

---

**Anses****Revue systématique de la littérature visant à dresser un état des lieux des connaissances  
actuelles sur la caractérisation du danger lié à l'ingestion d'amiante  
Saisine « n°2018-SA-0001 »**

---

**Grilles de lecture des 41 études incluses dans l'évaluation du poids des preuves pour la  
question clé 2****Table des matières**

Acheson 1984.....	3
Albin 1990 .....	4
Amandus 1987 .....	5
Barbiero 2018.....	6
Boulangier 2015, De La Provoté 2002, Clin 2009.....	7
Clin 2011 .....	8
Clin 2017 .....	9
Danielsen 1993.....	10
Frederiksson 1989.....	11
Frost 2008 .....	12
Garabrant 1992 .....	13
Gardner 1986 .....	15
Gerhardsson de Verdier 1992.....	16
Goldberg 2011.....	17
Hein 2007, Brown 1994 .....	19
Hilt 1991 & 1995.....	21
Jakobsson 1994 .....	22
Jansson 2005.....	23
Krstev 2005 .....	25
Levin 2016 & 1998.....	26
Liddell 1997, McDonald 1993, 1980 & 1973 .....	28
Lin 2014.....	29
Magnani 2008.....	31
Meurman 1994 .....	32
Oddone 2017.....	33
Offermans 2014.....	34
Ohlson 1984 .....	36
Parent 2000.....	37
Paris 2017 .....	39
Peto 1985 .....	40
Pira 1999.....	41

Raffn 1996 & 1989.....	42
Reid 2018, Musk 2008, Reid 2004, Armstrong 1988.....	43
Repp 2015.....	44
Santibañez 2008.....	45
Santibañez 2012.....	47
Santibañez 2010.....	49
Smailyte 2004.....	51
Ulvestad 2002.....	52
Wang 2013.....	53
Wu 2015, 2014 & 2013.....	54
Références.....	55

<b>Acheson 1984</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	<i>Grant from HS commission</i>	<i>Health and Safety commission</i>
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	ND	Non rapporté
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Usine matériaux isolation (amosite)	Usine de matériaux de construction
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Suivi mortalité jusque fin 1980	Registre des employés entre 1945 et 1978
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	UK	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes dont 40% sont nés après 1940	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	5969 hommes suivis jusqu'en 1980	4820 exposés, comparés à 1849 non ou peu exposés ; mortalité jusqu'en 1980
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	4820 hommes exposés à l'amiante (amosite)	Tous hommes exposés d'après registre. Exclusion sexe non connu, date de naissance incomplète ou date d'entrée dans l'usine non connu.
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Mortalité England et Wales	Registre de mortalité Wales et England
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Sujets décédés jusque fin 1980 (seulement 7% de la cohorte est décédé)	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Depuis 1946 (seulement 20% de la cohorte a été exposée avant 1960)	14% exposés avant 1960 (>20 ans) ; parmi ceux-là, 40% sont restés pendant >5 ans
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité toutes causes	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer tube digestif, pancréas, mésothéliome péritonéal ...	Côlon, œsophage, estomac, rectum, pancréas
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancer poumon et mésothéliome pleural	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Certificat de décès	
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac (enregistré depuis 1971 : 77% fumeurs actifs)	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Principalement amosite	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Classes d'exposition ( <i>background ; casual ; low ; medium ; heavy</i> ) et durée exposition	
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)		
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Classe et durée	
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Pas d'effet sur cancers digestifs; excès dose dépendant pour cancers poumons chez les fumeurs. Cf. Tableau.	Pas de sur risque pour les cancers digestifs ; excès de mortalité pour poumon et plèvre.
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)		
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Albin 1990</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	<i>Grant from Swedish work environment found</i>	+ <i>Fondation Ellen, Walter et Lennart Hesselman</i>
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	ND	Non signalé
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Usine amiante ciment active entre 1907 et 1978	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Mortalité jusque fin 1986	De 1927 à 1986
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Suède	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	2 898 hommes enregistrés entre 1907 et 1977	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Exclusion des travailleurs migrants (33% des exposés)	OK
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Cohorte non exposée à l'amiante (1 522 sujets de diverses entreprises potentiellement exposés à d'autres agents cancérigènes)	5 types d'industries : production de fertilisants, abattoirs, textile laine ou polyester, raffinerie de sucre, industrie du métal
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective + cas-témoin nichée (pour le mésothéliome pleural uniquement)	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Mortalité jusque fin 1986	Faible nombre de perdus de vue chez les témoins (0,2%)
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Jusqu'à 40 ans	Durée minimale d'exposition de 3 mois. Latence minimale de 20 ans à partir du début de l'exposition
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité toute causes	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers digestifs et mésothéliome péritoine	Œsophage-stomac et duodénum sont regroupés, côlon et rectum sont regroupés.
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancer poumon et mésothéliome pleural	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Certificat de décès et croisement avec registre de cancer ; vérification histologique des cancers si possible ; 64% d'autopsies	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Non pris en compte	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Principalement (95%) chrysotile, mais utilisation occasionnelle d'amosite et de crocidolite	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Estimation de exposition individuelle en f/ml et f/ml.années	Classe 4. Données métrologiques d'ambiance uniquement de 1956 à 1977. Incertitudes concernant certaines tâches, non prises en compte.
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	prélèvements individuels : conversion mppcf en f/ml à date ?	Historique professionnel non disponible pour 22% des travailleurs
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Risque relatif entre cohorte amiante et cohorte non amiante	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Médiane intensité = 1,2 f/ml ; médiane IEC = 2,8 f/ml.années ; moyenne IEC = 13 f/ml.années (IEC : index d'exposition cumulé)	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Excès de cancer côlon-rectum (RR = 3,4 (1,2-9,5) pour la catégorie d'exposition la plus importante $\geq 40$ f/ml.années). 12 cas de mésothéliome pleuraux (présence d'amphiboles dans les tissus) ; pas de mésothéliome péritonéal	RR=1,5 [IC95% 0,7-3] pour cancer colon-rectum globalement et RR = 3,4 [1,2-9,5] pour le groupe ayant un IEC de plus de 40 f/ml x années.
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		non renseignée
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	OUI pour cancer colorectal (cf. tableau et figure)	Relation dose-effet significative pour le cancer colon-rectum
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		Discussion sur difficulté de conversion des métrologies initiales en mppcf puis f/ml.

<b>Amandus 1987</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non précisé. Macdonald : financé par industriel propriétaire de la mine	Non précisé pour Amandus. Grant à l'Université McGill pour McDonald de la part du propriétaire de la mine
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non précisé, <i>a priori</i> aucun mais Macdonald : financé par industriel propriétaire de la mine	Non précisé pour Amandus.
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	575 hommes blancs employés d'une mine et usine d'amiante, embauchés avant 1970 et employés au moins un an. Macdonald : 406 employés blancs avant 1963, pendant au moins 1 an	575 hommes de mine et moulin de vermiculite (contamination par trémolite)
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Statut vital au 31 décembre 1981, cause de décès	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Libby, Montana, USA	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes blancs	Hommes d'origine européenne de la population générale USA
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	575 hommes	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Embauchés avant 1970 et employés au moins un an. Macdonald : employés avant 1963, pendant au moins 1 an	575 hommes identifiés ; statut vital obtenu pour 569 au 31 déc 2001. Age moyen à l'inclusion : 32,3 ans
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Tableau de mortalité, population masculine blanche de même âge, US	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte	Cohorte rétrospective
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Suivi moyen : 8,3 ans	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Moins de 10 ans, 10 à 19 ans, plus de 20 ans	Non mentionnée (mais étude des cancers en fonctions de la latence depuis le début de l'exposition)
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer pulmonaire, mésothéliome, tous cancers, cancers digestifs, cancer estomac, pathologies respiratoires non cancéreuses. Macdonald : cancer pulmonaire, digestif, autres cancers, cardiovasculaire, respiratoire non cancer	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers digestifs, cancer estomac. Macdonald : cancers digestifs sans précision	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome, autres pathologies respiratoires non cancéreuses. Macdonald : cardiovasculaire, respiratoire non cancer	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	SMR	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Pas de prise en compte de facteurs de confusion	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Tremolite, actinolite. Macdonald : amphiboles	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Exposition individuelle en fonction poste occupé (25 postes identifiés), exprimé en fibres/années, 4 classes (<50, 50-99, 100-399, >400). Macdonald : mesures fibres dans air ambiant, 1 363 mesures avant 1975, niveaux d'exposition de 28 postes de 1945 à 1982	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Fibres/ml x années, 4 classes (<50, 50-99, 100-399, >400) + durée d'exposition	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	4 niveaux d'exposition cumulée	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Augmentation mortalité par cancer digestif pour exposition 50-99 et >400 (SMR 165,9 et 121,7 respectivement), non significative. Macdonald : pas d'excès de mortalité par cancers digestifs	SMR cancers digestifs (6 cas) = 74,3 [IC95%: 27,3-161,8], SMR cancer estomac (2 cas) = 124,4 [15,1-449,3]. Rien sur les cancers digestifs chez McDonald.
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseigné	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)		Non
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Barbiero 2018</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Pas de financement externe	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Un auteur est expert pour le procureur dans les procès sur les cancers liés à l'amiante, les autres absence de conflit	3 auteurs experts dans un procès
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Sujets exposés professionnellement à l'amiante dans la région <i>Friuli Venezia Giulia</i>	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Inclusion des sujets vus entre 1991 et 2008	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Italie, Nord-Est	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes, âge moyen 56 ans au début de la surveillance	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	3 293 enregistrements – 2 488 hommes sans cancer prévalent entre 1995 et 2009	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Etude de cohorte rétrospective : données issues d'une clinique pour la surveillance des travailleurs exposés à l'amiante dans la ville de Monfalcone - sujets vus dans la clinique entre les années 1991 et 2008	OK
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population générale de la même région	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Entre janvier 1995 et décembre 2009	NA
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, incidence	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer colorectal, cancer de l'estomac, cancer de l'œsophage, cancer du pancréas, cancer hépatique	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancers de la bouche, larynx, trachée, bronche, poumon, mésothéliome, cancers de la prostate, de la vessie, cerceau et leucémie	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Registre de cancer	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Comparaison externe	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Non précisé	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	43 955	Matrice emploi-exposition
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Durant la visite, le personnel en santé travail collectait le <i>cursus laboris</i> et toute la documentation objective sur l'exposition à l'amiante du sujet qui pouvait comprendre : carte d'employé, preuve d'exposition par INAIL et/ou déclarations des collègues. Pour chaque travailleurs, l'intensité d'exposition était définie à partir de matrices emplois-exposition.	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SIR	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Définis en haut (12,9%), moyen (68,0%) et bas (19,2%)	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cf. tableau	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	NR	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Boulangier 2015, De La Provoté 2002, Clin 2009</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	NR	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Aucun	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte rétrospective de travailleurs exposés à l'amiante	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Cancer survenant entre 1978 et 2009	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Calvados, France	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	80% d'hommes, âge moyen à l'inclusion en 1978 : 39 ans	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	2 024 sujets déjà employés en 1978	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Sujets vivant en 1978, ayant travaillé au moins un an dans l'usine et résidant dans le Calvados	OK
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population du Calvados couverte par un registre	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	22 ans	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Moyen et long terme	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers digestifs	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Non	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Registre	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Analyse stratifiée sur la durée d'exposition et l'intensité d'exposition	Pas d'information sur facteurs de risque
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile seul ou mélange (chrysotile et crocidolite)	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Individuel – cotation 5	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Métrologie réalisée dans l'usine à partir de 1960. Pour chaque sujet, la durée d'exposition et le début et la fin de l'exposition étaient connus permettant d'attribuer à chaque sujet un index cumulé d'exposition (ICE)	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SIR	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	ICE moyen : 138.6 fibres/ml ans [IC95% (131.5-145.8)]. MEC moyen : 7.8 fibres/ml (IC95% (7.41-8.13)) (dispo dans article De la Provoté)	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cf. tableau	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non rapporté	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	Augmentation de l'incidence de cancer colorectal uniquement chez les personnes exposées >25 ans.
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Clin 2011</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non rapporté	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	2 024 sujets exposés professionnellement à l'amiante dans le Calvados	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1 janvier 1978 – 31 décembre 2004	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	France, Calvados	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	79% d'hommes, âge moyen à l'entrée dans l'étude :39 ans	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	2 024 (107 sujets exclus de l'analyse car absence du statut vital à la date de point)	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Sujets qui ont travaillé dans une usine de retraitement de l'amiante - Tous les sujets vivants en 1978 qui ont travaillé au moins un an et qui vivait dans le calvados une partie ou toute la durée de l'étude	OK
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Interne à la cohorte	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	26 ans	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme (et lag de 10 ans)	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer, incidence	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer colorectal, cancers hépatique et vessie regroupés, cancer œsophage	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome, cancer pulmonaire, cancer prostate, cancer de la peau, cancer ENT ( <i>ear nose throat</i> ), cancer du tractus génital féminin	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Registre	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Seulement l'âge	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile, amphibole	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Niveau individuel – cotation 5	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Métrologie	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Modèle de Cox	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ème</sup> /75 <sup>ème</sup> percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Non décrit pour l'ensemble de la population	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cf. Tableau	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseigné	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Oui	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		OK



