

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ de MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : **2023**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Facteurs de reconnaissance en maladie professionnelle des
patients atteints de cancers cutanés reçus en consultation de
pathologies professionnelles du CHU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le lundi 16 octobre 2023 à 14h
au Pôle Formation, salle 2

par Simon DE WEVER

JURY

Présidente :

Madame le Professeur *Annie SOBASZEK*

Assesseurs :

Monsieur le Professeur *Laurent MORTIER*

Madame le Docteur *Catherine NISSE*

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur *Pierre MARCANT*

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

RÉSUMÉ

Contexte : L'incidence, la morbidité et la mortalité des cancers cutanés sont en constante augmentation. Le lien professionnel est bien souvent peu pris en compte comme le témoigne les 90 reconnaissances en première indemnisation de maladie professionnelle au titre des tableaux RG16bis et RG36bis entre 2005 et 2021 au niveau national et l'absence de tableau pour les rayonnements ultraviolets ou ionisants. L'objectif de cette étude était de conseiller une reconnaissance de maladie professionnelle pour des patients atteints de cancer cutané, considérés comme éligibles du fait de leurs expositions professionnelles, et de recueillir les résultats de ces démarches quand elles avaient abouti.

Méthode : L'étude observationnelle a concerné des patients issus de RCP d'onco-dermatologie du CHU de Lille ayant répondu à un auto-questionnaire sur les expositions professionnelles. Pour ceux chez qui un lien professionnel avec leur pathologie était possible, une consultation au sein du service de pathologies professionnelles du CHU de Lille a permis de conseiller ou non une déclaration en maladie professionnelle avec remise d'un certificat médical initial. Les patients étaient recontactés par téléphone à distance afin de s'enquérir des résultats des démarches.

Résultats : Quarante patients ont été inclus entre le 23/09/2019 au 31/03/2023. Parmi ceux-ci, 29 (72,5%) ont été reconnus en maladie professionnelle et 11 ont été déboutés (27,5%). Le carcinome épidermoïde a été reconnu à chaque fois et représente 13 patients reconnus (45%), le carcinome basocellulaire a été reconnu dans 55% des cas et représente 10 patients reconnus (34,5%) et le mélanome a été reconnu dans 66% des cas et représente 6 patients (20,5%). Les expositions hors tableau représentent 41,4% des patients reconnus dont 9 pour les UV naturels et 3 pour les UV artificiels.

Conclusion :

Près des trois-quarts des patients conseillés en maladie professionnelle ont été reconnus. Le repérage systématique a permis de favoriser les reconnaissances en maladie professionnelle des patients.

Liste des sigles et abréviations

BTP : Bâtiments et Travaux Publics

CBC : Carcinome basocellulaire

CE : Carcinome épidermoïde

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIRC : Centre International de Recherches sur le Cancer

CMI : Certificat médical initial

CMF : Certificat médical final

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRRMP : Comité régional de reconnaissance en maladie professionnelle

DMP : Déclaration de Maladie Professionnelle

DMST : Dossier médical en santé travail

DU : Document Unique

EPC : Equipement de Protection Collectif

EPI : Equipement de Protection individuel

EU-OSHA : Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail

FDRP : Facteurs de risques professionnels

HAP : Hydrocarbures aromatiques polycycliques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IP : Incapacité Permanent

MP : Maladie Professionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCB : Polychlorobiphényle

RA : Régime agricole

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RG : Régime général

RI : Rayonnement Ionisant

RNV3P : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

RUV : Rayonnement Ultra-violet

UV : Ultra-violet

Liste des figures

Figure 1 : Anatomie de la peau	14
Figure 2 : Classification de Fitzpatrick.....	15
Figure 3 : Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année et selon l'âge - mélanome de la peau [5].....	18
Figure 4 : Evolution de l'incidence des CE et CBC entre 1980 et 2014 dans le Doubs [5]	19
Figure 5 : Procédure de reconnaissance en maladie professionnelle	34
Figure 6 : Diagramme de flux	41
Figure 7 : Répartition des statuts travailleurs	42
Figure 8 : Répartition de l'ensemble des expositions professionnelles	44
Figure 9 : Localisation des lésions en fonction du type histologique	46
Figure 10 : Nombre de déclaration en maladie professionnelle en fonction des années	48
Figure 11: Nombre de reconnaissance en maladie professionnelle en fonction des années	49
Figure 12 : Répartition des demandes de déclaration en MP en fonction des expositions professionnelles	50
Figure 13 : Répartition des Maladies Professionnelles reconnues et non reconnues	51
Figure 14 : Nombre de maladies Professionnelles reconnues en fonction de leur type histologique par rapport à l'effectif total.....	52
Figure 15 : : Répartition des Maladies Professionnelles reconnues en fonction de leur exposition	53
Figure 16 : Répartition de l'exposition professionnelle en fonction du type histologique pour les patients reconnus	54
Figure 17 : Répartition des maladies professionnelles non reconnues en fonction de leur type histologique	55
Figure 18 : Répartition de l'exposition professionnelle en fonction du type histologique pour les patients non reconnus	56
Figure 19 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues en fonction du type histologique	58
Figure 20 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux huiles	59
Figure 21 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux goudrons	60
Figure 22 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux UV naturels.....	61
Figure 23 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux UV artificiels	62
Figure 24 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues en fonction de l'exposition professionnelle	63

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économico-professionnelles.....	47
Tableau 2 : Répartition des moyennes de capital et de rente connues en fonction du taux d'IP connu	65
Tableau 3 : Taux moyen des IP, rente et capital en fonction du type histologique ...	67
Tableau 4 : Liste des classifications par site de cancer - Monographie IARC	78

Table des matières

REMERCIEMENTS	Erreur ! Signet non défini.
RÉSUMÉ	5
Liste des sigles et abréviations	6
Liste des figures.....	8
Liste des tableaux	9
Table des matières	10
A - INTRODUCTION	13
1 - Le revêtement cutané	13
1.1 - La peau et ses fonctions.....	13
1.2 - Le type cellulaire	13
1.2.1 - L'épiderme	14
1.2.2 - Le derme et l'hypoderme	16
2 - La carcinogénèse.....	16
2.1 - Les tumeurs cutanées	16
2.1.1 - Le mélanome	16
2.1.2 - Le carcinome épidermoïde.....	17
2.1.3 - Le carcinome basocellulaire.....	17
2.2 - Epidémiologie.....	18
2.2.1 - Mélanome	18
2.2.2 - Carcinomes épidermoïde et basocellulaire.....	19
3 - Les facteurs de risques	20
3.1 - Individuels	20
3.1.1 - Le phototype	20
3.1.2 - Les antécédents.....	20
3.1.3 - Les atteintes immunitaires	21
3.1.4 - Les affections héréditaires	21
3.2 - Le rayonnement ultraviolet (RUV).....	21
3.2.1 - Le rayonnement ultraviolet naturel	21
3.2.2 - Le rayonnement ultraviolet artificiel	24
3.3 - Les facteurs de risques professionnels autres que les RUV	26

3.3.1 - Spécifiques aux carcinomes.....	26
3.3.2 - Spécifiques aux mélanomes	28
4 - Les maladies professionnelles	29
4.1 - Sécurité Sociale et tableau de maladie professionnelle	29
4.2 - Tableaux de maladies professionnelles pour les cancers cutanés.....	30
4.2.1 - Brai et goudron de houille	30
4.2.2 - Arsenic.....	30
4.2.3 - Huiles dérivées du pétrole.....	30
4.3 - Maladies professionnelles hors tableau	30
4.4 - Incapacité permanente et Indemnités.....	31
5 - Rationnel de l'étude	32
 B - MATERIEL ET METHODE	 35
1 - Population de l'étude	35
2 - Méthode de recueil des données	36
C - Résultats	39
1 - Effectif global et diagramme de flux	39
2 - Caractéristiques socio-économico-professionnels.....	42
3 - Type histologique et localisation	45
4 - Résultats des DMP	48
4.1 - Maladies professionnelles reconnues.....	51
4.1.1 - Type histologique.....	51
4.1.2 - Type d'exposition déclarée reconnue.....	52
4.2 - Maladies professionnelles refusées.....	55
4.2.1 - Type histologique.....	55
4.2.2 - Type d'exposition déclarée refusée.....	55
4.3 - Comparaison entre reconnus et refusés selon le type histologique	57
4.3.1 - Carcinome épidermoïde.....	57
4.3.2 - Carcinome basocellulaire	57
4.3.3 - Mélanome	57
4.4 - Comparaison des maladies professionnelles reconnues et refusées en fonction des expositions	59
4.4.1 - Huiles.....	59
4.4.2 - Goudrons	60
4.4.3 - Arsenic.....	60
4.4.4 - UV naturels	61
4.4.5 - UV artificiels	61
4.4.6 - Rayonnements ionisants.....	62

5 - Résultats des indemnisations	64
5.1 - Incapacité permanente et indemnisation	64
5.2 - Indemnisation selon le type histologique	65
5.2.1 - Carcinome épidermoïde.....	65
5.2.2 - Carcinome basocellulaire.....	66
5.2.3 - Mélanome	67
D- Discussion.....	68
1 - Représentativité de l'étude.....	68
2 - Caractérisation et évolution de l'effectif.....	73
3 - Répartition des histologies	74
4 - Répartition des expositions	76
5 - Résultats des DMP	80
6 - Axe d'amélioration/continuité	85
CONCLUSION.....	88
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES.....	92

A - INTRODUCTION

1 - Le revêtement cutané

1.1 - La peau et ses fonctions

La peau ou revêtement cutané, représente l'écrasante majorité du tégument comprenant également les phanères et les ongles ; avec ses 2m² en moyenne, cette dernière est, par conséquent, le plus grand organe du corps humain. Interface entre notre être et le monde extérieur, elle remplit diverses missions indispensables au maintien d'un état stable, propre à assurer notre homéostasie.

Parmi celles-ci, nous pouvons citer le rôle de barrière contre différents agents tant chimiques, physiques, infectieux que mécaniques. Elle participe également à notre régulation thermique aussi bien passivement de par son isolation, qu'activement grâce aux réflexes pilaires et à la sécrétion de la sueur.

Enfin, elle bénéficie d'une fonction immunitaire propre en complément du rôle de barrière qui permet d'assurer une protection accrue face aux pathogènes. [1]

1.2 - Le type cellulaire

Le revêtement cutané est organisé en trois horizons anatomiques, du plus externe au plus interne : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. (*Figure 1*)

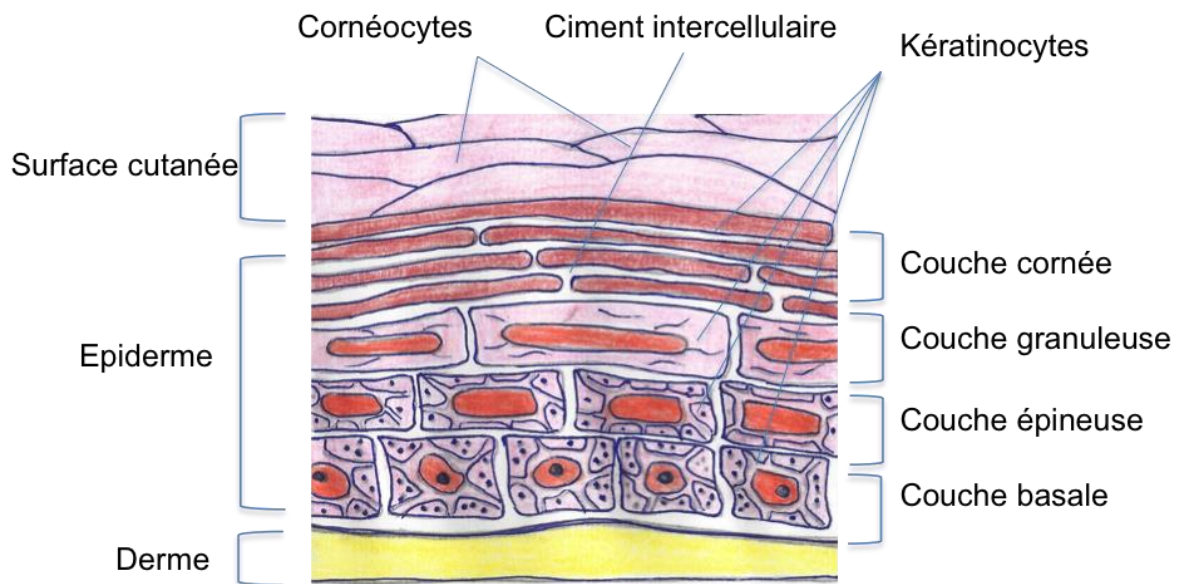


Figure 1 : Anatomie de la peau

1.2.1 - L'épiderme

L'épiderme en est la partie la plus externe, composé de plusieurs couches de cellules à des stades de maturation différenciés et d'épaisseurs variables selon la localisation corporelle, entre 1 et 4 mm. Sa composition est de 80-90% de kératinocytes, cellules assurant la structure cutanée de par leur fonction mécanique propre, mais également de par leur sécrétion de kératine, protéine hydrophobe permettant d'imperméabiliser la peau.

En complément, il existe les mélanocytes, cellules permettant la sécrétion de mélanine à l'origine de la pigmentation de la peau et des cheveux. Deux types existent, l'une les phéomélanines, pigment jaune-rouge, et l'autre les eumélanines, pigment brun-noir ; c'est la variation des taux de ces pigments qui est à l'origine de la couleur de peau et des cheveux de chaque individu, et par conséquent de sa résistance à

l'exposition solaire. La classification de Fitzpatrick permet une description de ces phototypes. (Figure 2)

Skin type	Unexposed skin colour	Constitutive characteristics	History of sunburn	Ultraviolet radiation sensitivity	Continuous ultraviolet radiation exposure needed for sunburn (SED)
I	White	Fair skin, blue or light eyes and freckles	Always burns on minimal sun exposure	Extremely sensitive	2–3
II	White	Red or blonde hair, blue, hazel or brown eyes and freckles	Burns very readily	Very sensitive	2.5–3
III	White/light brown	Brown hair and blue, hazel or brown eyes	May burn on regular sun exposure with no protection	Moderately sensitive	3–5
IV	Light brown	Brown hair and dark eyes	Burns rarely	Relatively tolerant	4.5–6
V	Brown	Brown eyes and dark brown or black hair	Despite pigmentation, may burn surprisingly easily on sun exposure	Very variable	6–20
VI	Black	Brown eyes and dark brown or black hair	Rarely burns, although sunburn is difficult to detect on very pigmented skin	Relatively insensitive	6–20

SED, standard erythral dose

Figure 2 : Classification de Fitzpatrick

Deux autres types cellulaires interviennent également. Les cellules de Langerhans jouent le rôle de cellules immunitaires assurant une fonction identique aux macrophages afin de présenter les antigènes aux lymphocytes T. Les cellules de Merkel varient quant à leur répartition, responsable d'une fonction de sensibilité nerveuse, elles se retrouvent sur les zones dites sensibles, comme les paumes de mains, les pieds ou les lèvres.

1.2.2 - Le derme et l'hypoderme

Situé entre l'épiderme et l'hypoderme, le derme est composé de cellules fibroblastiques ainsi qu'un mélange à base de collagène, élastine, d'acide hyaluronique et de réticuline. L'ensemble permet d'assurer la fonction élastique de la peau. L'hypoderme quant à lui est constitué de graisse, variable selon les morphotypes.

2 - La carcinogénèse

Notre patrimoine génétique, stocké sous forme d'ADN dans le noyau cellulaire, peut être altéré dans le temps à cause de facteurs extrinsèques et/ou intrinsèques. Ces atteintes peuvent être définitives, ou transitoires grâce à des mécanismes de réparation. Lorsque la somme des atteintes dépasse celle des réparations, nous assistons à l'apparition de cellules anormales, qui en se multipliant conduisent à la formation de tumeurs. En s'autonomisant, les tumeurs aboutissent à la formation d'un cancer.

2.1 - Les tumeurs cutanées

2.1.1 - Le mélanome

Développé à partir des mélanocytes, dont il tire le nom, le mélanome est une tumeur maligne pouvant prendre différentes formes comme le mélanome superficiel extensif, acral lentigineux, de Dubreuilh, nodulaire et des muqueuses.

Il apparaît principalement sur peau saine de novo mais également sur des naevi préexistants sur les jambes, le tronc mais également la tête et le cou.

Le facteur pronostic principal est l'indice de Breslow, qui est le marqueur de l'infiltration du mélanome, auquel on peut adjoindre le niveau de Clark et le degré d'invasion cellulaire.

2.1.2 - Le carcinome épidermoïde

Développé à partir des kératinocytes de la couche spinuse, au niveau superficiel de l'épiderme, le carcinome épidermoïde (CE), anciennement spinocellulaire, apparaît souvent dans les suites d'une lésions précancéreuses (comme la kératose actinique ou la maladie de Bowen) ou bien de novo sur les zones photo-exposées.

Les facteurs pronostics des CE sont leurs localisations, sur un terrain pathologique ou sur des zones péri-orificielles du visage ; une taille supérieure à 2cm ; l'invasion du plan profond ; la récurrence locale et l'immunosuppression. [2]

2.1.3 - Le carcinome basocellulaire

Développé également à partir des kératinocytes mais dans couche basale, le carcinome basocellulaire (CBC) a pour terrain une peau sans lésion précancéreuse. On distingue trois types clinico-histologiques : les CBC nodulaire, superficiel et sclérodermoïde.

A l'inverse du mélanome et du CE, hormis un risque extensif, esthétique et récidivant, il n'y a pas de dissémination à distance sous forme de métastases, ayant pour conséquence une moindre mortalité. [2]

2.2 - Epidémiologie

2.2.1 - Mélanome

Comptant pour 10% des cancers cutanés, il est en forte progression ces dernières décennies avec une incidence multipliée par 5 entre 1998 et 2018 pour l'homme, et par 3 pour la femme. L'incidence mondiale est estimée à 287 723 cas par an et 60 712 décès en 2018 selon Global Cancer observatory [3]. En France en 2018 également, l'incidence était estimée à 15 513 cas et 1 975 décès [4].

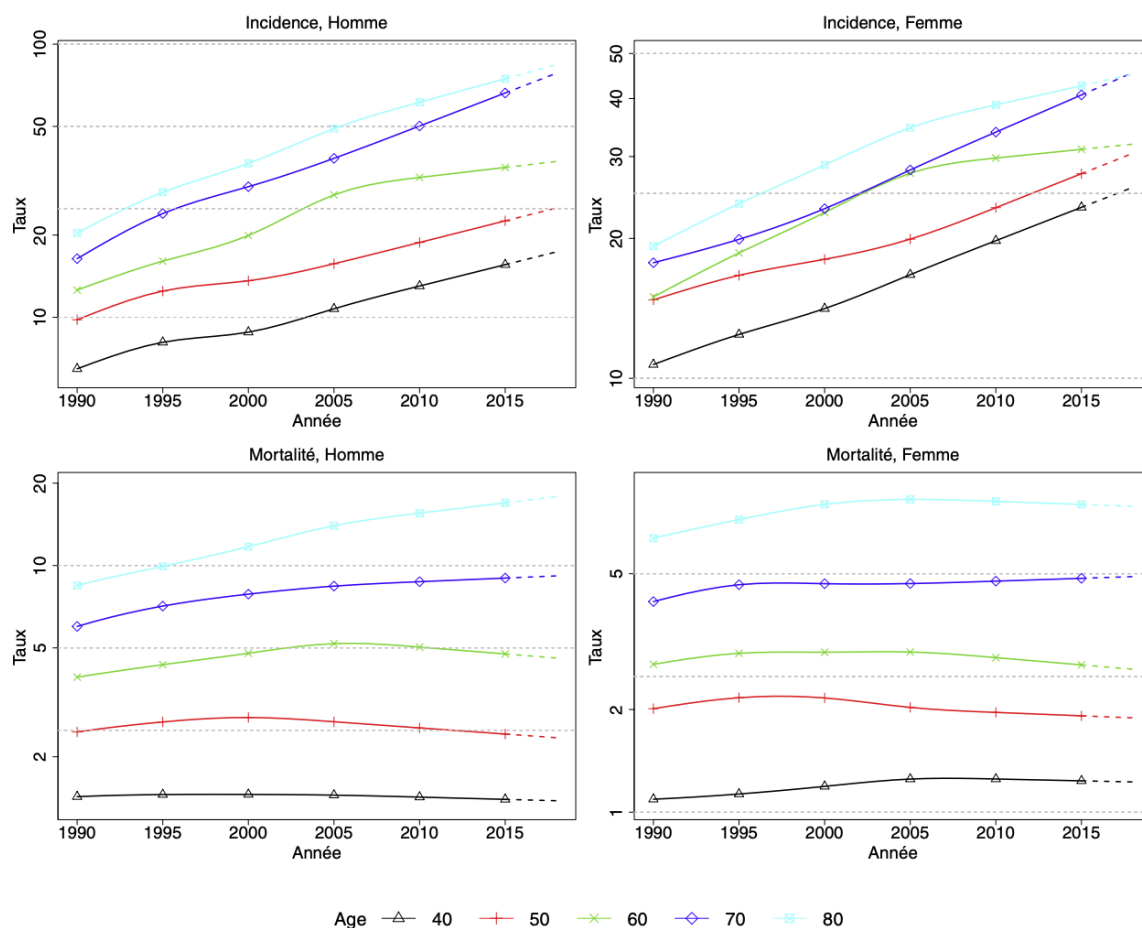


Figure 3 : Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année et selon l'âge - mélanome de la peau [5]

2.2.2 - Carcinomes épidermoïde et basocellulaire

Selon l'OMS, il est estimé entre deux à trois millions de cancers cutanés autre que le mélanome [6], dont 80% pour le CBC [7]. En France, le recueil des carcinomes n'est pas systématique. Néanmoins, une étude de 2012 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a étudié les registres du Doubs et du Haut Rhin entre 1983 et 2002, qui recueille l'incidence des carcinomes cutanés. Les résultats sont une multiplication des taux par 2 pour le CBC et une hausse de 1.7 pour les CE chez les hommes et de 2.7 chez les femmes.

