poste qu'ils réalisent (79,7 %). Mais ils s'estiment plus fréquemment informés oralement par l'employeur en région NPdC qu'en région PACA (28,2 % vs 19,3 %) et dans les deux régions quand ils exercent dans un SST autonome.

Près de 40 % des MdT déclarent demander « souvent ou toujours » des mesures atmosphériques d'exposition aux cancérogènes et environ 50 % des dosages d'indicateurs biologiques d'exposition pour les salariés exposés à des produits cancérogènes. Les MdT des SST autonomes et ceux de la région PACA déclarent prescrire plus souvent des métrologies atmosphériques d'exposition à des produits cancérogènes et moins souvent de la biométrie que ceux des SST interentreprises ou de la région NPdC.

Ces données confirment la difficulté de rédiger de façon systématique des documents pourtant réglementaires (comme la FE). Le contact et le dialogue direct (avec les salariés ou l'employeur) jouent encore un rôle

Différences relatives à la substitution et aux outils de connaissance des expositions aux produits cancérogènes selon le type de service de santé au travail (SST) et la région : régressions logistiques multiples ajustées sur le sexe et l'âge.

	Type de SST (Auto vs Inter)*		Région (NPdC vs PACA)**	
	OR	p	OR	p
D'après vous, quels sont les freins à la substitution des produits cancérogènes lorsqu'elle est possible (oui vs non) :				
→ le coût financier	0,25	<0,01	1,25	0,29
→ l'habitude d'utiliser le même produit	0,19	<0,01	0,55	<0,01
→ la sous-estimation des risques cancérogènes	0,08	<0,01	1,01	0,98
Déclarer utiliser souvent-toujours (vs jamais-rarement) les fiches individuelles d'exposition pour suivre et garder une trace des expositions aux cancérogènes d'un individu au cours de sa carrière	4,94	<0,01	0,63	0,02
À propos de la fiche individuelle d'exposition, pensez-vous (d'accord vs pas d'accord) qu'elle est :				
→ Systématiquement réalisée pour les salariés exposés aux agents cancérogènes	17,90	<0,01	1,53	0,13
→ Concordante avec la réalité des expositions	3,02	<0,01	1,00	0,98
→ Difficile à obtenir	0,13	<0,01	0,90	0,71
En dehors des fiches individuelles d'exposition, comment avez-vous connaissance des expositions aux cancérogènes de vos salariés (souvent-toujours vs jamais-rarement) :				
→ par les salariés eux-mêmes	0,71	0,28	1,35	0,12
→ par l'employeur ou l'un de ses représentants oralement	2,56	<0,01	1,72	0,02
→ par les études de postes que vous réalisez	0,97	0,94	0,75	0,21
Demandez-vous des mesures atmosphériques d'exposition à des produits cancérogènes (souvent-toujours vs jamais-rarement) ?	2,82	<0,01	0,62	0,02
Lorsqu'ils sont réalisables, prescrivez-vous des dosages d'indicateurs biologiques d'exposition à vos salariés exposés à des produits cancérogènes (souvent-toujours vs jamais-rarement) ?	0,38	<0,01	0,60	<0,01

* Comparaison des services autonomes aux services interentreprises pris comme référence : l'odds ratio de 4,94 pour la déclaration d'utilisation des fiches individuelles d'exposition signifie que les MdT des services autonomes ont déclaré utiliser ces fiches plus souvent que ceux des services interentreprises.

** Comparaison des MdT du Nord-Pas-de-Calais à ceux de Paca : l'odds ratio de 0,62 pour les demandes de mesures atmosphériques d'exposition à des produits cancérogènes signifie que les MdT du Nord-Pas-de-Calais ont moins souvent demandé ce type de mesure que ceux de PACA

important dans l'information du MdT sur la réalité de l'entreprise. Les prescriptions de métrologie d'atmosphère sont effectuées dans un nombre de cas non négligeable par les MdT, surtout dans les SST autonomes où le médecin est plus directement implanté. Le médecin de SST interentreprises a quant à lui plus le réflexe d'utiliser le biomonitoring en présence d'un salarié. Ces deux attitudes seront certainement modifiées par les textes récents encadrant la pratique du contrôle des expositions (circulaire DGT 2010/03 du 13 avril 2010) [6].

