



## PLAN CANCER 2 – Mesures 9, 12, 29 – Actions 9.2, 9.3, 12.1, 29.1, 29.2

Le mardi 14 décembre 2010, l'ARC et l'INCa ont organisé un colloque :

### « Cancer et travail »

au Couvent des Cordeliers (amphi Pasquier),  
12, rue de l'Ecole de Médecine - 75006 Paris

## Note de synthèse

### OUVERTURE

**Dominique Maraninchi** présente en premier lieu le contexte du colloque, à savoir les résultats des recherches des deux appels à projets de recherche lancés conjointement par l'ARC et l'INCa en 2006 et 2007, sur le thème « Cancer et travail », et qui s'inscrivent dans les orientations du Plan Cancer deux. Il explique que ce colloque sera l'occasion à la fois d'un suivi des projets pour les deux institutions et d'un éclairage sur l'avenir. Il insiste sur la volonté de s'inscrire dans une perspective d'évolution, car le cancer au travail est un des grands défis du Plan Cancer. Il présente enfin trois grands enjeux : entrer dans une culture de prévention à travers une meilleure observation, garder à l'esprit que pour le patient, le cancer s'inscrit dans un parcours de vie, prendre en considération les inégalités sociales face à la maladie.

**Jacques Raynaud** se félicite d'avoir, avec l'ARC, une histoire de 10 ans sur le thème du cancer au travail, thème qui est aujourd'hui totalement intégré aux travaux de l'institution. Il pense lui aussi que les résultats des deux appels à projets serviront à préparer le futur, et à mieux informer les populations.

**Marcel Goldberg** revient sur la genèse du colloque, et le choix des thèmes, qui ne fut pas aisé, car il a souhaité faire plus qu'un simple collage de résultats. Il met enfin en lumière les originalités de ce projet, à savoir le partenariat ARC et INCa, la présence de grandes enquêtes et l'émergence d'une problématique sur les inégalités de santé.

## **SESSION 1 – GENÈSE DES CANCERS PROFESSIONNELS**

### **A. Introduction : État des lieux des cancers professionnels – Ellen Imbernon**

**Ellen Imbernon** explique que les cancérogènes professionnels sont relativement nombreux et divers (produits, situations-activités, professions, secteurs). Les cancers professionnels les plus fréquents sont ceux du poumon, de la vessie, des sinus, de la peau, la leucémie et le mésothéliome. Il est difficile de quantifier le phénomène, car ces cancers n'ont pas de caractéristiques particulières. Il est nécessaire de faire une estimation indirecte qui dépend d'une part du risque relatif associé à l'exposition, et d'autre part du pourcentage des exposés dans la population. Si les chiffres varient selon les hypothèses et calculs des différentes études, on considère que les cancers professionnels représentent aujourd'hui entre 6 et 8 % de l'ensemble des cancers, et sont pour 70 % de type broncho-pulmonaire.

La surveillance épidémiologique montre des inégalités socioprofessionnelles et socioéconomiques, aux dépens des ouvriers non qualifiés principalement. Elle note également une sous-mortalité dans certains secteurs (agriculture, enseignement) et une surmortalité dans d'autres (BTP, combustibles). Il existe cependant d'autres facteurs aggravants (tabagisme, etc.) pour ces populations. Sur la surveillance des expositions, elle évoque entre autres l'étude CAREX, les enquêtes SUMER, et le programme MATGENE. Concernant l'indemnisation, elle note une hausse des cancers réparés, mais une inégalité notable entre les cancers dus à l'amiante (85 % des cas) et les autres cancers.

En conclusion, elle insiste sur le poids important des cancers professionnels, sur leur contribution aux inégalités de santé, sur la nécessité d'une veille permanente, notamment sur les expositions, et sur les efforts à faire en termes de traçabilité.

### **B. Facteurs de risque professionnels des cancers du sein chez la femme : l'étude CECILE, une étude cas-témoin en population – Pascal Guénel**

Selon **Pascal Guénel**, si le cancer du sein n'est pas particulièrement expliqué par des causes professionnelles, c'est aussi le plus fréquent chez la femme. Les facteurs connus sont d'ordre génétique et hormonal, mais laissent aussi place à des facteurs professionnels, environnementaux, notamment les perturbateurs endocriniens liés au travail de nuit.