L'incidence en France du CBC serait estimée à 150/100 000 personnes-année et 30/100 000 personnes-année pour le CE. (Figure 4)

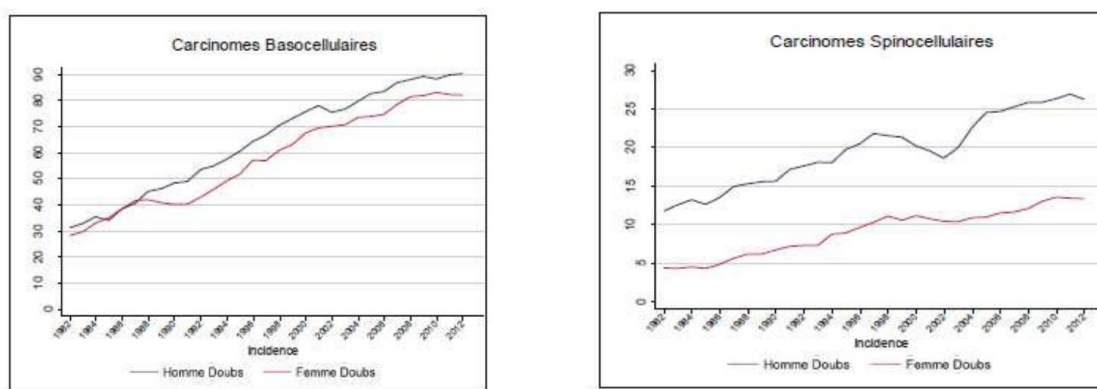


Figure 4 : Evolution de l'incidence des CE et CBC entre 1980 et 2014 dans le Doubs [5]

3 - Les facteurs de risques

3.1 - Individuels

3.1.1 - Le phototype

Comme décrit précédemment, le phototype d'un individu, classé selon l'échelle de Fitzpatrick, influe sur sa capacité à assurer une protection naturelle. Les individus avec une peau de phototype VI absorbent 7.4% des UVB et 17.5% des UVA contre 24 et 55% respectivement pour les individus avec une peau de phototype I (*Figure 2*).
[8]

3.1.2 - Les antécédents

Les antécédents personnels de cancers cutanés augmentent les risques de développer un second cancer cutané par la suite. Selon une étude comparative menée en 2000 [9], les individus aux antécédents de CBC ont un risque de 50% de développer un second carcinome dans les 3 à 5 ans.

La présence de kératoses actiniques, état pré-cancéreux, prédispose également aux CE.

Outre les antécédents personnels, les antécédents familiaux sont également à prendre en considération. Pour les individus avec un proche au premier degré atteint d'un mélanome, le risque est de deux à trois fois plus élevé de développer un mélanome que la population générale [10].

3.1.3 - Les atteintes immunitaires

Du fait de la présence de cellules immunitaires dans l'organisation tissulaire du revêtement cutané, une atteinte de cette dernière peut être la cause d'apparition de tumeur comme chez les patients atteints d'une infection immunodéficiente (VIH), ou bien traités par immunosuppresseurs.

A ce titre, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé la ciclosporine et l'azathioprine comme cancérogènes avérés [11].

3.1.4 - Les affections héréditaires

Des pathologies héréditaires ciblent également la peau, à l'image du xeroderma pigmentosum qui est responsable d'un blocage de la réparation moléculaire de l'ADN suite à des atteintes liées aux UV.

Il existe également la naevomatose basocellulaire ou syndrome de Gorlin. Ce trouble héréditaire augmente le risque de CBC multiples [12].

3.2 - Le rayonnement ultraviolet (RUV)

3.2.1 - Le rayonnement ultraviolet naturel

Depuis 1992, le CIRC a classé l'exposition au rayonnement ultraviolet (RUV) comme cancérogène pour l'homme et de nouveau en 2009 quand l'IARC s'est prononcé et considère qu'il y a suffisamment de preuves pour conclure à la cancérogénicité du rayonnement ultraviolet (UVA, UVB et UVC) avec une relation causale entre les rayonnements ultraviolet et les 3 types histologiques de cancers cutanés, à savoir les mélanomes, les CBC et les CE, classant ainsi les UV dans le

groupe 1.[13] [14] La dose de RUV reçue fluctue en fonction des facteurs environnementaux et bien évidemment des comportements [14].

Outre les médicaments immunosuppresseurs vu précédemment, certaines classes médicamenteuses sont à considérer comme photosensibilisantes [15] ainsi que certaines plantes responsables de photophytophysionnement comme les ombellifères (berce, carotte, etc).

3.2.1.1 - Exposition environnementale

L'exposition aux RUV dépend de la latitude, variant selon les saisons et les hémisphères. Le rayonnement solaire arrivant de manière tangente sur l'atmosphère, la pénétration de ce rayonnement est influencée par la présence ou non d'une couche d'ozone, de nuage, de la saison, etc... [16]

De ces paramètres, la saison estivale tend à augmenter l'intensité du RUV car l'angle zénithal de la Terre est plus faible, et vers le mitan de la journée entre 11h et 13h on reçoit 20-30% du rayonnement quotidien (75% entre 9h et 15h). [17]

Les surfaces nous entourant jouent également un rôle : par exemple, la neige a un pouvoir de réflexion du RUV de 80% environ. [18]

Enfin l'altitude, en réduisant la couche atmosphérique au-dessus de nous, entraîne en même temps une baisse de l'absorption du rayonnement solaire : chaque 1000m d'altitude augmente le RUV de 10 à 12%. [18]

3.2.1.2 - Exposition individuelle

La manière de s'exposer aux RUV influe sur leurs effets. La forme d'expression aiguë est l'érythème actinique communément appelé "coup de soleil". Un risque de cancérisation existe sur cette peau exposée, proportionnellement aux nombres de coups de soleil reçus. [19] Deux types d'expositions solaires sont fréquemment retenues [20]:

- l'exposition intermittente ou ponctuelle, surtout liée à des activités récréatives, de loisirs et bien souvent estivales.
- l'exposition chronique ou cumulative, surtout liée à des expositions régulières, quasi quotidiennes, et de ce fait fortement en lien avec la profession.

3.2.1.3 - Exposition professionnelle

Concernant l'exposition solaire professionnelle, une étude européenne de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) considère 36 secteurs d'emplois dans lesquels les RUV ont un rôle cancérigène. Parmi ces emplois, ils estiment à 14,5 millions de travailleurs qui passeraient 75% de leur temps de travail exposés aux RUV. Plus loin, ils estiment que sur l'ensemble des salariés exposés à des substances dangereuses, entre 29 et 51% d'entre eux le seraient aux RUV. [21]. Cependant, l'exposition solaire est souvent minorée par les salariés [22] ce qui conduit ensuite à une moindre protection [23].

Depuis l'étude publiée en 2011 [24] , le lien entre CE et RUV solaires professionnels a été établi.

3.2.2 - Le rayonnement ultraviolet artificiel

Comme pour les RUV naturels, le CIRC s'est prononcé pour les RUV artificiels, qu'il considère uniquement cancérogènes pour le mélanome oculaire [25].

En 2009 l'IARC s'est de nouveau prononcé et considère qu'il y a suffisamment de preuves pour conclure à la cancérogénicité du rayonnement ultraviolet (UVA, UVB et notamment les UVC présents dans le rayonnement artificiel) avec une relation causale entre les rayonnements ultraviolets et 3 types histologiques de cancers cutanés, à savoir les mélanomes, les CBC et les CE, classant ainsi les UV dans le groupe 1. [13] [14]

Parmi ces RUV artificiels, il existe 3 secteurs principaux d'expositions : l'esthétique, la photothérapie thérapeutique et le secteur professionnel.

3.2.2.1 - Esthétique

Le bronzage artificiel à travers les cabines d'esthétique en centre est responsable du sur-risque de mélanome [13]. Selon l'ANSES [26], une exposition aux RUV artificiels entraîne une augmentation de 15% du risque de mélanome cutané. Ce risque de mélanome atteint 75% si l'utilisation de ces appareils débute avant les 35 ans. Il faut néanmoins prendre en considération un possible biais de confusion car les personnes qui pratiquent le bronzage en cabine sont aussi très souvent celles qui s'exposent le plus aux RUV naturels.

3.2.2.2 - Thérapeutique

Des traitements à base de RUV existent en dermatologie pour traiter des affections comme le psoriasis par exemple. Ces traitements par photothérapie peuvent être associés à du psoralène sous forme de PUVAthérapie dans certains cas mais de manière limitée car reconnu comme cancérogène. [27]

3.2.2.3 - Professionnel

Les secteurs d'activité exposant aux RUV sont larges, selon le même rapport de l'EU-OSHA [21], le nombre de salariés exposés aux RUV artificiels serait de 1.2 millions, on peut retrouver à titre d'exemple :

- les soudeurs, notamment avec le procédé de soudage à l'arc ;
- les imprimeurs, au travers des encres dites à UV qui nécessitent un séchage grâce à ces derniers ;
- les ouvriers du secteur chimique notamment au travers de la polymérisation des colles, résines et vernis ;
- les ouvriers de traitements des eaux ;
- les ouvriers de désinfection et de stérilisation dans le secteur agro-alimentaire, médical ou de la recherche...

3.3 - Les facteurs de risques professionnels autres que les RUV

3.3.1 - Spécifiques aux carcinomes

3.3.1.1 - Rayonnements ionisants (RI)

Présent également sur le spectre des ondes, les rayonnements ionisants sont également non visibles mais à fort pouvoir énergétique [28] et sont de ce fait reconnus comme cancérogènes par le CIRC [14] et de nouveau en 2009 [13]. D'un point de vue professionnel, leur utilisation est principalement liée au secteur médical notamment en imagerie. Néanmoins les autres domaines ne sont pas en reste avec des applications dans l'industrie (nucléaire évidemment, mais également la sidérurgie par le contrôle des soudures, les traceurs et les jauges, les processus chimiques sous rayonnement) ; le secteur agro-alimentaire pour la stérilisation, la conservation ; le milieu de la recherche.

L'effectif mondial des travailleurs étant exposés aux RI est estimé à 24 millions. [29]

3.3.1.2 - Huiles dérivées du pétrole

Reconnu comme cancérogène certain par le CIRC [30], les huiles minérales pétrolières proviennent de la distillation du pétrole brut dans les colonnes de distillation des raffineries. Le nombre de salariés exposés à ces huiles en France est estimé à 1 million selon l'enquête SUMER 2017 [31]. Différents raffinages et traitements existent conduisant à des qualités variables pour ces huiles. Classiquement regroupées sous le terme d'huile, on les retrouve dans de nombreux secteurs d'activité : le secteur de la métallurgie, que ce soit en fonderie avec les huiles de démoulage puis les huiles de trempe ou de coupe lors de l'usinage. Le BTP en utilise lors de la préparation de béton

avec les huiles de décoffrage et en voirie avec l'huile de fluxage pour diminuer la viscosité du revêtement. Enfin en mécanique, au travers des huiles moteurs, de graissage et d'entretien des pièces mobiles, les salariés sont toujours exposés aux HAP présents notamment dans les huiles usagées qui se chargent en benzo[a]pyrène lors de leurs utilisations et notamment lors de la chauffe à haute température. [32]

3.3.1.3 - Brai et goudron de houille

Reconnus comme cancérogènes certains [30], le brai et le goudron de houille correspondent à des sous-produits de la houille. Celle-ci est une forme particulière de charbon avec une teneur spécifique de carbone notamment. Utilisé dans différents processus industriels, dont la pyrolyse de la houille pour obtenir du coke, il en résulte un distillat qui est le goudron de houille. Une seconde distillation permet d'obtenir le brai de houille.

De par sa production en cokerie, le goudron de houille est essentiellement utilisé en métallurgie mais également dans le secteur de la chimie organique entrant dans la fabrication des crésols et naphthalène par exemple. Le brai de houille était initialement utilisé pour l'étanchéité et la conception du "tarmacadam" pour la voirie. On les retrouve actuellement toujours en étanchéité (notamment pour les toitures), mais également dans les processus de fabrication de l'aluminium et d'électrode en carbone.

A noter que les produits issus de la chimie organique, dont le pétrole et le charbon, ont une toxicité en lien avec leur concentration en hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP). Selon leurs origines, distillations, usages, leurs concentrations en HAP sera variable, de même que leurs toxicités. [33] [34]

3.3.1.4 - Arsenic

L'arsenic et ses dérivés inorganiques sont reconnus comme cancérogènes certains par le CIRC [35]. La toxicité cancérigène de l'arsenic s'effectue par voie systémique après ingestion ou inhalation. L'exposition est principalement alimentaire en population générale. En secteur professionnel, les utilisations sont variées, de colorant, à la fabrication du verre, de la thanatopraxie aux alliages métalliques. L'arsenic, de par ses nombreux dérivés, servait comme phytosanitaires, insecticide et xyloprotecteur du bois, antifongique des arbres fruitiers et pomme de terre, herbicide et défoliant avant récolte, etc..

Interdit progressivement, sa dernière interdiction française remonte à 2001. Selon Santé Publique France, entre 60 000 à 100 000 personnes ont exercé sur des exploitations agricoles utilisant des phytosanitaires arsenicaux entre 1979 et 2000. [36]

3.3.2 - Spécifiques aux mélanomes

3.3.2.1 - Polychlorobiphényle (PCB)

Classés comme cancérogènes avérés pour l'homme pour le mélanome par le CIRC en 2016, les polychlorobiphényles (PCB) sont des complexes organochlorés polluants persistants. Dans la population générale, l'exposition se fait majoritairement par l'alimentation. Dans le secteur professionnel, leurs propriétés chimiques isolantes les prédisposent à une utilisation sur les réseaux électriques notamment dans les condensateurs et les transformateurs. En 1987, leur mise sur le marché a été interdite mais il est encore autorisé pour les appareils en service jusqu'à leur renouvellement qui devait avoir lieu au plus tard en 2010. [37]

4 - Les maladies professionnelles

4.1 - Sécurité Sociale et tableau de maladie professionnelle

Débuté à la fin du XIXème siècle, le principe de réparation forfaitaire avait permis une première prise en compte de pathologies professionnelles, sans passer par la case judiciaire. La création de la Sécurité Sociale suite aux réformes sociales de 1946 va permettre d'étoffer le nombre de pathologies reconnues en tant que professionnelles, et regroupées dans des tableaux. Le régime agricole suivra quelques années plus tard, en 1955.

Actuellement, la déclaration de maladie professionnelle est définie par le Code de la Sécurité Sociale selon l'article L 461-1 alinéa 5 et 6.

Une pathologie peut être déclarée par tout médecin, grâce à la rédaction d'un Certificat Médical Initial (CMI), en trois volets. Le patient en reçoit un qu'il peut ou non envoyer à la Sécurité Sociale. Les deux autres seront consignés dans le dossier d'instruction. Lorsque l'ensemble des conditions médico-administratives précisées dans le tableau sont réunies, la maladie est présumée comme professionnelle. Parmi les critères nécessaires, on retrouve le délai de prise en charge, la durée d'exposition au facteur de risque et, enfin, s'il dépend d'une liste de profession limitative ou indicative. Il existe donc une présomption d'imputabilité au bénéfice du salarié.

Si un des critères venait à ne pas être rempli, il faut qu'il existe un lien direct et essentiel entre l'exposition et la pathologie. Le dossier sera délibéré en comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui statuera sur l'origine professionnelle. Le CRRMP est initialement saisi par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

4.2 - Tableaux de maladies professionnelles pour les cancers cutanés

4.2.1 - Brai et goudron de houille

Le tableau 16 bis pour le Régime Général (RG) (*Annexe 1*) et le 35 bis pour le Régime Agricole (RA) (*Annexe 2*) concernent les cancers cutanés en lien avec des expositions au brai et goudron de houille. Le délai de prise en charge est de 20 ans pour le RG et de 30 ans pour le RA, sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans.

4.2.2 - Arsenic

Le tableau 20 du RG (*Annexe 3*) et 10 du RA (*Annexe 4*) concernent les cancers cutanés en lien avec des expositions à l'arsenic et ses dérivés. Le délai de prise en charge est de 40 ans.

4.2.3 - Huiles dérivées du pétrole

Le tableau 36 bis du RG (*Annexe 5*) et 25 bis du RA (*Annexe 6*) concernent les cancers en lien avec des expositions aux dérivés du pétrole, notamment les huiles. Le délai de prise en charge est de 30 ans sous réserve d'une exposition de 10 ans.

4.3 - Maladies professionnelles hors tableau

Pour les pathologies potentiellement en lien avec le travail, mais sans tableau pour leur reconnaissance en MP, le code de la Sécurité Sociale article L461-1 alinéa 7 prévoit l'envoi de la déclaration à la CPAM. Cette dernière saisira également le CRRMP pour statuer sur le lien entre la pathologie et le caractère professionnel. La

reconnaissance nécessitera cette fois un lien direct et essentiel et seules les pathologies entraînant soit le décès ou une incapacité permanente prévisible supérieure ou égale à 25% seront concernées [38].

4.4 - Incapacité permanente et Indemnités

Si la maladie a été reconnue au titre professionnel, un taux d'incapacité permanent (IP) est défini par le médecin conseil sur la base de la pathologie, de son évolutivité, de sa localisation, etc...

En fonction du pourcentage d'IP l'indemnisation varie entre un capital ou une rente. Si le résultat est inférieur à 10% d'IP c'est un capital ; si le résultat est supérieur ou égal à 10% c'est une rente.

Le montant des indemnités varie selon le montant du salaire ou de la retraite perçue pondéré par le médecin conseil en fonction de l'avancée de la lésion et de la localisation.

La date de versement de la rente sera soit trimestrielle pour des IP de moins de 50% ou mensuelle si le taux d'IP est supérieur à 50%.

5 - Rationnel de l'étude

En augmentation continue, tant sur le plan de l'incidence que de la mortalité, les cancers cutanés constituent un enjeu de santé publique important.

La fraction attribuable d'une maladie correspond à la fraction estimée de tous les cas qui ne se seraient pas produits s'il n'y avait pas eu d'exposition [39].

Pour la partie professionnelle en France, une étude de 2015 a estimé pour le mélanome une FA de 0.02%, et ce uniquement pour les PCB. Les autres cancers cutanés ne bénéficient pas d'un calcul de la FA, de la même manière qu'ils ne sont pas consignés dans les registres de recueil de manière systématique. [40] . Au regard du nombre de salariés exposés aux RUV et de l'augmentation des cancers cutanés, l'origine professionnelle est probablement sous-estimée.

Le rapport d'activité de l'assurance maladie risques professionnels de 2021 calcule sur la période 2005-2020 : 39 carcinomes cutanés reconnus en première indemnisation de maladie professionnelle au titre du tableau 36 bis et 51 pour le tableau 16bis. Et le tableau 16bis du RG comptabilise 23,7% des cancers d'origine professionnelle entre 2016 et 2020 le classant 2ème hors amiante. Bien que datant de 2021, le décompte s'arrête à 2020. [41] Le rapport RNV3P de 2018 indiquait qu'entre 2012 et 2016, 3 cancers non-mélanocytaires avaient été reconnus par le CRRMP. [42]

Le rapport d'activité de l'assurance maladie recense également les pathologies reconnues par le CRRMP via l'alinéa 7 mais uniquement quantitativement et par grands appareils (ORL, pulmonaire, rénal, vésical, hématologique et autres). Sur les

137 dossiers reconnus en 2021, 23 étaient consignés dans autres, incluant donc les atteintes dermatologiques contre 13 en 2020. [41]

Cette sous-reconnaissance ne signifie pas nécessairement un refus important des dossiers par la CPAM, il peut s'agir d'un manque de sensibilisation des dermatologues ou des médecins généralistes à cette thématique, pour une population âgée n'ayant plus accès à la médecine du travail. Également des difficultés rencontrées pour la constitution des dossiers qui requièrent plusieurs documents différents.

Ce travail avait pour objectif principal de relever les facteurs de reconnaissance ou de non reconnaissance en maladie professionnelle de patients atteints de cancers cutanés. L'objectif secondaire était d'estimer un montant moyen d'indemnisation selon les pathologies ou facteurs de risques.

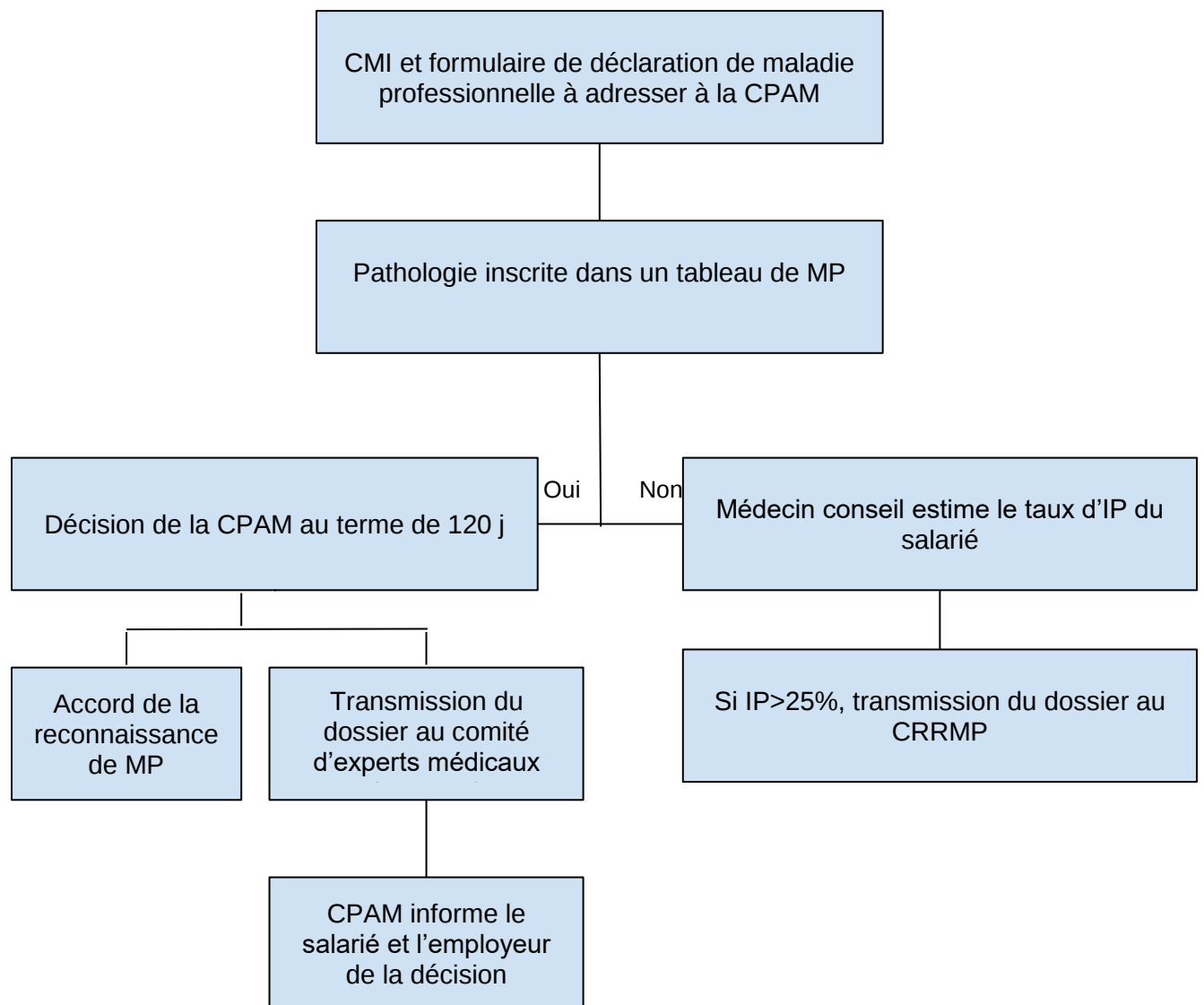


Figure 5 : Procédure de reconnaissance en maladie professionnelle

B - MATERIEL ET METHODE

Il s'agit ici d'une étude observationnelle descriptive monocentrique avec un recueil rétrospectif des données pour des patients présentant les facteurs de reconnaissance et de non reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de tumeurs cutanées reçus en consultation de pathologies professionnelles et environnementales du CHU de Lille.