GESTION DES RISQUES EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ D'ACTIONS DE SUBSTITUTION (tableau V)

Quand la substitution est impossible, la mise en place d'équipements de protection collective est plus fréquente dans les entreprises suivies par des MdT des SST autonomes et dans la région NPdC. Le port d'équipements de protection individuelle est déclaré de façon majoritaire et identique (88,3 %) dans les 2 régions, quel que soit le type de SST. Deux questions

TABLEAU V

Différences concernant le suivi des salariés exposés selon le type de service de santé au travail (SST) et la région : régressions logistiques multiples ajustées sur le sexe et l'âge.

	Type de SST (Auto vs Inter)*		Région (NPdC vs PACA)**	
	OR	p	OR	p
Si le remplacement des produits cancérigènes n'est pas possible, quelles sont les stratégies adoptées par le ou les employeurs (souvent-toujours vs jamais-rarement) ?				
→ la mise en place de protections collectives	4,51	<0,01	1,69	<0,01
→ le port d'équipements de protection individuelle	1,05	0,93	0,98	0,95
D'après vous, sur le plan du risque cancérigène, les salariés suivants bénéficient-ils du suivi médical adapté (souvent-toujours vs jamais-rarement) ?				
→ les salariés sous-traitants	3,27	<0,01	0,29	<0,01
→ les salariés intérimaires	9,54	<0,01	0,24	<0,01
Lors des visites de surveillance médicale renforcée au titre du risque cancérigène, voyez-vous les intérimaires des entreprises que vous suivez (souvent-toujours vs jamais-rarement) ?	9,60	<0,01	1,22	0,46
Êtes-vous informé par l'employeur lorsque que les entreprises que vous suivez font appel à des sous-traitants ou à des intérimaires pour des travaux impliquant des agents cancérigènes (souvent-toujours vs jamais-rarement) ?	17,07	<0,01	0,98	0,94
En cas d'exposition à des cancérigènes de la sphère respiratoire haute, prescrivez-vous (oui vs non/NSP/NR) ?				
→ une radiographie des sinus	0,24	<0,01	0,81	0,30
→ un scanner des sinus	0,80	0,58	1,10	0,70
En cas d'exposition à des cancérigènes de la sphère respiratoire basse, prescrivez-vous (oui vs non/NSP/NR) ?				
→ une radiographie pulmonaire	0,49	0,061	3,59	<0,01
→ un scanner thoracique	2,85	<0,01	0,95	0,79
→ une exploration fonctionnelle respiratoire	0,63	0,24	1,90	0,04
En cas d'exposition à des cancérigènes des voies urinaires, prescrivez-vous (oui vs non/NSP/NR) ?				
→ un examen cyto bactériologique des urines	1,27	0,45	0,95	0,80
→ une cytologie urinaire simple	1,05	0,87	1,36	0,11
→ une recherche d'hématurie à la bandelette urinaire	0,78	0,49	0,71	0,14
→ une cytologie anatomopathologique (cytodiagnostic)	1,18	0,66	0,76	0,26
Parmi les outils disponibles pour suivre et garder une trace des expositions aux cancérigènes d'un individu au cours de sa carrière, lesquels utilisez-vous (souvent-toujours vs jamais-rarement) ?				
→ les attestations d'exposition	4,83	<0,01	1,06	0,79
→ le dossier médical professionnel du salarié	1,24	0,73	0,97	0,93

* Comparaison des services autonomes aux services interentreprises pris comme référence : l'odds ratio de 0,24 pour la radiographie des sinus signifie que les MdT des services autonomes ont déclaré prescrire cet examen moins souvent que ceux des services interentreprises.