L'objet de l'étude CECILE est de mettre en évidence les facteurs de risques environnementaux et professionnels suspectés du cancer du sein. Il s'agit d'une étude cas-témoins sur un échantillon de femmes atteintes de la maladie, avec des données recueillies par questionnaire en face à face. Les résultats présentés font apparaître les risques classiques, mais également professionnels et environnementaux. L'étude montre également des disparités selon des critères socioprofessionnels, comme le niveau d'éducation et la profession (les risques sont notamment plus élevés chez les sages-femmes, les infirmières et les ouvrières). L'étude révèle également les risques d'expositions selon la profession, notamment d'exposition au benzène, aux solvants chlorés et le travail de nuit. D'autres travaux sont en cours sur les perturbateurs endocriniens, les interactions gène-environnement et les matrices emplois-expositions.

### **C. Facteurs de risque professionnel des cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures (VADS) : l'étude ICARE – Danièle Luce**

L'étude ICARE a pour objet de révéler les risques professionnels suspectés des cancers du poumon et des VADS, d'examiner les effets conjoints de plusieurs expositions, et d'étudier les interactions entre expositions professionnelles et d'autres facteurs (mode de vie, génétique). Il s'agit d'une étude cas-témoins en population générale, avec des données recueillies par questionnaires et prélèvements biologiques. Au sujet des résultats présentés, **Danièle Luce** précise qu'il s'agit d'analyses préliminaires, car l'étude est en cours. Ces premières analyses montrent, après ajustement des consommations de tabac et d'alcool, un risque élevé de cancers des VADS dans certaines professions, telles que le nettoyage à sec, les coiffeurs, ou encore les femmes de ménage. Pour le cancer du poumon, on note une augmentation des risques chez les bouchers, les pompiers, ou encore les ouvrières de l'électronique. En conclusion, Danièle Luce souligne la richesse des données (grand nombre de sujets, données très détaillées), une hausse modérée des risques, une exposition peu fréquente dans de nombreux secteurs d'activité et la perspective de nombreux travaux en cours.

### **D. Étude de l'incidence des cancers et de la mortalité en milieu agricole en France : étude agriculture et cancer (AGRICAN) – Pierre Le Bailly**

**Pierre Le Bailly** démontre que si, chez les agriculteurs, les risques de cancers professionnels sont plus faibles qu'ailleurs, on observe tout de même des excès de certains cancers, entre autres liés à l'exposition aux pesticides. Il note d'ailleurs une croissance de l'utilisation des pesticides au niveau mondial, avec la France comme leader en Europe de l'Ouest. Ces cancers sont principalement des cancers cutanés, des lèvres, de la prostate, du cerveau, de l'estomac, et les cancers hématologiques. Il signale ensuite les limites des études conduites sur le secteur, notamment en termes de qualité des données et de puissance statistique. Ainsi, une voie d'amélioration peut être trouvée dans la conduite de vastes cohortes prospectives, telles qu'AGRICAN en France. Ces études permettent entre autres une meilleure mesure de l'exposition (intégration des différents types de tâches, exposition directe ou non aux pesticides).

### **E. Échange avec la salle**

**Rosemarie Ancelle-Park** s'interroge sur la relation entre cycles circadiens et cancer du sein chez les hôtesses de l'air. **Pascal Guénel** lui répond que si les hôtesses de l'air sont reconnues comme population à risque, comme les infirmières, aucune étude spécifique n'a été menée, en raison de l'absence de grande cohorte sur la profession.

Toujours sur le travail de nuit, **une personne** souhaite savoir si le tabac est ici un facteur aggravant du travail de nuit, comme le suggèrent certaines études, et quel est le rôle de la mélatonine. **Pascal Guénel** lui répond que le tabac n'est pas un risque reconnu du cancer du sein, quant à la mélatonine, si des effets sont observés, les risques afférents aux cycles circadiens sont plus complexes. Sans démentir le rôle du tabac dans l'apparition des cancers, on ne peut toutefois le considérer comme un risque professionnel. **Une autre personne** fait observer que le travail de nuit n'est que l'épiphénomène d'un effet sociétal, qui bouleverse les cycles circadiens.