1 - Population de l'étude

L'effectif présenté ici provient des consultations effectuées au sein du service de pathologies professionnelles et environnementales du CHU de Lille. Les patients sélectionnés avaient précédemment été reçus en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'onco-dermatologie avec remise d'un auto-questionnaire élaboré conjointement par le service de pathologie professionnelle et celui de dermatologie du CHU de Lille [43] évaluant le lien entre leur pathologie cutanée actuelle, et leurs expositions professionnelles. Suite à ce recueil systématique, les auto-questionnaires étaient récoltés puis analysés dans le service de pathologies professionnelles, et une consultation pouvait être proposée.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir répondu à l'auto-questionnaire lors de la RCP d'onco-dermatologie ;
- Avoir eu une consultation ou une téléconsultation dans le service de pathologies professionnelles et environnementales ;
- Avoir eu une proposition de déclaration en maladie professionnelle avec remise d'un Certificat Médical Initial (CMI).

- Avoir entrepris les démarches administratives de la DMP et obtenu une réponse de la CPAM.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patients n'ayant pas répondu à l'auto-questionnaire ou injoignables dans les suites pour le questionnaire semi-dirigé ;
- Les patients ayant bénéficiés d'une consultation en pathologie professionnelle mais pour lesquels l'on ne conseillait pas de déclaration en maladie professionnelle à cause de l'absence de lien entre leur pathologie et les facteurs de risques professionnels ou la présence de facteurs confondants extra-professionnels.
- Ne pas avoir entrepris les démarches administratives ou pour qui le dossier est en attente.

2 - Méthode de recueil des données

Le recueil des données s'est effectué pour les patients ayant répondu aux auto-questionnaires lors de la RCP d'onco-dermatologie. Ces auto-questionnaires ont été réceptionnés et analysés par le service de pathologie professionnelle et environnementale (*Annexe 7*).

Les patients pour qui un lien professionnel était suspecté ont ensuite été contactés par téléphone par le service de pathologie professionnelle et selon l'évaluation du lien professionnel faite à ce moment, une consultation leur était proposée.

Ceux avec un lien professionnel probable devaient détailler leur cursus professionnel et leurs expositions au travail lors de la consultation. On s'attachait également à savoir s'ils dépendaient d'un régime professionnel indemnisable, de recueillir les facteurs confondants comme les traitements immunosuppresseurs, les activités de loisirs, de quantifier les expositions solaires extra-professionnelle, les zones de villégiature estivale etc... Si le lien professionnel était prépondérant, ils étaient conseillés de faire une déclaration de reconnaissance en maladie professionnelle avec remise d'un certificat médical initial (CMI).

Les données recueillies étaient alors consignées dans la base de données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) et l'extraction s'est faite depuis cette dernière.

Les patients pour qui l'on avait conseillé une déclaration en maladie professionnelle (DMP) ont ensuite été rappelés à compter d'avril 2021, afin de savoir s'ils avaient entrepris les démarches d'une part, si cela avait été accepté d'autre part et enfin de recenser les hypothétiques difficultés rencontrées.

Cet entretien utilisait une trame prédéfinie comprenant plusieurs parties. La première partie concernait le patient et sa pathologie : (*Annexe 8*)

- reprenant l'identité du patient qui été anonymisée ;
- le(s) type(s) histologique(s) ;
- la localisation de la ou des pathologies ;
- la date du diagnostic ;
- la date de rédaction du CMI.

La partie professionnelle du questionnaire reprenait :

- le métier exposant retenu ;
- les expositions professionnelles connues pour être des cancérigènes cutanés avérés ;
- le tableaux sous lesquels la déclaration avait été faite ;
- la date de la déclaration faite par le patient, même approximative ;

La partie résultat du questionnaire reprenait :

- la réponse ou l'absence de réponse de la caisse ;
- la date de la réponse ;
- si la réponse est positive, pour quel tableau ou si passage au CRRMP, si un taux d'IP était défini et s'il y avait une indemnisation ;
- si la réponse était négative, pour quel tableau, et s'il y a eu un passage au CRRMP, et la raison du refus (si connue).

C - Résultats

1 - Effectif global et diagramme de flux

L'effectif de départ se détaille comme suit :

- La nombre de patients ayant rempli l'auto-questionnaire distribué lors des RCP d'onco-dermatologie du CHU de Lille, entre le 23/09/2019 et le 31/03/2023 était de 1603. (*Figure 6*)
- Dont 1224 qui ont été exclus après analyse de l'auto-questionnaire car il n'existait pas de concordance entre le type histologique, la localisation et les expositions professionnelles.
- Nous avons donc 379 patients pour qui un lien professionnel est suspecté après analyse de l'auto-questionnaire et doivent être recontactés par téléphone ;
- Quatre-vingt-sept patients ont été exclus lors de cet appel, soit devant des expositions évaluées comme trop faibles, soit des facteurs confondants importants, que ce soit des loisirs avec une exposition solaire importante, de l'entretien mécaniques personnels réguliers (moto-cross par exemple) ou l'utilisation régulière de cabine de RUV artificiels.
- Cent-soixante-treize patients n'ont pas répondu aux 3 relances téléphoniques suite à l'auto-questionnaire, ils n'ont donc pas été conseillés ou déconseillés pour une démarche de DMP ;
- Trente-neuf patient n'ont pas donnés suite à cet entretien, que ce soit par refus explicite et d'emblée (n=16) pour divers motifs (pas intéressés, perte de temps pour une finalité connue d'avance, en cours de traitement et pas la motivation) ou bien par une absence retour de la part de certains patients (n=23)

- Donc 80 patients ont été reçus en consultation et une DMP leur a été conseillée.
Pour ce faire, un CMI leur a été remis à ce moment-là, avec la démarche administrative à suivre leur permettant de réaliser la déclaration en maladie professionnelle auprès de leur caisse.

Notre effectif débute à ce stade, avec 80 patients conseillés initialement ainsi que la remise d'un CMI. Il se détaille comme suit :

- il y a 11 patients qui n'ont jamais répondu à nos relances téléphoniques ou n'ont pas envoyé de quelconques documents administratifs attestant d'un refus ou d'une reconnaissance en MP, ils sont donc considérés comme "perdu de vue" ;
- Soixante-neuf patients ont pu être contacté et nous fournir une réponse ;
- Onze d'entre eux n'ont finalement pas souhaité donner suite à la DMP après réflexion ;
- Dix autres n'ont débuté les démarches les démarches que récemment et n'ont donc pas encore de réponse de la CPAM ;
- Huit autres enfin sont en cours de constitution d'un dossier ou de relance suite à une absence de réponse ;
- Au final nous avons donc 40 patients qui ont obtenus une réponse de la CPAM.

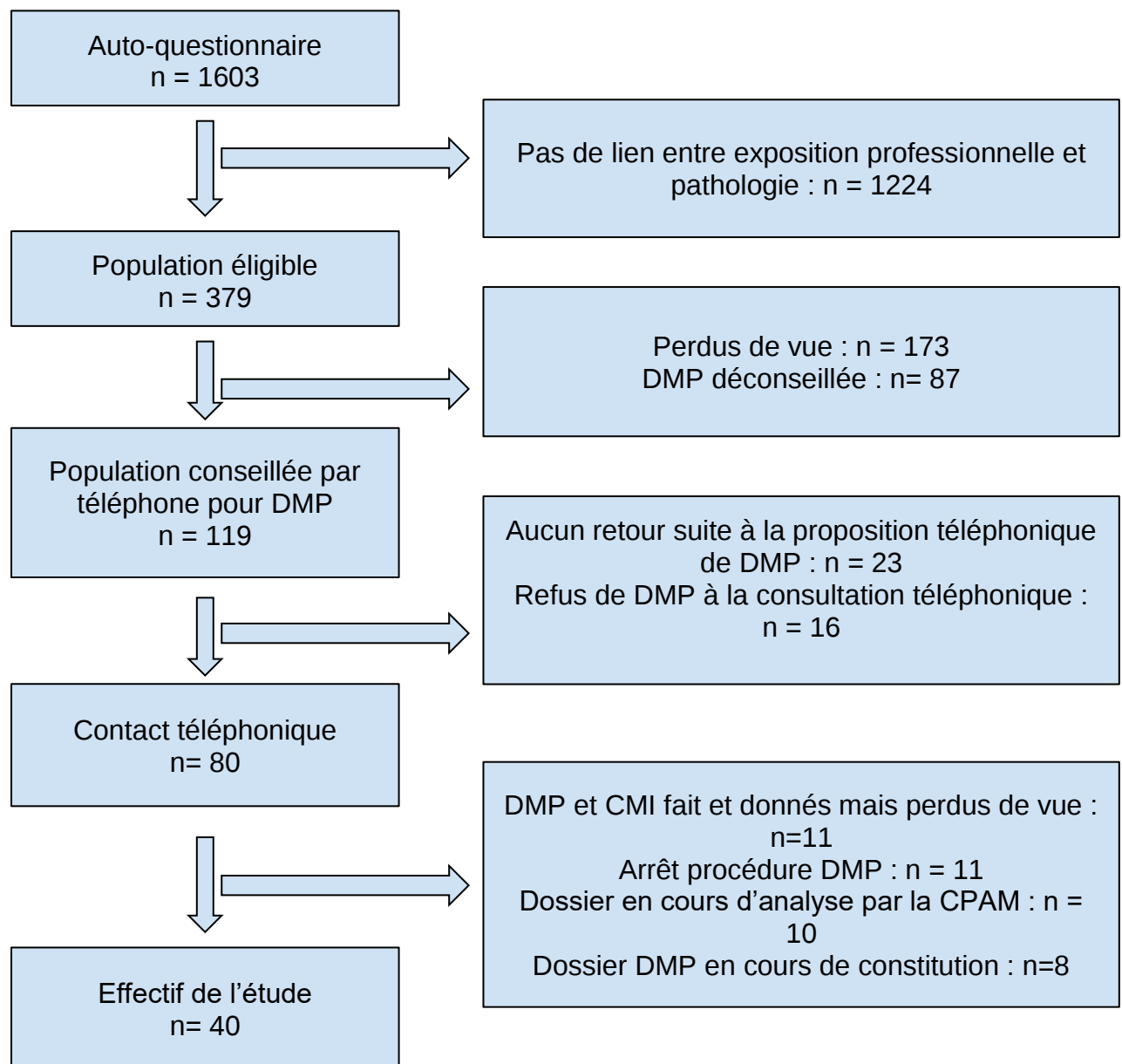


Figure 6 : Diagramme de flux

2 - Caractéristiques socio-économico-professionnels

L'effectif étudié est à majorité masculine avec 36 hommes (90%) pour 4 femmes (10%). L'âge moyen est de 70 ans avec un minimum de 36 ans et un maximum de 88 ans. (*Tableau 1*)

Les patients encore en activité sont au nombre de 7 (n=7, 17,5%), ceux à la retraite 31 (n=31, 77,5%) et le reste fluctue entre un décédé (n=1, 2,5%) et un en invalidité (n=1, 2,5%). (*Figure 7*)

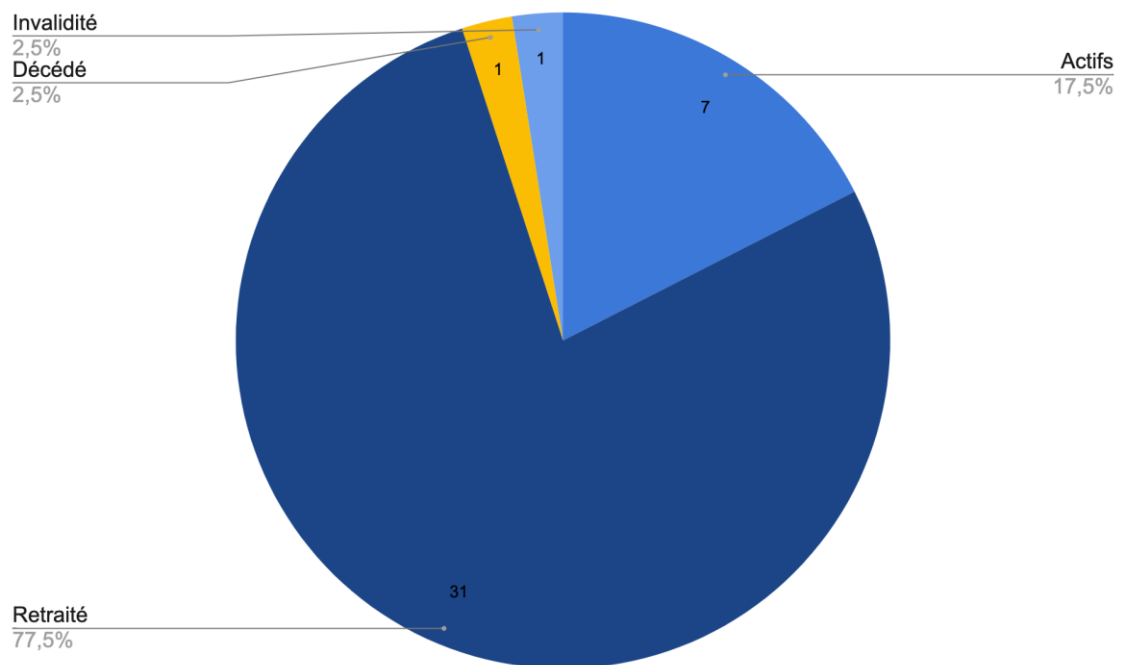


Figure 7 : Répartition des statuts travailleurs

Les métiers exercés sont multiples et plutôt variés, mais l'on retrouve néanmoins quelques grandes familles :

- Pour les huiles, les métiers de la métallurgie et de l'usinage des pièces métalliques (n=4) ; également des mécaniciens (n=5) et techniciens de maintenance ainsi que le milieu de la construction avec les huiles de décoffrage (n=5) des ensembles bétonnés.
- Les goudrons sont présents pour les métiers du TP (n=2) avec les revêtements routiers mais également les couvreurs-zingueurs (n=1) pour l'étanchéité.
- L'arsenic en milieu professionnel se retrouve principalement dans les produits phytosanitaires, les métiers impactés sont donc les agriculteurs (n=4) et les paysagistes (n=2).
- Le RI est présent pour une IDE en radiologie (n=1).
- Les RUV sont présents dans les domaines sus-cités en facteurs sur-exposants. On peut distinguer les UV artificiels pour la métallurgie avec les postes de soudeurs qui utilisent également des huiles de traitements des métaux (n=6), mais également les salariés du milieu de l'imprimerie (n=1). Les UV naturels concernent les secteurs d'activités ayant une activité en extérieur ou en déplacement. On peut noter les salariés du TP-voirie que ce soit de postes de la construction (n=4), ou bien de support comme des ingénieurs et des cadres (n=2), des agriculteurs (n=4), des paysagistes (n=2), des guides forestiers (n=1), des pilotes d'aéronef (n=1), des pêcheurs (n=1).

D'un point de vue des expositions, ces dernières sont variables et multiples en fonction des patients, de leur *Cursus Laboris*, ou des domaines d'activités dans lesquels ils ont exercé.

D'un point de vue quantitatif, l'exposition majoritaire est celle aux RUV avec les trois quarts (n=30, 75 %) de l'effectif. Les RUV naturels représentent 23 patients (57,5%), suivis par les huiles dérivées du pétrole avec 15 patients (37,5%). L'exposition aux RUV artificiels concerne 7 patients (17,5%), tout comme celle aux brais et goudron de houille avec 6 patients (15 %). L'exposition à l'arsenic concerne quant à lui 5 patients (12,5 %). Enfin l'exposition aux rayonnements ionisants (RI) concerne 1 seul patient (2,5 %). (Figure 8)

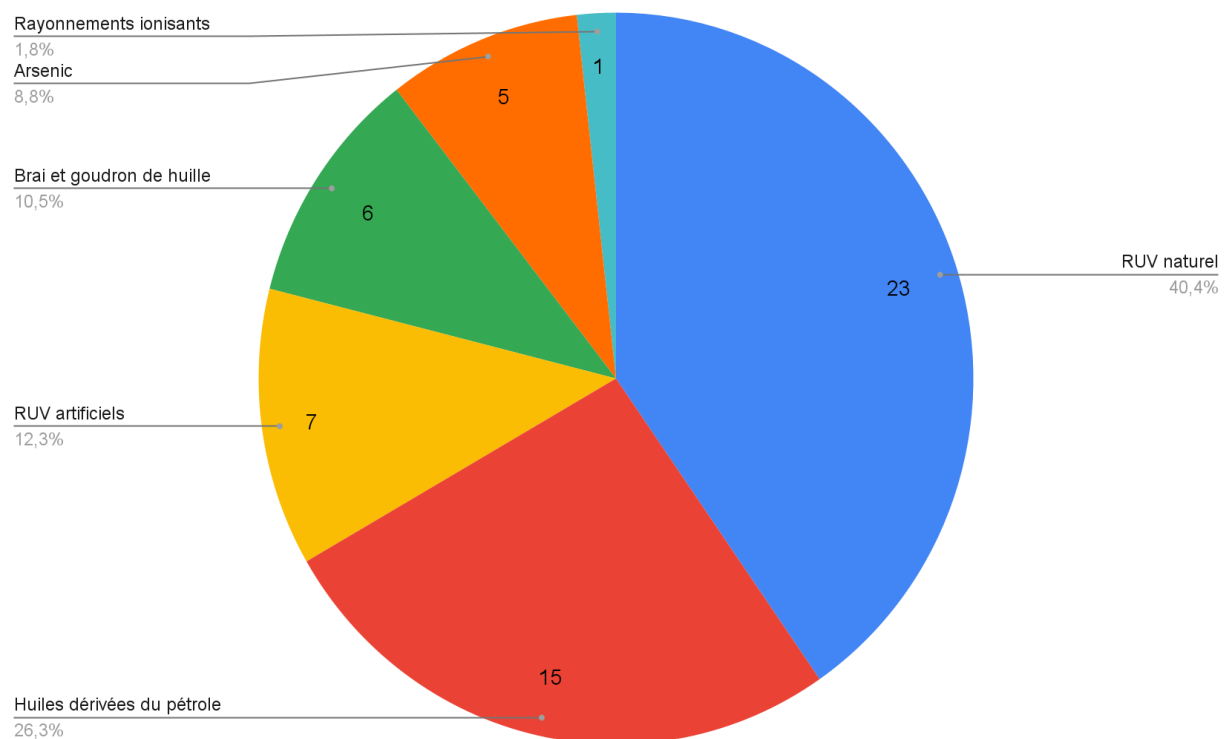


Figure 8 : Répartition de l'ensemble des expositions professionnelles

Certains travailleurs extérieurs notamment, ont parfois été exposés à plusieurs facteurs pouvant être en lien avec l'apparition de leur pathologie cutanée.

D'un point de vue des co-expositions :

- Goudrons : Tous les patients exposés aux goudrons (n=6), le sont également aux UV naturels, mais dans une moindre mesure à l'arsenic (n=2) et aux huiles (n=1).
- Arsenic : sur les 5 patients exposés à l'arsenic, tous le sont également aux UV naturels dont 1 aux goudrons.
- Huiles : sur les 15 patients exposés aux huiles, 9 patients ne le sont spécifiquement que pour les huiles ; 3 le sont aux UV naturels ; 3 le sont aux UV artificiels et 1 l'est au goudron.
- UV artificiels : sur les 7 patients exposés aux UV artificiels, 3 le sont également aux huiles pétrolières.
- UV naturels : sur les 23 patients exposés aux UV naturels, 11 ne le sont qu'aux UV naturels ; 3 le sont également aux UV artificiels ; 6 le sont également aux goudrons et 5 patients sont également exposés à l'arsenic.
- Rayonnements ionisants : pour le seul patient exposé aux RI, les facteurs d'exposition sont spécifiques et on ne retrouve pas de co-exposition.