Clin 2017	Relecteur 1	Relecteur 2
<b>Sources de financement</b>	French Ministry of Labour and Social Relations; French National Health Insurance (Occupational Risk Prevention Department); French Agency for Food, Environmental and Occupational Health & Safety	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte ARDCO - travailleurs exposés à l'amiante inactif ou à la retraite suivis par l'assurance maladie	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Inclusion octobre 2003 à décembre 2005 - Fin du suivi 4 avril 2015	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	France : Aquitaine, Haute Normandie, Basse Normandie, Rhône-Alpes	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes, moyenne d'âge : 63,2 ans	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	14 515 sujets ; 13 055 inclus dans l'analyse de mortalité	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Proposition examen médical gratuit incluant scanner et test fonction pulmonaire sélectionné à partir de la base de données assurance maladie, puis sélection des hommes	OK
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Non exposé	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte prospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	10 à 12 ans	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	En moyenne, 53,6 ans entre la première exposition et la fin du suivi	Durée moyenne d'exposition : 30,9 ans
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer de l'œsophage	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer de l'œsophage	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Non	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Cancer de l'œsophage enregistré par assurance maladie et mortalité par cancer de l'œsophage dans les certificats de décès	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac et durée de l'exposition	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Non précisé	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Individuel – cotation 5	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Expertise	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Modèle de Cox	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Indice d'exposition cumulé : 60,4 f.année/ml en moyenne	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Association significative (cf. tableau)	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseigné	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Oui	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Danielsen 1993</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Bundesministerium für Forschung und Technologie and the Royal Norwegian Council for Scientific and Industrial Research.	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non rapportés	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Soudeurs et ouvriers des chantiers navals	
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1953-1990	Employés entre 1940-1979
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Norvège (Côte ouest)	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes uniquement	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	4 711 éligibles : exclus = 10 pour données manquantes + 16 étrangers + 53 perdus de vue + 61 émigrés ou décès avant suivi → 4 571 inclus ; sous-cohorte de 623 soudeurs	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Inclus = travailleurs masculins entre le 01 janvier 1940 et le 30 janvier 1979 à partir du registre du personnel	
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Calcul du nombre de cas attendus basé sur les taux d'incidence nationaux spécifiques à cinq ans pour les hommes norvégiens pour chaque année civile de 1953 à 1990 pour la cohorte entière + groupe de comparaison interne pour les sous-cohortes de travailleurs à risque ( <i>shipyard production workers</i> )	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	37 ans	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers incidents	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Œsophage, estomac, colon, rectum, foie	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Poumon, larynx, méso et autres	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	SIR, Cancer Registry of Norway ( <i>reporting par hôpitaux et anapathologie</i> )	
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Non pris en compte	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile	Probablement mélange (réparation)
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Utilise un métier comme proxy, pas de données individuelles, cotation 1bis	Aucune donnée d'exposition pour l'amiante
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)		
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SIR	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés		
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Excès d'incidence de cancers tous sites avec résultats pour cancers digestifs dans tableaux 2 et 6. Les soudeurs présentaient un risque accru de cancer de l'estomac et cancer du rectum.	Excès non significatif pour les soudeurs. Excès significatif pour côlon dans groupe référence : 157 (107-222).
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseigné	
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non effectuée	
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Frederiksson 1989</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	NA	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	NA	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cas = sujets âgés de 30 à 75 ans présentât un adénocarcinome du gros intestin (ICD-8 code 153.01-153.89) diagnostiqués entre 1980 et 1983 et rapportés au registre de cancer suédois, résidant dans la région du département d'oncologie de Umeå. Seules les personnes vivantes pendant la collecte des données de l'étude ont été incluses (1984-1986).	
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Témoins = pour chaque cas, 2 sujets témoins de la même ville, du même sexe, d'un âge le plus proche, issus du <i>National Population Register</i> .	
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Collecte des données entre 1984 et 1986	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Suède, région d'Umeå	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Sujets des 2 sexes, de toutes ethnies, âgés de 30 à 75 ans	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	329 cas (165 hommes et 164 femmes) et 658 témoins. Après refus et exclusion, au final : 312 cas (156 hommes et 156 femmes) et 623 témoins. Exclusion des cas de décès, des cas avec mauvais diagnostic anapathologique et cancers du rectum, et cas de démence ou sujets trop âgés.	
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Cas = sujets âgés de 30 à 75 ans présentât un adénocarcinome du gros intestin (ICD-8 code 153.01-153.89) diagnostiqués entre 1980 et 1983 et rapportés au registre de cancer suédois, résidant dans la région du département d'oncologie de Umeå. Seules les personnes vivantes pendant la collecte des données de l'étude ont été incluses (1984-1986).	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Etude cas-témoins	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	1984-1986	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers du colon	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )		
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)		
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Utilisation des données d'un registre de cancers pour les cas et du <i>National Population Register</i> pour les témoins	
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Habitudes alimentaires et boissons, prises de médicaments	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Amiante sans précision	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Utilisation de questionnaires avec en première partie les emplois occupés pendant la carrière professionnelle et les expositions professionnelles	
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Emploi classés en fonction de l'intensité de l'activité physique en 3 groupes (forte, moyenne, sédentaire) et indice d'exposition cumulée en fonction de la durée de travail dans chaque classe. Expositions professionnelles à l'amiante, à des agents d'imprégnation et des solvants organiques classées de façon indépendante par 3 personnes avec une bonne expérience en santé au travail (2 médecins et 1 hygiéniste).	
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Méthode de Mantel-Haenszel	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	2 groupes ( <i>high vs. low</i> ) concernant les expositions professionnelles à l'amiante, à des agents d'imprégnation et des solvants organiques.	
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	<i>Reduced ORs were found for agricultural, forestry, and sawmill workers and increased OR for railway employees. High-grade exposure to asbestos (2.1, CI95% = 0.8-5.8) or to organic solvents gave a two-fold increased risk. Regarding exposure to trichloroethylene in general, a slightly increased risk was found whereas such exposure among dry cleaners gave a seven-fold increase of the risk.</i>	
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)		
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Frost 2008</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Etat	<i>The Health and Safety Executive</i>
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non signalé, <i>a priori</i> aucun	NR
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	31 302 travailleurs de l'amiante, suivis jusqu'en 2005	
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	2005	1971 - 2005
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	UK, cohorte nationale des travailleurs de l'amiante	ok
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	NA	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	31 302 des 52 387 de la cohorte entière, ayant fait au moins un bilan médical	ok
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	<i>The Great Britain Asbestos survey</i> débutée en 1971. participation volontaire, bilan médical tous les 2 ans	ok
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population UK	ok
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte prospective	ok
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	34 ans (1971-2005)	Maximum
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Nombre d'heures d'exposition par semaine, 6 catégories de masque respiratoire pris en compte, nombre d'années d'exposition	A partir de 1986 - permet de définir la deuxième sous population pour analyse interne
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité : tous cancers, cardiorespiratoire, mésothéliome	ok
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers bronchiques, pathologies respiratoires, cardiovasculaire, mésothéliome, cancer du rectum, œsophage, estomac, foie, côlon	ok
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Décès toutes causes	ok
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Registre national des décès	
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac	Mais pas pour les SMR (pour les effets qui nous intéressent).
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Non précisé	ok
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Non précisé	ok
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Non précisé	ok
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR, Poisson	SMR pour les effets sanitaires qui nous intéressent, RR pour certains autres
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Différents niveaux d'exposition identifiés, durée hebdomadaire d'exposition et nombre d'années d'exposition + type de masque de protection utilisé	Mais seulement pour des effets sanitaires non ciblés dans l'expertise
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Pour le digestif, seul le cancer du rectum présente un excès de mortalité	ok
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	ok
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	ok
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Garabrant 1992</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	National Cancer Institute, USA	Institut national du cancer
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Pas de conflit signalé	non spécifié, a priori aucun
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Etude cas-témoin en population générale dans le Comté de Los Angeles, Californie (USA)	Comté de Los Angeles, cas-témoins
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Cas incidents de cancer du côlon diagnostiqués entre novembre 1983 et juin 1986	Incidence cancer colique sur 1983-1986
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Comté de Los Angeles, Californie, USA	USA, comté de LA
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes et femmes de type européen parlant anglais, nés aux USA au Canada ou en Europe, âgés de 45 à 70 ans (âge moyen : 61,4 ans)	Hommes et femmes initialement.
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	596 hommes potentiellement éligibles, 434 finalement disponibles (car 52 refus du médecin, 43 décédés, 12 non localisables, 55 refus), 419 retenus (soit 70,3%) car ayant un témoin apparié sur âge (+/- 5 ans), recrutés selon lieu de résidence. 327 cas et témoins femmes (très peu décrites).	570 à Blackburn et 757 à Leyland. Cas=cancer du côlon.
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Inclusion des cas si confirmation anatomopathologique d'un adénocarcinome colique avec 1 <sup>er</sup> diagnostic entre novembre 1983 et juin 1986, avec âge de 45 à 70 ans au moment du diagnostic. Exclusion si absence de site colique précis sur le rapport anatomopathologique, ou en cas de polypose colique familiale, de pathologie inflammatoire colique personnelle connue, ou en cas d'histologie de type tumeur carcinoidale ou de site primitif au niveau de l'appendice (pas de connaissance du nombre de sujets exclus pour ces différents motifs).	
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Témoins appariés sur sexe, ethnie, date de naissance (+/- 5 ans), dans des résidences voisines du cas (1 <sup>er</sup> témoin désigné pour 270 cas, 2 <sup>ème</sup> témoin pour 98 cas, lorsque le 1 <sup>er</sup> refusait). Interrogatoire en face à face au domicile par le même enquêteur pour cas et témoin.	Témoins=même sexe, Age, région, niveau d'éducation, revenus, situation maritale
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cas-témoins	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Sans objet	3 ans
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Calendrier professionnel sur emploi de plus de 6 mois	Obtenu par questionnaire
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer du côlon (droit et gauche)	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Aucun	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles. Diagnostic histologique recueilli.	Non spécifié
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Questionnaire semi quantitatif d'habitudes alimentaires, activité physique, poids sur les 30 dernières années, calendrier professionnel, antécédents médicaux, antécédents familiaux de cancer, historique obstétrique chez les femmes	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Amiante sans précision	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Niveau individuel, avec durée d'exposition cumulée, fréquence d'exposition, utilisation ou non d'équipement de protection individuel et calcul d'un index d'exposition cumulé individuel (IEC) (sans métrologie). Classe 2bis	Questionnaire sur exposition dans les 15 années précédentes
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Questionnaire semi quantitatif d'habitudes alimentaires (développé par Willet <i>et al.</i> )	Pas de mesures
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Calcul d' <i>odds ratio</i> , régression logistique. Analyse univariée puis multivariée. Prise en compte de l'historique familial de cancer colique, conso calorique journalière, apport quotidien de glucides, apport de calcium, poids au cours des 10 dernières années, nombre d'heures quotidiennes d'activité physique faible ou modérée au cours des 5 dernières années avant le diagnostic et nombre de grossesses pour les femmes.	Régression logistique : exposition oui/non, durée exposition, type d'exposition, fréquence d'exposition
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	66 cas exposés /419 (soit 15,8%) et 58 témoins/419 (soit 13,8%). 14 faisant partie du groupe ayant l'index cumulé d'exposition cumulée le plus élevé, chez les cas comme chez les témoins	Estimation grossière
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Chez les hommes (tableaux 2 et 3), OR=1,16 [IC95% 0,80-1,69] pour toute exposition à l'amiante en analyse univariée. OR=0,99 [0,66-1,50] après ajustement en multivarié. Aucune association ou tendance significative avec les différents paramètres d'exposition à l'amiante (fréquence, durée, IEC). Pas d'association claire entre amiante et colon (0,90 [0,47-1,72] pour colon droit et 1,32 [0,83-2,11] pour colon gauche). Diminution après ajustement sur les facteurs de confusion (0,72 [0,34-1,50] et 1,17 [0,70-1,95], respectivement). Lors de l'analyse avec lag de 15 ans, pas d'association entre exposition à l'amiante et cancer du côlon (1,14 [0,76-1,70] et 0,93 [0,60 -1,44] en univarié et multivarié, respectivement). Chez les femmes : aucun tableau présenté mais absence d'association entre exposition à l'amiante et cancer du côlon.	

<b>Garabrant 1992</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Puissance faible de l'étude : 80% pour détecter un OR de 1,7 mais seulement 13% pour détecter un OR de 1,2.	
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Absence de relation dose-réponse	Non
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.	Données probablement assez sommaires sur les enquêtes professionnelles (questions directes sur l'amiante et sur les principaux secteurs d'activité et professions à risque)	

<b>Gardner 1986</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Health and Safety Executive, UK	NA
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non mentionné	NA
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Usine de fabrication d'amiante-ciment de Tamworth, Royaume Uni	NA
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1941-1983	NA
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Royaume Uni	NA
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes et femmes, ethnie non précisée, âge non précisé	NA
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	2 173 sujets (1 514 hommes, 659 femmes) ayant été employés dans l'usine à partir de 1941 (liste établie à partir des registres du personnel). Analyse réalisée pour 486 sujets décédés au 31 décembre 1984 (384 hommes soit 25,4%, 102 femmes soit 15,5%)	NA
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	6 sujets exclus initialement du listing des 2 173 sujets car date de naissance non connue ou date de début d'emploi non connue ; 77 sujets (3,6%) perdus de vue car ont émigré (38 sujets) ou non traçables dans le registre du <i>National Health Service</i>	NA
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population nationale Angleterre-Pays de Galles, et ajustement grâce à des facteurs de correction locaux pour la région de Tamworth	NA
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	NA
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	1941-1983	NA
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Absence d'information précise dans la publication, mais mention d'un <i>turn over</i> important avec 52% des sujets quittant l'entreprise dans l'année et 82% au bout de moins de 5 ans	NA
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité. Toutes causes, tous cancers, cancer pulmonaire, autres cancers	NA
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Œsophage, estomac, colon, rectum, ovaire	NA
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome pleural, asbestose, cancer du larynx	NA
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données des certificats de décès.	NA
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Aucun pris en compte. Tabagisme non connu	NA
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Très majoritairement chrysotile (amosite employé en faible quantité d'août à novembre 1976)	NA
<b>Évaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Historique des postes au niveau du service du personnel, et données métrologiques disponibles de 1968 à 1982 pour les différents postes (en f/ml), niveau variant de 0,2 f/ml à 9 f/ml. Prise en compte du type de poste (matériau sec ou humide) et du niveau d'exposition, mais uniquement pour l'analyse du risque de cancer pulmonaire	NA
<b>Évaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Plus de 1 000 métrologies, permettant de faire des estimations moyennes par poste de travail et en fonction de la période entre 1968 et 1982 (tableau 2)	NA
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR	NA
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	0,2 f/ml à 9 f/ml selon les postes et périodes entre 1968 et 1982 (probablement nettement plus avant 1968)	NA
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Aucun tableau pour les résultats des cancers digestifs, uniquement présentés dans le texte. 1 cancer œsophage (3,5 attendus), 15 cancers estomac (13,7 attendus), 6 cancers côlon (9,2 attendus), 5 cancers rectum (6,2 attendus), 3 cancers ovaire (2,7 attendus). Aucun excès significatif. Pas d'excès de cancer bronchique non plus. 1 cas mésothéliome pleural (avec latence de 7 ans), 1 cas asbestose. Mortalité toutes causes : SMR 92 (IC95% 75-111] pour la population nationale ; SMR= 106 après ajustement local.	NA
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	NA
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non renseignée	NA
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.	Pas d'intervalle de confiance présenté pour les ajustements sur la population locale	NA

<b>Gerhardsson de Verdier 1992</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Société nationale du cancer	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non reportés	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	569 cas de cancer colorectal	
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1986-1988	
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Stockholm, Suède	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Habitants de la région de Stockholm, ayant résidés en Suède au moins la moitié de leur vie, nés entre 1907 et 1946	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	569 cas et 512 témoins	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	569 cas de cancer colorectal (sources : dossiers médicaux et registre régional des cancers) et 512 témoins sans cancer colorectal. Exclusion des sujets à haut risque (MICI, polyposes).	
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	512 sujets de la même zone géographique, tirés au hasard dans la population	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cas-témoin	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Pas de suivi	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	0 à 20 ans, 20 à 30 ans, 30 à 40 ans, + de 40 ans	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer colorectal	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer colorectal	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Pas d'autre effet étudié	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)		
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Activité physique, alimentation, indice de masse corporelle, tabagisme passif	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiantes non précisé)	Non précisé	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Questionnaire sur activité professionnelle, alimentation, poids, taille, activité physique. Liste des emplois exposés à différents toxiques préétablis.	
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Non précisé	
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	RR calculé par méthode directe (EGRET) en fonction du toxique (incluant amiante)	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Non précisé	
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Légère augmentation du risque de cancer colique pour hommes exposés à l'amiante, non significatif (RR=1.8 (0.9-3.6)), même après ajustement (RR=1.9 (0.9-4.2)). Augmentation du risque de cancer du rectum pour hommes exposés à l'amiante (RR=2.2 (1.0-4.7)), non significatif après ajustement (RR=1.9 (0.8-4.6)). Pas de sur-risque lié à l'amiante quand prise en compte des expositions à d'autres toxiques (co-expositions).	
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.	Non	