Une autre question porte sur l'étude ICARE, des analyses ont-elles été menées séparément chez des non-fumeurs et non-buveurs ? **Danièle Luce** répond n'être pas sûre que cela apporte des éléments supplémentaires à l'étude en raison de leur nombre peu significatif.

## **SESSION 2 – TRAVAILLER AVEC OU APRÈS UN CANCER**

### **A. Introduction – Marie Ménoret**

Selon **Marie Ménoret**, le sujet de la santé au travail a été abordé tardivement en sociologie non quantitative. Le premier sociologue à s'y être intéressé est Talcott Parsons, en soulignant que la santé est nécessaire au fonctionnement de la société et donc, par extension, au travail. Elle note depuis les années 50 une évolution de la trajectoire de la problématique. On est passé de la question : « Comment accéder à l'arrêt de travail ? » à « Comment travailler de nouveau ? ». Il faut selon elle regarder autrement la relation travail/maladie. Elle rappelle que la mesure 29 du Plan Cancer préconise que soient levés les obstacles pour le malade à continuer de travailler ou reprendre une activité. Elle conclut en expliquant que « la chronicité » de la maladie et les effets secondaires des traitements dans l'après-cancer, éléments pourtant essentiels dans le retour au travail, ne sont pas suffisamment pris en compte par le médecin.

### **B. L'expérience du cancer : quelles stratégies de régulation dans l'activité de travail – Anne-Marie Waser**

L'étude porte sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail des personnes touchées par un cancer et en emploi, ainsi que sur les ressources mobilisées. **Anne-Marie Waser** précise qu'il s'agit d'une étude pluridisciplinaire regroupant des approches ergonomiques, d'analyse de la santé des malades, d'analyse des changements du rapport au travail et d'analyse comparée du cheminement des malades. C'est une analyse compréhensive de l'activité de travail. Elle note également la double polarité du travail : potentiellement pathogène, et opérateur de santé. Elle pose ensuite la question de taire ou non la maladie, avant d'énumérer les principes de régulation : la préservation de soi, le compromis, la gestion de la fatigue, et l'aménagement du temps de travail. En conclusion, elle explique que le retour au travail s'inscrit dans un cheminement, où la santé devient aussi importante que le travail. Ce cheminement est chaotique et peut entraîner des ruptures de trajectoire.

### **C. Impact psychosocial du cancer du sein sur les trajectoires professionnelles des femmes jeunes en région PACA et facteurs associés à la réinsertion professionnelle – Lucille Gallardo**

**Lucille Gallardo** débute par quelques éléments de contexte : le cancer du sein est le premier cancer chez la femme, de plus en plus diagnostiqué chez de femmes jeunes, avec un taux de survie croissant à plus de 80 % mais qui laisse fréquemment des séquelles. Sur le marché du travail, les femmes sont également plus précaires, on observe ainsi un cumul de handicaps chez les malades. L'étude a été réalisée sur 21 patientes, par entretiens retranscrits. Les résultats sont les suivants : 18 des 21 femmes ont changé de métier, l'impact sur la vie professionnelle débute généralement dès l'annonce du diagnostic, l'arrêt de l'activité a de fortes conséquences financières, toutes les femmes interrogées veulent retravailler, les séquelles sont nombreuses (fatigue, moindre employabilité, etc.), les femmes sont confrontées à de nombreux obstacles, et enfin, le retour à l'emploi nécessite parfois la dissimulation de la maladie. En conclusion, elle ajoute que cette étude met en avant les inégalités sociales et la question de la réinsertion sociale.