3 - Type histologique et localisation

Pour l'ensemble de l'effectif, et par fréquence décroissante, le CBC est le plus fréquent des cancers avec 18 patients (45%), puis vient le CE avec 13 patients (32,5%) et enfin le mélanome avec 9 patients (22,5%). (*Tableau 1*)

Pour l'ensemble de l'effectif, la majorité des lésions (n=35, 87,5%) se situent au niveau tête et cou. La deuxième localisation la plus retrouvée est le membre supérieur pour 4 patients (10%). Enfin, le membre inférieur compte un seul patient (2,5%). (Tableau 1)

Les localisations histologiques sont assez constantes (Figure 9) :

- Pour le CBC : sur les 18 patients, tous sont situés au niveau de la tête et du cou, soit 100%
- Pour le CE : sur les 13 patients, 12 le sont au niveau de la tête et du cou (92%) et un sur le membre supérieur (8%)
- Pour le mélanome : sur les 9 patients, 5 le sont au niveau de la tête et du cou (55%), 3 le sont en regard des membres supérieurs (33%) et 1 sur le membre inférieur (12%)

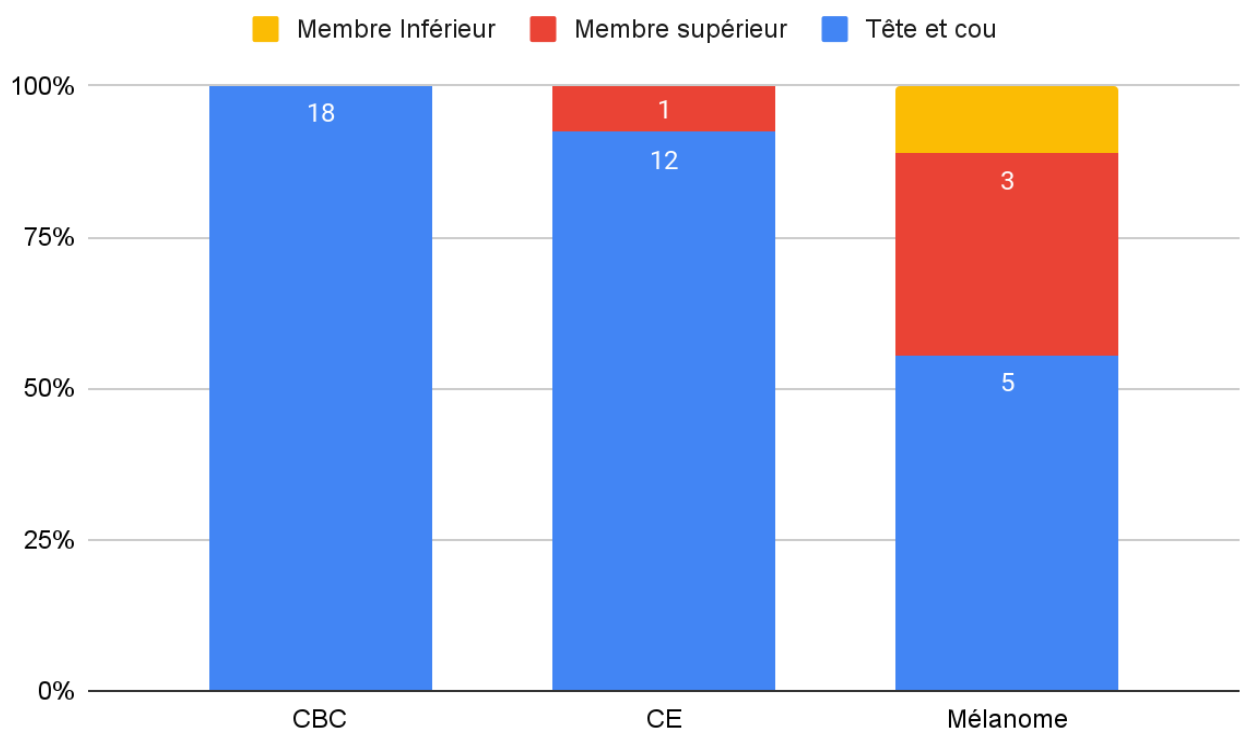


Figure 9 : Localisation des lésions en fonction du type histologique

	Patients	N=
	N	%
TOTAL	40	100
Sexe		
Homme	36	90%
Femme	4	10%
Âge		
Moyenne (min; max)	70	(36;88)
Activité professionnelle		
Retraités	31	77,5%
Actifs	7	17,5%
Invalidité	1	2,5%
Décédé	1	2,5%
Type histologie		
Carcinome basocellulaire	18	45%
Carcinome épidermoïde	13	32,5%
Mélanome	9	22,5%
Exposition professionnelle		
RUV naturels	23	57,5%
Huiles dérivées du pétrole	15	37,5%
RUV artificiels	7	17,5%
Brai et goudrons de houille	6	15%
Arsenic	5	12,5%
Rayonnements ionisants	1	2,5%
Localisation des lésions		
Tête et cou	35	87,5%
Membre supérieur	4	10%
Membre inférieur	1	2,5%

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économico-professionnelles

4 - Résultats des DMP

L'effectif analysé de cette étude est donc de 40 patients, qui ont obtenu une réponse à la suite de leur démarche de DMP. Les dates des consultations en pathologie professionnelle et donc de conseil de DMP, pour qui nous avons obtenu un retour, fluctuent sur ces 4 années avec la ventilation qui suit : 2019 (n=2), 2020 (n=8), 2021 (n=14), 2022 (n=5), 2023 (n=0). (Figure 10)

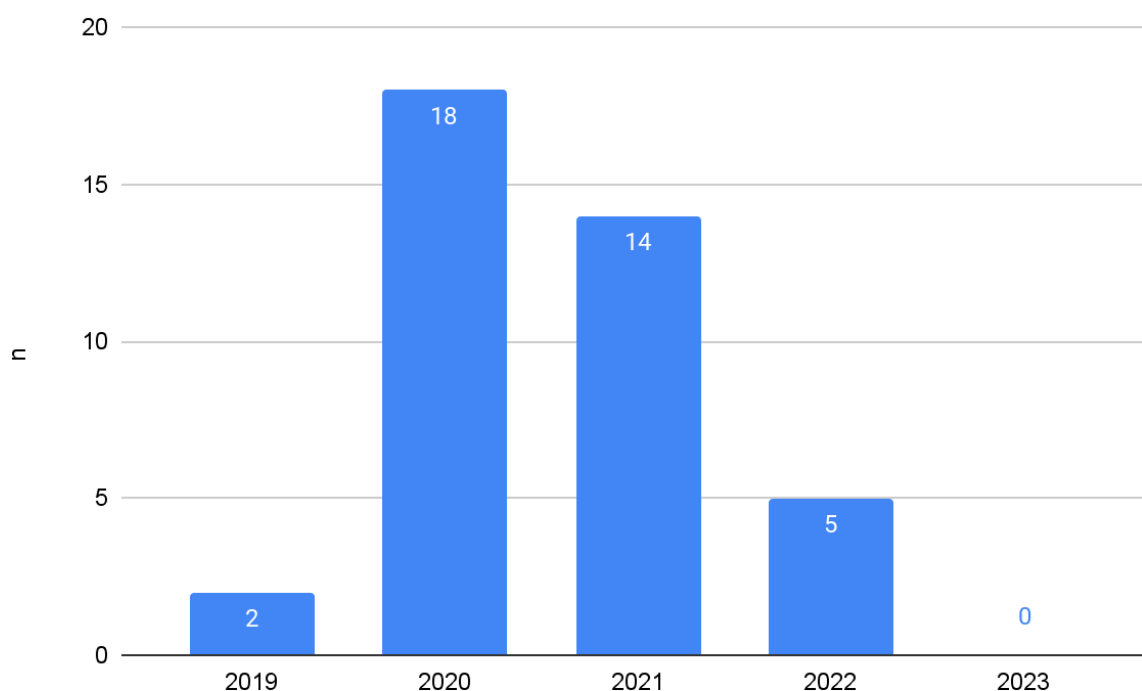


Figure 10 : Nombre de déclaration en maladie professionnelle en fonction des années

Les déclarations en maladie professionnelle sont faites pour une seule pathologie et un facteur de risque, en précisant dans le CMI quelle pathologie était retenue, quel était le facteur de risque principal, et pour quel tableau la reconnaissance devait se faire s'il en existait un.

La moyenne du délai de reconnaissance est de 12 mois pour les 22 patients avec une date connue, c'est-à-dire, un souvenir même approximatif à défaut d'un papier attestant la reconnaissance : 2020 (n=1) , 2021 (n=9), 2022 (n=7), 2023 (n=5). (Figure 11)

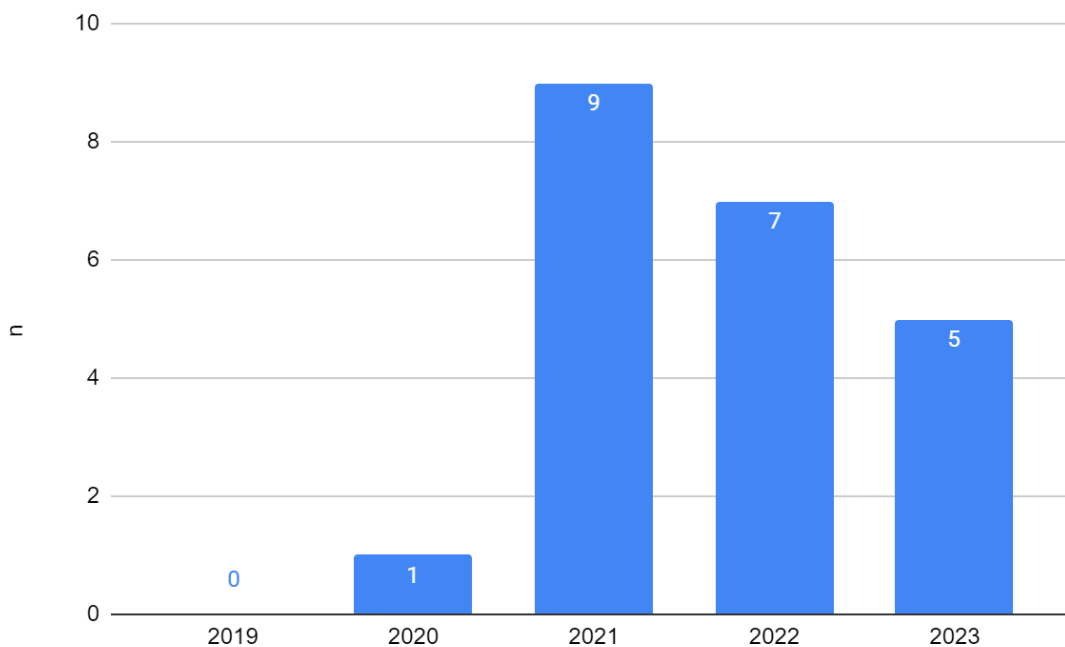


Figure 11: Nombre de reconnaissance en maladie professionnelle en fonction des années

Les DMP ont été réalisées pour 19 d'entre elles selon le régime des tableaux de maladies professionnelles :

- 14 selon le tableau RG 36 bis (Huiles dérivées du pétrole) (35%) ;
- 3 selon le tableau RG 16 bis (Brai et goudrons de houille) (7,5%) ;
- 2 selon le tableau RA 10 (Arsenic) (5%)

Pour 21 patients, la CPAM a dû saisir le CRRMP :

- 16 pour des UV naturels (40%) ;
- 4 pour des UV artificiels (10%) ;
- 1 pour des rayonnements ionisant (2,5%)

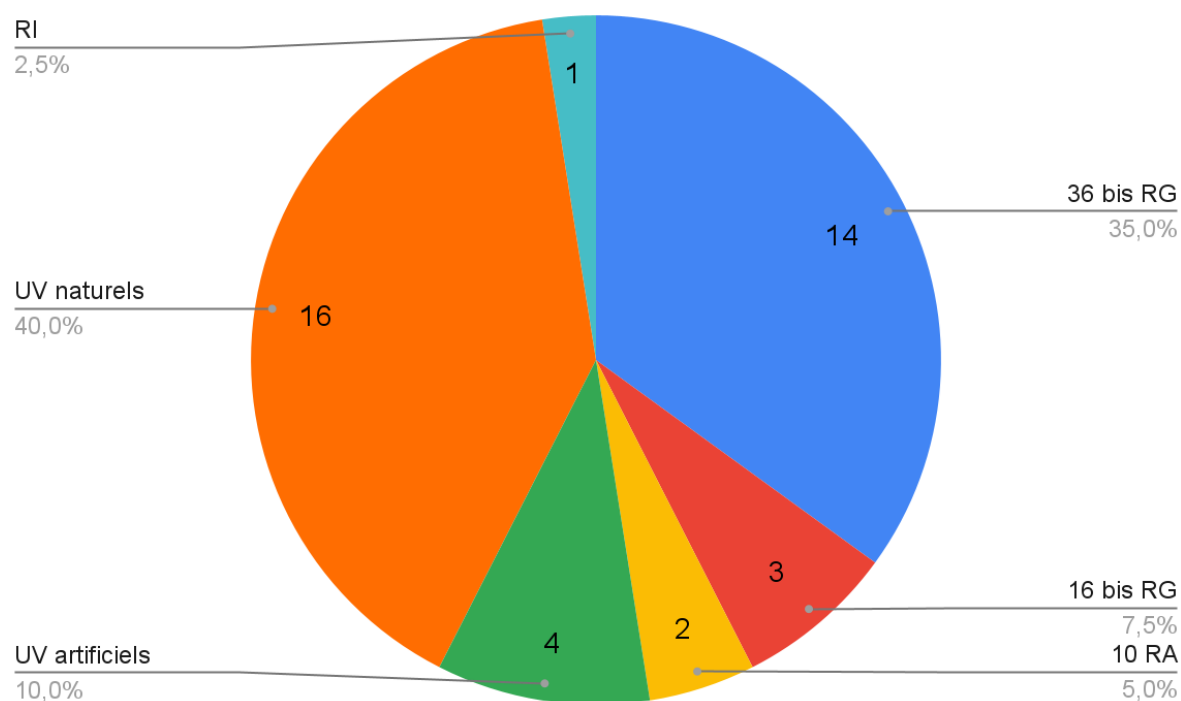


Figure 12 : Répartition des demandes de déclaration en MP en fonction des expositions professionnelles

Nous constatons que les patients pour lesquels il a été conseillé de réaliser une DMP l'ont été principalement pour des expositions aux RUV qui, UV artificiels et UV naturels confondus représentent 50% de l'effectif étudié. (Figure 12)

Sur ces 40 patients, 29 ont reçu un avis favorable à leur demande de reconnaissance en maladie professionnelle par la CPAM, soit 72,5%.

La demande de reconnaissance en maladie professionnelle a été refusée pour 11 patients, soit 27,5%. (Figure 13)

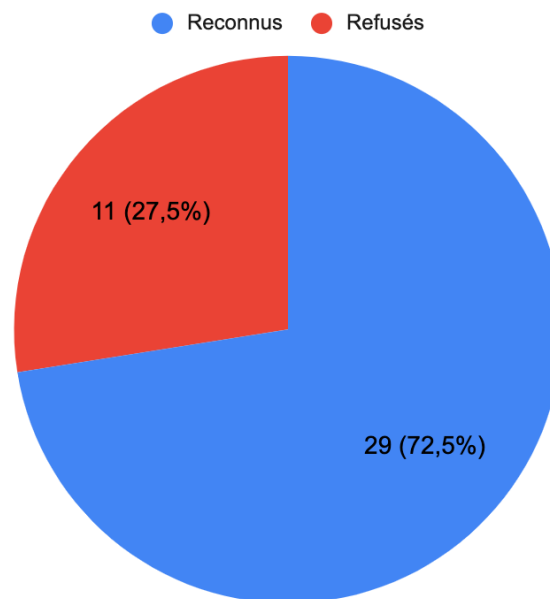


Figure 13 : Répartition des Maladies Professionnelles reconnues et non reconnues

4.1 - Maladies professionnelles reconnues

4.1.1 - Type histologique

Parmi les patients reconnus en MP, le type histologique le plus fréquent était le CE, avec un effectif de 13 patients sur 29, soit 45%. Le deuxième type histologique le plus retrouvé était le CBC avec 10 patients, soit 34,5%. Le troisième et dernier type était le mélanome avec 6 patients, soit 20,5%.

Sur l'ensemble des types histologiques, les CBC ont ainsi été reconnus dans 55% des cas, les CE dans 100% des cas et les mélanomes dans 66% des cas. (Figure 14)

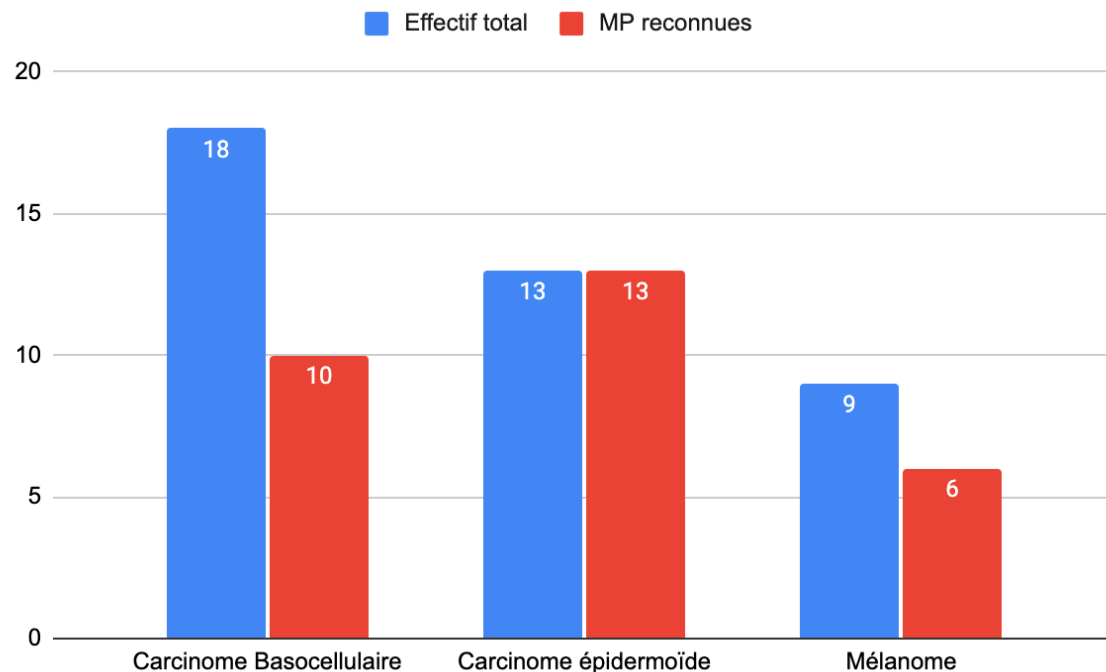


Figure 14 : Nombre de maladies Professionnelles reconnues en fonction de leur type histologique par rapport à l'effectif total

4.1.2 - Type d'exposition déclarée reconnue

Parmi ces 29 patients, les maladies professionnelles ont été reconnues selon l'exposition comme suit : (Figure 15)

- 13 le sont pour les huiles (44,8%)
- 9 le sont pour les UV artificiels (31,1%)
- 3 le sont pour les UV naturels (10,3%)
- 2 le sont pour l'arsenic (6,9%)
- 2 le sont pour les goudrons (6,9%)

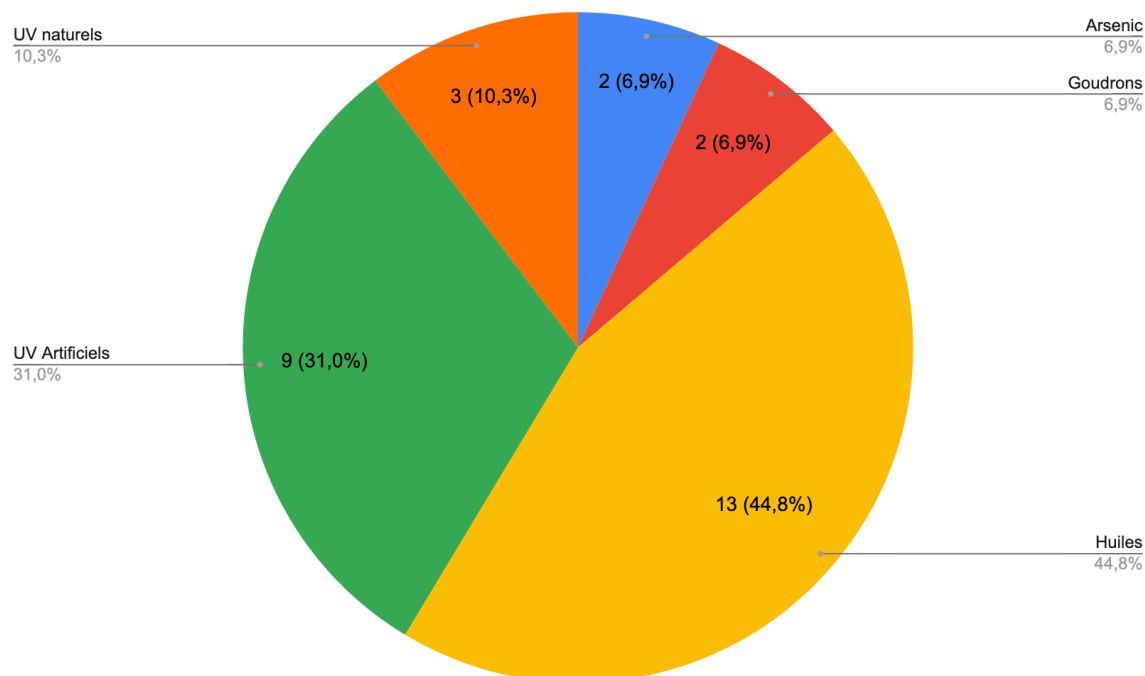


Figure 15 : : Répartition des Maladies Professionnelles reconnues en fonction de leur exposition

Sur ces patients reconnus, une majorité l'ont été au titre d'un tableau (n = 17, 58,6%), dont 13 (44,8%) au titre du tableau RG 36 bis (Huiles dérivées du pétrole).