<b>Goldberg 2011</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	<i>Research and personal support grants from the National Health Research and Development Program from Health Canada, the National Cancer Institute of Canada, the Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec, and the Fonds de la recherche en santé du Québec.</i>	<i>National Health Research and Development Program from Health Canada; National Cancer Institute of Canada; Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec; Fonds de la recherche en santé du Québec.</i>
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs (biais de reporting)</b>	Non mentionné	<i>Not reported</i>
<b>Population étudiée (nom, description)</b>	497 cas masculins de cancers du côlon / 1 514 témoins atteints d'un cancer d'une autre localisation et 533 témoins en population générale (sans cancer)	<i>Men, aged 35 to 70 years, who were residents of the greater Montreal metropolitan area</i>
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Sujets diagnostiqués entre 1979 et 1985	
<b>Géographie (pays, région, état, etc.)</b>	Montréal (Canada)	
<b>Démographie (sexe, ethnie, âge)</b>	Hommes âgés de 35 à 70 ans, résidant à Montréal	<i>French (53.5%), Anglophone (17.3%), Italian (8.7%), Jewish (6.4%), Other European (8.7%), Other (5.4%).</i>
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	497 cas masculins de cancers du côlon / 1514 témoins atteints d'un cancer d'une autre localisation / 533 témoins en population générale (sans cancer) (Tableau 1).	<i>Interviews with 497 of 607 eligible cases of colon cancer (82% response rate). Population-based control series: 533 subjects (72% response rate). Added to the cancer control series to form the pooled control group of 2047 subjects.</i>
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Hommes âgés de 35 à 70 ans, résidant à Montréal et présentant entre 1979 et 1985 un cancer primitif histologiquement certifié d'un des 19 sites étudiés ; témoins inclus à partir de listes électorales, de façon randomisée, apparié selon l'âge ; exclusion des sujets atteints d'un cancer du poumon et/ou du péritoine, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du rectum y compris jonction recto-sigmoïdienne, du foie et des voies biliaires et du pancréas. Exclusion des sujets n'ayant pas eu d'exposition professionnelle ou une exposition au moins 5 ans avant le diagnostic de la maladie.	<i>Inclusion: Men, age 35 to 70 years, who were residents of the greater Montreal metropolitan area and who were diagnosed between 1979 and 1985 with a new, primary, histologically-confirmed cancer at one of 19 anatomical sites. Exclusion: Subjects with low confidence of exposure or exposure only during the last 5 years (so that only subjects with probable or definite exposure at least 5 years before interview were classified as exposed). We defined a cancer control group by excluding subjects who had primary cancers of the lung and peritoneum (because of the recognized strong associations of these sites of cancer with workplace exposures). Next, in order to minimize the possible underestimation of effects arising from exposures being associated both with colon cancer and other digestive sites, we excluded subjects with cancers of the esophagus, stomach, small intestine, rectum including the rectosigmoid junction, liver and intrahepatic bile ducts, gallbladder and extrahepatic bile ducts, and pancreas.</i>
<b>Description du groupe de référence (biais de sélection)</b> . Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Témoins en population générale (n=533) et témoins atteints d'un cancer d'un autre site que le colon (n=1514)	<i>Cancer control group: bladder (n=430), kidney (n=174), Hodgkin's disease (n=54), non-Hodgkin's lymphomas (n=212), eye and skin melanoma (n=120), multiple myeloma (n=23), penis (n=10), prostate (n=435), testis (n=25), and other sites (n=31).</i>
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Etude cas-témoin en population générale	
<b>Durée du suivi (biais d'information)</b>		
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme	10 years
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers de 19 localisations	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer du colon	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)		
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)		
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Ajustement sur âge, ethnie, tabac, niveau socio-économique, habitudes alimentaires, eau consommée, indice de masse corporelle, cf. tableau 1	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Amiante sans plus de précision	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Niveau individuel à partir de l'analyse du cursus professionnel	
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Cursus professionnel évalué par chimiste et hygiéniste industriel à partir de questionnaires remplis en face à face avec l'enquêteur, sujets classés en fonction de la durée, de la fréquence et du niveau d'exposition	<i>Indication of the presence of exposure and degree of confidence (possible, probable, definite), of the frequency of exposure during a normal workweek (&lt;5%, 5-30%, &gt;30% of time), and of the level of concentration of the agent.</i>

<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	<i>Odds ratio</i> , régression logistique, ajustement sur l'âge	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés		<i>Lifetime prevalence of exposure (%) for different substances is reported in the Table 8</i>
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Augmentation du risque de cancer du côlon dans plusieurs industries et emplois, augmentation avec 21 agents dont l'amiante (OR=2.6 (95%CI: 1.0±6.2)) quand comparaison avec témoins population générale et augmentation avec niveau d'exposition.	<i>Exposure to asbestos is associated with high odds of colon cancer (OR=2.1 (95%CI: 1.1 - 4.0)) after adjusting for non-occupational factors. The association is rendered non-significant after additional adjustment for other occupational exposures (OR=1.8 (0.9 - 3.6)).</i>
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		<i>Not reported</i>
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	<i>No trend analysis reported</i>
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		<i>None</i>

<b>Hein 2007, Brown 1994</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non mentionnés. Auteurs relevant du NIEHS (USA), NIOSH et Université	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs (biais de reporting)</b>	Non	Absence de conflit déclaré
<b>Population étudiée (nom, description)</b>	Usine textile amiante	Cohorte de l'industrie textile
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Usine active entre 1916 et 1977; suivi mortalité jusqu'en 2001	Mise à jour d'un suivi de cohorte, initialement suivie de 1940 à 1975 avec 1261 sujets, élargie à 3022 sujets par ajouts de sujets non européens et femmes européennes avec suivi jusqu'en 1990, complétée à 3072 sujets (21 femmes non européennes et 29 autres travailleurs) avec suivi jusqu'en 2001
<b>Géographie (pays, région, état, etc.)</b>	Caroline du Sud, USA	
<b>Démographie (sexe, ethnie, âge)</b>	Hommes et femmes <i>white</i> et <i>non white</i>	Hommes d'origine européenne (n=1256, âge médian dernier suivi : 66,6 ans, <i>range</i> : 18,1-95,8), femmes d'origine européenne (n=1244, âge médian dernier suivi : 74,1 ans, <i>range</i> : 16,9-101), hommes non européens (n=551, âge médian dernier suivi : 63,3 ans, <i>range</i> : 16,9-96,5), femmes non européennes (n=21, âge médian dernier suivi : 72,8, <i>range</i> : 21,1-90)
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Au dernier suivi : 3072 = 1256 <i>white males</i> + 1244 <i>white females</i> . Cf tableau. 63,8% de la cohorte est décédée en 2001, 10% de perdus de vue.	3072 travailleurs, 846 vivants (27,5%), 1841 décès (59,9%) avec 120 causes inconnues (3,9%) et 265 perdus de vue (8,6%). Au total 118 512,6 personnes années
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Analyses séparées pour les travailleurs court terme qui représentent la moitié de la cohorte	Au moins 1 mois d'emploi en production entre 1 <sup>er</sup> janvier 1940 et 31 décembre 1965. L'usine aurait utilisé de l'amiante jusqu'en 1977 (donc probable inclusion des sujets jusqu'à cette date ?)
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population nationale USA (prise en compte de l'ethnie) et analyse complémentaire avec la population de l'Etat de Caroline du Sud	Population générale USA de même sexe et ethnie, et population régionale de Caroline du Sud
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective (historique)	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Jusqu'au 31 décembre 2001 pour le plus long suivi (sinon, 1990)	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Exposition jusqu'en 1977 ; durée médiane décrite dans tableau ; court et long terme	Durée d'emploi médiane : 1,1 an (de 0,1 à 46,8 ans) ; exposition cumulée médiane : 5,5 f/ml x années (de 0,1 à 699,8)
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité toutes causes et jusqu'à 119 causes spécifiques	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Toutes causes de décès + cancers	Cancer œsophage, estomac, intestin sauf rectum, rectum, foie et voies biliaires, pancréas, péritoine ou autres organes digestifs non spécifiés
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)		Cancer larynx, trachée-bronches-poumon, pleùvre, autres sites respiratoires, organes génitaux féminins, pneumoconiose, asbestose
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Certificats de décès ( <i>manual review</i> )	Statut vital puis code décès selon certificat de décès pour sujets de la cohorte avec interrogation du <i>National Death Index</i>
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Enquête tabac en 1971 : similaire US pour <i>white males</i> , plus bas pour <i>non white males</i> , plus haut pour <i>white females</i> . A noter : un excès de décès pour causes cardiovasculaires, cérébrovasculaires et bronchopneumopathie chronique obstructive chez <i>white males</i> . Pas de données alcool.	Absence d'information sur tabac, alcool, alimentation surpoids, activité physique (uniquement des éléments globaux indirects sur la fréquence présumée du tabagisme dans la population d'étude)
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Essentiellement chrysotile	Majoritairement chrysotile (crocidolite employé de 1950 à 1975, mais en très faible quantité : 2000 livres/an vs. 6 à 8 millions de livres de chrysotile/an)
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	6 000 <i>industrial hygiene sampling measurements over 1930-1975. Specific job-exposure matrix</i> , à partir du parcours professionnel de chaque sujet. Durées d'exposition décrites.	Niveau 4 : matrice emploi-exposition spécifique de la cohorte
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	f/ml et f/ml.années	Existence de données métrologiques propres à la cohorte
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Calcul SMR pour chaque sexe et ethnie. Population de référence : US et <i>South Carolina</i> (après 1960)	SMR
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ème</sup> /75 <sup>ème</sup> percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Cf. tableau1 (dans Hein) et autres références publiées.	Médiane de l'exposition cumulée : 5,5 f/ml x années (de 0,1 à 699,8)

<b>Hein 2007, Brown 1994</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Hein : pas d'excès cancer digestifs ni cancers de l'ovaire (sauf cirrhose et autre maladies chroniques du foie) selon référence <i>South Carolina</i> . Cancer œsophage exclusivement chez les hommes. Les effets respiratoires persistent après exclusion des travailleurs court terme. Brown : tableaux 2 et 3. Hommes <i>white</i> , estomac (SMR=0,75 [0,21-1,95]), foie-vésicule-voies biliaires (4,04 [1,76-7,97]), pancréas (1,46 [0,68-2,74]). Nombre de cas $\leq 7$ .	Cf. table 2 Hein. Mortalité toutes causes augmentée SMR=1,33 [1,28-1,39], avec excès tous cancers 1,27 [1,16-1,39]. Excès significatif pour cancer de l'œsophage 1,87 [1,09-2,99] reposant sur 7 cas observés, hommes. Pas d'excès significatif pour autres cancers digestifs. Excès de décès par cancer trachée-bronche-poumon (198 cas, SMR = 1,95 [1,68-2,24]) et asbestose (36 cas, SMR=232,5 [162,8-321,9]).
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		118 512 personnes années pour le suivi le plus long
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Superbes relations dose effet pour cancer poumon et asbestose mais pas de données pour les effets ciblés dans l'expertise.	Non testée pour les cancers digestifs (évaluée pour cancer pulmonaire et asbestose)
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Hilt 1991 &amp; 1995</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non mentionnée	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non mentionnés	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Travailleurs masculins exposés à l'amiante en production et maintenance dans une usine d'électrochimie (acide nitrique) en Norvège	Exposition entre 1928 et 1980
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Suivi du 1 <sup>er</sup> janvier 1953 jusqu'à la date de point en 1988	OK jusqu'à fin 1988
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Norvège	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes	Moyenne d'âge au début de l'exposition = 33 ans (de 17 à 59 ans)
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	287 hommes embauchés dans l'usine entre 1920 et 1961 : 190 dans le groupe faiblement exposé et 97 dans le groupe fortement exposé	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Critères d'inclusion : avoir travaillé au moins 1 an dans l'usine + avoir été embauché entre 1928 et 1961 + être vivant au 1 <sup>er</sup> janvier 1953. Données d'incidence des cancers obtenues par interrogation du registre de cancers de Norvège. Exclusion des sujets embauchés après 1961.	Le critère de durée minimale de 1 an de travail est uniquement appliqué pour les travailleurs faiblement exposés.
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population générale de Norvège	Uniquement les hommes sont considérés
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Etude d'incidence dans une cohorte rétrospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	1er janvier 1953 à fin 1988	31 décembre 1988
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme (au moins 1 an d'exposition)	Pour les fortement exposés pas de critère minimal de durée d'exposition
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, étude d'incidence	OK (respiratoires et digestifs)
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer du côlon, cancer de l'estomac, mésothéliome péritonéal	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome pleural, cancer broncho-pulmonaire	OK + toutes causes
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)		
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )		Age, sexe
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile et crocidolite (crocidolite seulement au début du fonctionnement de l'usine jusqu'en 1940)	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Données individuelles : période d'embauche, durée d'exposition, latence, calendrier professionnel	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Calendrier professionnel avec date d'embauche, emplois dans différents secteurs	OK (distinction fortement et faiblement exposés)
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SIR avec intervalle de confiance 95%	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ième</sup> /75 <sup>ième</sup> centile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Sujets classés en 2 groupes : faiblement exposés et fortement exposés en fonction du secteur d'affectation et de la durée d'exposition cumulée dans chaque secteur à partir de l'historique des emplois occupés dans l'entreprise	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Augmentation non significative du risque de cancer de l'estomac et du colon avec relation durée-effet ; augmentation significative du risque de cancer poumon et mésothéliome pleural.	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		Non renseignée
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Effet durée-réponse pour le mésothéliome pleural, le cancer du poumon et le cancer de l'estomac	Oui mais non testée statistiquement
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Jakobsson 1994</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Faculté de médecine de Lund (Suède)	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Population de travailleurs amiante (1526) ; registre des cancers de Suède	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Employés entre 1907-1977 ; incidence des cancers sur 1958-1989 ; mortalité sur 1958-1986	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Suède	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes ; pas de précision sur ethnicité ou âge	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	2507 sujets exposés amiante. Autres industries : n=3965. Pêcheurs : n=8092	2507 sujets ayant été exposé à l'amiante ciment ou au ciment
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Population travailleurs exposés à amiante entre 1907 et 1977, comparée à une population de travailleurs hors amiante et une population de pêcheurs.	Sujets exposés ayant travaillé au moins 12 mois, avec latence d'au moins 15 ans
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Description adéquate, groupes de référence : travailleurs dans l'industrie chimique, tanneries, polyuréthane, abattoirs et pêcheurs	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective; exposé / non-exposé	Etude rétrospective sur cohortes <i>poolées</i> , étude d'incidence et de mortalité
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	1958-1989	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	15 ans	Court et long terme
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers colorectaux	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer colorectal, localisation droit vs. gauche vs. rectum	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Non	Mention de cas retrouvés de mésothéliomes pleuraux (mais pas étudiés explicitement), absence de mésothéliomes péritoneaux
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles, confirmation des diagnostics par comptes rendus anatomopathologiques	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Pas de description des facteurs d'ajustement	Absence d'ajustement sur âge, tabac, alcool, habitudes alimentaires
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile >95%	+ Crocidolite et amosite
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Détection usines amiante	Niveau 5
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)		<i>Individual cumulative dose estimates (in f-years/ml) were available for 823 workers.</i>
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR et SIR	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Rapporté antérieurement	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Effet dose-réponse entre la dose cumulative et la mortalité (risque 3,4 pour >40f-années/ml). Pas d'association claire avec le colorectal. Augmentation de l'incidence de cancers du côlon droit chez les travailleurs exposés à l'amiante et travailleurs ciment. Colorectal : SIR 1,5 (1,1-2,0). Colon droit SIR 2,5 (1,6-3,8).	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Oui	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Jansson 2005</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non mentionnée	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non mentionnés	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte des travailleurs de l'industrie de la construction suédoise	<i>Swedish Construction Workers Cohort</i>
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	De la date du 1 <sup>er</sup> examen de santé (entre 1971 et 1993) jusqu'au 31 décembre 2000	<i>Between 1971 and 1976, a survey was carried out by the occupational health service organization...The cohort members were followed from the date of their first health examination through December 31, 2000</i>
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Suède	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse (biais de données manquantes)	Population initiale de 389 717 membres (dont 19 478 femmes), 260 052 hommes inclus	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Exclusion de 19 478 femmes, 3 hommes avec diagnostic de cancer de l'œsophage ou du cardia, 43 hommes avec cancer de l'œsophage ou du cardia d'histologie non précisée, 12 hommes avec date de décès incorrecte, 38 204 hommes avec données manquantes sur l'intitulé d'emploi, 71 925 hommes avec données manquantes sur tabac ou indice de masse corporelle	
<b>Description du groupe de référence</b> (biais de sélection). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Evaluation intra-cohorte avec calcul des IRR ( <i>Incidence rate ratio</i> )	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	
<b>Durée du suivi</b> (biais d'information)	Pas de calcul sur la moyenne de durée de suivi	<i>Not reported</i>
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer, incidence	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) (biais de reporting)	Cancer de l'œsophage et du cardia (gastrique)	<i>Adenocarcinoma of esophagus; Adenocarcinoma of gastric cardia and Squamous-cell carcinoma of esophagus</i>
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Aucun	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Registre des cancers national (exhaustif à 98%)	<i>This register has coded esophageal cancers since 1958, and the specific site gastric cardia cancer since 1969, according to the 7th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-7).</i>
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) (biais de confusion)	Tabac ( <i>never, previous, current</i> ) et indice de masse corporelle ( <i>less than underweight : 22.0–24.9 normal, 25.0–29.9 overweight ; ≥30.0 obese</i> ) collectés au moment du 1 <sup>er</sup> examen médical	<i>+ Adjustments were made for attained age (in 5 year-age-groups) and calendar period at entry into cohort (1971–1975, 1976–1980, 1981–1993)</i>
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiantes non précisé)	Non précisé	<i>In Sweden, 90% of all asbestos used was chrysotile</i>
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation (biais d'information)	Basée sur l'intitulé d'emploi lors du 1 <sup>er</sup> examen de santé de chaque travailleur (pas d'information sur le calendrier professionnel complet). Utilisation matrice spécifique. 12 agents évalués : amiante, fumées d'asphalte, poussière de ciment, poussière de béton, diesel, résines époxy, isocyanates, etc.	<i>Assessments were made for 212 job titles used to describe each individual's occupation during the period 1971–1985/86. After 1985, only 90 job titles were used.</i>
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Evaluation semi quantitative de l'exposition en classes (de 0 à 5).	<i>No exposure (0), moderate exposure (0.5–1) and high exposure (2–5).</i>
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) (biais d'information)	Calcul d'un ratio standardisé d'incidence (IRR)	<i>Incidence rate ratios (IRR) and 95% confidence intervals (CI) by Cox regression analysis</i>
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ème</sup> /75 <sup>ème</sup> percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Pas de précision spécifique pour l'amiante	<i>Not reported</i>
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	<i>Incidence rate ratio (IRR) de 4,5 (IC95%: 1,4-14,3] pour l'adénocarcinome de l'œsophage chez les sujets fortement exposés à l'amiantes (3 cas dans ce groupe). Absence d'excès d'adénocarcinome du cardia, ou de carcinome épidermoïde œsophagien en lien avec l'exposition à l'amiantes.</i>	<i>Gastric cardia adenocarcinoma: men with high asphalt fumes exposure IRR 2.3 [1.0–5.3]. Men with wood dust exposure IRR 4.8 [1.2–19.4]. Esophageal squamous-cell carcinoma: men with cement dust exposure IRR 1.5 [1.0–2.3]. Men with mineral fibers exposure IRR 1.7 [1.0–3.0]</i>