#### **D. Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne ? – Anne Dujin**

**Anne Dujin** présente une étude comparative menée en 2008 sur les logiques d'action de grandes entreprises, en Allemagne et en France. L'étude s'attèle à un paradoxe : si l'état de santé de la population s'améliore, on note une hausse des dispositifs de sortie d'activité pour maladie. Il y a deux façons de poser le problème du rapport santé/travail : soit au niveau macro-économique, soit au niveau des trajectoires individuelles des salariés. Si l'Allemagne et la France sont dans une situation identique sur le plan macro-économique, les pays diffèrent sur le plan du maintien à l'emploi. L'Allemagne a en effet une approche plus intégrée, alors qu'en France les obligations légales sont plus éparses. Si la question est institutionnalisée en Allemagne, en France, elle relève plus du cas par cas. Les résultats de l'étude portent sur quatre points : penser le maintien à l'emploi, la mise en œuvre du retour à l'emploi, focalisé sur l'obstacle en France et anticipé en Allemagne, la nécessité ou non d'un protocole de gestion du maintien dans l'emploi, faire du maintien dans l'emploi un enjeu des politiques publiques. Globalement, on observe que si la gestion allemande est plus formalisée, elle ne résout pas tout. Anne Dujin insiste enfin sur la nécessité d'agir sur le dialogue entre le médecin du travail et le médecin-conseil de l'assurance-maladie.

#### **E. Échange avec la salle**

**Lionel Pourteau** s'interroge sur la division du travail par la logique de projet. Elle serait selon lui responsable de la discrimination des salariés, par crainte des récives. **Anne Dujin** lui répond qu'elle ne pense pas qu'il y ait une incidence directe.

**Une autre personne** s'étonne que dans aucune des présentations n'a été rappelé l'accès à la reconnaissance de la maladie professionnelle.

Le sociologue **Philippe Bataille** s'interroge sur la perception du concept de chronicité par rapport au sentiment de guérison. **Marie Ménoret** lui répond qu'il faut effectivement plutôt parler de « condition chronique ».

Enfin, **une personne** remarque que l'organisation du travail est essentielle dans le retour à l'emploi. **Anne-Marie Waser** lui répond qu'il s'agit en effet d'une question essentielle, la valeur travail étant tellement forte que prendre du recul est souvent difficile pour les salariés.

### **SESSION 3 – CONTRIBUTIONS DU TRAVAIL AUX INÉGALITÉS SOCIALES FACE AU CANCER**

#### **A. Différences sociales d'exposition aux risques professionnels de cancer et de répercussion sur l'emploi – Gwenn Menvielle**

Selon **Gwenn Menvielle**, les inégalités sociales face au cancer sont une priorité de santé publique. Elles sont l'objet de la mesure 2 du plan cancer : « Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire ». Il y a dans l'étude de la trajectoire du cancer, différentes étapes : l'incidence, les conséquences sociales de la maladie, la mortalité et la survie. En matière d'incidence, il existe des effets issus du travail (facteurs psychosociaux, cancérogènes professionnels) et des effets issus des comportements de santé (tabac, alcool, alimentation).

Gwenn Menvielle explique que, s'il n'y a encore que peu d'études sur les effets des cancérigènes professionnels, les risques sont socialement différenciés : ils sont plus élevés pour des populations aux revenus plus faibles (notamment les travailleurs manuels). Concernant les conséquences sociales du cancer, on observe une hausse globale de la survie, mais également de fortes répercussions économiques, personnelles et professionnelles socialement différenciées. Dans la perte d'emploi due à la maladie jouent en effet plusieurs facteurs tels que la localisation du cancer, le faible niveau d'études et de revenus, ou encore la question du bon ou mauvais diagnostic. Gwenn Menvielle conclut que la contribution du travail au poids du cancer se fait à deux niveaux qui peuvent se cumuler (survenue ou incidence de la maladie et conséquences sociales), que les connaissances sont incomplètes, qu'il est nécessaire de prendre en compte ces questions dans les politiques économiques et de santé et enfin que, face au cancer, il y a bien des inégalités sociales issues directement du travail.