Les maladies professionnelles hors tableau (n=12, 41%), ont été reconnues suite à la saisie du CRRMP. Elles comprennent 9 patients exposés aux UV naturels soit 31,1%, et 3 patients exposés aux UV artificiels soit 10,3%. (Figure 16)

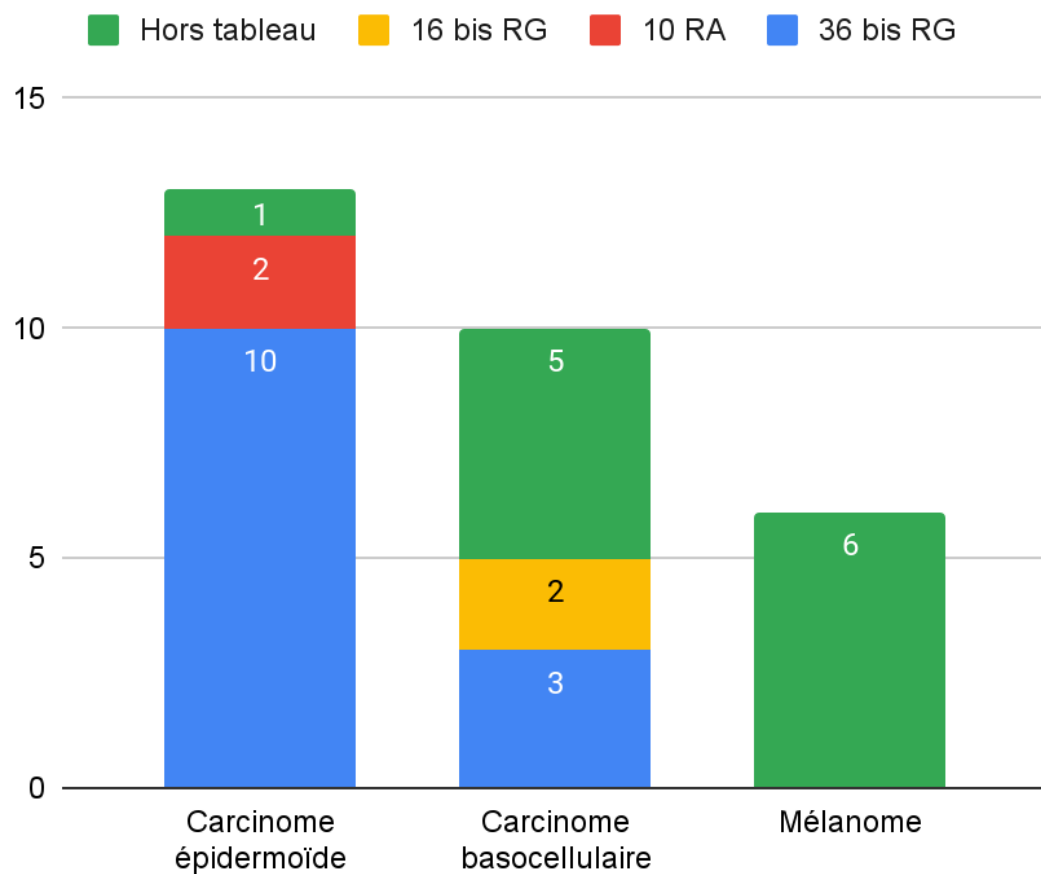


Figure 16 : Répartition de l'exposition professionnelle en fonction du type histologique pour les patients reconnus

4.2 - Maladies professionnelles refusées

4.2.1 - Type histologique

Parmi les 11 patients non reconnus pour une MP, 8 le sont pour un CBC soit 73% et 3 le sont pour un mélanome soit 27%. Aucun CE n'a été refusé. (Figure 17)

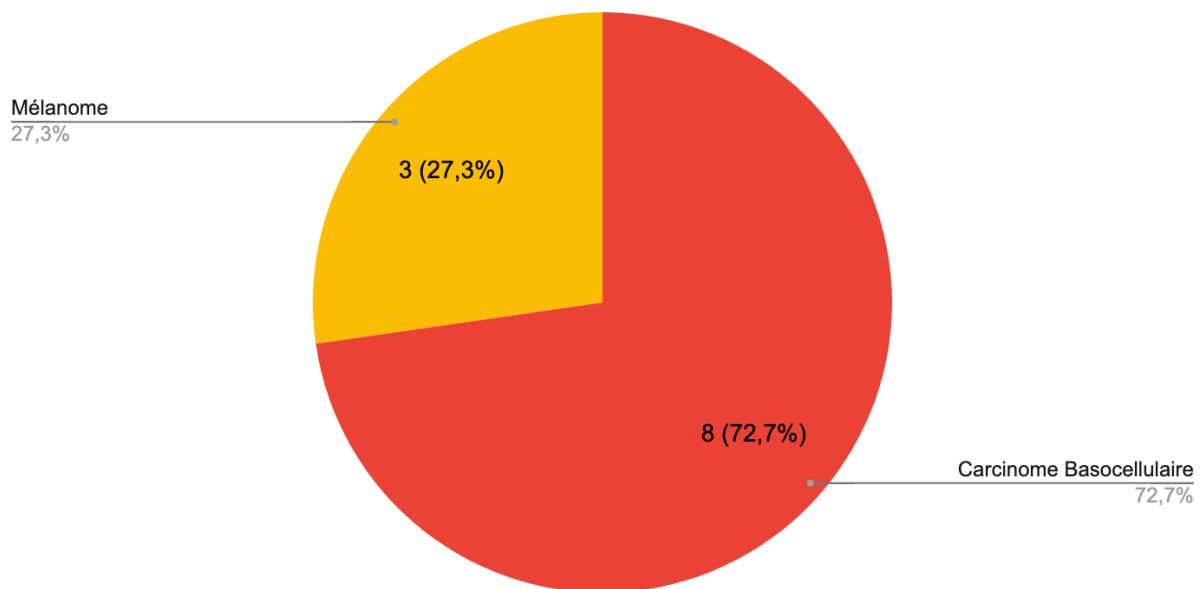


Figure 17 : Répartition des maladies professionnelles non reconnues en fonction de leur type histologique

4.2.2 - Type d'exposition déclarée refusée

Parmi les 11 patients ayant été informés d'un refus de leur déclaration en MP, 2 relevaient d'un tableau de MP, dont 1 pour le RG 36 bis (Huiles dérivées du pétrole) et 1 pour le RG 16 bis (Brai et goudrons de houille). Les refus ont été motivés respectivement par le CRRMP pour un délai de prise en charge dépassée pour une exposition aux huiles (36 ans au lieu de 30 ans), et l'autre pour une absence de lien

direct, très certainement en lien avec une durée d'exposition non suffisante pour ce patient au curriculum laboris fragmenté, pour une exposition aux goudrons. (Figure 18)

Quatre patients ont été récusés par le CRRMP devant une absence de lien direct et essentiel, pour des pathologies hors tableau (expositions aux RUV dont 3 pour les UV naturels, et 1 pour les UV artificiels).

Deux patients ont été récusés directement par leur caisse sans mention d'un passage en CRRMP ou en commission. Ces patients dépendaient pour l'un du régime des Pêches (ENIM) avec une exposition aux RUV naturels, et l'autre de la fonction publique hospitalière avec une exposition aux RI.

Enfin, 3 patients ont bien entrepris les démarches de DMP pour une exposition aux UV naturels, ont correctement rassemblés les documents, mais relevaient de caisses spécifiques, notamment de la fonction publique, et se sont vus récusés.

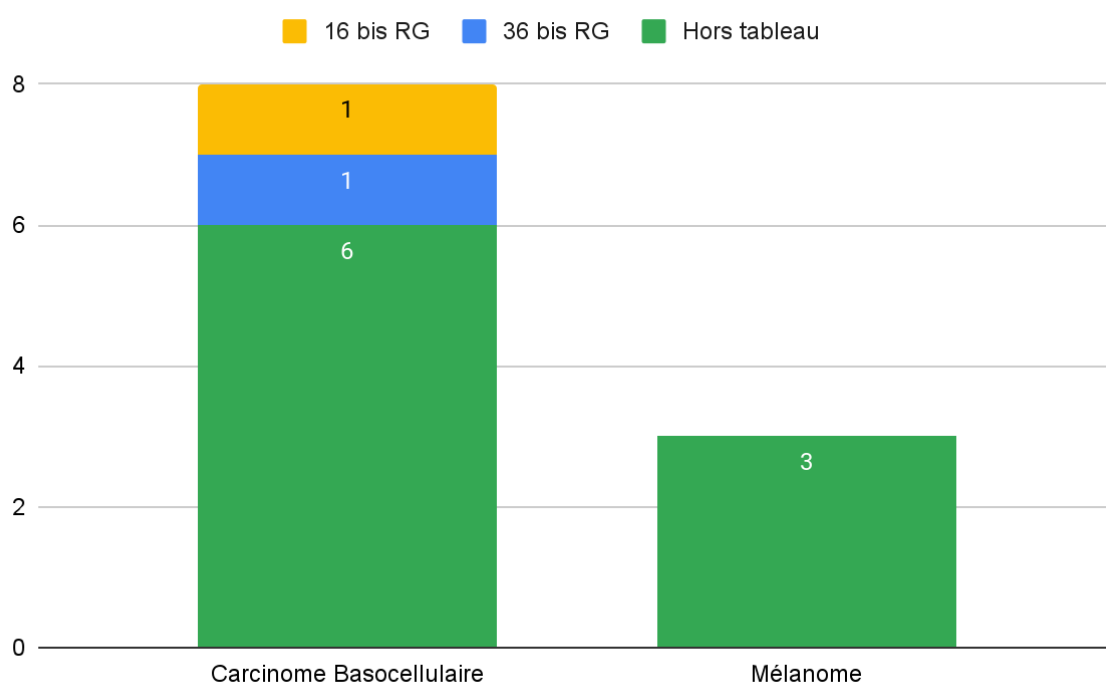


Figure 18 : Répartition de l'exposition professionnelle en fonction du type histologique pour les patients non reconnus

4.3 - Comparaison entre reconnus et refusés selon le type histologique

4.3.1 - Carcinome épidermoïde

L'ensemble des patients atteint d'un CE a été reconnu (n=13, 100%).

Sur ces 13 patients reconnus, un seul (8%) l'a été pour une reconnaissance hors tableau pour des RUV, 12 (92%) l'ont été via un tableau, dont 2 pour l'arsenic selon le RA 10, et 10 pour les huiles selon le RG 36 bis. (*Figure 19*)

4.3.2 - Carcinome basocellulaire

Parmi les 18 patients atteints d'un CBC, 10 ont été reconnus (55,5%) contre 8 patients refusés (44,5%).

Sur les 10 patients reconnus, 5 (n=5, 50%) l'ont été hors tableau via le CRRMP : 4 (n=4, 40%) sont reconnus pour les UV naturels et 1 (n=1, 10%) pour les UV artificiels. Les 5 autres patients répondaient aux critères d'un tableau, dont 3 pour le RG 36 bis (Huiles dérivées du pétrole) et 2 pour le 16 bis (Brai et goudrons de houille). (*Figure 19*)

4.3.3 - Mélanome

Parmi les 9 patients atteints d'un mélanome, tous ont profité d'un avis du CRRMP, et 6 d'entre eux (66%) ont été reconnus, contre 3 (33%) refusés.

Sur les 6 patients reconnus, tous l'ont été pour des RUV, dont 2 pour des UV artificiels et 4 pour des UV naturels. (*Figure 19*)

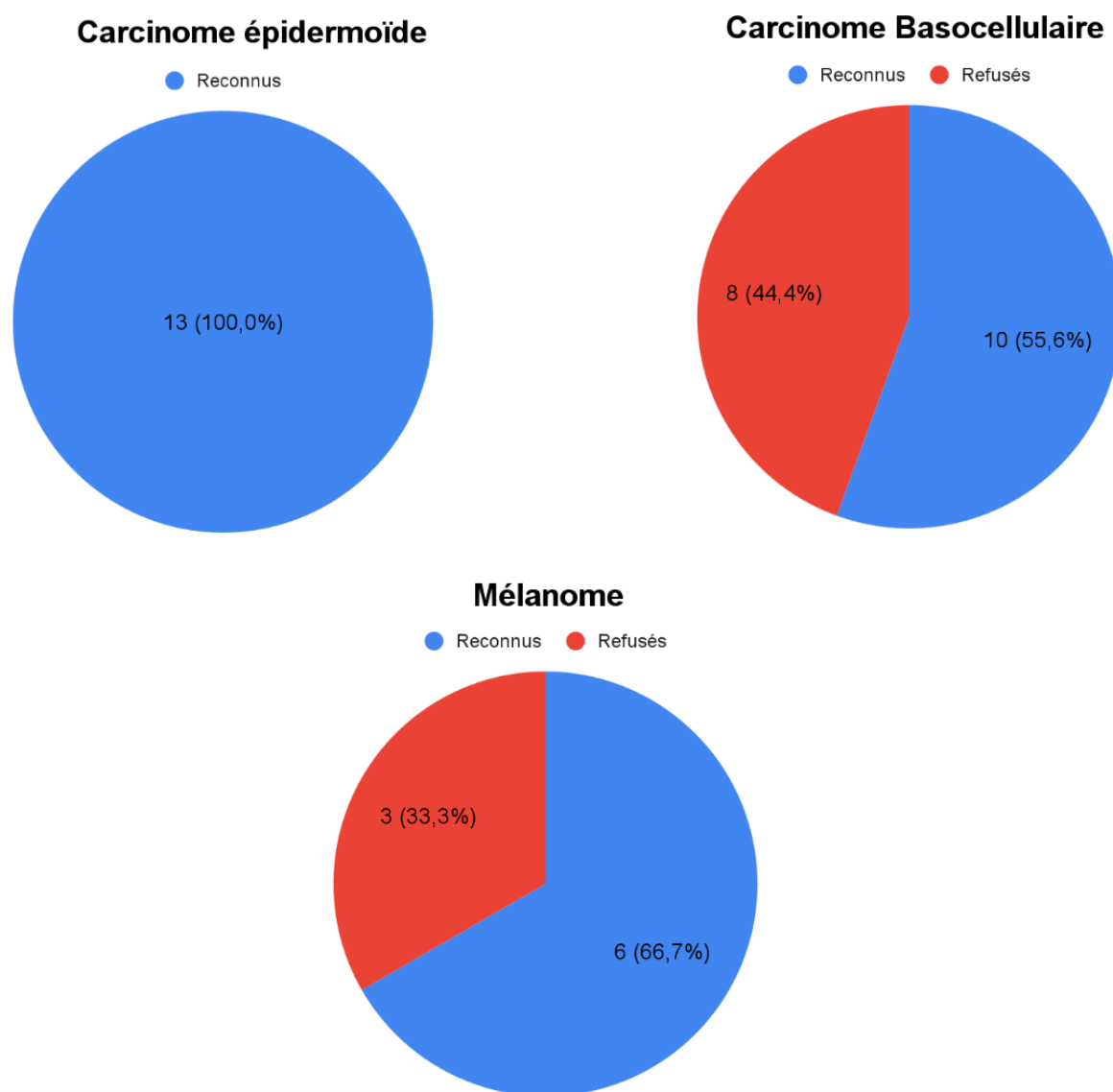


Figure 19 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues en fonction du type histologique

4.4 - Comparaison des maladies professionnelles reconnues et refusées en fonction des expositions

4.4.1 - Huiles

Parmi les 14 patients ayant déclarés une MP selon le tableau RG 36 bis (Huiles dérivées du pétrole), 13 (92%) ont été reconnus, et 1 (8%) s'est vu débouté par le CRRMP pour une demande de prise en charge supérieure à 30 ans. (Figure 20)

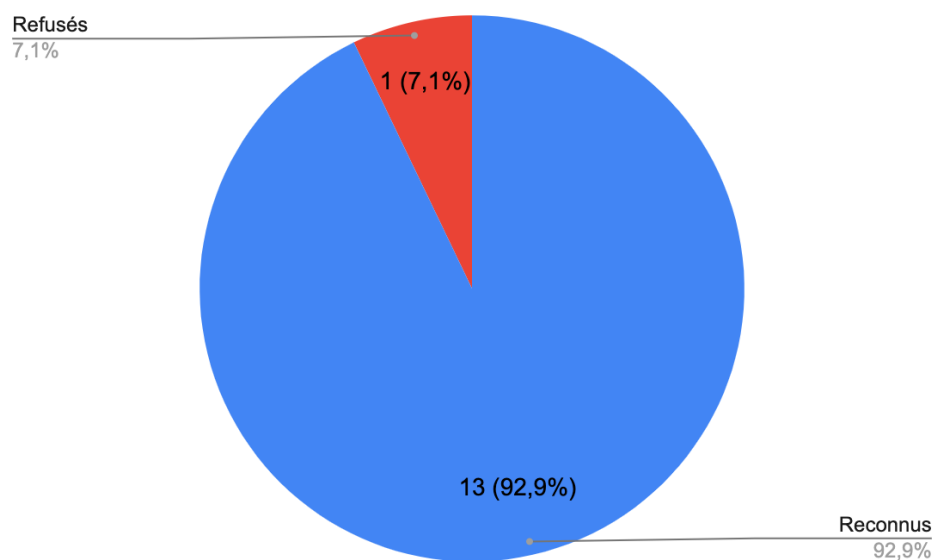


Figure 20 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux huiles

4.4.2 - Goudrons

Parmi les 3 patients ayant déclarés une MP selon le tableau RG16bis (brai et goudrons de houille), 2 (66%) ont été reconnus, et 1 (33%) s'est vu débouté par le CRRMP pour un délai de prise en charge dépassé. (Figure 21)

Goudrons

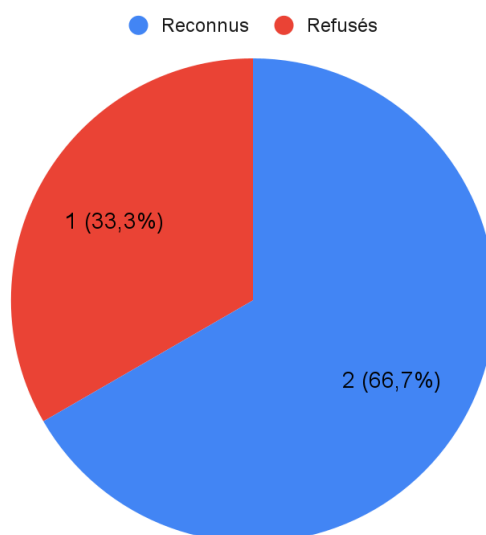


Figure 21 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux goudrons

4.4.3 - Arsenic

Parmi les 2 patients ayant déclaré une MP selon le tableau RA10 (Arsenic), les deux (100%) ont été reconnus en maladie professionnelle.

4.4.4 - UV naturels

Parmi les 16 patients ayant déclaré une MP hors tableau pour des RUV, et plus particulièrement des UV naturels, 9 (56%) ont été reconnus par le CRRMP et 7 (44%) ont été déboutés par le CRRMP. Néanmoins sur les 7 déboutés, 3 refus ont été motivés suite à des erreurs de démarches et d'adressage de leur demande à une mauvaise caisse. (Figure 22)

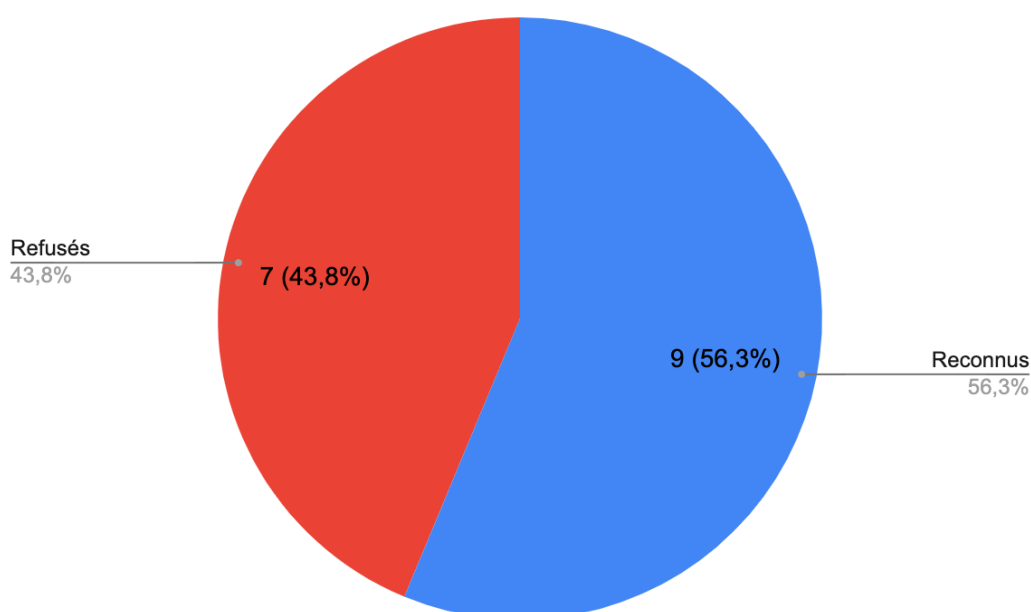


Figure 22 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux UV naturels

4.4.5 - UV artificiels

Parmi les 4 patients ayant déclaré une MP hors tableau pour les RUV et plus particulièrement des UV artificiels, 3 (75%) patients ont été reconnus par le CRRMP et un (25%) a été débouté pour une absence de lien direct et essentiel (exposition de 4 ans). (Figure 23)

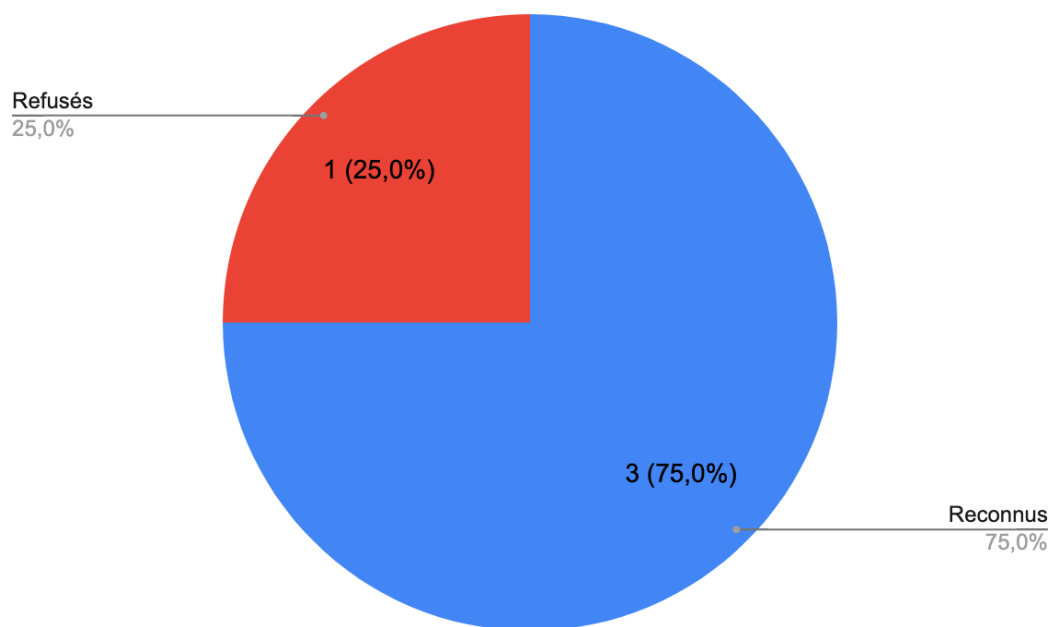


Figure 23 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues pour une exposition aux UV artificiels

4.4.6 - Rayonnements ionisants

La seule patiente ayant déclaré une MP hors tableau pour les RI s'est vue déboutée par sa caisse de la fonction publique hospitalière.