<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	64 cas d'adénocarcinome de l'œsophage, 165 cas d'adénocarcinome du cardia, 179 cas de carcinome épidermoïde de l'œsophage. Plus de 5 millions de personnes-années, mais fréquence rare des maladies étudiées (notamment l'adénocarcinome de l'œsophage)	<i>Not mentioned</i>
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	2 classes d'exposition (modérée, élevée)	<i>No apparent dose-response relationship</i>
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		



<b>Krstev 2005</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	US National Cancer Institute	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Pas de conflits d'intérêt	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Etude cas-témoins en population générale des cancers de l'estomac parmi les résidents de Varsovie	Etude cas-témoins à partir de cas de cancer de l'estomac déclarés dans la région de Varsovie
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1 <sup>er</sup> Mars 1994 au 30 Avril 1996	
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Varsovie, Pologne	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	443 cas (285 hommes, 158 femmes, âge moyen=63,8 ans) et 479 témoins (313 hommes, 166 femmes, âge moyen= 63,7 ans). Niveau d'éducation plus élevé chez les témoins.	Idem
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	515 cas éligibles (34 refus, 17 indisponibles pour autres raisons) → 464 cas. 549 témoins éligibles (69 refus, taux de participation=87,4%) → 480 témoins. 22 exclus pour cause données manquantes (21 chez les cas et 1 chez les témoins) → 443 cas et 479 témoins inclus dans l'analyse	idem
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Cas = nouveaux cas d'adénocarcinomes de l'estomac diagnostiqués chez des patients âgés de 21 à 79 ans entre le 1 mars 1994 et le 30 avril 1996 dans les hôpitaux et cliniques de Varsovie. Témoins = sélection aléatoire des résidents légaux de Varsovie inscrits au registre informatisé	idem.
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Témoins du registre informatisé des résidents légaux de Varsovie appariés aux cas selon sexe et âge (+/- 5 ans)	idem
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Etude cas-témoins	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )		Pas d'information
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers	Cancers de l'estomac tous types confondus, tous stades
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers de l'estomac	Incidence des cancers de l'estomac
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)		Non
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Cas de cancers identifiés par des médecins des hôpitaux et cliniques de Varsovie + vérification dans registre des cancers. Pour chaque cas, double lecture des échantillons histologiques et utilisation de la classification Lauren	Cas déclarés, et vérification régulière sur registre
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Ajustement sur âge, niveau d'éducation, tabac et nombre d'emplois. Ajustement supplémentaire en analyse de sensibilité qui n'ont pas modifié les résultats (non présentés) sur tabac paquet/années, antécédents familiaux de cancers de l'estomac, consommation de pains/céréales/riz/pâtes/viande rouge. Manque alcool.	idem
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Type d'amiante non précisé	Absence d'information
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Evaluation de l'exposition par entretiens individuels (activités principales, branche, durée d'exposition (1-9 ans vs. ≥10ans)). Professions codées selon ISCO-1988 et industries codées selon <i>Standard Industrial Classification</i> . Matrice emploi-exposition créée par hygiéniste industriel pour évaluation exposition aux agents spécifiques, comme l'amiante. Cotation = 3	Evaluation des expositions par questionnaire, concernant l'ensemble de produits d'exposition. Interrogation des proches en cas de décès
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)		
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Régression logistique non conditionnelle	idem
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ème</sup> /75 <sup>ème</sup> percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Niveaux d'exposition à l'amiante non évalués. Durée d'exposition : 1-9 ans = 19 cas et 26 témoins hommes et 1 cas et 2 témoins femmes ; ≥10 ans pour 23 cas et 15 témoins hommes et pas de cas ni témoins femmes.	Idem.
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Pour les personnes dont l'exposition à l'amiante est de 10 années ou plus, une association positive à la limite de la significativité a été observée (OR ajusté = 1,9 ; IC à 95 % : 0,9 à 3,8). Cf. tableau 5	idem
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Faite mais pas pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise	
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Levin 2016 &amp; 1998</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>		
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Oui (expertises, consultant pour organisations non gouvernementales ou agences ou association de malades, contrats publics amiante)	Experts auprès d'avocats défendant les victimes de l'amiante, rémunérés par agences sanitaires et collectifs étudiant l'amiante, bourses d'agences gouvernementales pour l'étude des effets de l'amiante
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte TYLER, travailleurs de l'amosite (Texas, USA)	Usine de tuyau en amiante
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>		1998-2011, actualisation étude antérieure menée jusqu'en 1993
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	1 usine au Texas, USA	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Age moyen au décès : 64 ans (de 30 à 92,5 ans)	Travailleurs employés de 1954 à 1972, période d'activité de l'usine.
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	1130 travailleurs de l'amosite : 1121 hommes (744 européens, 306 africains, 2 hispaniques, 2 autres, 72 ethnie inconnue), 9 femmes	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	878 fichiers du personnel, 165 agences de travail temporaire, 87 nettoyeurs après fermeture. Coursus complet pour 1039 sujets	Exclusion des décès survenus dans les 10 premières années après début de l'exposition, 12 causes de décès non certaines.
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population nationale USA <i>a priori</i>	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	Cohorte rétrospective
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	1954-2011	39 ans minimum - 57 ans maximum
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Référence à autre publication	Considérée : <3 mois, 3 à 6 mois, 6 à 12 mois, 1 à 5 ans, >5 ans.
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité	Décès par cancer ou pathologie respiratoire
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Toutes causes et par site de cancer	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)		
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Certificat de décès (relecture par 2 experts), codage de la cause avec ICD-9	Analyse des certificats de décès selon registres, plusieurs sources régionale et nationale. Double lecture des certificats de décès
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac extrapolé/modélisé : 82% fumeurs et ex-fumeurs en 1979. Absence d'information sur les autres facteurs de risque de cancers digestif	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Amosite	Amosite
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Non détaillé, référence à autre publication	Individuelle
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Durée exposition (<3 mois, 3-6 mois, 6-12 mois, 1-5 ans, >5 ans) ; temps depuis 1 <sup>ère</sup> exposition par périodes de 5 ans à partir de 10 ans ; temps depuis dernière exposition par périodes de 5 ans.	Pas d'analyse suivant poste : tous les employés sont censés être exposés de la même façon
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Calcul de SMR (et intervalle de confiance 95%) sur population nationale USA, en utilisant âge, sexe, ethnie. Modèle de Poisson.	Calcul du nombre de personne-année d'exposition. Utilisation tables de mortalité validées. Taux de mortalité spécifiques par âge, sexe, ethnie, temps d'exposition, comparé à une population référente non exposée.
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Mention que l'exposition peut atteindre 91,4 f/ml.	Moyenne durée d'exposition : 12,1 mois, médiane : 1,6 mois.
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cancer colique (20 cas ; SMR 240 [146-370], mésothéliome péritonéal (7 cas ; SMR 2145 [862-4419]. Absence d'excès significatif pour œsophage (3 cas ; SMR 80 [16-234]), estomac (3 cas ; SMR 91 [19-265]), rectum (0 cas), foie et voies biliaires (2 cas), pancréas (9 cas ; SMR 164 [75-312]). Alors que dans le même temps excès de cancer du poumon (89 cas ; SMR 244 [196-300]) et de mésothéliome pleural (16 cas , SMR 22251 [1271-36137])	SMR cancer colique 240 (146-370) pas de détail en fonction de la durée d'exposition, SMR péritoine 2145 (862-4419) latence 25 ans ou plus, après 1 an minimum d'exposition (médiane 34 mois)
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		

<b>Levin 2016 &amp; 1998</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise (oui ou non) (ex : analyse de tendance)		
Informations supplémentaires transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Liddell 1997, McDonald 1993, 1980 &amp; 1973</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Agence de santé Canadienne, association des mines d'amiante du Québec	id
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs (biais de reporting)</b>	Non précisé	id
<b>Population étudiée (nom, description)</b>	Travailleurs des mines et usines d'amiante du Québec	id
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Mortalité sur période 1904-1992 des travailleurs nés entre 1891-1920	id
<b>Géographie (pays, région, état, etc.)</b>	Québec	Canada
<b>Démographie (sexe, ethnie, âge)</b>	10 918 hommes	id
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Cohorte complète = 11 323 hommes	Exclusion des 465 femmes
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Travailleurs des mines et usines d'amiante du Québec, nés entre 1891 et 1920, employés au moins un mois	id
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population de référence pour le SMR = population du Québec ou du Canada (suivant période de l'étude), même sexe et même cohorte de naissance	id
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	id
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Vie entière	id
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Au moins un mois	id
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité	id
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers œsophage, estomac, grêle, colon, rectum, pancréas, autres cancers digestifs (? Codes ICD 155, 156, 158, 159).	id
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancer pulmonaire, larynx, trachée, mésothéliome, autres cancers, maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, tuberculose, pneumoconiose, autres pathologies respiratoires, suicides, autres causes de décès.	id
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CIM et version, etc.)	Classification ICD, plus de 98% des certificats de décès disponibles	ICD 9e révision
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac	Information disponible sur la tabac, mais aucun ajustement dans les analyses
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile	id
<b>Évaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	13 catégories d'exposition de 0,5 à 140 millions de particules par pied cubique (mppcf)	Plus de 300 métrologies disponibles depuis 1944
<b>Évaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Mppcf (millions de particules par pied cubique)	id
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR. Population de référence = population du Québec ou du Canada (suivant période de l'étude), même sexe et même cohorte de naissance	id
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Echelle de 13 niveaux d'exposition	0,5-2-7-12-17-22-27-32-37-42-47-70-140 mppcf. Pas de données présentées en f/ml
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Pas d'excès de cancers digestifs. Tendence à excès de cancers de l'estomac, qui disparaît quand ajusté sur tabagisme. Pas d'intervalle de confiance présenté.	Augmentation du SMR pour cancer de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas et du colon-rectum (sans mention des intervalles de confiance) dans les groupes avec exposition à l'amiante la plus élevée (> 300 mppcf x années) dans les analyses avec temps de suivi plus court (McDonald et al.)
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		Probablement élevée, compte tenu des effectifs. Toutefois, aucun intervalle de confiance ni test statistique présenté
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	non	Présentation des SMR en fonction de groupes croissants d'exposition cumulée à l'amiante dans les publications antérieures (McDonald et al.), mais sans intervalle de confiance ni test de tendance.
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.	non	id

Lin 2014	Relecteur 1	Relecteur 2
<b>Sources de financement</b>	<i>Pneumoconiosis Compensation Fund Board, Hong Kong SAR, China</i>	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Aucun	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Travailleurs d'une mine d'amiante chrysotile	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Cohorte suivie de 1 janvier 1981 au 31 décembre 2006	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Province de Qinghai (Chine)	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes, âge moyen à l'entrée 36 ans, durée de travail moyenne : 14 ans au début de l'étude	Durée totale d'exposition en moyenne : 27,3 ± 6,2 ans
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	1539 travailleurs, pas d'exclusion mentionnée mais on dit qu'ils n'ont pas de cancer prévalent au début du suivi et constituent 90% des travailleurs	Durée minimale d'exposition dans la mine de 1 an au 1er janvier 1981
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Pas d'exclusion mentionnée, tous les travailleurs semblent avoir été suivis	La mine existe depuis 1958, notion de registres du personnel détaillés
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population de référence pour calcul SMR : population chinoise. Groupe de référence dans modèle de Cox : groupe interne le moins exposé (niveau 1).	Utilisation d'un temps de latence de 10 ans pour le modèle de Cox
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	1er janvier 1981 au 31 décembre 2006	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme (exposition au travail)	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Principalement cancers digestifs	Mortalité
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Estomac, œsophage, foie, colorectal, pancréas, vésicule biliaire	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Tous cancers, décès toutes causes	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CIM et version, etc.)	Informations prises aux dossiers des hôpitaux de la mine ou de la région. Le diagnostic aurait été établi sur la base de signes cliniques et pathologiques ou autopsie. Pas de standardisation évidente des critères diagnostiques utilisés. Par contre, mention qu'uniquement les cancers primaires étaient retenus et que la cause sous-jacente au décès par cancer était vérifiée auprès du registre local de cancer.	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Informations de base (âge, statut vital, etc.) prises au dossier de la mine. Tabagisme prise auprès du participant ou de son épouse en cas de décès.	Statut tabagique très sommaire ( <i>ever smoker</i> ou <i>never smoker</i> ). Rien sur alcool, alimentation, surpoids, hépatite B ou C, <i>helicobacter pylori</i> .
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile, pas de trémolite (vérifiée)	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Histoire professionnelle prise au dossier de la mine pour chaque individu : date du début de l'emploi, type d'emplois, durée d'emploi, date de la retraite. Equivalent d'une matrice emploi-exposition propre à l'usine, permettant un calcul individuel de mg/m <sup>3</sup> x années (classe 4)	Données métrologiques en mg/m <sup>3</sup> (aucune donnée en f/ml). Uniquement données métrologiques d'ambiance, historisées. Tableau 1.
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	<i>Total dust and respirable dust were sampled and measured based on the national criterion for dust measurement methods at the workplace. In 2006, fixing point sampling was applied to determine dust concentration in various workshops where workers were usually operating. A total of 28 samples in eight workshops were collected from the breathing zone with a flow rate of 5 litre/min (±0.1 litre/min) for 4h. Dust concentration was determined in accordance with HSE Methods. Furthermore, asbestos samples collected in 2006 were analysed in a Japanese laboratory using the standard method of JIS A 1481:2008 Determination of asbestos in building material products.</i>	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR et HR avec régression de Cox	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	3 niveaux d'exposition selon tertiles de concentration de poussières cumulées (données réelles non présentées) avec une latence de 10 ans.	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	SMR des niveaux d'exposition 2 et 3 élevés et significatifs pour cancer estomac et uniquement niveau 2 pour œsophage et foie (tableau 4). Avec régression de Cox, résultats significatifs pour les 3 sièges pour les niveaux 2 et 3. Par contre, courbe dose-réponse monotone pour cancer estomac uniquement (tableau 5) : HR 4,7 et 12,2 pour les niveaux 2 et 3 d'expo. Association significative pour ces 3 cancers lorsque l'exposition considérée en continue. Par ailleurs, aucun lien entre tabagisme et ces cancers.	SMR cancer estomac= 1,50 [IC95% 0,91-2,47], SMR cancer œsophage= 1,45 [0,76-2,75], SMR cancer hépatique= 1,15 [0,73-1,81], SMR cancer colorectal= 1,94 [0,76-4,99], SMR cancer pancréas= 3,23 [1,10-9,49], SMR cancer vésicule biliaire= 6,90 [1,89-25,15]
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non mentionnée	<i>A priori</i> faible (34 735 personnes années)