** Comparaison des MdT de Nord-Pas-de-Calais à ceux de PACA : l'odds ratio de 3,59 pour la radiographie pulmonaire signifie que les MdT du Nord-Pas-de-Calais ont plus souvent prescrit cet examen que ceux de PACA.

supplémentaires posées dans la région NPdC montrent que, d'après les MdT, lorsque la substitution est impossible, 22,1 % des entreprises ont recours à la polyvalence et 30,4 % à la sous-traitance.

Environ un quart des MdT pensent que les sous-traitants et les intérimaires bénéficient d'un suivi médical adapté (près de 20 % de non-réponses à ces 2 questions). Les MdT des SST autonomes ainsi que ceux de la région PACA estiment que c'est le cas plus souvent que leurs collègues des SST interentreprises ou de la région NPdC.

Dans les 2 régions, environ les trois quarts des MdT déclarent être informés « rarement ou jamais » par les employeurs du recours à des sous-traitants ou des intérimaires pour des travaux exposant ces derniers à des agents cancérigènes. Les MdT des SST autonomes s'estiment beaucoup plus fréquemment informés que ceux des SST interentreprises.

Plusieurs questions concernent le suivi de salariés exposés à des cancérigènes en vue d'une détection précoce d'anomalies éventuelles. Pour les cancérigènes à impact sino-nasal, les radiographies de sinus sont prescrites dans les 2 régions dans un tiers des cas, mais moins souvent par les MdT des SST autonomes ; 19,5 % des MdT déclarent prescrire un scanner des sinus, sans différence selon la région ni le type de SST.

Pour les cancérigènes pulmonaires, 86,7 % des MdT déclarent prescrire des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), 86,0 % une radiographie pulmo-

naire et 31,0 % un scanner thoracique. La prescription de radiographies pulmonaires et des EFR est plus fréquente dans la région NPdC qu'en région PACA, peut-être en raison de l'histoire industrielle du Nord. Le scanner thoracique est plus fréquemment prescrit par les MdT des SST autonomes que ceux des SST interentreprises. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les conseillers juridiques et financiers préconisent de favoriser la déclaration de maladies liées à l'amiante au stade de plaques pleurales, ce qui permet de limiter la cotisation accident du travail-maladie professionnelle des entreprises qui sont au taux réel. Pour les expositions à des cancérigènes de l'arbre urinaire, les habitudes concernant le suivi médical sont identiques dans les 2 régions et pour les 2 types d'exercice : 78,0 % des MdT déclarent prescrire une recherche d'hématurie à la bandelette, 43,5 % une cytologie simple, 34,1 % un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) et 20,1 % un cytodagnostic.

SENTIMENT D'EFFICACITÉ ET SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES (tableau V)

Les MdT interrogés sont 51,7 % à se déclarer « plutôt efficaces ou très efficaces » dans leurs actions de prévention vis-à-vis des cancérigènes, 44,4 % « plutôt pas ou pas efficaces » et 3,9 % ne se prononcent pas.

Différences concernant le sentiment d'efficacité et les sources d'information selon le type de service de santé au travail (SST) et la région : régressions logistiques multiples ajustées sur le sexe et l'âge.

TABLEAU VI

	Type de SST (Auto vs Inter)*		Région (NPdC vs PACA)**	
	OR	p	OR	p
Concernant vos actions de prévention en milieu de travail vis-à-vis des agents cancérigènes, diriez-vous que vous vous sentez efficace (d'accord vs pas d'accord) ?	5,55	<0,01		0,95
En général, quelles sources d'information utilisez-vous pour connaître les produits potentiellement cancérigènes (oui vs non) ?				
→ revues scientifiques spécialisées	2,74	0,03		0,48
→ quotidiens médicaux	1,75	0,10		0,55
→ institutions ***	0,61	0,45		1,02
→ internet	0,74	0,59		0,81
→ confrères	0,65	0,25		1,67
→ formation et colloques	0,98	0,96		0,79

* Comparaison des services autonomes aux services interentreprises pris comme référence : l'odds ratio de 5,55 pour la première question signifie que les MdT des services autonomes se sentent plus efficaces dans les actions de prévention vis-à-vis du risque cancérigènes que ceux des services interentreprises.