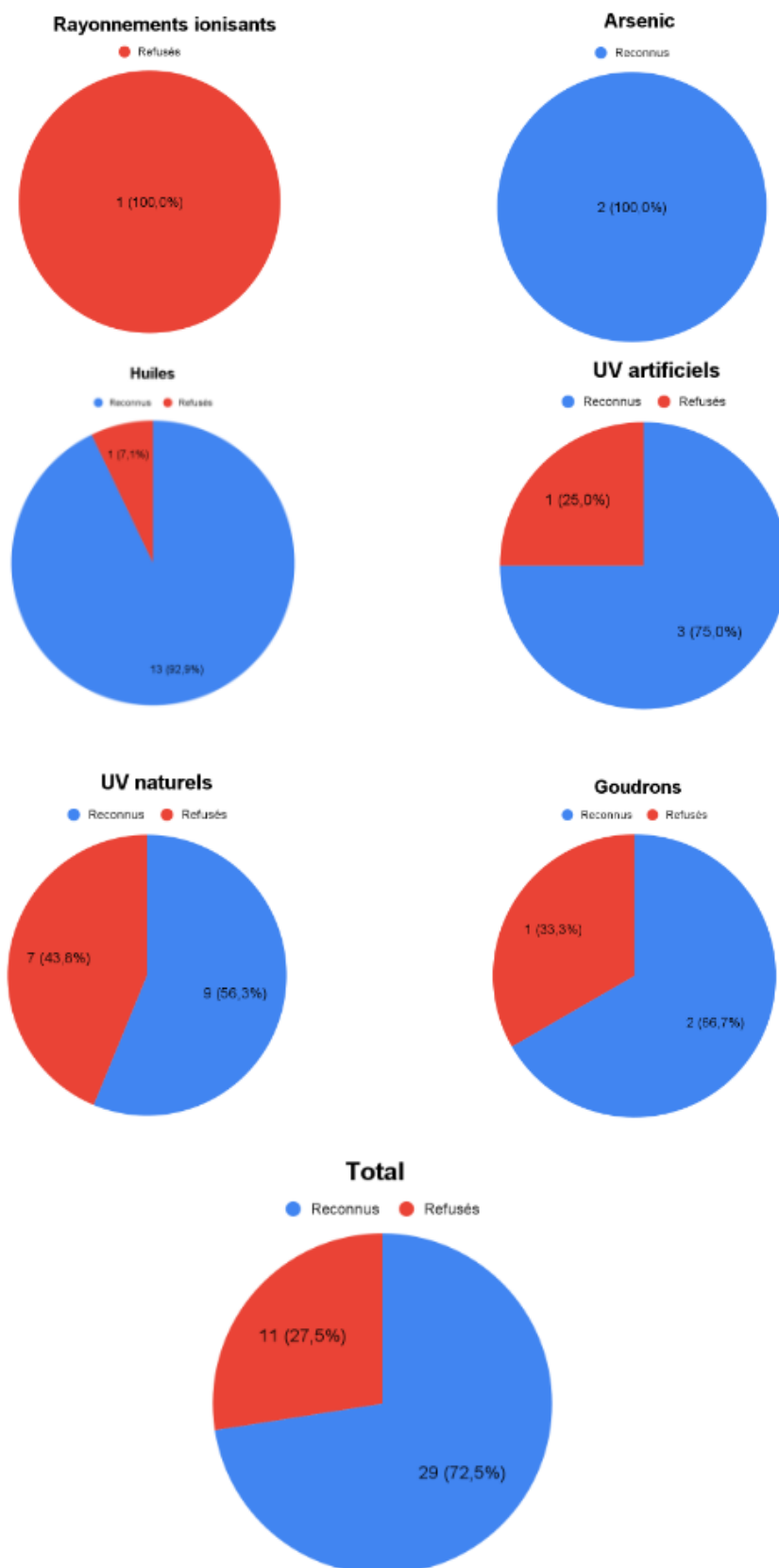


Figure 24 : Répartition des maladies professionnelles reconnues/non reconnues en fonction de l'exposition professionnelle

5 - Résultats des indemnisations

5.1 - Incapacité permanente et indemnisation

Parmi les 29 patients reconnus en MP, 12 (soit 41%) n'ont pas encore reçu de taux d'IP par la CPAM. (*Tableau 2*)

Sur les 17 patients ayant eu un retour, le taux d'IP était compris entre 2 et 100%.

Parmi ces 17 dossiers, 5 patients (17,2%) ont un taux inférieur à 10% les rendant éligibles à un capital :

- Parmi ces 4 patients, 1 n'a pas reçu d'indemnisation. Il est affilié à la caisse de la fonction publique, et l'indemnisation n'aurait pas eu lieu. En effet, après étude par une commission le seuil de 30% d'IP n'était pas atteint et n'ouvrait à priori pas les droits.
- Un second patient, membre de la fonction publique, a été reconnu mais son dossier est également dans les mains de cette commission pour statuer sur les indemnités.
- Deux patients sur les 5 éligibles a priori, ont donc pu percevoir leur capital. L'IP moyen était 4,5% (minimum 2% ; maximum 7%). Le montant moyen du capital était de 1740 euros (minimum 681 € ; maximum 2800 €).
- Le dernier patient s'est vu attribuer un taux d'IP de 6% mais perçoit une rente de 437 euros. Probablement lié à une seconde maladie professionnelle dont le cumul des IP dépasse 10%.

Concernant les 12 autres patients reconnus et ayant eu un retour, le taux d'IP était supérieur ou égal à 10%. La moyenne de l'IP était de 35% (minimum 10% ; maximum 100%) pour 9 d'entre eux sur les 12. Ce chiffre de 100% concerne un patient

présentant 3 lésions du même type histologique (CE) sur la partie céphalique non métastatique mais avec des rechutes fréquentes. Trois patients n'avaient pas souvenir du taux attribué, ni de documents conservés à proximité, mais étaient éligibles à une rente. Le montant moyen de la rente trimestrielle perçue pour les 11 patients avec un taux d'IP au moins égal à 10% est de 1 773 euros (minimum 240 € ; maximum 4 746 €). A noter, qu'un patient avait un taux de 6% d'IP mais percevait une rente.

Cette différence entre 9 patients avec des IP et 11 patients avec une rente réside dans l'oubli par 3 patients de leur taux d'IP et au contraire un des reconnus avec une IP de 50% attend le montant de ses indemnités. (*Tableau 2*)

	Taux IP	Capital		Rente			
	N	N total	Moyenne (€)	Taux IP connu (n)	Moyenne taux IP (%)	Montant connu (n)	Moyenne (€)
Pas de taux IP	12	—	—	—	—	—	—
Taux IP < 10%	5	2	1 740 €				
Taux IP ≥ 10%	12			9	35 %	11	1 773 €

Tableau 2 : Répartition des moyennes de capital et de rente connues en fonction du taux d'IP connu

5.2 - Indemnisation selon le type histologique

5.2.1 - Carcinome épidermoïde

La moyenne du taux d'IP pour les 5 patients avec un taux connu est de 36 %.

Parmi les 13 patients atteints d'un CE et reconnus en MP :

- Cinq sont en attente d'un taux d'IP par le médecin conseil ;
- Un s'est vu accorder un taux de 6% avec une rente de 437 €

- Les 7 autres ont été reconnus avec un taux supérieur ou égal à 10% soit une rente accordée.

La moyenne des IP était de 42% (min 10% ; max 100%). La moyenne de la rente trimestrielle était de 2 355 € (min 240 € ; max 4 746 €).

5.2.2 - Carcinome basocellulaire

La moyenne des IP pour les 5 patients avec un taux connus est de 14,2%

Parmi les 10 patients atteints d'un CBC et reconnus en MP :

- Quatre sont en attente d'un taux d'IP par le médecin conseil ;
- Trois patients ont obtenu un taux d'IP inférieur à 10% et perçoivent ou percevront un capital (un dossier est en cours d'examen par une commission de la fonction publique) ;
- Trois patients ont obtenu un taux d'IP supérieur à 10% (dont un d'entre eux ne se souvient plus du taux et un autre est en attente du montant accordé).

La moyenne du taux d'IP des 3 patients éligibles à un capital est de 3,6% (minimum 2% ; maximum 7%). Le montant moyen du capital était de 1740 € (minimum 681 € ; maximum 2800 €).

La moyenne du taux d'IP des 2 patients éligibles à une rente trimestrielle, et pour qui nous connaissons les taux, est de 30% (min 10% ; max 50%). Le montant moyen de la rente est de 790 € (min 380 € ; max 1 200 €).

5.2.3 - Mélanome

La moyenne des IP pour les 2 patients avec un taux connus est de 24%. (*Tableau 3*)

Parmi les 6 patients atteints d'un mélanome et reconnus en MP :

- Trois sont en attente d'un taux d'IP par le médecin conseil ;
- Un patient a été reconnu avec un taux d'IP de 5%, mais sans indemnité car n'atteignant pas le seuil des 30% de la fonction publique ouvrant droit à une indemnisation ;
- Deux patients ont été reconnus avec un taux d'IP supérieur ou égal à 10%. La moyenne de l'IP est de 24% (min 15% ; max 33%). Le montant moyen de la rente associée est de 717 € (min 700 € ; max 735 €).

	Carcinome épidermoïde	Carcinome basocellulaire	Mélanome
Taux d'IP moyen (%)	36 %	14,2 %	17,7 %
Montant moyen du capital (€)	—	1 740 €	—
Montant moyen de la rente (€)	2 115 €	790 €	718 €

Tableau 3 : Taux moyen des IP, rente et capital en fonction du type histologique

D- Discussion

1 - Représentativité de l'étude

La population de départ était constituée des patients présentant un cancer cutané pris en charge en RCP d'onco-dermatologie, et ayant répondu à l'auto-questionnaire (n=1603).

Les critères de sélection de notre effectif d'étude étaient une réponse à l'auto-questionnaire de RCP d'onco-dermatologie analysé par le service de pathologies professionnelles du CHU de Lille, et pour qui la DMP conseillée avait pu aboutir à une réponse de la part de la CPAM. Sur la base de ces critères, 119 patients étaient éligibles à une déclaration de maladie professionnelle, soit 7,4 % de ceux ayant répondu au questionnaire.

Cependant, de par la motivation intrinsèque personnelle, les capacités de compréhension et d'autonomisation des patients, la lenteur et la difficulté de constitution des dossiers ou de temps de traitement par l'administration, le nombre de patient n'ayant pas entrepris les démarches malgré les conseils donnés étaient de 50 (42%) ; ceux ayant entrepris les démarches de DMP et ayant abouti à une réponse (positive comme négative) était de 40 (soit 33%). Ce chiffre pourra être revu à la hausse, puisqu'au moment de notre étude 18 dossiers supplémentaires étaient en cours de constitution ou de traitement.

Le nombre de patients reconnus en MP étant de 29 patients, nous avons donc un taux de reconnaissance de 1,8% par rapport à la population initiale (n=1 603) et de 24% par rapport à la population conseillée pour une DMP (n= 119). Ce taux n'est pas définitif puisque l'étude comprend le recueil des auto-questionnaires jusqu'au 31 mars

2023, alors qu'on s'aperçoit que la date de la dernière reconnaissance, positive comme négative, remonte à septembre 2022, soit quasiment 6 mois auparavant et que la moyenne de reconnaissance toute pathologie confondue est de 12 mois. Le taux de patients effectivement reconnus pourra donc être corrigé et amélioré rétrospectivement lorsque les DMP seront traitées.

La proportion des patients identifiés comme éligibles à une demande de reconnaissance en maladie professionnelle pourrait paraître faible, cependant on peut apporter quelques éléments explicatifs :

- Les auto-questionnaires initiaux sont distribués à titre systématique, ciblant tous les patients atteints d'un cancer cutané, dont le dossier a été discuté en RCP d'onco-dermatologie au CHU de Lille. Il n'y a pas de pré-sélection des patients en fonction de leur cursus et activité professionnelle, des facteurs de risques professionnels connus comme étant cancérigènes cutanés, ni des facteurs confondants et expositions extra-professionnelles, ou encore du type histologique des cancers plus rares comme une maladie de Merkel, de Darrier-Ferrand ou encore un fibroxanthome atypique, etc...
- Parmi les 1 603 patients ayant répondu à l'auto-questionnaire (*Figure 6*), et après l'analyse de leurs réponses, seuls 379 d'entre eux avaient un lien possible entre leur pathologie et les risques professionnels. Ces derniers ont été contactés par téléphone, avec des réussites variables, et sans succès pour 173 d'entre eux (soit 45% d'échecs, classés en perdu de vue). Ils n'ont pu, par conséquent, avoir d'évaluation précise de leurs expositions professionnelles.

- Sur les 206 patients contactés, pour 119 d'entre eux, une DMP leur était conseillée, soit un taux de conseil de 57,7%.
- Sur les 119 patients réellement éligibles pour lesquels nous avons eu une réponse, 23 ont été informés par écrit, après un entretien téléphonique, qu'il existait un lien probable entre l'apparition de leur pathologie dermatologique et leur exposition professionnelle. Ils avaient alors la possibilité d'un recours à une consultation dans le service de pathologies professionnelles du CHU de Lille mais n'ont pas donné suite. On ne peut pas affirmer pour cette population qu'aucune démarche n'ait été entreprise : la rédaction du CMI a pu être réalisée par un autre praticien spécialiste hors CHU, ou le médecin traitant.
- Après le contact téléphonique ou la consultation de pathologies professionnelles, 16 patients ont refusé la DMP, puis 11 autres ont abandonné au cours de la procédure. Les raisons des abandons sont multiples selon les patients mais avec de grandes familles :

Le défaitisme "ah quoi ça va bien pouvoir servir" ; "oh vous savez à mon âge, j'ai bien vécu" ; "oui vous conseillez ça, mais c'est le pot de terre contre le pot de fer" ; "les papiers vous savez, en plus tout est sur internet maintenant".

Le loyalisme : "non, l'employeur me donnait les gants, je les mettais pas, c'est de ma faute, pas la sienne" ; "il me disait qu'il fallait pas faire comme ça, mais c'était plus pratique, plus rapide".

L'égo : "non non non, j'suis pas un assisté moi, j'ai pas besoin de vos indemnités là" ; "non merci monsieur, je suis en rémission, âgé et avec

assez d'argent pour vivre correctement, je ne ferai pas les démarches dans mon cas" ; " non on ne se protégeait pas, les manches longues et la crème solaire, c'était mal vu par les collègues, c'était des trucs de femmes ça les crèmes"

- Lors des appels, 10 patients avaient été conseillés pour une DMP, et étaient d'accord pour les démarches mais n'ont pas entrepris lesdites démarches, principalement pour des raisons administratives. En effet, les DMP nécessitent de rassembler plusieurs documents spécifiques, aux bonnes dates, d'imprimer ou récupérer un questionnaire de déclaration en maladie professionnelle, de l'envoyer à la bonne caisse de sécurité sociale, de devoir fournir des éléments complémentaires qui souvent sont difficilement trouvables par les patients.

"oui, oui, je suis bien d'accord de le faire, mais c'est quels papiers déjà qu'il faut ?" ; "on m'a dit de trouver un questionnaire, mais avec la fermeture des services publiques, maintenant c'est sur l'internet, mais à 78 ans j'y connais rien moi ! pis les enfants sont loin maintenant..." ; "comment ça c'était à moi d'envoyer les papelards ? C'était pas Marcant qui s'en occupait ?! j'ai encore rien compris moi..." ; "oui j'ai envoyé, mais aucune réponse, pis ca fait bien un an maintenant [après conseil de les appeler pour en savoir plus sur le dossier] ben figurez-vous qu'il manque un papier, mais ils m'ont rien dit, ca pourrit là-bas ! Vous pouvez pas m'en refaire un à tout hasard ?" ; "ouais j'ai envoyé, puis ils m'ont demandé mes fiches de payes, sauf qu'avec le divorce, l'autre elle a tout brûlé, j'ai plus grand chose, j'suis allé voir mon ex-employeur ensuite,

qui n'a plus rien non plus, comme par hasard....enfin bref, j'en reste là, allez au revoir et merci, hein !”

- La fréquence des patients pour qui l'absence de consolidation de la pathologie bloque l'attribution des indemnités, 9 patients sur l'ensemble des reconnus (n=9, 31%) :

“ben écoutez, oui j'ai bien été reconnu, mais depuis, ben rien” ; “on m'avait parlé d'argent si j'étais reconnu à l'époque, c'était encore un truc d'accroche ça, parce que depuis l'temps, y a rien du tout” ; “on dirait que j'y ai pas eu droit au final, parce que j'ai bien été reconnu oui, mais rien du tout depuis, donc je me suis dit que c'était pas indemnisable en fait selon le comité, là”

Nous avons donc des patients qui, bien que potentiellement éligibles ne donnent pas suite aux démarches, soit en raison de difficultés administratives et manque d'accompagnement, soit par fidélité envers l'employeur, le défaut volontaire de protection, le destin, le fatum d'être malade, mais aussi le fait d'être malade. En effet, les auto-questionnaires se font en RCP pour des patients bien souvent avec des maladies actives et en cours de traitement. Entreprendre ces démarches chronophages et qui demandent de l'organisation et de la concentration, alors que les cures de chimiothérapie sont encore en cours, n'est peut-être pas la priorité de nombreux patients, qui par conséquent ne donnent pas suite aux démarches.

2 - Caractérisation et évolution de l'effectif

Il existe une fluctuation importante du nombre de DMP en fonction des années. Notre étude débute en 2019, date à laquelle les auto-questionnaires ont été mis en place. Les premiers ont été distribués en septembre 2019 mais les premières DMP n'ont été faites que fin novembre 2019. En 2022 comparativement aux années précédentes, le nombre d'auto-questionnaires et par conséquent le nombre de DMP n'est pas forcément plus faible : la baisse du nombre de dossiers de DMP peut s'expliquer par la lenteur de constitution des dossiers par les patients éligibles, et la lenteur de traitement des dossiers par l'administration. On comptabilise ainsi en 2022, 6 dossiers en attente ou en cours de constitution pour la fin d'année 2022, soit 11 dossiers au total (5 dossiers avec une notification pour leur MP et 6 en attente de réponse). De même, un changement d'équipe médicale au cours de l'année 2022 peut expliquer cette différence, tout comme une moindre corrélation entre pathologies présentées et facteurs de risques professionnels. Il en est de même pour l'année 2023, et ce jusqu'au 31/03/2023, 6 dossiers ont été conseillés en DMP mais sont en cours de traitement, ou en cours de préparation, ou encore aucune réponse de reconnaissance ou de non reconnaissance ne nous est parvenue. A noter que depuis le 31/03 et jusqu'au 31/07, deux dossiers sont en cours de constitution.

Enfin, 3 déclarations de maladie professionnelle ont été refusées initialement, non pas pour des critères clinico-professionnels mais pour des erreurs d'adressage de dossier à la mauvaise caisse. Ces dossiers sont actuellement repris en charge par le service de pathologie professionnelle pour les réadresser à la caisse concernée. Cette aide est proposée par l'infirmière du service, accompagnant les patients dans les

démarches, et les aidant dans la constitution de leur dossier, le bon adressage et leur suivi au cours de la procédure.

3 - Répartition des histologies

Sur les 40 cancers cutanés présents dans notre échantillon, nous avons une répartition histologique comme suit : 18 CBC (45%), 13 CE (32,5%) et 9 mélanomes (22,5%). Si l'on compare ces proportions retrouvées aux cancers recueillis dans l'auto-questionnaire lors de la RCP d'onco-dermatologie (972 cancers des 3 types histologiques étudiés), la proportion de cancers diffère peu par rapport au nombre de dossiers de notre échantillon conseillés pour réaliser une DMP. En effet, le taux de CBC est quasi stable à 40% mais on note une différence pour les CE et mélanome. Entre ces deux effectifs, on s'aperçoit d'une hausse du nombre de CE (de 24 à 32,5%) et une baisse du nombre de mélanomes (35 à 22,5%).

Cette différence entre la répartition des types histologiques des auto-questionnaires recueillis et l'initiation de DMP, tient dans le regard du praticien spécialisé en maladie professionnelle, qui a écarté certains cancers (et notamment le mélanome) qu'il jugeait comme non lié à sa profession. En effet, pour le mélanome, les facteurs de risques professionnels sont connus mais il peut exister également des facteurs confondants comme les RUV d'origine extra-professionnelle, la mauvaise localisation anatomique et l'absence de tableau de reconnaissance en maladie professionnelle préétablie nécessitant le passage par le CRRMP.

On peut constater via les résultats de DMP, que l'ensemble de CE ont été reconnus contre 10 CBC reconnus (55,5%) sur les 18 déclarés, et 6 mélanomes reconnus (66%) sur les 9 déclarés.

La localisation la plus retrouvée est celle de la tête et du cou, que l'on peut expliquer par le fait que la partie céphalique est bien souvent peu ou mal protégée, ce qui est conforme avec la littérature existante [44]. On constate par exemple une absence de protection vestimentaire comme le bleu de travail dans les ateliers d'usinage, un dépôt possible des brouillards d'huile ou de poussière de houille sur le visage, un contact très souvent direct pour les UV naturels en extérieur sans port de lunettes de protection solaire, et souvent indirect pour les UV artificiels dans les postes de soudures (les patients sont exposés à des coups d'arc sur le côté ou l'arrière du visage car exposés aux UV artificiels des collègues).

Comparé aux autres types histologiques, le mélanome a quant à lui une localisation corporelle plus disparate, cohérent par rapport aux résultats de la littérature [8] expliquée par le type d'exposition responsable. En effet, le rayonnement solaire doit avoir un contact direct avec la peau pour induire des effets délétères. Cependant, l'intensité du rayonnement varie avec la saisonnalité et par conséquent la température. Lorsque les conditions extérieures exposent les travailleurs à de fortes chaleurs, ceux-ci sont tentés de se découvrir afin de faire baisser leur température à l'effort et ainsi assurer leur confort thermique. Ce faisant, ils découvrent les membres supérieurs avec des débardeurs, ou bien à l'extrême, sont torsos nus et les mollets découverts par le port de short ou pantacourt par exemple dans les milieux de la production primaire types maraîchage, arboriculture ou pêche. Une revue de la littérature avait démontré l'absence de protections solaires des travailleurs extérieurs

[23]. On retrouve dans les 9 dossiers de mélanomes, 5 mélanomes pour la partie céphalique, 3 pour les membres supérieurs et 1 pour le membre inférieur.

4 - Répartition des expositions

La durée d'exposition à des facteurs de risques cutanés et la latence nécessaire à induire une cancérisation peut prendre des années voire des décennies. Ainsi, ces phénomènes très lents peuvent expliquer l'âge moyen de notre effectif qui est de 72 ans, avec 82,5% de patients n'exerçant plus de profession : soit pour bénéficier du statut de retraité, soit à cause d'une invalidité ou bien d'un décès.

Les métiers exercés par cette population sont variés même si de grands ensembles se dessinent en respectant des grands secteurs d'activités : le secteur du BTP-construction (à la fois pour les travailleurs du sol, qu'en engins de chantier ou les contremaîtres et les chefs de projet), le secteur primaire comme l'agriculture, la pêche et des espaces verts, les métiers de la métallurgie, les métiers du transport et de fret, ou encore les métiers de la santé.

Il existe une exposition commune à la majorité de ces secteurs et retrouvée dans de nombreux métiers : celle des rayonnements UV. Comme décrit dans l'EU-OSHA, entre 29 et 51% des salariés exposés à des substances dangereuses le serait pour les RUV [21]. Cependant, l'exposition solaire est souvent minorée par les salariés eux-mêmes [22] ce qui conduit ensuite à une moindre protection [23].