### **B. Sous-traitance, travail temporaire et cancers professionnels : connaissance, reconnaissance et prévention – Annie Thébaud-Mony**

**Annie Thébaud-Mony** explique que le travail temporaire et la sous-traitance, qui sont aujourd'hui des formes structurelles de l'organisation du travail, ont un fort impact sur la santé, et cela à travers quatre points clés. On observe en effet une hausse constante des inégalités dans la répartition des risques, une inadéquation des dispositifs réglementaires et législatifs de prévention et de réparation des atteintes à la santé liées au travail pour ces emplois, une invisibilité des atteintes liées au travail par une fragilisation des dispositifs de surveillance, et enfin une remise en cause des droits à la représentation syndicale dans l'expression sur les conditions de travail. L'enquête SUMER de 2003 a mis à jour la surexposition des fonctions sous-traitées. De même, une enquête permanente réalisée sur des patients de Seine-Saint-Denis, avec pour méthode une reconstitution du parcours professionnel et de l'activité réelle de travail (entretiens biographiques) montre des risques élevés. Le bilan de cette étude fait en effet apparaître l'importance de la polyexposition, et montre que les situations d'expositions les plus souvent rencontrées sont dans les secteurs de la maintenance, entretien, réparation, construction, nettoyage et gestion des déchets. Enfin, on observe que les cas de cancer reconnus en tant que maladie professionnelle sont principalement ceux dus à l'amiante, montrant ainsi l'invisibilité des autres cancers. Annie Thébaud-Mony conclut que l'impact se voit à trois niveaux : la connaissance scientifique des liens entre cancer et travail, la reconnaissance de la maladie professionnelle et la prévention.

### **C. Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer – Alain Paraponaris**

**Alain Paraponaris** délivre en premier lieu quelques éléments de contexte. Le cancer est une question majeure de santé publique et des avancées significatives ont été réalisées dans le traitement de la maladie. Mais Les survivants au cancer ont moins de chances d'être en emploi ou de se maintenir dans leur emploi. Il présente ensuite les résultats de l'exploitation de différentes enquêtes. L'étude ALD Cancer DREES-INCa de 2004 montre que deux ans après le diagnostic, 2/3 des actifs sont toujours en emploi (avec des différences hommes femmes et surtout socioprofessionnelles). La comparaison des données de l'enquête Emploi de l'INSEE et de l'étude de cohorte ELLIPSE sur le cancer du sein montre, entre autres, que le taux de maintien à l'emploi des femmes atteintes est moindre que pour les femmes non atteintes d'un cancer, avec, là encore, des différences entre CSP. En conclusion, Alain Paraponaris explique que le choc causé par la survenue d'un cancer est toujours observable deux ans après le diagnostic et que la trajectoire professionnelle des patients a de fortes chances d'être altérée par l'état de santé. Il

note également la distorsion entre les différentes CSP et la qualité du diagnostic initial. Il pose enfin la question de la législation afin de compenser ces inégalités et préconise des données de cohortes afin d'avoir des résultats plus fins.

#### **D. Échange avec la salle**

**Une personne** souhaite savoir si l'on perçoit une évolution des dossiers de médecine du travail. **Gwenn Menvielle** répond qu'on ne peut pas réellement parler d'évolution, mais d'une manière générale, on observe une prise de conscience de la part des médecins du travail, notamment sur la délivrance d'attestations d'exposition. La profession rencontre néanmoins des difficultés à obtenir des informations sur le patient et une visibilité sur les expositions.

**Une personne** souhaite avoir des précisions sur l'étude permanente menée en Seine-Saint-Denis. Elle s'étonne du chiffre de 64 % de non-déclaration en maladie professionnelle. **Annie Thébaud-Mony** lui répond qu'il y a en effet un décalage entre les maladies graves et l'administration. Le rapport aux institutions diffère selon la CSP, ce qui implique un cumul des inégalités sociales face à la maladie. De plus, le processus de reconnaissance en maladie professionnelle peut s'interrompre à tout moment.

**Une personne**, membre d'une association de médecins du travail de Martigues qui tentent d'accompagner cette reconnaissance de la maladie professionnelle, préconise la méthode du cadastre.

**Une personne** souhaite savoir s'il y a eu une reprise des différentes études par les associations de malades. **Alain Paraponaris** pense qu'il y a sans doute une incidence.

**Une personne** s'étonne qu'outre les facteurs liés au travail et aux comportements de santé, n'aient pas été évoqués les facteurs environnementaux de la maladie. **Gwenn Menvielle** lui répond que ces facteurs ne sont pas traités du fait que l'analyse porte sur les inégalités sociales, mais qu'ils sont bien évidemment à prendre en compte, de même que les facteurs génétiques.