<b>Lin 2014</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Voir résultats mentionnés plus haut dans résultats statistiques : Tableaux 4 et 5 + résultats avec exposition considérée en variable continue présentée dans le texte	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Magnani 2008</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	IARC, local Health Authority	Région du Piémont
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	None	Non rapporté
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Asbestos cement workers Casal Monferrato	3434 travailleurs usine Casale Monferrato produisant tuyaux, tubes cheminées avec chrysolite et crocidolite
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Usine active entre 1907 et 1986.	
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Piémont, Italie	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	hommes et femmes	Pas d'information sur ethnicité. Age dans tableau 1.
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	2657 hommes et 777 femmes	3434 analysés. <i>Follow-up</i> complet pour 98,7%. Cause de décès pour 98%
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Perdus de vue (6 hommes et 1 femme), déménagement (21 hommes, 55 femmes)	
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Mortalité régionale (Piémont)	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte historique	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )		1965-2003
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	1950-1986	1912-1986
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité toutes causes	Cancers, maladies cardiovasculaires, asbestose, silicose, maladies respiratoires
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers digestifs	Regroupement cancers digestifs et péritoine
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mortalité toutes causes et pathologies liées à l'amiante	Mésothéliome pleural, asbestose, bronchite, silicose, maladies respiratoires
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Registres de mortalité du Piémont	
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Aucun facteur d'ajustement décrit	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Mélange chrysotile et crocidolite	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Durée et latence : cotation 2	
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Données métrologiques non utilisées	
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR, régression Poisson	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Classes de durée et latence	
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cancers digestifs : SMR hommes 126 (106-148) ; SMR femmes : 186 (138-246). Mésothéliome péritonéal : SMR hommes 2786 (1951-3857) ; SMR femmes 2567 (1467-4169)	Cancers digestifs regroupés avec péritoine : SMR 126 (106-148) chez hommes et 186 (138-246) chez femmes
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	NR	
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Oui pour mésothéliome péritonéal (durée ; latence)	Oui
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.	Non	

<b>Meurman 1994</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non renseignée	ok
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non renseignés	ok
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Mineurs d'amiante de Finlande	ok
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Suivi de registres de 1953 à 1991	ok
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	2 mines (Paakkilila et Maljasalmi) en Finlande	ok
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes et femmes travaillant dans les mines sans précision sur l'âge ou l'ethnicité	ok
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	736 hommes et 167 femmes recrutés sur listes fournies par les entreprises minières, pas de perdus de vue	ok
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Critères d'inclusion : avoir travaillé au moins 3 mois dans un des deux mines entre le 1 <sup>er</sup> janvier 1953 et le 1 <sup>er</sup> juillet 1967	ok
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population de l'est et du centre de la Finlande	Même unité administrative que la ou les mines
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte prospective	Rétrospective
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Durée de suivi = 39 ans avec durée moyenne de suivi = 28 ans	ok
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme	ok
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Incidence des cancers	ok
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers œsophage, estomac, colorectal	ok
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancers larynx, poumon, mésothéliome pleural et autres cancers	ok
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données de registres des cancers de Finlande	ok
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Stratification sur le tabac seulement pour le cancer du poumon, le mésothéliome et autres cancers (n=588)	ok
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Amiante anthophyllite	ok
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Exposition professionnelle évaluée selon la durée d'exposition (au moins 3 mois / au moins 5 ans) et l'intensité (très exposé = travailleurs des mines et des usines / modérément exposé = autres travailleurs). Cotation qualité = 2bis.	ok
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)		
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SIR	ok
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Durées d'exposition : au moins 3 mois (736 hommes, 167 femmes) et au moins 5 ans (212 hommes, 39 femmes). Intensité d'exposition : très exposé (633 hommes, 123 femmes) et modérément exposé (315 hommes, 83 femmes)	ok
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Association positive non significative pour les cancers digestifs (tableaux 2, 3 et 4) quelle que soit l'intensité ou la durée d'exposition.	ok
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	ok
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non réalisée	ok
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		



<b>Oddone 2017</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	<i>Italian Ministry of Health</i>	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	<i>Not mentioned</i>	Déclaration d'absence de conflit d'intérêt
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	<i>Workers in asbestos-cement factory. At the end of the follow up, 460 (25.3%) workers were still living, 1338 (73.6%) were deceased, and 20 (1.1%), 17 men and 3 women, were lost to follow up.</i>	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1950-1992	Employés entre 1950 et 1992
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Broni, Pavia, Italie	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnité, âge)	1663 hommes et 155 femmes	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse (biais de données manquantes)	<i>From 1932-1992, 3452 workers were employed at the plant, 2739 (79.3%) men and 713 (20.7%) women. Because of the difficulty in obtaining information on vital status, the cohort was restricted to 2012 workers already employed on January 1, 1950. Workers hired after December 31, 1992 (n=8) or with an impossible hiring or retirement age (n=2) were excluded. Thus, our cohort included a total number of 1818 subjects, 1663 (91.5%) men and 155 (8.5%) women.</i>	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	<i>Excluded if: difficulty in obtaining information on vital status; hired after December 31, 1992; impossible hiring or retirement age.</i>	OK
<b>Description du groupe de référence</b> (biais de sélection). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	<i>Not described</i>	Population générale de même âge, sexe, région, sur la même période
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	<i>Retrospective cohort</i>	OK
<b>Durée du suivi</b> (biais d'information)	<i>From January 1, 1970 to December 31, 2014</i>	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	<i>0-4 years (21.9%); 5-9 years (14.6%); 10-19 years (29.8%); 20-29 years (24.0%); &gt;30 years (9.8%).</i>	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers	+ asbestose
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) (biais de reporting)	<i>Peritoneal malignant neoplasm, ovary</i>	+ cancers gastro-intestinaux : œsophage, estomac, grêle, colon, rectum, foie et voies biliaires, pancréas
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	<i>Pleural malignant neoplasm and cancers of the lung and larynx</i>	+ asbestose
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)		
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) (biais de confusion)	<i>None</i>	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	<i>Chrysotile, crocidolite asbestos, amosite fibers</i>	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation (biais d'information)	Niveau 1	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	<i>Not detailed</i>	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) (biais d'information)	SMR	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	<i>Not defined</i>	Mesures air ambiant disponibles depuis 1981, plusieurs seuils : 0,5 fibres/cc pour amosite, 2 f/cc pour chrysotile; 0,2 f/cc pour crocidolite
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	<i>Increased SMRs were observed for pleural, peritoneal and lung cancers, and for asbestosis. No excess in mortality for laryngeal cancer was observed (SMR 0.70, 95%CI 0.30-1.39). An increased mortality for ovarian cancer (SMR 3.64, 95%CI 0.99-9.33) was observed, although not statistically significant. Among men, mortality for pleural malignant mesothelioma was observed to be related to the duration of exposure, though not to latency.</i>	Pas d'excès de cancers digestifs. Excès de mésothéliome péritonéal pour hommes et femmes, à partir de 30 ans d'exposition
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non-renseignée	Petit p à 0,05 et report des p inférieurs ou égaux à 0,01
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Offermans 2014</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	<i>Grant from ZonMw. The sponsor had no role in the study design, collection, analysis and interpretation of data; writing process; or decision where to submit the paper for publication.</i>	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non mentionné	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte de population générale (hommes et femmes), enrôlée en 1986	Population générale de la <i>Netherlands cohort study NLCS</i> : 120 852 hommes et femmes
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1986-2003	1986-2003
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Pays-Bas	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes et femmes âgés de 55 à 69 ans à l'inclusion	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	58 279 sujets et 187 cancers de l'œsophage, 486 gastrique, 1724 colon-rectum	58 279 hommes inclus à partir des données de cohorte disponibles
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Exclusion des cas prévalent et de ceux avec données manquantes	Exclus: cas prévalent à l'inclusion et sujets ne disposant d'aucune information, ou seulement d'informations non codables sur antécédents professionnels ou qui n'ont jamais travaillé
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Groupe interne non exposé	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cas-cohorte	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Suivi de 17 ans (1986-2003)	17,3 ans
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme (20-40 ans)	Long terme
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers digestifs	Cancers incidents
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer œsophage, gastrique, colorectal	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Non	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles, données de registre de cancer avec type histologique	Cas incidents confirmés de cancer œsophagien, gastrique et colorectal, obtenus par couplage d'enregistrements avec les registres du cancer et classifiés par site anatomique ou type histologique.
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Age, histoire familiale, tabagisme, consommation d'alcool, éducation, indice de masse corporelle (définis lors à l'inclusion par questionnaire)	Facteurs pris en compte dans l'analyse: âge, antécédents familiaux de cancer, tabac
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Type non précisé	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Matrice emploi-exposition générale (cotation : 3)	Questionnaire + matrice emploi-exposition : exposé/non exposé ; durée d'exposition (années) ; exposition cumulative (unité/années) ; forte exposition à l'amiante et durée de forte exposition. Cotation de qualité=3.
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)		
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Régression Cox : <i>Hazard ratio</i> (HR) et intervalles de confiance (IC) 95%	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ème</sup> /75 <sup>ème</sup> percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Durée d'exposition (années), durée d'exposition à forte exposition (années), exposition cumulée x intensité de l'exposition ( <i>unit-years</i> ) en quartiles ou en continue.	Durée d'exposition par tertiles, probabilité d'exposition cumulative*intensité d'exposition en unités /années, durée de forte exposition en année par tertiles
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Voir tableaux 1 (œsophage), 2 (gastrique), 3 (colorectal). <i>The models adjusted for age and family history of cancer showed that mainly (prolonged) exposure to high levels of asbestos was statistically significantly associated with risk of esophageal adenocarcinoma, total and distal colon cancer and rectal cancer. For overall gastric cancer and gastric non-cardia adenocarcinoma, also exposure to lower levels of asbestos was associated. Additional adjustment for lifestyle confounders, especially smoking status, yielded non-significant associations with overall gastric cancer and GNCA, except for the prolonged highly exposed subjects (tertile 3 vs. never: HR 2.67, 95% CI: 1.11–6.44 and HR 3.35, 95% CI: 1.33–8.44, respectively).</i>	L'exposition prolongée à des niveaux élevés d'amiante a été associée au cancer gastrique, à un adénocarcinome œsophagien, à un adénocarcinome gastrique non cardia (GNCA), au cancer du côlon total et distal et au cancer rectal. Bien que les risques de cancer gastrique et de GNCA étaient associés à des niveaux plus faibles d'exposition, la signification statistique de l'exposition à des niveaux plus faibles n'a pas été retrouvée en ajustant sur les facteurs de confusion potentiels, en particulier le tabagisme. L'ajustement supplémentaire pour les facteurs de confusion liés au mode de vie a permis d'établir des associations non significatives avec le cancer gastrique global et le GNCA à l'exception des sujets fortement exposés de façon prolongée (tertile 3 vs. jamais : HR 2,67 (1,11-6,44) et HR 3,35 (1,33-8,44), respectivement).

<b>Offermans 2014</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non mentionné	Non renseignée
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Oui	Oui uniquement pour les durées de forte exposition pour le cancer gastrique et GNCA
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Ohlson 1984</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Financé par structure d'état	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non précisé	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Travailleurs de l'amiante chemin de fer suédois	
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Mortalité sur période 1951-1980	
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Suède	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	3297 hommes	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Cohorte complète = 3442	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Travailleurs de l'amiante des chemins de fer suédois. Ayant débuté entre 1939 et 1980	
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population de référence = population de suède de même âge et même sexe	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Au moins 3 semaines (56% plus de 10 ans, 16% moins d'un an.	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	<2 ans, 2-4 ans, 5-14 ans, 15-29 ans >30 ans.	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer pulmonaire. Cancers estomac, pancréas, colorectal	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers estomac, pancréas, colorectal. Analyse détaillée uniquement pour estomac	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome	Cancer broncho-pulmonaire, maladies respiratoires non malignes
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)		
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac (estimation très grossière de la consommation de tabac)	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Toutes catégories de fibres sans caractérisation précise	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Différentes professions à niveaux de risque différent prises en compte	
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Score d'exposition aux poussières corrélé au nombre de fibres / ml (estimation grossière) mesures en air ambiant disponibles uniquement pour années 1970-1980	
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR. Population de référence = population de Suède de même âge et sexe	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Score d'exposition aux poussières, durée d'exposition	
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Excès de cancers bronchiques. Pas d'excès de cancers digestifs quels que soit la durée d'exposition et le niveau d'exposition, pour tous les sous-groupes	
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	Analyse dose-réponse pour cancer estomac sur classe de durée d'emploi, sur score d'exposition cumulée, sur année d'emploi (avant et après la réglementation). Aucune relation observée.
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

Parent 2000	Relecteur 1	Relecteur 2
<b>Sources de financement</b>	Non précisée	National Health Research and Development Program from Health Canada, National Cancer Institute of Canada, Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec, Fonds de la recherche en santé du Québec, Medical Research Council of Canada
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non précisé	Ok
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Homme résidant dans la région de Montréal (Canada), âgés de 35 à 70 ans, et ayant un cancer incident dans une des 19 localisations corporelles prédéfinies.	Ok
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1979 à 1985	Ok
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Montréal (canada)	Ok
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes âgés de 35 à 70 ans	Ok
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	4576 hommes admissibles, et 3730 inclus dans l'étude.	Ok
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Sont exclus ceux ayant une exposition unique et ceux exposés uniquement dans les 5 années précédant l'interview ou le diagnostic de cancer.	Pour définir les groupes d'exposition - pas de critères d'exclusion sinon pour la stratégie de recrutement dans l'étude mis à part de respecter les critères d'inclusion
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	533 individus de la population générale, 2299 hommes ayant un cancer autres que ceux d'intérêt; et 1066 hommes incluant les 533 de la population générale et 533 sélectionnés aléatoirement parmi les 2299 ayant un cancer.	Chaque groupe est clairement défini dans le tableau 2.
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Étude cas-témoins	Ok
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Non applicable	Ok
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Non fournie avec précision. Mais pour ceux ayant une exposition probable ou définie, stratification <5 ans vs. >5 ans. Fréquence de l'exposition aussi (<5%, 5-29%, >30% du temps de travail) et intensité de l'exposition (faible, modérée, grande)	Ok
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancer de l'œsophage	Ok
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer de l'œsophage	Ok
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Aucun	Ok
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles. Diagnostic avec analyses histologiques	Ok
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Âge, lieu de naissance, niveau d'éducation, consommation de bière, vins, indice d'ingestion de carotène, consommation de tabac. Pas de prise en compte de l'indice de masse corporelle ni de l'activité physique	Ok
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile	Ok
<b>Évaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Niveau individuel	Cotation entre 4 et 5
<b>Évaluation de l'exposition - détails méthodologiques</b> (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Les chimistes et les hygiénistes industriels ont développé un algorithme pour chaque type d'emploi. L'algorithme final a été adopté par consensus, indiquant 1) le niveau de confiance de l'expert sur une exposition (possible, probable, certaine), la fréquence d'exposition pour un travailleur assujéti à l'horaire normal (<5%, 5-29%, >30% du temps de travail) et l'intensité de l'exposition (faible, modérée, grande). Plusieurs substances examinées.	Ok
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Rapport de cote (OR) après régression logistique conditionnelle	ok
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Les auteurs n'ont pas rapporté le nombre de cas exposés (globalement), mais ils ont rapporté la prévalence de l'exposition pour chaque substances considérées (Tableau 3)	ok
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	L'exposition à l'amiante est associée à une cote élevée de cancers à cellules squameuses : OR = 2.0 (95% CI: 1.1-3.8). Mais cette association disparaît si on prend en compte dans le modèle le charbon noir, l'acide sulfurique, le toluène, les peintures et les composés de fer : OR = 1.7 (95% CI: 0.8-3.6).	Si prise en compte de tous les sous types histologiques : OR = 1,4 (0,8 - 2,4). Et modèle avec les autres expositions : OR = 1,4 (0,7 - 2,7).