Dans notre échantillon les RUV concernent 30 patients, soit 75% de l'effectif.

L'ensemble des expositions professionnelles ainsi sont au nombre de 57, bien supérieur à nos 40 patients. La co-exposition est responsable de cela pour une même activité professionnelle. A titre d'exemple, les métiers de la métallurgie associent les huiles de coupes pétrolières aux UV artificiel des soudeurs, les UVC présent dans les UV artificiels, des soudeurs notamment, ne s'atténuent pas suffisamment du fait d'une distance trop insuffisante et garde un pouvoir néfaste pour le travailleurs [45]; les agriculteurs sont exposés aux RUV naturels mais peuvent l'être également à l'arsenic lors des traitements des cultures, ou encore aux huiles et goudrons pour les doubles actifs exerçant à l'usine (huile) ou dans le TP pour compléter leur revenus (goudrons). Les métiers du gros œuvre dans le bâtiment, exposent aux RUV naturels, aux huiles pétrolières pour assurer la coulée du béton et faciliter le décoffrage. La pose d'un toit plat nécessitait autrefois l'utilisation de pains de goudrons pour assurer l'étanchéité en plus d'une exposition aux RUV naturels. Deux facteurs de risques sont associés entre eux à chaque fois, les RUV naturels et les goudrons, qui sont utilisés pour la voirie et nécessite un travail en extérieur quasi-continue. Or les goudrons de houille ont un effet photosensibilisant sur le revêtement cutané [34]. Même si l'addition des RUV naturels et des goudrons n'a pas été démontrée à ce stade chez l'homme [46].

Enfin, outre les doubles expositions, on assiste aussi à des fragmentations de carrière avec des postes et des expositions variables qui augmentent les expositions au cours de la vie. Dans notre échantillon par exemple, plusieurs patients ont changé d'activité professionnelle au cours de leur vie active: savoir maîtriser l'utilisation de machines agricoles pour le travail de la terre (notamment les enfants d'agriculteurs), a facilité leur reconversion professionnelle dans les travaux publics (TP) avec l'utilisation des tracteurs routiers et des engins divers : ils sont alors confrontés aux mêmes

expositions (UV naturels notamment) dans la fin des années 80-90 avec la cessation d'activité de nombreuses exploitations agricoles.

List of classifications by cancer sites with <i>sufficient</i> or <i>limited evidence</i> in humans, IARC Monographs Volumes 1–132^a		
Cancer site	Carcinogenic agents with <i>sufficient evidence</i> in humans	Agents with <i>limited evidence</i> in humans
Bone		
Bone	Plutonium Radium-224 and its decay products Radium-226 and its decay products Radium-228 and its decay products X- and Gamma-radiation	Radioiodines, including iodine-131
Skin		
Skin (melanoma)	Polychlorinated biphenyls Solar radiation Ultraviolet-emitting tanning devices	Firefighter (occupational exposure as a) Petroleum refining (occupational exposures in)
Skin (malignant non-melanoma)	Arsenic and inorganic arsenic compounds Azathioprine Coal-tar distillation Cyclosporine Methoxsalen (8-methoxypsoralen) plus ultraviolet A radiation Mineral oils, untreated or mildly treated Shale oils Solar radiation Soot (as found in occupational exposure of chimney sweeps) X- and Gamma-radiation	Creosotes Human immunodeficiency virus type 1 (infection with) Human papillomavirus types 5 and 8 (in patients with <i>epidermodysplasia verruciformis</i>) Hydrochlorothiazide Merkel cell polyomavirus (MCV) Nitrogen mustard Petroleum refining (occupational exposures in) Ultraviolet-emitting tanning devices

Tableau 4 : Liste des classifications par site de cancer - Monographie IARC

Cette classification de l'IARC (*Tableau 4*) recense les sites de cancers en fonction des agents auxquels on peut être exposées. Pour la peau et ce peu importe le type histologique, les RUV qu'ils soient naturels ou artificiels sont considérés comme cancérogènes avec un niveau de preuve suffisant pour l'homme, soit dans la catégorie

1. On peut également y retrouver les facteurs de risques des CBC et CE avec les rayonnements ionisants, les huiles, les goudrons et l'arsenic.

Depuis l'étude publiée en 2011 [24] , le lien entre CE et RUV solaires professionnels a été établi. Bien que ce même lien entre le CBC et le mélanome et l'exposition aux RUV professionnels n'a pour l'heure pas été démontré, cela tient plus par un manque d'études et de données que par une réelle absence de lien, même si des études se mettent régulièrement en place pour tenter de le démontrer [47].

Comme décrit précédemment, le processus de dégénérescence cellulaire et de cancérisation nécessite des décennies. Les patients ayant été reconnus en maladie professionnelle aujourd'hui, ont été exposés pour la plupart au millénaire précédent ou, au mieux, au début de celui-ci. Or, la prévention primaire et collective a changé ces dernières années, avec une amélioration de l'hygiène en entreprise, la multiplication des équipements de protection individuel (EPI), la systématisation de cagoule ou casques intégraux de soudage, le cloisonnement des espaces de travail, la capotage des machines d'usinage avec des ventilations intégrées, la systématisation de tenues légères et anti-UV, la généralisation de cabines climatisées ou de vitre anti-UV, l'interdiction de produit nocifs (comme les phytosanitaires à l'arsenic ou les PCB par exemple).

Néanmoins, devant la fréquence des co-expositions, si l'ensemble des critères de reconnaissance de MP pour un tableau donné sont remplis pour une exposition donnée, la déclaration de maladie professionnelle privilégiera la déclaration selon les

critères du tableau déjà existant plutôt que de tenter une déclaration en commission de CRRMP à l'issue incertaine.

5 - Résultats des DMP

Pour les CE, sur les 13 dossiers de DMP reconnus (100%), 12 répondaient aux critères du tableau de maladie professionnelle : 10 patients pour le tableau 36 bis du RG (77%) (Huiles pétrolières), et 2 (15%) pour le tableau 10 du RA (Arsenic). Le patient ayant été reconnu pour une MP hors tableau (8%) avait été exposé pendant 36 ans à des UV naturels, au cours de son activité de maçon dans le BTP.

Pour les CBC, 10 patients (55,5%) sur les 18 conseillés ont été reconnus. Parmi ceux-ci, 5 (50%) déclaration étaient hors tableau et reçu après l'avis du CRRMP, dont 4 pour les UV naturels (40%) et 1 pour les UV artificiels (10%) ; 3 (30%) l'ont été pour le tableau 36 bis du RG (huiles pétrolières) et 2 (20%) l'ont été pour le 16 bis du RG (Brai et goudron de houille).

Pour les mélanomes, 6 patients (66%) ont été reconnus sur les 9 dossiers conseillés.

Bien qu'étant le type de cancer le plus fréquent de l'effectif, on s'aperçoit que le taux de reconnaissance du CBC est nettement en deçà des deux autres types histologiques, y compris le mélanome, qui n'a pas de tableau propre.

A noter, parmi ces 8 patients s'étant vu notifier un refus, 2 d'entre eux relevaient de la fonction publique et ont adressé leur dossier à la mauvaise caisse. Leurs dossiers ont été comptabilisés dans cette étude, car bien qu'ils aient été refusés, les démarches administratives ont été relancées et corrigées pour aboutir à la fin escomptée. Deux

refus de moins dans l'échantillon permettrait d'obtenir un taux de refus de 33% au lieu des 44% actuels, en théorie.

De même, le mélanome étant une pathologie sans tableau de reconnaissance de maladie professionnelle, les patients éligibles à une DMP pour cette même maladie sont ceux qui ont le plus de facteurs professionnels et le moins de facteurs confondants extra-professionnels susceptibles de motiver un refus. Ainsi la sur-performance de la reconnaissance du mélanome par rapport aux cancers avec des tableaux comme le CBC pourrait s'expliquer par le fait que l'absence de tableau entraîne une sélection plus rigoureuse des patients, là où les deux autres types histologiques peuvent être déclarés plus facilement de par la présence d'un tableau. On retrouve en partie cela dans la sélection des patients présentant un mélanome, parmi ceux ayant répondu à l'auto-questionnaire, qui représentaient 32,4% de l'effectif mais retombent à 22,5% après analyse par l'équipe médicale soit de par une exposition professionnelle trop faible, soit des localisations incohérentes, soit pour des facteurs confondants trop importants.

Tous les patients atteints d'un CE et l'ayant déclaré en maladie professionnelle ont été reconnus. Cependant, dans cet effectif, nous avons les deux valeurs extrêmes (minimum et maximum) des rentes attribuées de notre effectif total : 240 euros et 4746 euros de rente trimestrielle. Le montant le plus faible concerne le patient reconnu par le biais du CRRMP, et pourrait être expliqué par l'existence de potentiels facteurs confondants, pouvant être responsable d'une plus faible indemnisation. Le patient bénéficiant de la rente trimestrielle maximale présente un taux d'IP de 100% avec de multiples localisations tumorales du même type histologique non métastatique mais avec des rechutes fréquentes.

Parmi les patients reconnus, un patient s'est vu accorder une rente malgré un taux d'IP de 6%. Nous supposons donc qu'une seconde reconnaissance en MP pour une autre pathologie ait été reconnue pour ce patient, avec un taux cumulé dépassant les 10%, et ouvrant ainsi les droits à une rente. Malgré sollicitation, le patient n'était pas en mesure de nous donner ces informations.

Pour le CBC, outre un nombre inférieur de reconnaissance en MP, les IP sont également plus faibles avec la présence, au sein de cette catégorie, de l'attribution des deux seuls capitaux de notre effectif total. On pourrait expliquer cette attribution par une moindre dangerosité de cette affection, mais aussi par une lenteur du processus tumoral pour ce type histologique, qui reste bien souvent localisé sans extension, comparativement aux deux autres types de cancers.

Les reconnaissances pour le mélanome peuvent surprendre. Le taux de reconnaissance (66%) est louable, mais les rentes attribuées sont relativement faibles par rapport aux autres cancers, alors même que le mélanome est un cancer potentiellement grave. Il serait intéressant de recueillir l'indice de Breslow pour voir si les faibles taux d'IP (15 et 33%) sont corrélés à des facteurs de bon pronostic. On peut également se demander si les indemnisations accordées par le médecin-conseil suite à une reconnaissance par le CRRMP ne sont pas minorées sur la base de facteurs confondants ou bien si les revenus de ces patients étaient moindres par rapport aux autres ou encore le fait que ce fut accordé par le CRRMP. Cette dernière hypothèse pourrait être étayée par deux patients ouvriers, de la même tranche socioprofessionnelle, atteints tous deux de la même histologie, de la même localisation, et de la même exposition aux huiles pétrolières. Un a été reconnu en

première indemnisation au titre du RG36bis, l'autre par le CRRMP pour une prise en charge dépassée. Le taux d'IP est identique à 35%, mais celui reconnu grâce au tableau à une rente trimestrielle de 3 727 €, quand le second à une rente trimestrielle de 877 €.

On pourrait objecter qu'à contrario, le régime des tableaux reconnaît en première indemnisation des patients avec des facteurs confondants importants ; leurs taux d'IP et d'indemnités pourraient dans ce cas être pondérés.

Enfin, 9 patients de l'effectif ont bien été reconnus pour une MP mais sont en attente d'un certificat médical final (CMF) permettant une consolidation de leurs pathologies et le calcul des IP. Sans ce calcul de taux, les indemnités ne peuvent pas être versées. Ce CMF peut être effectué par tout médecin mais on constate une frilosité des médecins traitant à signer un certificat de consolidation au motif qu'une rechute est toujours possible.

Dans notre étude, le taux de reconnaissance des DMP est de 72,5% sur les 40 patients analysés.

Comparés au nombre de patients pour qui nous avons pu échanger et conseiller la DMP, cela revient à 24,3%. Le taux de refus quant à lui est de 9,2%. Il y a bien une pertinence dans la sélection des patients pour qui nous avons conseillé une DMP.

De 2005 à 2021, pendant 16 années, seuls 90 carcinomes cutanés ont été reconnus en première indemnisation de maladie professionnelle, 51 (57%) au titre du tableau RG16bis (brai et goudrons de houille) et 39 (43%) au titre du tableau RG36bis (huiles dérivées du pétrole) au niveau national [41].

Notre effectif ici, a permis la reconnaissance de 13 cancers pour une exposition aux huiles (RG36bis) et 2 patients pour une exposition aux goudrons (RG16bis) sur un intervalle de 3 ans.

Nous avons donc, uniquement sur le CHU de Lille, la reconnaissance d'un tiers (33%) de l'effectif national en seulement 3 ans (versus 16 ans et au niveau national) pour le tableau 36 bis. Néanmoins le taux de reconnaissance des goudrons atteint 4% de l'effectif national pour le tableau 16bis.

Ce delta dans les déclarations, témoigne de très probable sous-déclaration des cancers cutanés d'origine professionnelle en France.

Le différence, marquée, réside peut-être dans la différence des expositions dans nos effectifs de départs avec un net avantage en faveur de Huiles tant au niveau des expositions que des déclarations de DMP, mais également le choix des expositions et des FDRP déclarés pour ces DMP.

De plus, les goudrons, issus des distillats de houille, donc de charbon, sont un secteur d'activités bien organisé et hiérarchisé, avec des filières de productions et d'utilisation connues par les professionnels de la prévention mais également des médecins traitants et dermatologues qui peuvent repérer et reconnaître en MP ces cancers. Ainsi les cancers d'origines professionnelles dus aux goudrons sont le deuxième type de cancers professionnels en France hors amiante (23,7%) [41].

Les huiles quant à elles sont plus dispersés dans les secteur d'activités, utiles dans tous les secteurs, leurs usages nécessitant moins de technicité, moins de matériel et plus de facilité d'emploi, le conditionnement plus simple et moins visibles mais également la diminution en teneur des HAP depuis les années 1985 ont pu jouer un

rôle de banalisation et d'absence du danger de ces substances, mais pas sans danger [32].

6 - Axe d'amélioration/continuité

La moyenne d'âge de l'effectif est élevée, tenant compte du processus d'exposition et de cancérisation qui est long, nous sommes donc confrontés à des expositions souvent anciennes. La prévention primaire a certes évolué du fait de la législation, l'interdiction de certains produits jugés nocifs, l'amélioration des process industriels ou de fonte des pains de goudrons, les améliorations techniques des machines-outils, mais aussi l'expansion des EPC/EPI. Cependant, bien que certains de ces risques ont pu disparaître aujourd'hui, il est important de tenir compte des expositions antérieures. Certes la population ayant été exposée à ces facteurs de risque est en décroissance perpétuelle dans la population active, mais elle existe toujours. Un des rôles du médecin du travail est de tracer les expositions professionnelles de son salarié. En effet, plus le dossier médical en santé travail (DMST) sera abondé de données précises sur les types de postes occupés, les durées et les expositions bien consignées, plus le conseil de DMP sera précis, et au plus la reconnaissance en MP sera facilitée. C'est d'autant plus vrai et utile pour les pathologies ne bénéficiant pas de tableau préexistant, où une description précise des expositions est nécessaire.

Depuis la réforme du 2 août 2021 en santé travail, la création des visites post-exposition ou post-professionnelle devrait permettre un meilleur remplissage des DMST, et favoriser un recueil précis des expositions des salariés pour l'ensemble de son cursus laboris. [48]

De même, l'obligation faite à l'employeur par le biais du Document Unique (DU) de lister les expositions professionnelles au sein de son entreprise, est élargie avec une traçabilité obligatoire sur 40 ans.

Ces risques n'ont pas pour autant tous disparu du milieu professionnel : les huiles de coupes chargées en HAP, les goudrons, les RI, les RUV artificiels et naturels sont toujours présents. La tâche première du médecin du travail n'est pas de compléter assidûment le DMST pour préparer la réparation future, mais plutôt d'organiser la prévention actuelle afin d'éviter cette dite réparation. La prévention doit donc concerner les facteurs de risques reconnus, comme les huiles, goudrons et RI, mais également les expositions naturelles telles que les RUV. La prévention des travailleurs en extérieur, ingrate, car souvent mise en échec par les salariés doit être perpétuelle. Rappelons-le, 75% de notre effectif avait une exposition à des RUV mais afin de faciliter les reconnaissances, seul 50% de l'effectif a été conseillé pour une DMP avec expositions aux RUV.

La prévention ne peut cependant pas tout résoudre, et le risque de maladie professionnelle existe toujours. Même si les DMST sont bien tenus et permettent une amélioration de la reconnaissance par les CRRMP, la création d'un tableau pour ces risques professionnels peut être discuté. Outre-Rhin, depuis 2015, un tableau reconnaît les CE liés au RUV solaires professionnels. Il s'avère que depuis, une nette augmentation des déclarations et des reconnaissances a été constatée. [49]

Lors du recueil de données pour ce travail, un nombre important de patients n'avaient pas de réponse quant à l'avancée de leur dossier à nous fournir.

Un grand nombre d'entre eux n'avaient pas entrepris les démarches pour les multiples raisons sus-citées, ou bien s'étaient trompés dans la constitution des dossiers. Depuis 2023, à la suite de la consultation en pathologie professionnelle au CHU de Lille, l'accompagnement du patient a été modifié. A l'issue de la consultation lors de laquelle sont remis les documents nécessaires et une feuille explicative des documents à envoyer, l'infirmière du service peut dorénavant aider les patients à effectuer les démarches s'ils en émettent le souhait. Cependant, ces dossiers constitués pour cette année 2023 n'ont pas encore été traités par les différentes caisses : le recueil et l'analyse de cette population pourrait être l'objet d'un nouveau travail, afin d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement dans la reconnaissance des dossiers jusqu'à l'aboutissement final.

Le second avantage de ce suivi paramédical permettra, à l'avenir, de répertorier avec chacun des patients le taux d'IP obtenu et les indemnités qui en découlent sitôt la reconnaissance connue. En effet, plusieurs d'entre eux étaient assez déçus voire même frustrés et aigris, lorsque les motivations principales (et financières surtout) données lors du conseil de DMP, n'ont pas abouti à cause d'un CMF non fait par exemple, mais dont ils ignorent la raison.

CONCLUSION

Presque les trois-quarts des patients conseillés pour une déclaration en maladie professionnelle pour une tumeur cutanée ont été reconnus. Jusqu'alors, les déclarations en maladie professionnelle étaient peu nombreuses au niveau national et ce, malgré l'existence de tableaux de maladie professionnelle avec des facteurs de risques professionnels connus.

Le repérage systématique des expositions permet d'augmenter les demandes et de favoriser les reconnaissances en maladie professionnelle, avec un bénéfice non-négligeable pour les patients.

Le nombre absolu de patients pourrait être plus important grâce à un meilleur ciblage et accompagnement des individus, risquant de se retrouver en difficulté dans les démarches administratives et abandonnant en cours de chemin.

A défaut d'un tableau de maladie professionnelle en lien avec les CE et l'exposition aux RUV naturels comme en outre-Rhin, un accompagnement dans la constitution des dossiers de maladie professionnelle serait bénéfique. La comparaison entre cette future cohorte et l'effectif actuel pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Dréno B. [Anatomy and physiology of skin and cutaneous annexes]. *Ann Dermatol Venereol* 2009;136 Suppl 6:S247-251. [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(09\)72527-X](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(09)72527-X).
- [2] Masson E. Item 299 – UE 9 – Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. EM-Consulte n.d.
- [3] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68:394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
- [4] SPF. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-tumeurs-solides-etude-a-partir> (accessed September 10, 2023).
- [5] Rapport - Volume 1 - Tumeurs solides - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - juillet 2019 - Ref : RATSINCENAT19 n.d. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019> (accessed September 18, 2023).
- [6] Rayonnement ultraviolet n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-radiation> (accessed September 10, 2023).
- [7] Ad Hoc Task Force, Connolly SM, Baker DR, Coldiron BM, Fazio MJ, Storrs PA, et al. AAD/ACMS/ASDSA/ASMS 2012 appropriate use criteria for Mohs micrographic surgery: a report of the American Academy of Dermatology, American College of Mohs Surgery, American Society for Dermatologic Surgery Association, and the American Society for Mohs Surgery. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:531–50. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.06.009>.
- [8] Gloster HM, Neal K. Skin cancer in skin of color. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:741–60; quiz 761–4. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.08.063>.
- [9] Hemminki K, Dong C. Subsequent cancers after in situ and invasive squamous cell carcinoma of the skin. *Arch Dermatol* 2000;136:647–51. <https://doi.org/10.1001/archderm.136.5.647>.
- [10] Ford D, Bliss JM, Swerdlow AJ, Armstrong BK, Franceschi S, Green A, et al. Risk of cutaneous melanoma associated with a family history of the disease. The International Melanoma Analysis Group (IMAGE). *Int J Cancer* 1995;62:377–81. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910620403>.
- [11] Agents Classified by the IARC Monographs, Volumes 1–134 – IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans n.d. <https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/> (accessed August 30, 2023).
- [12] RESERVES IU-TD. Orphanet: Syndrome de Gorlin n.d. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=377 (accessed September 10, 2023).
- [13] Monographie Vol. 100D : Rayonnements • Cancer Environnement. *Cancer Environ* n.d. <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/publications-du-circ/monographies-volume-100d-rayonnements/> (accessed September 26, 2023).
- [14] IARC. Radiation n.d. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Radiation-2012> (accessed September 10, 2023).
- [15] Guerra KC, Zafar N, Crane JS. Skin Cancer Prevention. StatPearls, Treasure Island