### **TABLE RONDE – CANCER ET TRAVAIL : QUELLES QUESTIONS, QUELLES SOLUTIONS :**

**Intervenants : Jean-Pierre Grünfeld, Emmanuel Henry, Arnaud de Broca, Claire Lalot, Noëlle Lasne, Gérard Lucas, Huguette Mauss, Michel Yahiel.**

#### **A. Tour de table**

**Arnaud de Broca** est secrétaire général de la FNATH, association qui accompagne les accidentés de la vie et notamment les victimes du travail. Il explique que son action sur le cancer se fait à la fois au niveau de la prévention et de l'accompagnement (y compris sur le maintien à l'emploi).

**Claire Lalot** intervient en tant que coordinatrice d'un collectif d'associations sur les maladies chroniques.

**Gérard Lucas** est médecin du travail. Concernant sa profession, il pointe particulièrement la difficulté de dépister les cancers. Sur la question du retour à l'emploi, il pointe également l'importance d'une meilleure relation entre médecins-conseils de l'assurance-maladie et médecins du travail. Il évoque le projet de loi incluant la mise en place d'un carnet de santé professionnel, qui pose cependant pour lui la question de la protection des données médicales. Enfin, il évoque la difficulté de délivrance d'attestations d'expositions.

**Huguette Mauss** est directrice du FIVA (Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante). Ce fonds indemnise les victimes professionnelles et environnementales, à travers environ 5000 dossiers par an. Elle rappelle que les victimes de l'amiante ne sont pas forcément des malades du cancer (environ 18 % des cas). Elle explique que les limites du FIVA sont de connaître davantage les régimes d'assurance-maladie que les métiers exposés et de n'avoir d'autre rôle que l'indemnisation. Enfin, elle signale que, depuis peu, une autorisation de la CNIL permet aux chercheurs d'utiliser les données recueillies par le FIVA.

**Michel Yahiel** est président de l'Association Nationale des DRH. Selon lui, il y a chez les DRH un intérêt croissant au sujet de la maladie. Il explique que récemment s'est tenu un colloque de l'association sur la question de la gestion du retour au travail, quel qu'en soit le motif (congé maternité, arrêt maladie...). Il en ressort que les expériences les plus réussies sont celles où les questions de santé au travail sont intégrées de façon optimale au fonctionnement des politiques de ressources humaines. Il faut selon lui forger une culture du retour au travail. Il pense enfin que la France souffre d'une césure entre les différents compartiments de la santé et qu'il est nécessaire d'améliorer le dialogue entre ses différents acteurs.

**Noëlle Lasne**, médecin du travail, cofondatrice de Médecins sans Frontières, souhaite attirer l'attention sur le fait que le facteur le plus discriminant dans le maintien à l'emploi est la nature du contrat de travail. Elle observe une évolution des comportements depuis la réforme des retraites, chacun craignant que les adaptations du travail, comme les mi-temps thérapeutiques par exemple, aient une incidence néfaste sur sa pension de retraite. Elle évoque enfin l'autocensure croissante des médecins de ville sur les arrêts de travail.

## **B. Débat**

Afin d'entamer le débat, **Jean-Pierre Grünfeld** pose la question du dialogue difficile entre médecins du travail et médecins de ville. Comment améliorer la situation ? Comment partager les informations médicales des patients entre ces deux professions ?

**Gérard Lucas** évoque le projet de mise en place d'un dossier médical personnel au travail, heureusement écarté pour des raisons de protection de la vie privée. Selon lui, c'est à la santé de s'intéresser au travail et non le contraire. Il pense également qu'il est nécessaire de débloquer du temps afin que la santé au travail soit l'affaire de professionnels de la santé, et non uniquement des médecins du travail.