<b>Parent 2000</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	ok
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	ok
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Paris 2017</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Cnam, Ministère du travail, Anses	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Aucun	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	ARDCO et ARDCO-Nut	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Inclusion 2003 - 2005	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	4 régions françaises : Haute-Normandie, Basse Normandie, Aquitaine et Rhône-Alpes	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	62,7 ans en moyenne - hommes	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse (biais de données manquantes)	ARDCO : 14515 hommes - 12718 hommes non décédés en 2011 et pour lesquels un questionnaire a été envoyé - 3828 questionnaires retournés - 3579 questionnaires nutritionnels complets pour les analyses ARDCO-Nut	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	ARDCO : volontaires invités à un programme de dépistage des maladies liées à l'amiante. ARDCO-Nut : questionnaire envoyé aux sujets de ARDCO non décédés en 2011	OK
<b>Description du groupe de référence</b> (biais de sélection). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Comparaison interne	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte prospective (rétrospective pour la caractérisation de l'exposition)	OK
<b>Durée du suivi</b> (biais d'information)	10 ans	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) (biais de reporting)	Cancers colon et cancer rectum	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Non	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données assurance maladie, affections de longue durée	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) (biais de confusion)	ARDCO : tabac. ARDCO-Nut : tabac, alcool, alimentation, surpoids/obésité, activité physique, histoire familiale de cancer du colon	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Non précisé	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation (biais d'information)	Individuel - 2b ?	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Expertise hygiéniste à partir du calendrier professionnel	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) (biais d'information)	Cox	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Index d'exposition cumulée : 60,1 unité/ans	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cf. Tableau	
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Présentée, significative mais effet pour la durée depuis la première exposition entre 20 et 40 ans puis absence d'effet sur durée supérieure, intervalles de confiance très large	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Peto 1985</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non renseignés	id
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non rapportés	Deux des auteurs sont des salariés de l'usine où est réalisée l'étude
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Employés d'une usine de textile	id
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1933-1983	En sachant que 145 des salariés masculins ont débuté leur emploi avant 1933 (l'usine a utilisé de l'amiante à partir de 1879)
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Rochdale, Angleterre, UK	id
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes et femmes + 85 ans, pas d'infos sur âge moyen et ethnie	Mention d'une étude des causes de décès chez les sujets de moins de 85 ans, pour raison de fiabilité du diagnostic
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	3 groupes d'étude : 1) 145 hommes employés avant 1933 qui avaient travaillé dans l'usine pendant au moins 20 ans ; 2) 283 femmes employées pour la première fois en 1933 ou plus tard, qui avaient travaillé dix ans ou plus ; 3) une cohorte principale de 3 211 hommes qui ont été employés pour la première fois entre 1933 et 1974. Dans le groupe 3 : 4,2% de perdus de vue	Le groupe 3 correspond à un échantillon de 10% de la population ayant travaillé au moins 10 ans durant la période 1933-1974 (on suppose que l'échantillon a été tiré au sort). Les 3211 correspondent à l'effectif restant après exclusion des sujets aux noms asiatiques (car nombreux émigrés/perdus de vue) ou exposition à l'amiante antérieure connue (effectif initial 3650)
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Exclus : plus de 85 ans ; hommes avec nom asiatique du groupe 3 en lien avec forte émigration	id
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Nombre de cas attendus = données nationales de mortalité de l'Angleterre et du Pays de Galles d'une part et de Rochdale d'autre part	id
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	id
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	50 ans	id
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	id
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, étude de mortalité	id
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancers œsophage, estomac, colon/rectum	id
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome, cancer pulmonaire, larynx, mortalité toutes causes, autres pathologies respiratoires, autres	id
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles de registres	Registre des mésothéliomes depuis 1967
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Facteurs d'ajustement manquants : tabac, alcool, alimentation, surpoids/obésité, activité physique	id
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile principalement, crocidolite	Crocidolite = 5% de l'amiante employée de 1932 à 1968
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Mesures d'ambiance, cotation 4	Avec mention de mesures de concentrations statiques en particules par ml, et fibres/ml depuis 1951
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Historique professionnel	id
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR	id
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Cf. tableau 14	id
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cf. tableau 1, 2, 5 et 6 pour chacun des groupes. <i>There was a small and statistically non-significant increase in mortality from gastro-intestinal cancer.</i>	id
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	id
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non examinée pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise	id
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		



<b>Pira 1999</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non rapporté	Programme EURELEX : sociétés nationales d'électricité Italie, Espagne, France
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non mentionné	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)		Travailleurs italiens dans la production d'électricité géothermique
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>		1950-1990
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Larderello ( <i>Tuscan, Italy</i> )	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	4237 individus au départ ; 3946 inclus au final	Exclusion : 255 femmes et 36 hommes perdus de vue.
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Inclusion : hommes, ayant travaillé au moins 3 mois dans l'industrie géothermique de Larderello, entre janvier 1950 et décembre 1990. Exclusion : femmes, hommes ne pouvant pas être retracés.	Du 01/01/1950 au 31/12/1990
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Pas décrit	Tableaux de mortalité nationaux par cancers et autres maladies + tableaux de mortalité de la région de Pise
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	De janvier 1950 à décembre 1990	40 ans
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	Au moins 3 mois
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, maladies cardiovasculaires	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer de l'estomac, cancer de l'œsophage, cancer du pancréas, cancer hépatique	Œsophage, estomac, intestin, foie, pancréas,
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancer pulmonaire, cancer du larynx, cancer des plèvres, mortalité toutes causes, cancer de la prostate, lymphomes hodgkinien et non-Hodgkinien, cancer cérébral, leucémie.	Tous cancers, cancers ORL, larynx, poumon, pleural, prostate, vessie, reins, neuro, hémato, infarctus, ischémie, accidents vasculaires cérébraux, accidents
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)		
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Non mentionnés	Pas de prise en compte du tabac. Prise en compte d'exposition à d'autres toxiques : solvants.
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Type non précisé	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Cotation 4	Evaluation du niveau d'exposition par analyse des postes par experts toxicologue et épidémiologiste
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Construction d'une matrice spécifique basée sur le type d'emploi. Inclusion de 33 composés. Prise en compte du niveau d'activités lié au type d'emploi, les changements temporels dans les conditions de travail, l'intensité d'exposition et la durée d'exposition.	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Non rapporté	<5000 vs. >5000 fibres/L/an
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Aucune association observée entre l'exposition à l'amiante et la mortalité par cancers de l'appareil digestif.	Aucun sur-risque de cancer ou autres pathos, globalement et pour chaque cancer étudié, quel que soit le niveau d'exposition
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non-renseignée	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Raffn 1996 &amp; 1989</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>		Non précisé
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)		Non mentionné
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	<i>Asbestos cement products workers</i>	Cohorte d'ouvriers de production d'amiante ciment (Eternit)
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1928-1984	
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Danemark	Aalborg, Danemark
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes et femmes	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	7996 hommes et 584 femmes	8580 personnes identifiées (7996 hommes, 584 femmes), ethnie non précisée, ni âge. Analyse portant sur incidence et mortalité chez les hommes (n=7996) (Raffn 1989) et incidence du cancer colorectal chez les hommes (n=7887) (Raffn 1996)
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Tous les salariés entre 1928 et 1984 (16% moins de 1 an) : 7887	Dans l'étude d'incidence, exclusion si émigration ou décès avant 1943 (n=17 hommes), disparition avant 1943 ou emplois très brefs (n=49), emploi uniquement de 1941 à 1944 avec amiante non utilisé (n=17), non identification dans les registres utilisés (n=26).
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	<i>Danish population</i>	Population générale du Danemark, même sexe, même âge par tranches de 5 ans
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Morbidité 1943-1990	Mortalité : suivi jusqu'au 31/12/1984. Incidence du cancer colorectal : suivi jusqu'à fin 1990.
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	16% moins de 1 an	50% ont été employés moins d'1 an et 76% durant moins de 5 ans
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers colorectaux	Mortalité : toutes causes, cancers, maladies respiratoires non malignes, maladies circulatoires, accidents, autres causes. Incidence : cancer colon et rectum
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )		Cancer colon et rectum (Raffn 1996). Idem + cancers estomac et vésicule biliaire (Raffn 1989)
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)		Raffn 1989 : cancer pleural, cancer poumon-trachée, cancer du larynx
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données registre cancer	Codage ICD 7 (1943-1977) et ICD-O (1979-1990)
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Non	Aucun (tabagisme non connu)
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Mélange	Chrysotile 89%, amosite 10% (utilisation à partir de 1946), crocidolite 1% (utilisation de 1952 à 1968)
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Cf. Raffn 1989	Données très sommaires de niveau 1 pour Raffn 1996. Durée de plus ou moins de 5 ans pour Raffn 1989, niveau 2.
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Cf. Raffn 1989	Mention de métrologies ponctuelles à intervalles réguliers : 1948, 1957, 1973
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR et SIR	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	50 à 800 f/ml en 1948, 10 à 100 f/ml en 1957 et 41% des mesures <2 f/ml en 1973	De 50 à 800 f/ml en 1948 ; 10 à 100 f/ml en 1957 ; dépassant 2 f/ml dans 41% des cas en 1973.
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Colon/rectum : 1.23 (1.01-1.48)	Mortalité (Raffn 1989) toutes causes : SMR=1,18 [IC95%: 1,12-1,25]. SMR tous cancers = 1,32 [1,19-1,46]. Chez les hommes, incidence cancer estomac (32 cas) SIR 1,43 [1,03-1,93] ; cancer vésicule biliaire (6 cas) SIR =1,78 [0,65-3,88] ; cancer du poumon (n=162) SIR = 1,80 [1,54-2,10] ; mésothéliome pleural (10 cas) SIR =5,46 [2,62-10,05] ; cancer du larynx (n=14 cas) SIR=1,66 [0,91-2,78]. Dans l'étude d'incidence portant spécifiquement sur les cancers coliques (avec analyse détaillée colon droit-gauche) et du rectum (Raffn 1996) : SIR cancer colorectal 109 cas observés, 2 sexes = 1,23 [1,01-1,48] avec excès plus important pour cancer rectum (SIR 1,40 [1,06-1,82]). Chez les hommes, SIR cancer colorectal (102 cas) = 1,22 [0,99-1,48], avec excès significatif si délai écoulé depuis le début de l'exposition dépasse 15 ans (79 cas, SIR = 1,29 [1,02-1,61]). SIR cancer colon (51 cas) = 1,12 [0,83-1,47], SIR cancer du rectum (51 cas) = 1,33 [0,99-1,75].
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		Non renseignée
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)		Non étudiée
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Reid 2018, Musk 2008, Reid 2004, Armstrong 1988</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	National Health and Medical Research Council Project grant	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs (biais de reporting)</b>	Aucun conflit rapporté	OK
<b>Population étudiée (nom, description)</b>	Mineurs Italiens et Australiens ayant exercé à Wittenoom (Australie)	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1940 - 2009 et recrutement de 1943 à 1966	OK
<b>Géographie (pays, région, état, etc.)</b>	Wittenoom Gorge, Région de Pilbara (Australie)	OK
<b>Démographie (sexe, ethnie, âge)</b>	6493 hommes et 416 femmes, caucasiens (descendants britanniques et Italiens)	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Un total de 6909 individus au départ (6493 hommes et 416 femmes) et 6363 inclus dans les analyses	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Pas clairement définis. Excepté le fait d'avoir travaillé à Wittenoom, d'autres critères ne sont pas décrits.	OK
<b>Description du groupe de référence (biais de sélection)</b> . Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	3465 Australiens/Britanniques, ayant eu 33,2 ans d'exposition, dont 40,2% ayant déjà fumé une cigarette et 7,5% n'ayant jamais fumé	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte rétrospective	Etude de mortalité
<b>Durée du suivi (biais d'information)</b>	De 1965 à 2009	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité, cancers	Cirrhose hépatique, pneumoconioses, affections cardiovasculaires
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer colorectal, cancer de l'estomac, mésothéliome péritonéal	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome pleural, cirrhose du foie, cancer du poumon, cancer du larynx/pharynx, maladies cardiovasculaires, pneumoconiose	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Identification de la cause de décès s'appuyant sur le registre des cancers et des décès.	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Age à la première exposition, durée d'exposition, pays de naissance	Absence d'ajustement sur alcool ou habitudes alimentaires
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Crocidolite	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Niveau individuel (2Bis)	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	La concentration en fibres relative à l'emploi a été multipliée par la durée de l'emploi pour estimer l'exposition cumulée (en f/mL année)	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR et HR (régression de Cox) et intervalles et confiance (IC)	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Durée d'exposition médiane (100 jours chez les Australiens et 202 jours chez les Italiens), Temps médian écoulé depuis la 1 <sup>ère</sup> exposition (33,2 années chez les Australiens et 43 années chez les Italiens). Exposition cumulative (4,85 f/mL.année chez les Australiens et 9,25 f/mL.année chez les Italiens)	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative/significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Le taux de mortalité par mésothéliome est plus élevé chez les Italiens (SMR=184 [95% IC 148 to 229]) vs. les Australiens (128 [111 to 149]). Chez les individus faiblement exposés à l'amiante (<10 fibre années par mL), le risque de mésothéliome pleural est deux fois plus grand chez les Italiens, comparés à leurs pairs Australiens (HR 2,27 [1,43-3,60]). Par contre, chez ceux fortement exposés (>50 fibre années par mL), aucune association n'a émergé (HR 0,60 [0,32-1,13]). Le risque de mésothéliome pleural augmente avec l'exposition cumulative à l'amiante chez les Australiens, mais pas chez les Italiens.	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non-renseigné	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non rapportée	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

Repp 2015	Relecteur 1	Relecteur 2
<b>Sources de financement</b>	German Federal Ministry for Education and Research, the Ministry for Education, Research and Cultural Affairs and the Ministry for Social Affairs of the State Mecklenburg-West Pomerania, German Asthma and COPD Network	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non rapportés	A priori aucun
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte (hommes) de population générale	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Octobre 1997 à Mai 2001	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	West Pomerania, Allemagne	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes âgés de 20 à 79 ans	Echantillon tiré au hasard dans la population 20-79 ans
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse (biais de données manquantes)	6267 sujets éligibles, taux de participation = 68,8%, 2192 femmes exclues, 36+8 sujets exclus pour données manquantes, échantillon d'étude= 2072 hommes	Sélection de volontaires (signature consentement)
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Exclus = femmes, données manquantes sur exposition et facteurs de confusion	Femmes exclues car 1,3% exposées, 36 hommes exclus car exposition non définie, 8 exclus pour données manquantes sur facteurs de confusion
<b>Description du groupe de référence</b> (biais de sélection). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Groupe interne non exposé professionnellement à l'amiante	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Etude de cohorte en population	Volontaires parmi échantillon tiré au sort
<b>Durée du suivi</b> (biais d'information)	Suivi médian = 11,3 ans	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)		Non spécifiée, par tranches de 10 ans dans résultats
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Mortalité cancers	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) (biais de reporting)	Cancer colorectal, de l'estomac, organes digestifs, tractus digestif	+ œsophage, grêle
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancer du poumon, larynx, mesothéliome, autres maladies respiratoires	+ pathologies cardiovasculaires, pulmonaires non cancéreuses
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles recueillies sur registres en population, classification ICD-10, validation cause du décès par deux médecins indépendants et un 3ème en cas de désaccord	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) (biais de confusion)	Age, niveau d'éducation, tabac	Niveau socio-éco
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Non précisé	Chrysotile
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation (biais d'information)	Auto déclaration de l'exposition professionnelle à l'amiante durant au moins 6 mois, et nombre d'années d'exposition, niveau 1	Auto déclaration tabagisme. Mesures poids, taille, indice de masse corporelle, LDL cholestérol, Hb glyquée, tension artérielle
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)		Aucune mesure
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) (biais d'information)	Régression de Cox	3 régressions : ajustée sur âge // ajustée sur âge et niveau éducation // ajustée sur âge, niveau d'éducation et tabagisme
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés		Aucun niveau d'exposition identifié
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Exposed subjects had increased hazard ratios (HR) for stomach cancer mortality (HR=4.59, 95% CI: 1.53-13.76). Cf. tableaux 2,3,4.	OK
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		Rien