- (FL): StatPearls Publishing; 2023.
- [16] Godar DE. UV doses worldwide. *Photochem Photobiol* 2005;81:736–49. <https://doi.org/10.1562/2004-09-07-ir-308r.1>.
 - [17] Cole C. Sunscreen protection in the ultraviolet A region: how to measure the effectiveness. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2001;17:2–10. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0781.2001.017001002.x>.
 - [18] World Health Organization, Programme UNE, Protection IC on N-IR. Indice universel de rayonnement UV solaire : guide pratique. Organisation mondiale de la Santé; 2002.
 - [19] Armstrong BK, Krickler A. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B* 2001;63:8–18. [https://doi.org/10.1016/s1011-1344\(01\)00198-1](https://doi.org/10.1016/s1011-1344(01)00198-1).
 - [20] 2020_BRUNET_Flora.pdf n.d.
 - [21] New and emerging risks in occupational safety and health | Safety and health at work EU-OSHA n.d. <https://osha.europa.eu/fr/publications/new-and-emerging-risks-occupational-safety-and-health> (accessed September 11, 2023).
 - [22] Rocholl M, Ludewig M, John SM, Bitzer EM, Wilke A. Outdoor workers' perceptions of skin cancer risk and attitudes to sun-protective measures: A qualitative study. *J Occup Health* 2020;62:e12083. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12083>.
 - [23] Reinau D, Weiss M, Meier CR, Diepgen TL, Surber C. Outdoor workers' sun-related knowledge, attitudes and protective behaviours: a systematic review of cross-sectional and interventional studies. *Br J Dermatol* 2013;168:928–40. <https://doi.org/10.1111/bjd.12160>.
 - [24] Schmitt J, Seidler A, Diepgen TL, Bauer A. Occupational ultraviolet light exposure increases the risk for the development of cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2011;164:291–307. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10118.x>.
 - [25] IARC. Exposure to Artificial UV Radiation and Skin Cancer n.d. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Working-Group-Reports/Exposure-To-Artificial-UV-Radiation-And-Skin-Cancer-2006> (accessed September 11, 2023).
 - [26] Les dangers du bronzage artificiel. Anses - Agence Natl Sécurité Sanit L'alimentation L'environnement Trav 2018. <https://www.anses.fr/fr/content/les-dangers-du-bronzage-artificiel> (accessed September 11, 2023).
 - [27] IARC. Overall Evaluations of Carcinogenicity: An Updating of IARC Monographs Volumes 1–42. n.d.
 - [28] Accueil | IRSN n.d. <https://www.irsn.fr/> (accessed September 20, 2023).
 - [29] Exposure to ionizing occupational radiation affects over 24 million workers globally 2022. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_854878/lang--en/index.htm (accessed September 14, 2023).
 - [30] IARC Publications Website - IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans n.d. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans> (accessed September 14, 2023).
 - [31] enquete_sumer.pdf n.d.
 - [32] TERRANOVA, Chiara. ANALYSE DU BENZO(A)PYRENE DANS LES HUILES MINERALES USAGEES n.d.
 - [33] Estimation du potentiel cancérigène des huiles minérales régénérées - Article de revue - INRS n.d. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ND%202356> (accessed September 14, 2023).
 - [34] Jh R, Kk A, Pg van der V, JI van H, Pc van de K, La K. Coal tar in dermatology. *J Dermatol Treat* 2007;18. <https://doi.org/10.1080/09546630701496347>.
 - [35] IARC. Arsenic, Metals, Fibres, and Dusts n.d. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Arsenic-Metals-Fibres-And-Dusts-2012> (accessed September 11, 2023).
 - [36] Exposition aux pesticides arsenicaux des travailleurs agricoles de la vigne n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/exposition-aux-pesticides->

- arsenicaux-des-travailleurs-agricoles-de-la-vigne (accessed September 11, 2023).
- [37] Biphényles chlorés (FT 194). Généralités - Fiche toxicologique - INRS n.d. https://www.inrs.fr/publications/bdd/fichetox/fiche.html?refINRS=FICHETOX_194 (accessed September 14, 2023).
- [38] Annexe II : Barème indicatif d'invalidité (maladies professionnelles) (Article Annexe II) - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000019325196> (accessed September 27, 2023).
- [39] Mansournia MA, Altman DG. Population attributable fraction. *BMJ* 2018;360:k757. <https://doi.org/10.1136/bmj.k757>.
- [40] Marant Micallef C, Shield KD, Vignat J, Baldi I, Charbotel B, Fervers B, et al. Cancers in France in 2015 attributable to occupational exposures. *Int J Hyg Environ Health* 2019;222:22–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2018.07.015>.
- [41] rapport_annuel_2020_de_lassurance_maladie_-_risques_professionnels_decembre_2021.pdf n.d.
- [42] RNV3P-RA-2018.pdf n.d.
- [43] Brissaud M. Repérage des cancers cutanés professionnels de patients vus en consultation pluri-disciplinaire d'onco-dermatologie au CHU de Lille. 2023.
- [44] Preston DS, Stern RS. Nonmelanoma cancers of the skin. *N Engl J Med* 1992;327:1649–62. <https://doi.org/10.1056/NEJM199212033272307>.
- [45] Dixon AJ, Dixon BF. Ultraviolet radiation from welding and possible risk of skin and ocular malignancy. *Med J Aust* 2004;181:155–7. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06207.x>.
- [46] Weistenhöfer W, Lutz R, Hiller J, Schmitz-Spanke S, Drexler H. Syncarcinogenesis of natural UV radiation and polycyclic aromatic hydrocarbons in the development of squamous cell carcinomas of the skin? *J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG* 2022;20:1179–86. <https://doi.org/10.1111/ddg.14818>.
- [47] Paulo MS, Symanzik C, Adam B, Gobba F, Kezic S, Molen HF van der, et al. Risk of cutaneous squamous cell carcinoma due to occupational exposure to solar ultraviolet radiation: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 2023;18:e0282664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282664>.
- [48] LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (1). 2021.
- [49] Ulrich C, Salavastru C, Agner T, Bauer A, Brans R, Crepy MN, et al. The European Status Quo in legal recognition and patient-care services of occupational skin cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2016;30 Suppl 3:46–51. <https://doi.org/10.1111/jdv.13609>.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau 16 bis RG

Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon

Date de création : Décret du 6 mai 1988 | Dernière mise à jour : Décret du 15 janvier 2009

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
A. Épithélioma primitif de la peau.	20 ans(sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	1.Travaux comportant la manipulation et l'emploi des goudrons, huiles et brais de houille, exposant habituellement au contact cutané avec les produits précités. 2.Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation, exposant habituellement contact cutané avec les suies de combustion du charbon.

Annexe 2: Tableau 35 bis RA

Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, huiles de houille, brais de houille et suies de combustion du charbon

Date de création : Décret du 19 août 1993 | Dernière mise à jour : Décret du 15 novembre 2012

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
A. - Épithéliomas primitifs de la peau.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans).	Travaux comportant la manipulation et l'emploi des goudrons, huiles et brais de houille exposant habituellement au contact cutané avec les produits précités. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation exposant habituellement au contact cutané avec les suies de combustion du charbon.

Annexe 3: Tableau 20 RG

Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux

Date de création : Décret du 10 novembre 1942 | Dernière mise à jour : Décret du 19 juin 1985

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
A. Intoxication aiguë :	7 jours	Tous travaux exposant à la manipulation ou à l'inhalation d'arsenic ou de ses composés minéraux, notamment : Traitement pyro-métallurgique de minerais arsenicaux ; Traitement pyro-métallurgique de métaux non ferreux arsenicaux ; Fabrication ou emploi de pesticides arsenicaux ; Emploi de composés minéraux arsenicaux dans le travail du cuir, en verrerie, en électronique.
Insuffisance circulatoire, troubles du rythme, arrêt circulatoire ; Vomissement, diarrhée, syndrome de cytolysé hépatique ; Encéphalopathie ; Troubles de l'hémostase ; Dyspnée aiguë.		
B. Effets caustiques :	7 jours	
Dermites de contact orthoergiques, plaies arsenicales ; Stomatite, rhinite, ulcération ou perforation de la cloison nasale ; Conjonctivite, kératite, blépharite.		
C. Intoxication subaiguë :	90 jours	
Polynévrites ; Mélanodermie ; Dyskératoses palmo-plantaires.		
D. Affections cancéreuses :	40 ans	
Dyskératose lenticulaire en disque (maladie de Bowen) ; Épithélioma cutané primitif ; Angiosarcome du foie.		

Annexe 4: Tableau 10 RA

D. – Intoxications chroniques :	30 ans	Pour les maladies mentionnées aux paragraphes D, E et F : Toute manipulation ou emploi d'arsenic ou de ses composés minéraux, notamment lors des traitements anticryptogamiques de la vigne. Usinage de bois traités à partir d'arsenic ou de ses composés minéraux.
– mélanodermie : hyperpigmentation grisâtre, diffuse, prédominant aux zones de frottement, parsemée de taches plus sombres ou dépigmentées ; – hyperkératose palmo-plantaire ; – maladie de Bowen (dyskératose lenticulaire) ; – bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen ; – fibrose ou cirrhose hépatique associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen.		
E. – Intoxications chroniques :		
– phénomène de Raynaud ; – artérite des membres inférieurs ; – hypertension artérielle ; – cardiopathie ischémique ; – insuffisance vasculaire cérébrale ; – diabète, à condition que ces maladies s'accompagnent d'une mélanodermie, d'une hyperkératose palmo-plantaire ou d'une maladie de Bowen.	30 ans	
F. – Affections cancéreuses :		
– carcinomes cutanés baso-cellulaires ou spinocellulaires ;	40 ans	
– cancer bronchique primitif ;	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	
– cancer des voies urinaires ;	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	
– adénocarcinome hépatocellulaire après élimination d'une hépatite virale chronique B ou C et d'une maladie hépatique alcoolique par des méthodes objectives ;	40 ans	
– angiosarcome du foie.	40 ans	

Annexe 5: Tableau 36 bis RG

Affections cutanées cancéreuses provoquées par les dérivés suivants du pétrole : huiles minérales peu ou non raffinées et huiles minérales régénérées utilisées dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux, extraits aromatiques, résidus de craquage, huiles moteur usagées ainsi que suies de combustion des produits pétroliers

Date de création : Décret du 13 septembre 1989 | Dernière mise à jour : 15 janvier 2009

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Épithélioma primitif de la peau.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition minimale de 10 ans).	1.Travaux d'usinage par enlèvement ou déformation de matière ou travaux de traitement des métaux et alliages exposant habituellement au contact cutané avec des huiles minérales peu ou non raffinées, ou régénérées. 2.Travaux exposant habituellement au contact cutané avec des extraits aromatiques pétroliers utilisés notamment comme huiles d'extension, d'ensimage, de démoulage ou comme fluxant des bitumes. 3. Travaux expoant habituellement au contazct cutané avec des résidus de craquage utilisés notamment comme liants ou fluidifiants et avec des huiles moteurs usagées. 4.Travaux de ramonage et de nettoyage de chaudières et de cheminées exposant habituellement au contact cutané avec des suies de combustion de produits pétroliers.

Annexe 6: Tableau 25 bis RA

Affections cutanées cancéreuses provoquées par les suies de combustion des produits pétroliers

Date de création : Décret du 19 août 1993 | Dernière mise à jour : -

CARACTÉRISATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CETTE MALADIE
Épithéliomas primitifs de la peau.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition minimale de 10 ans)	Travaux de ramonage et de nettoyage de chaudières et de cheminées exposant aux suies de combustion de produits pétroliers.

Annexe 7:



Clinique de Dermatologie
Chef de service : Pr L. Mortier

**Consultation multidisciplinaire
en oncologie cutanée**

Professeur L. MORTIER
Onco-Dermatologie

Professeur V. MARTINOT
Chirurgie Plastique

Docteur X. MIRABEL
Radiothérapie
(Centre Oscar Lambret)

Docteur M. DROUARD
Dermatologie

Docteur S. DARRAS
Onco-Dermatologie

**Centre de Consultations
de Pathologies
Professionnelles
et Environnementales -
Maintien dans l'emploi**
Chef de service : Pr A. Sobaszek

Responsable UF : Dr C. NISSE
Médecins Consultants :
Pr S. FANTONI-QUINTON
Pr A. SOBASZEK
Dr A.S. AUDEBERT
Dr N. CHEROT-KORNOBIS
Dr S. HULO
Dr K. LEGRAND-CATTAN
Dr N. LEPAGE
Dr S. MAERTENS
Dr C. NISSE
Dr A. SALEMBIER-TRICHARD
Dr P. MARCANT

Secrétariat :
☎ : 03.20.44.57.94
Fax : 03.20.44.55.91
Mail : secretariatpathopro@chru-lille.fr

Madame, Monsieur,

Certaines maladies cutanées comme les cancers de la peau peuvent être d'origine professionnelle et peuvent parfois donner lieu à une reconnaissance en maladie professionnelle. C'est pourquoi, dans le cadre de votre prise en charge globale nous vous proposons de compléter ce court questionnaire afin de repérer d'éventuelles expositions professionnelles. Une fois celui-ci rempli vous pouvez le remettre au dermatologue au cours de la consultation.

Il sera ensuite analysé par un médecin du service de pathologies professionnelles. En fonction des réponses apportées, il vous sera éventuellement proposé de rencontrer un médecin de la consultation de pathologies professionnelles du CHU de Lille afin de compléter certaines informations et/ou de vous aider dans une éventuelle démarche de reconnaissance en maladie professionnelle si vous le souhaitez.

Afin de pouvoir vous recontacter, nous vous remercions de bien vouloir indiquer vos coordonnées :

- Nom :
- Nom d'épouse (s'il y a lieu) :
- Prénom :
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Numéro de téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Acceptez-vous d'être recontacté(e) si nécessaire ? oui ☐ non ☐

Nous vous remercions de votre participation.

Les équipes médicales des consultations de Pathologies Professionnelles et de Dermatologie.

« Vos données médicales recueillies lors de consultation ou d'hospitalisation peuvent être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins de recherche médicale. Dans ce cadre, elles pourront être transmises à d'autres organismes de recherche. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication de ces données en contactant le secrétariat de votre médecin référent »

1) Veillez compléter ce tableau afin d'avoir un aperçu rapide des métiers exercés au cours de votre carrière :

Métier	Secteur d'activité	Année de début	Année de fin

2) Précisez ensuite si, oui ou non, vous avez travaillé dans les secteurs d'activités suivants, et entourez le secteur concerné dans l'encadré grisé :

1) Avez-vous travaillé dans un secteur d'activité exposant aux radiations ionisantes* ?	OUI	NON	Ne sait pas
---	-----	-----	-------------

* Voici une liste non exhaustive de secteurs d'activité concernés par l'exposition aux radiations ionisantes : Radiothérapie ; Radiologie ; Médecine nucléaire ; Chirurgie interventionnelle ; Préparation de produits radioactifs ; Cristallographie ; Mesure de substances radioactives ou de rayons X ; industrie nucléaire ; radio conservation de denrées alimentaires ; Détection de masses métalliques dans les aéroports ; secteur des détecteurs de fumées ; Contrôle du plomb ; Contrôle des soudures par radiographie ; pilotes et hôtesses de l'air

2) Avez-vous travaillé dans un secteur d'activité exposant aux ultraviolets* ?	OUI	NON	Ne sait pas
--	-----	-----	-------------

* Voici une liste non exhaustive de secteurs d'activité concernés par l'exposition aux ultraviolets : Travaux en extérieur (BTP, pêcheur en mer, agriculteur, entretien espaces verts, maintenance de bâtiments et de lignes électriques etc.) ; Soudage à l'arc ; imprimerie (encres durcissant aux UV) ; esthétique (vernis aux UV) ; dentisterie (résines durcissant aux UV) ; utilisation de lampes germicides (généologie, assainissement de l'eau, désinfection de plans de travail stériles) ; contrôle – qualité par tubes à lumière noire (détecteur de faux billets)

3) Avez-vous travaillé dans un secteur d'activité exposant à l'arsenic* ?	OUI	NON	Ne sait pas
---	-----	-----	-------------

* Voici une liste non exhaustive de secteurs d'activité concernés par l'exposition à l'arsenic : Contact avec les pesticides (agriculture, travail du bois...) ; industrie des colorants (orpiment, vert de Paris, vert de Scheele) ; métallurgie (fonderies de cuivre, plomb, zinc) ; laboratoire pharmaceutique (fabrication du trioxyde d'arsenic TRISENOX) ; tannage du cuir, taxidermie ; dentisterie (dévitalisation au trioxyde d'arsenic) ; électronique (LED, cartes à puces, imprimantes laser) ; fabrication du verre et de miroirs

4) Avez-vous travaillé dans un secteur d'activité exposant aux produits dérivés de la houille ou charbon (brai de houille, goudron de houille)* ?	OUI	NON	Ne sait pas
---	-----	-----	-------------

* Voici une liste non exhaustive de secteurs d'activité concernés par l'exposition aux produits dérivés de la houille : Cokerie ; Sidérurgie ; Aciérie ; production d'électrodes en carbone ; électrolyse de l'aluminium ; utilisation de créosote pour le traitement du bois (traverses de chemin de fer...) ; mécanique (blacksonnage) ; ramonage et nettoyage de cheminées et chaudières ; fabrication ou application de revêtement routier ; travaux d'étanchéité de toiture

5) Avez-vous travaillé dans un secteur d'activité exposant aux produits dérivés du pétrole (huiles...)* ?	OUI	NON	Ne sait pas
---	-----	-----	-------------

* Voici une liste non exhaustive de secteurs d'activité concernés par l'exposition aux produits dérivés du pétrole : utilisation d'huiles d'extension (industrie du caoutchouc) ; huiles d'ensimage (textile) ; huiles de démoulage (fonderie) ; huiles d'usinage (métaux) ; huiles de décoffrage (BTP) ; huiles moteurs (mécanique) ; industrie pétrochimique ; fabrication ou application de bitume ; ramonage et nettoyage de cheminées et chaudières ; métallurgie (tréfilage, forgeage, laminage, trempe à l'huile...)

6) Avez-vous été victime d'une brûlure chimique ou thermique sur votre lieu de travail?	OUI	NON	Ne sait pas
---	-----	-----	-------------

Si oui, préciser la localisation :

Merci de remettre ce questionnaire au dermatologue lors de la consultation

Annexe 8 :

Suivi des demandes de reconnaissance MP des cancers cutanés

N° identification patient :

Appel le :

NOM : Prénom : DDN : (âge : ans) Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Maladie(s) : ☐ CE ☐ CBC ☐ Mélanome / Expositions : ☐ UV nat. ☐ UV artif. ☐ RI ☐ Arsenic ☐ Huiles ☐ Goudron

Localisation(s) : ☐ vertex ☐ visage ☐ cou ☐ épaule ☐ (avant-)bras ☐ main ☐ tronc ☐ membre inférieur

Métiers retenus :

CMI : Date de la rédaction :

Régime : ☐ RG ☐ RA ☐ Fonction publique ☐ Militaire ☐ Indépendant ☐ Autre :

☐ Tableau → ☐ Arsenic ☐ Huiles ☐ Goudron / ☐ Hors tableau → ☐ UV nat. ☐ UV artif. ☐ RI

1) La déclaration a-t-elle été faite par le patient ?

- ☐ Oui → à quelle date ? (même approximative)
- ☐ Non → cause(s) : (Pas le temps, ne voit pas l'intérêt, difficultés administratives à préciser etc.)

2) Le patient a-t-il eu un retour de la caisse (CPAM, MSA, ...) ?

☐ Oui ☐ Non

3) Le dossier est-il passé en CRRMP ?

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

→ Si oui, pour quelle raison ? ☐ Profession hors liste limitative ☐ Délai de PEC dépassé
☐ Durée minimale d'exposition non atteinte ☐ Hors tableau

4) Avez-vous été reconnu en maladie professionnelle ?

☐ Oui		☐ Non
a) En lien avec quel tableau ?		a) Pour quelle raison ?
☐ Arsenic (RG 20. ; RA 10.) ☐ Huiles (RG 36bis. ; RA 25bis.) ☐ Goudron (RG 16bis. ; RA 35bis.) ☐ Hors tableau ☐ Ne sait pas		☐ Ne sait pas ☐ N'a pas poursuivi la procédure ☐ Exposition jugée insuffisante ☐ Données scientifiques jugées insuffisantes ☐ Exposition trop ancienne ☐ Facteurs extra professionnels présents ☐ Autre :
b) Le taux d'incapacité a-t-il été fixé ?		b) Avez-vous contesté ?
☐ Oui → % Sommes perçues : Capital : € Rente : €/trim.	☐ Non ↓ Rédaction d'un certificat médical final / consolidation par le médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas	☐ Oui ☐ Non ↓ quel résultat ? ☐ En cours ☐ Refus de la CRA (commission de recours amiable) ☐ Refus 2 ^{ème} CRRMP ☐ Avis favorable après contestation

5) Avez-vous eu des difficultés éventuelles en cours de procédure ?

☐ Oui ☐ Non

→ Si oui, la(les)quelle(s) ?

AUTEUR : Nom : DE WEVER

Prénom : Simon

Date de soutenance : Lundi 16 octobre 2023

Titre de la thèse : Facteurs de reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de cancers cutanés reçus en consultation de pathologies professionnelles du CHU de Lille

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : *Médecine du Travail*

DES + FST/option : *Médecine du Travail*

Mots-clés : cancers cutanés, ultraviolet, reconnaissance en maladie professionnelle, CRRMP

Contexte : L'incidence, la morbidité et la mortalité des cancers cutanés sont en constante augmentation. Le lien professionnel est bien souvent peu pris en compte comme le témoigne les 90 reconnaissances en première indemnisation de maladie professionnelle au titre des tableaux RG16bis et RG36bis entre 2005 et 2021 au niveau national et l'absence de tableau pour les rayonnements ultraviolets ou ionisants. L'objectif de cette étude était de conseiller une reconnaissance de maladie professionnelle pour des patients atteints de cancer cutané, considérés comme éligibles du fait de leurs expositions professionnelles, et de recueillir les résultats de ces démarches quand elles avaient abouti.

Méthode : L'étude observationnelle a concerné des patients issus de RCP d'onco-dermatologie du CHU de Lille ayant répondu à un auto-questionnaire sur les expositions professionnelles. Pour ceux chez qui un lien professionnel avec leur pathologie était possible, une consultation au sein du service de pathologies professionnelles du CHU de Lille a permis de conseiller ou non une déclaration en maladie professionnelle avec remise d'un certificat médical initial. Les patients étaient recontactés par téléphone à distance afin de s'enquérir des résultats des démarches.

Résultats : Quarante patients ont été inclus entre le 23/09/2019 au 31/03/2023. Parmi ceux-ci, 29 (72,5%) ont été reconnus en maladie professionnelle et 11 ont été déboutés (27,5%). Le carcinome épidermoïde a été reconnu à chaque fois et représente 13 patients reconnus (45%), le carcinome basocellulaire a été reconnu dans 55% des cas et représente 10 patients reconnus (34,5%) et le mélanome a été reconnu dans 66% des cas et représente 6 patients (20,5%). Les expositions hors tableau représentent 41,4% des patients reconnus dont 9 pour les UV naturels et 3 pour les UV artificiels.

Conclusion : Près des trois-quarts des patients conseillés en maladie professionnelle ont été reconnus. Le repérage systématique a permis de favoriser les reconnaissances en maladie professionnelle des patients.

Composition du Jury :

Président : Professeur Annie SOBASZEK

Assesseurs : Professeur Laurent MORTIER,

Docteur Catherine NISSE

Directeur de thèse : Docteur Pierre MARCANT