**Noëlle Lasne** revient sur l'accueil des salariés atteints d'un cancer à leur retour au travail, et notamment sur la visite de pré-reprise. Elle évoque son expérience de proposition de rencontre des salariés en pré-reprise et l'importance de préparer avec eux leur retour. Le médecin du travail

doit jouer le rôle de tiers négociateur entre le salarié qui reprend son travail et l'employeur. Elle conclut en rappelant que les salariés répondent plutôt positivement aux demandes de visites de pré-reprise. **Michel Yahiel** soutient également ce dispositif, quelle que soit la raison du départ initial. Il ajoute que la gestion du retour doit également s'élaborer au sein même de l'équipe de travail.

**Arnaud de Broca** s'accorde aussi sur la nécessité d'agir le plus tôt possible, notamment à travers la visite de pré-reprise. Il souligne également la nécessité du dialogue entre médecins du travail et médecins de ville.

**Emmanuel Henry** pose ensuite la question du croisement entre les différentes dimensions de la relation travail/maladie : l'effet du travail sur la santé et l'effet de l'état de santé sur le maintien dans l'emploi ou sur la transformation de l'emploi. Quelles sont les priorités à développer en termes de recherche, notamment en lien avec les associations ?

**Claire Lalot** répond que c'est moins une collaboration avec les chercheurs dont les associations ont besoin, que de collaboration avec les acteurs de l'entreprise.

**Arnaud de Broca** pense qu'il n'est pas aisé de travailler avec les chercheurs, car le temps de la recherche n'est pas celui des associations. Par ailleurs, il souhaite rappeler les inégalités d'indemnisation entre les victimes de l'amiante et celles des autres cancers.

**Gérard Lucas** pense qu'il y a une vraie demande des médecins du travail de collaborer avec les chercheurs, qui a été satisfaite par exemple dans l'enquête SUMER.

**Jacques Raynaud** rappelle qu'existent ici et là, sur ce sujet, de bonnes pratiques, qu'il faut signaler. Des dialogues se créent entre les spécialistes et démontrent leur efficacité.

**Une personne** souhaite rappeler l'importance des rythmes biologiques dans le retour à l'emploi.

**Une personne** pointe l'importance de l'ergonomie dans le maintien à l'emploi. **Gérard Lucas** acquiesce, mais pense que dans certains cas cela peut aussi constituer un détournement de la santé.

**Marcel Goldberg** revient sur la difficulté du dialogue entre les professions. Si le discours n'est pas toujours serein au sein de l'entreprise, il ne l'est pas non plus en dehors, où se pose la question du secret médical. Il pense également que la collaboration entre la recherche et les associations n'est pas chose aisée, particulièrement avec la recherche fondamentale qui ne débouche pas nécessairement ni rapidement sur des applications concrètes.

**Une personne** informe que la Ligue Nationale Contre le Cancer, dont elle fait partie, organise un colloque le 24 mars sur les maladies professionnelles. Au chapitre des solutions, elle évoque les dossiers d'aide financière d'urgence, dans le cas de la Ligue. Ce dispositif laisse une place importante à l'écoute, comme le préconise Noëlle Lasne.

**Une personne**, membre d'un CHSCT, pointe le manque d'informations apportées aux syndicats sur la question de l'adaptation des postes de travail.

**Noëlle Lasne** lui répond que l'adaptation d'un poste de travail est un droit. Elle dénonce par ailleurs « la crucifixion » des médecins du travail et rappelle que la profession est prête à dialoguer, mais que cela nécessite d'avoir des partenaires ouverts. Sur la question de la

collaboration avec la recherche, elle préconise des études sur la relation entre cancer et travail précaire.

**Une personne** travaillant dans une Maison Départementale des Personnes Handicapées dénonce un manque d'information à leur égard sur les indemnisations des malades atteints de cancer.

**Une assistante sociale** renchérit en s'étonnant du manque de dialogue avec les professionnels de terrain.

**Gérard Lucas** rappelle une nouvelle fois la nécessité d'intégrer les médecins du travail au dialogue des acteurs de la réinsertion professionnelle des patients.

**Une personne** atteinte de cancer regrette que la table ronde ait davantage porté sur la médecine du travail que sur la recherche de solutions.

**Jean-Pierre Grünfeld** confirme l'importance de ce sujet, mais appelle les intervenants à communiquer ultérieurement leurs réflexions concernant des solutions pour réduire les inégalités sociales face au cancer.

\*