<b>Santibañez 2008</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Ministère de la santé Espagnol, <i>the Generalitat Valenciana, the Bienvenida Navarro Luciano-Tripodi Foundation, the Fundacion Hospital Universitario de Elche</i>	Publiques
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non	Aucune déclaré
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Patients nouvellement diagnostiqués d'un cancer primaire invasif de l'œsophage inclus dans l'étude PANESOES	Sujets hospitalisés à Valence et Alicante
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Patients hospitalisés entre janvier 1995 et mars 1999	1995-1999
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Espagne, provinces d'Alicante et de Valence	Espagne
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes, âgés de 30 à 80 ans	Hommes, tous âges
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Cas : sur 211 cas de cancers de l'œsophage recrutés pour participer à cette étude, 2 ont refusé d'être interviewés (0,9%) et 9 diagnostics n'ont pas été confirmés à temps (4,2%). Sur les 200 cas disponibles, l'étude a été limitée aux hommes (n=185) : 147 cas de carcinome épidermoïde et 38 cas d'adénocarcinome. Témoins : sur 457 témoins identifiés dans les mêmes hôpitaux que les cas, 455 (99,6%) ont été complètement interviewés, dont 285 hommes avec des : hernies (35,9%), fractures ou blessures (32,4%), appendicites (6,7%), événements (2,5%), cholécystite aiguë (1,4%) ou autre diagnostic (21,1%).	283 cas cancer œsophage (145 épidermoïde, 38 adénocarcinome) et 285 témoins
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Critères d'inclusion de l'étude PANESOES : des hommes et des femmes hispanophones âgés de 30 à 80 ans, hospitalisés entre janvier 1995 et mars 1999 dans l'un des neuf plus grands hôpitaux des provinces d'Alicante et de Valence participant à l'étude. Critères d'inclusion des cas pour cette étude (2008) : des patients issus de l'étude PANESOES nouvellement diagnostiqués d'un cancer primaire invasif de l'œsophage. L'inclusion finale dans la série de cas se faisait après confirmation histologique.	Cas incidents confirmés histologiquement. Exclusion : 0,9% refus ; 4,2% histologie non disponible
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Les sujets témoins ont été choisis parmi les patients fréquentant les mêmes hôpitaux que les cas, pendant la même période, avec des maladies non liées <i>a priori</i> aux principales expositions d'intérêt (tabac, alcool et alimentation).	Autres pathologies, même période et même hôpital.
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cas-témoin, appariement de fréquence entre cas et témoins sur âge (<60, 60-70 et >70 ans), sexe et province (Alicante et Valencia).	Cas-témoin population générale
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Pas de suivi	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme (car l'emploi principal pris en compte était celui occupé le plus longtemps : au moins 1 an et au moins 15 ans)	Long terme
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) et <b>événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, incidence	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer de l'œsophage (par type histologique)	Cancer œsophage
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Aucun	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Diagnostic histologique	Histologie
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Facteurs de confusion : âge (<60, 60-70, >70 ans), localisation de l'hôpital (Valence, Alicante), niveau d'éducation (<primaire, primaire, ≥secondaire), tabagisme et consommation d'alcool.	Age (classes de 10 ans), tabac (4 classes), alcool (5 classes)
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Non précisé	
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Evaluation de l'exposition par matrice emploi-exposition (FINJEM). Cotation : 3, matrice emploi-exposition « généraliste » (non spécifique d'une cohorte ou d'une population)	Questionnaire sur les 2 emplois les plus longs
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	La FINJEM caractérise l'exposition par deux paramètres : la probabilité de l'exposition (de 0,06 à 1) et le niveau moyen d'exposition (intensité) en mg m-3 ou en ppm.	
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Régression logistique non conditionnelle avec inclusion des facteurs d'appariement dans le modèle (sauf sexe car analyse chez les hommes uniquement)	Régression logistique non conditionnelle
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	3 niveaux d'exposition : 1) élevé (>0,26 fibres/cm3) (n=8 cas et 7 témoins), 2) faible (≤0,26 fibres/cm3) (n=60 cas et 69 témoins) et 3) non exposé (n=117 cas et 207 témoins). Le seuil entre faible et élevé a été fixé en fonction du 75 <sup>ème</sup> percentile de la distribution du produit de la probabilité et de l'intensité de l'exposition.	<i>Non exposed</i> (reference) Low : ≤ 0,26 f/ml High : > 0,26 f/ml Pas de prise en compte de la durée d'exposition.
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Lorsque tous les types de cancers de l'œsophage ont été combinés (n=185), il a été observé un risque 3,5 fois plus élevé pour une exposition élevée à l'amiante (3,46 [0,99-12,10] ; p=0,07). Des effets similaires ont été observés pour les deux sous-types histologiques, bien que les associations ne soient pas statistiquement significatives (tableau 2).	<i>Epidermoïd</i> : Low : OR 1,38 (0,78-2,46) High : OR 3,42 (0,76-15,34) <i>Adénocarcinoma</i> : Low : OR 1,33 (0,53-3,92) High : OR 3,99 (0,67-23,77)
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	

<b>Santibañez 2008</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Oui	Mais pas statistique
Informations supplémentaires transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Santibañez 2012</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Spanish Ministry of Health, the Generalitat Valenciana, Fundacion Bienvenida Navarro Luciano-Tripodi and Fundacion Hospital Universitario de Elche	id
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Aucun	id
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Etude cas-témoins en population hospitalière	id
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1995-1999	id
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Sud-est de l'Espagne	id
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	265 hommes et 134 femmes chez les cas avec âge moyen = 64,7 ans // 285 hommes et 170 femmes chez les témoins avec âge moyen = 63 ans	id
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	434 cas identifiés éligibles : 9 non interrogés, 24 non confirmés à l'histologie, 2 qui n'ont pas répondu à la partie exposition professionnelle dans le questionnaire. Donc 399 cas inclus. 457 témoins éligibles : 2 n'ont pas participé. Donc 455 témoins inclus	id
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Les sujets éligibles étaient hispanophones, hommes et femmes, âgés de 30 à 80 ans, hospitalisés entre janvier 1995 et mars 1999 dans un des neuf hôpitaux participants dans les provinces d'Alicante et de Valence. Les témoins ont été recrutés au même moment que les cas, présentant une maladie non en lien avec les principales expositions d'intérêt.	Témoins = hernies 28,3% ; fractures ou blessures 35,2% ; appendicite 6,4% ; éventration 5,5% ; cholécystite aiguë 2,6% ; autres diagnostics 21,9%.
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Témoins appariés sur âge, sexe et province	id
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cas-témoins	id
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )		Aucun suivi
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme	Etude des expositions de plus de 1 an et de plus de 15 ans
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, incidence	id
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Estomac en 3 classes : <i>intestinal adenocarcinoma, diffuse adenocarcinoma, lymphoma</i>	id
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)		Aucun
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles histologiques	id
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac, alcool, habitudes alimentaires, niveau d'éducation	id
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Type non précisé	id
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Entretien en face à face pour collecter infos sur activités professionnelles : métier, nombre d'années d'activité, substances utilisées. Professions codées en aveugle. Utilisation matrice emploi-exposition FINJEM en tenant compte de la profession, des substances utilisées et de la période d'exposition = probabilité et intensité d'exposition (cotation 3)	id
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Prise en compte des 2 métiers les plus longtemps occupés pour chaque sujet.	Dans FINJEM prise en compte de 21 nuisances chimiques, 4 agents physiques et 2 situations ergonomiques.
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Régression logistique non conditionnelle : OR et IC95%	id
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Trois niveaux d'exposition par nuisance : élevé, faible et non exposé	
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	<i>In men, statistically significant increased risk of the diffuse subtype was found for cooks (OR 8.02), employed skilled workers in agricultural activities (OR 6.16), wood-processing-plant operators (OR 8.13) and food and related products machine operators (OR 5.40). For the intestinal subtype, a borderline association was found for miners and quarry workers (OR men 4.22 (0.80 to 22.14)). Significant increased risk was observed between the diffuse subtype of SC and the highest level of exposure to pesticides (OR both sexes 10.39 (2.51 to 43.02), p-trend 0.02) and between the intestinal subtype and asbestos (OR men 3.71 (1.40 to 9.83), p-trend 0.07), that remained when analysis was restricted to long duration exposure (OR men 3.21 (1.07 to 9.63)). For intestinal adenocarcinoma, a significant association was found in men for a high-level exposure to asbestos (OR 3.71 (1.40 to 9.83), p-trend 0.07), which remained when the analysis was restricted to long duration exposure (OR 3.21 (1.07 to 9.63)).</i>	Cf. tableau 3 (hommes) et tableau 4 (femmes).

<b>Santibañez 2012</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non renseignée	Relation dose-effet étudiée, sans toutefois d'argument pour un renforcement de l'association chez les sujets ayant les expositions les plus longues
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		



<b>Santibañez 2010</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Fondo de Investigación Sanitaria, Fundacion Bienvenida Navarro Luciano-Tripodi, et Fundacion Hospital Universitario de Elche Generalitat Valenciana	Fondations de santé publique
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	ND	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cas : population hospitalière appartenant à l'étude PANESOES (cas de cancers du pancréas, de l'œsophage et de l'estomac)	Cas témoins de cancers du pancréas hospitalisés dans la région de valence, Espagne
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Entre Janvier 1995 et Mars 1999	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Provinces d'Alicante et de Valence, Espagne	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnique, âge)	Hommes et femmes, parlant espagnol, âgés de 30 à 80 ans	OK
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	161 cas incidents de cancers du pancréas ont été inclus (96 hommes et 65 femmes) sur les 199 cas initialement diagnostiqués comme cancer pancréatique exocrine. Le diagnostic obtenu par confirmation histologique dans 95 cas a permis d'avoir un groupe d'analyse pour les adénocarcinomes canaux (n=76). 455 témoins inclus appariés sur le sexe, l'âge et la province de résidence.	Au final 161 cas de cancers, dont seulement 95 avec histologie (dont 76 adénocarcinomes).
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Critères d'inclusion : hommes et femmes, parlant espagnol, âgés de 30 à 80 ans, hospitalisés entre janvier 1995 et mars 1999 dans l'un des 9 hôpitaux des provinces d'Alicante ou de Valence. 38 cas exclus : 12 cas (10 hommes, 2 femmes) n'ont pu être interrogés en raison de leur mauvais état de santé ou du refus de participer à l'étude. 25 cas ont été exclus en raison de l'absence de consensus sur le diagnostic par un groupe d'experts cliniques sur les maladies pancréatiques. 1 cas n'a pas répondu à la section exposition professionnelle du questionnaire. Critères inclusion des témoins : patients avec des maladies non liées <i>a priori</i> aux principales exposition d'intérêt du cancer du pancréas (tabac, alcool et alimentation)	199 cas : 25 exclus pour incertitude diagnostic, 12 perdus de vue, 1 questionnaire incomplet. Témoins - hernies (28,3%), fractures ou blessures (35,2%), appendicite (6,4%), éventration (5,5%), cholécystite aiguë (2,6%), et d'autres diagnostics (21,9%)
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Témoins (décrits au-dessus)	Témoins = 455 patients hospitalisés pour autres pathos appariés sur âge, sexe et résidence
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Etude cas-témoins multicentrique	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	Pas de suivi	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme (1 an et plus de durée de travail)	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers	Cancer du pancréas
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer du pancréas	Cancer du pancréas exocrine
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Aucun	OK
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Diagnostics confirmés par un panel de cliniciens experts en maladies pancréatiques ; diagnostics histopathologies	Classification internationale des maladies
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Sexe, âge, province, études, alcool, tabac	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Non précisé	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Application d'une matrice emploi-exposition qui estime la probabilité et l'intensité d'exposition à l'amiante. Niveau 3 : matrice emploi-exposition « généraliste » (FINJEM)	Questionnaire par professionnel, sans aveugle
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Emplois occupés par les participants renseignés par un questionnaire en mode face à face. La matrice FINJEM caractérise l'exposition par 2 paramètres : la probabilité de l'exposition (de 0,06 à 1) et le niveau moyen d'exposition (intensité) pour chaque polluant analysé (en mg/m <sup>3</sup> ou en ppm). Le produit de ces 2 paramètres a été utilisé pour classer les niveaux d'exposition en trois catégories : élevé, faible, non exposé.	21 substances considérées
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Régressions logistiques non conditionnelles	OR avec IC95%
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ème</sup> /75 <sup>ème</sup> percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Niveaux d'exposition : faible (<0,26 fibres/cm <sup>3</sup> ) (31 cas, 75 témoins) et élevé (≥0,26 fibres/cm <sup>3</sup> ) (3 cas, 11 témoins). Le seuil entre faible et élevé a été fixé au 75 <sup>ème</sup> percentile de la distribution du produit de la probabilité et de l'intensité d'exposition.	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Association significative entre exposition à un niveau faible à l'amiante et adénocarcinome canalaire (OR 2 sexes, ajusté : 2,09 [1,05-4,13]). Pas d'associations significative entre exposition à l'amiante et tous types de cancer du pancréas considérés ensemble. Cf. Tableau 2	OR hommes adénocarcinome pancréas exposés à l'amiante : 7.54 [1.61-35.19]. Si prise en compte de la durée d'exposition : non significatif.