** Comparaison des MdT du Nord-Pas-de-Calais à ceux de Paca : l'odds ratio de 0,48 pour les revues spécialisées signifie que les MdT du Nord-Pas-de-Calais ont moins souvent recours à cette source d'information que ceux de Paca.

*** Institutions parmi lesquelles : caisses d'assurance retraite et de santé au travail, caisses régionales d'assurance maladie ou caisses générales de sécurité sociale, directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, INRS...



Le sentiment d'efficacité est plus fréquemment exprimé par les MdT des SST autonomes que par ceux des SST interentreprises. Le sentiment d'efficacité renvoie à la « croyance des individus en leur capacité à organiser et exécuter les actions requises pour atteindre des objectifs précis » ou « mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser certaines situations et y réussir ». Le fait qu'une partie des MdT ne se sente pas efficace dans leurs activités de prévention du risque cancérigène résulte vraisemblablement des exigences et obligations qui pèsent sur eux alors que des facteurs freinant leur action s'accumulent, notamment l'absence d'obligation des employeurs de suivre leurs recommandations. Cette situation peut alimenter un sentiment plus large de dévalorisation, comme cela a déjà été souligné [5]. Les MdT disposent pourtant de moyens d'action : ils peuvent en effet alerter les employeurs, les salariés et s'appuyer sur des représentants du personnel et, quand il existe, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Les MdT des SST autonomes se sentent plus efficaces que ceux des SST interentreprises, peut-être du fait d'une meilleure intégration dans leur entreprise qui pourrait faciliter le dialogue avec les employés, la direction et les partenaires sociaux, sous réserve que chacun reste vigilant au maintien de l'indépendance des MdT.

Enfin, les sources d'information utilisées sur les produits cancérigènes sont les institutions (caisses d'assurance retraite et de santé au travail, caisses régionales d'assurance maladie ou caisses générales de sécurité sociale, directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, INRS...) et Internet à plus de 90 %, les confrères et les colloques ou formations à plus de 80 % et enfin les revues scientifiques et les quotidiens médicaux pour respectivement plus de 70 % et 60 % des MdT.

Les différences régionales montrent que les médecins de la région PACA font plus confiance aux publications et par ailleurs que les médecins les plus âgés utilisent moins internet pour s'informer.

Conclusion

Ces deux enquêtes, réalisées dans des régions dont le tissu économique n'est pas identique, ont permis de recueillir l'avis d'une partie représentative des médecins du travail qui y exercent. Bien que les éléments fournis lors de ces enquêtes soient quantitatifs, ils ne permettent pas de rendre compte de la mise en œuvre réelle de certains outils : fiche d'entreprise, fiche d'exposition, protections collectives ou individuelles : quelles en sont effectivement la fréquence de mise à jour, la qualité des données qui y figurent ou l'efficacité des moyens employés ?

Même si les médecins du travail voient peu de salariés atteints de cancers professionnels, ils ont connaissance de cas survenus chez des salariés ayant quitté les entreprises qu'ils surveillent et ils placent cette pathologie dans les trois priorités en santé au travail, avec les risques psychosociaux et affections périarticulaires.

Malgré certaines difficultés qui peuvent varier selon le type de SST, un peu plus de 50 % des médecins ont un sentiment d'efficacité dans leur action de prévention du cancer professionnel.

Néanmoins, il reste beaucoup à faire notamment dans le domaine de l'évaluation des risques et de la traçabilité des expositions ; document unique et fiches d'exposition sont encore trop rares ou difficiles à obtenir. La surveillance des intérimaires et des salariés d'entreprises intervenantes est encore inadaptée.

Il est important de noter que parmi les freins à la prévention et à la surveillance médicale, l'aspect financier n'est pas (ou peu) mis en avant. L'élément le plus important serait le manque de sensibilité des salariés eux-mêmes, ce qui indique une nécessité de formation à ce risque majeur.

Enfin certaines réponses sur la surveillance médicale, qui indiquent l'utilisation de méthodes peu sensibles, font apparaître le besoin urgent de référentiels pour la profession.

Remerciements

- À tous ceux qui ont participé à l'élaboration du questionnaire : Dr Laurence Boulon (Conseil général 83), Dr Danielle Charrier (AISMT 13 - Association interprofessionnelle de santé et médecine du travail, Marseille), Dr Benoît de Labrusse (Association interentreprises pour la santé au travail, Avignon), Muriel Gautier et Dr Christine Kaltwasser (Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi Provence Alpes-Côte d'Azur [DIRECCTE PACA]), Marie-Pascale Lehucher-Michel (Consultation de pathologies professionnelles, EA 3279, CHU La Timone, Marseille), Marc Souville, (Université Aix-Marseille, Laboratoire de psychologie sociale EA 849) et Dr Sandrine Arnaud (Observatoire régional de la santé, Marseille).
- À tous les médecins du travail des régions PACA et NPdC qui ont accepté de participer à l'étude.

Soutien financier

L'étude en PACA a reçu le soutien financier de l'Institut national du cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projet « observation des cancers au niveau régional ». L'étude en NPdC a reçu le soutien financier de l'INRS.

Points à retenir

380 médecins du travail et de prévention de la région PACA et 208 de la région Nord-Pas de Calais ont été interrogés sur leurs opinions, attitudes et pratiques vis-à-vis de la prévention, du dépistage et de la déclaration des cancers professionnels.

La principale pathologie rencontrée concerne la souffrance mentale, surtout dans les services interentreprises. Viennent ensuite les atteintes rachidiennes et ostéo-articulaires, les atteintes auditives et les atteintes cardio-vasculaires.

Entre 1 et 2 % des médecins signalent être confrontés à des salariés atteints de cancers professionnels.

De 25 % à 33 % des médecins estiment que l'évaluation du risque cancérigène n'est jamais ou rarement réalisée.

Le coût financier n'est pas un obstacle à la substitution des agents cancérigènes pour près de 30 % des médecins interrogés.

Le principal obstacle à la prévention du risque cancérigène est sa sous-estimation.

Les médecins du travail de services autonomes se sentent plus efficaces que leurs confrères de services interentreprises dans leurs actions de prévention de ce risque spécifique.

Une réflexion est nécessaire pour rendre plus efficiente le suivi des intérimaires et des sous-traitants.

Bibliographie

- [1] BELOT A, GROSCLAUDE P, BOSSARD N, JOUGLA E ET AL. - Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Épidémiol Santé Publique*. 2008 ; 56 (3) : 159-75.
- [2] AOUBA A, PÉQUIGNOT F, LE TOULLEC A, JOUGLA E - Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004. *Bull Épidémiol Hebd*. 2007 ; 35-36 : 308-14.
- [3] VINCENT R. - Inventaire des agents chimiques CMR utilisés en France en 2005. Point de repère PR 26. *Cah Notes Doc. Hyg Sécur Trav*. 2006; 205 : 83-96.
- [4] LARCHER G - Bilan des campagnes de contrôle 2006 de l'inspection du travail sur les produits cancérigènes et l'amiante. Paris : ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, ministère délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes ; 2007 : 32 p.
- [5] SALMAN S - Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail. *Social Trav*. 2008 ; 50 (1) : 31-47.
- [6] Circulaire DGT 2010/03 du 13 avril 2010 relative au contrôle du risque chimique sur les lieux de travail. Paris : ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Direction générale du travail ; 2010 : 18 p.