<b>Santibañez 2010</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	0,8	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Smailyte 2004</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non spécifiée	OK
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Non spécifiés	OK
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte de travailleurs de 2 usines d'amiante-ciment : <i>The Daugėliai Building Products Factory (A)</i> et <i>The Akmene Cement Factory (B)</i>	OK
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	De 1956-1985 (3 mois avant 1986) pour l'usine A et de 1963-1985 (3 mois avant 1986) pour l'usine B. Période de suivi : de 1978 à 2000	OK
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Lithuanie	OK
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	Hommes et femmes employés de ces 2 usines	Employés au moins 3 mois
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Travailleurs ciblés : Usine A : 628 hommes et 296 femmes / Usine B : 1344 hommes et 519 femmes. Sujets inclus : Usine A : 490 hommes et 210 femmes / Usine B : 795 hommes et 392 femmes.	OK
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Exclus de l'étude : A : employés moins de 3 mois (n=15), employés après 1985 (n=154), décédés avant 1978 (n=23), émigrés avant 1978 (n=1), perdus de vue avant 1978 (n=31). B : employés moins de 3 mois (n=233), employés après 1985 (n=348), décédés avant 1978 (n=20), émigrés avant 1978 (n=7), perdus de vue avant 1978 (n=68).	OK
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	L'ensemble de la population lituanienne (même sexe, +/-5 ans)	OK
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte prospective	OK
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	22 ans (début 1978 à fin 2000)	OK
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme (plus de 3 mois)	OK
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Etude de mortalité et d'incidence - cancers et toutes causes	OK
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer de l'estomac et cancer colorectal	OK
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mortalité toutes causes, cancers poumon, plèvre, sein, organes génitaux féminins, larynx, autres cancers	+ cirrhose, maladies infectieuses, cardiovasculaires, respiratoires, suicides, accidents
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Registre de cancers, classification ICD, certificat de décès	OK
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Aucun facteur de confusion pris en compte dans l'analyse	OK
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Usine A : non précisé. Usine B : amiante chrysotile et poussières totales d'amiante-ciment	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Durée de travail et temps écoulé depuis la première exposition (niveau individuel) (niveau 2 : durée d'exposition)	OK
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Pas de précisions rapportées	OK
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR et SIR	OK
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Usine B : au cours de la période 1975-1989, les mesures moyennes pondérées dans le temps de l'amiante chrysotile et des poussières totales d'amiante-ciment variaient de 1,9 à 4,0 mg/m <sup>3</sup> . En 1990-1993, la valeur correspondante était de 1,2 à 2,2 mg/m <sup>3</sup> . En 1996-1998, la concentration de fibres était la plus élevée chez les travailleurs qui alimentaient l'usine avec de l'amiante provenant de sacs et chez ceux qui sciaient les produits finis. Le niveau d'exposition pour ces deux groupes était de 0,5 à 1,0 f/ml, alors que la plupart des autres travailleurs ont été exposés à 0,1 à 0,5 f/ml.	OK
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Cf. tableaux 3 et 4	Pas d'excès de cancers, notamment digestifs. Léger excès à la limite de la signification statistique pour cancers du côlon chez l'homme après plus de 10 ans d'exposition.
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	OK
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	OK
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Ulvestad 2002</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	Non mentionnée	id
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs (biais de reporting)</b>	Non mentionnés	id
<b>Population étudiée (nom, description)</b>	Travailleurs masculins dans un usine de production d'amiante-ciment en Norvège	id
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	Suivi du 1 <sup>er</sup> janvier 1953 jusqu'à la date de point au 31 décembre 1999	id
<b>Géographie (pays, région, état, etc.)</b>	Norvège	id
<b>Démographie (sexe, ethnie, âge)</b>	Hommes	id
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	541 hommes ayant travaillé au moins 1 an dans l'usine et embauchés entre 1942 et 1976 soit 17 264 personnes-années	id
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Critères d'inclusion : avoir travaillé au moins 1 an dans l'usine et avoir été embauché entre 1942 et 1976, être vivant en 1960 ou né après 1960.	id
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Population générale de Norvège	id
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Etude d'incidence dans une cohorte rétrospective	id
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	1 <sup>er</sup> janvier 1953 - 31 décembre 1999	id
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Court et long terme (au moins 1 an d'exposition)	45% ont été exposés pendant plus de 10 ans
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et évènement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, étude d'incidence	id
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer colorectal et cancer de l'estomac	id
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome pleural, cancer broncho-pulmonaire	id
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données d'incidence des cancers obtenues par interrogation du registre de cancers de Norvège	id
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Tabac (fumeur, ex fumeur, non-fumeur), âge	id
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile et crocidolite	92% chrysotile, 8% amphiboles (anthophyllite, amosite ou crocidolite)
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Données individuelles. Période d'embauche, durée d'exposition (<10, 10-14, >15 ans), latence, calendrier professionnel avec périodes d'exposition en fonction des moyens de protection mis en place	id
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Métrologie atmosphérique en 1950, 1954 et 1964, de 1972 à 1978 et après 1978	50-1000 f/ml en 1950, 50-100 f/ml en 1954, jusqu'à 13 f/ml de 1972 à 1978, moins de 5 f/ml après 1973
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SIR et IC à 95%	id
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25 <sup>ième</sup> /75 <sup>ième</sup> percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Utilisation de la durée d'exposition (<10, 10-14, >15 ans) comme indicateur d'exposition	id
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	Augmentation significative du risque de cancer colorectal pour les sujets ayant travaillé plus de 3 ans dans l'usine (SIR 1,8 95%IC 1,1-2,9) avec une prédominance de cancers du rectum. Augmentation non significative de l'incidence globale des cancers de l'estomac et cancers colorectaux.	17 cas de cancers colorectaux (SIR 1,6 [0,9-2,5], dont 12 cas de cancer du rectum (SIR 2,9 [1,5-5,0]). 7 cas de cancer de l'estomac (SIR 1,4 [0,6-2,9]). Parallèlement, 33 cas de cancers du poumon (SIR 3,1 [2,1-4,3]) et 18 cas de cancers de la plèvre (mésothéliome) (SIR 52,5 [31,1-83,0]). SIR tous cancers 1,8 [1,6-2,2] avec 144 cas. Aucun mésothéliome péritonéal.
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)		Non renseignée, mais faible pour de nombreux sites de cancers, compte tenu de la taille de la cohorte : 17 264 personnes-années.
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Effet dose-réponse pour le mésothéliome pleural mais pas pour le cancer broncho-pulmonaire	id
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Wang 2013</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	<i>Pneumoconiosis Compensation Fund Board, Hong Kong SAR, China</i>	
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	Pas de conflits d'intérêt	
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Cohorte de travailleurs textile chinois	Textile et friction et ciment
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	1972 – décembre 2008	
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)	Chine	
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)	586 hommes et 279 femmes. Age moyen à l'embauche : 39,8 ans pour les hommes et 28,8 ans pour les femmes.	
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	Très faible nombre de perdus de vue (9 hommes et 2 femmes) soit un taux de suivi de près de 99%	
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Inclusion : avoir travaillé au moins un an à partir de 1972. Motifs d'exclusion non précisés	
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Données nationales, recensements à trois périodes (1973-1975, 1990-1992 et 2004-2005)	
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Cohorte prospective	
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	37 ans	
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers, étude de mortalité	
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer œsophage, estomac, foie et vésicule biliaire, intestin, côlon et rectum	
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Mésothéliome, autres pathologies respiratoires, cancer des os, organes génitaux masculins et féminins, cancers voies urinaires, cerveau et autres maladies hors cancers (maladies cardiovasculaires...), asbestose, mortalité toutes causes	
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)	Données individuelles collectées à l'usine et croisées avec données hospitalières et registre de décès local, classification ICD	Sources d'info peu claires, quelle fiabilité ?
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Résultats présentés selon le sexe mais pas de facteur de confusion pris en compte	
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Chrysotile	Trémolite en faible quantité mais non précisé
<b>Evaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Niveau 1	Prise en compte des différents postes occupés dans le temps pour chaque sujet
<b>Evaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Mesures d'ambiance contemporaine	Campagne ponctuelle de mesure par département de l'usine. Quelle représentativité ?
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	SMR par sexe	
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	Une mesure effectuée en 2002 a indiqué que les concentrations de fibres d'amiante dans les échantillons d'air étaient de 18 f/cm <sup>3</sup> dans la section des matières premières et 6 f/cm <sup>3</sup> dans la section textile. Les concentrations de fibre dans les échantillons personnels étaient de 6 et 8 f/cm <sup>3</sup> dans les deux sections, respectivement.	
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	<i>Significant excess mortality was observed from cancer of small intestine and slightly increased mortality from cancer esophagus, liver and bile duct. Mortality from stomach cancer was also increased. Two deaths from stomach cancer were found in the females, resulting in nearly doubled mortality than expected. There was no increased SMR from colorectal cancer in either gender. Cf. Tableau 2.</i>	
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non renseignée	Effectifs très faibles de cancers observés (pour l'ovaire : 1 seul cas ; pour colon-rectum : 3 cas chez l'homme et 0 chez la femme)
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Non	
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

<b>Wu 2015, 2014 &amp; 2013</b>	<b>Relecteur 1</b>	<b>Relecteur 2</b>
<b>Sources de financement</b>	<i>Division of Environmental Health and Occupational Medicine, National Health Research Institutes, Miaoli County, Taiwan and the Institute of Occupational Safety and Health, Taipei, Taiwan</i>	ok
<b>Conflits d'intérêt rapportés par les auteurs</b> (biais de reporting)	<i>The authors have declared that no competing interests exist</i>	ok
<b>Population étudiée</b> (nom, description)	Démolisseurs de navires	ok
<b>Dates de l'étude et période d'échantillonnage</b>	De 1975 à 1989	ok
<b>Géographie</b> (pays, région, état, etc.)		Taiwan
<b>Démographie</b> (sexe, ethnie, âge)		
<b>Nombre de sujets</b> : ciblés, recrutés, effectif final, groupe d'analyse, taux de participation, suivi, etc. Indiquer le nombre total de sujets et le nombre de sujets inclus dans l'analyse ( <i>biais de données manquantes</i> )	4 962 personnes dans la cohorte, mais 4 427 sujets inclus car exclusion de 2 personnes diagnostiquées de cancer avant la date d'embauche et 533 exclus non enregistrés au programme Taiwanais d'assurance santé.	ok
<b>Critères d'inclusion ou d'exclusion</b> , stratégie de recrutement, nombre de sujets inclus pour le calcul du nombre de cas observé ou attendu, et nombre de sujets exclus de l'analyse	Démolisseurs de navires employés pour au moins un an et ayant commencé à travailler en 1975	ok
<b>Description du groupe de référence</b> ( <i>biais de sélection</i> ). Pour le calcul de SMR ou SIR, le groupe de référence est celui considéré pour le calcul du nombre de cas attendus.	Similaire au groupe exposé concernant le sexe (84% hommes et 16% femmes), le lieu de résidence (91% vivant dans le Sud) et l'âge.	ok
<b>Design d'étude</b> (cohorte prospective ou rétrospective, cas-témoins, cas-témoins nichée, série temporelle, transversale, etc.)	Étude de cohorte rétrospective appariée	ok
<b>Durée du suivi</b> ( <i>biais d'information</i> )	De 1975 à décembre 2008	ok
<b>Durée de l'exposition</b> (court terme, long terme, court et long terme)	Long terme	ok
<b>Catégorie(s) d'effet(s) sanitaire(s)</b> (ex : cancers, affections respiratoires, affections digestives...) <b>et événement(s) sanitaire(s) étudiés</b> (mortalité ou morbidité/incidence)	Cancers	ok
<b>Effet(s) sanitaire(s) ciblé(s) dans l'expertise</b> (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, colorectal, hépatique, des voies biliaires, du pancréas, mésothéliome péritonéal et de l'ovaire + les MICI) ( <i>biais de reporting</i> )	Cancer du côlon, cancer du rectum, cancer de l'estomac, cancer de l'œsophage, cancer hépatique, cancer des voies biliaires, mésothéliomes	ok
<b>Autre(s) effet(s) sanitaire(s) étudié(s)</b> , notamment les affections liées à l'amiante (mésothéliome pleural, asbestose, cancer pulmonaire, cancer du larynx, mortalité toutes causes, autres cancers, autres affections respiratoires, etc.)	Cancer du pharynx, cancer du larynx, cancer pulmonaire, cancer de la cavité orale, cancer du thymus et du cœur, cancer de la peau, cancer de la prostate, cancer de la vessie, cancer du rein, cancer du cerveau, cancer de la thyroïde, leucémie.	ok
<b>Diagnostic/méthodes de mesure de l'effet sanitaire</b> (données individuelles, données populationnelles, diagnostic, classification CMI et version, etc.)		
<b>Facteurs de confusion/modification pris en compte (ou non) dans l'analyse</b> (âge, sexe, tabac, alcool, alimentation, surpoids, obésité, activité physique, etc.) ( <i>biais de confusion</i> )	Appariement pour l'âge, le sexe, le lieu de résidence	Appariement sur données individuelles issues de 5 populations contrôles.
<b>Substance(s)</b> (chrysotile, amosite, crocidolite, amiante actinolite, amiante anthophyllite, amiante trémolite, type d'amiante non précisé)	Amosite et crocidolite	ok
<b>Évaluation de l'exposition</b> : niveau individuel, semi-individuel, régional, adresse de résidence, personnelle, mesurée, modèle complexe, etc. Pour les études professionnelles, ajouter la cotation de 1 à 5 décrivant la qualité de l'évaluation ( <i>biais d'information</i> )	Semi-individuel, cotation 2-bis	
<b>Évaluation de l'exposition</b> - détails méthodologiques (ex : métrologie, limite de détection, modèle, unité en concentration, etc.)	Évaluation par 7 experts indépendants qui devaient se prononcer sur l'intensité d'exposition (basée sur les intitulés métiers) et en tenant compte de la durée d'exposition (durée de travail). Ils en ont déduit un score d'exposition modélisé par une formule mathématique.	ok
<b>Méthodes statistiques</b> : calcul d'un SMR ou d'un SIR, régression de Cox, logistique, linéaire, etc.) ( <i>biais d'information</i> )	Hazard ratio (HR) et 95% IC dérivés du modèle de Cox	ok
<b>Niveaux d'exposition</b> (ex : moyenne, médiane, 25ième/75ième percentile, min/max, etc.), intervalle ou catégorisations des niveaux d'exposition, nombre de cas exposés	N=4 427 exposés. Durée moyenne d'exposition = 6,9 ans	ok
<b>Résultats statistiques pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (ex : cancers avec association positive/nulle/négative significative/non significative, SMR ou odds ratios ou risques relatifs correspondants, etc.)	L'exposition à l'amiante est associée à un risque élevé de cancer de l'œsophage (HR=2,31 (95% IC: 1,00-5,41)), de cancer hépatique et des voies biliaires (HR=1,60 (1,08-2,36)). Il y a une relation dose-réponse entre l'exposition à l'amiante et l'incidence du cancer de l'œsophage.	Uniquement dans le groupe des employés ayant une forte exposition (selon poste de travail) : tous cancers (HR 1,71 (1,42-2,05)) ; œsophage (HR 2,31 (1,00-5,41)) ; cancer hépatique et des voies biliaires (HR 1,60 (1,08-2,36)).
<b>Puissance statistique</b> (si pas présentée dans l'étude, indiquer « non renseignée »)	Non mentionné	
<b>Dose-réponse pour les effets sanitaires ciblés dans l'expertise</b> (oui ou non) (ex : analyse de tendance)	Oui	Oui, mais avec limite de l'absence de mesure directe
<b>Informations supplémentaires</b> transmises par les auteurs, conversions de résultats statistiques, etc.		

## Références

- Acheson, E. D., M. J. Gardner, P. D. Winter et C. Bennett. 1984. "Cancer in a Factory Using Amosite Asbestos." *Int J Epidemiol* 13 (1): 3-10. <https://doi.org/10.1093/ije/13.1.3>.
- Albin, M., K. Jakobsson, R. Attewell, L. Johansson et H. Welinder. 1990. "Mortality and cancer morbidity in cohorts of asbestos cement workers and referents." *Br J Ind Med* 47: 602-610. <https://doi.org/10.1136/oem.47.9.602>.
- Amandus, H. E. et R. Wheeler. 1987. "The Morbidity and Mortality of Vermiculite Miners and Millers Exposed to Tremolite-Actinolite: Part II. Mortality." *Am J Ind Med* 11: 15-26. <https://doi.org/10.1002/ajim.4700110103>.
- Armstrong, B. K., N. H. De Klerk, A. W. Musk et M. S. Hobbs. 1988. "Mortality in miners and millers of crocidolite in Western Australia." *Br J Ind Med* 45: 5-13. <https://doi.org/10.1136/oem.45.1.5>.
- Barbiero, F., T. Zanin, F. E. Pisa, A. Casetta, V. Rosolen, M. Giangreco, C. Negro, M. Bovenzi et F. Barbone. 2018. "Cancer incidence in a cohort of asbestos-exposed workers undergoing health surveillance." *Int Arch Occup Environ Health* 91 (7): 831-841. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1326-3>.
- Boulanger, M., F. Morlais, V. Bouvier, F. Galateau-Salle, L. Guittet, M. F. Marquignon, C. Paris, C. Raffaelli, G. Launoy et B. Clin. 2015. "Digestive cancers and occupational asbestos exposure: Incidence study in a cohort of asbestos plant workers." *Occup Environ Med* 72 (11): 792-797. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-102871>.
- Brown, D. P., J. M. Dement et A. Okun. 1994. "Mortality patterns among female and male chrysotile asbestos textile workers." *J Occup Med* 36 (8): 882-888.
- Clin, B., F. Morlais, B. Dubois, A. V. Guizard, N. Desoubieux, M. F. Marquignon, C. Raffaelli, C. Paris, F. Galateau-Salle, G. Launoy et M. Letourneux. 2009. "Occupational asbestos exposure and digestive cancers - A cohort study." *Aliment Pharmacol Ther* 30 (4): 364-374. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2009.04050.x>.
- Clin, B., F. Morlais, G. Launoy, A. V. Guizard, B. Dubois, V. Bouvier, N. Desoubieux, M. F. Marquignon, C. Raffaelli, C. Paris, F. Galateau-Salle, L. Guittet et M. Letourneux. 2011. "Cancer incidence within a cohort occupationally exposed to asbestos: a study of dose-response relationships." *Occup Environ Med* 68 (11): 832-6. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059790>.
- Clin, B., I. Thaon, M. Boulanger, P. Brochard, S. Chamming's, A. Gislard, A. Lacourt, A. Luc, G. Ogier, C. Paris et J. C. Pairon. 2017. "Cancer of the esophagus and asbestos exposure." *Am J Ind Med* 60 (11): 968-975. <https://doi.org/10.1002/ajim.22769>.
- Danielsen, T. E., S. Langard, A. Andersen et O. Knudsen. 1993. "Incidence of cancer among welders of mild steel and other shipyard workers." *Br J Ind Med* 50: 1097-1103. <https://doi.org/10.1136/oem.50.12.1097>.
- De La Provote, S., N. Desoubieux, C. Paris, M. Letourneux, C. Raffaelli, F. Galateau-Salle, M. Gignoux et G. Launoy. 2002. "Incidence of digestive cancers and occupational exposure to asbestos." *Eur J Cancer Prev* 11: 523-528. <https://doi.org/10.1097/00008469-200212000-00003>.
- Fredriksson, M., N.-O. Bengtsson, L. Hardell et O. Axelson. 1989. "Colon Cancer, Physical Activity, and Occupational Exposures: a case-control study." *Cancer* 63 (9): 1838-1842.
- Frost, G., A. H. Harding, A. Darnton, D. McElvenny et D. Morgan. 2008. "Occupational exposure to asbestos and mortality among asbestos removal workers: a Poisson regression analysis." *Br J Cancer* 99 (5): 822-9. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604564>.
- Garabrant, D. H., R. K. Peters et D. M. Homa. 1992. "Asbestos and colon cancer: Lack of association in a large case-control study." *Am J Epidemiol* 135 (8): 843-853. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116380>.
- Gardner, M. J., P. Winter, B. Bennett et C. A. Powell. 1986. "Follow up study of workers manufacturing chrysotile asbestos cement products." *Br J Ind Med* 43 (11): 726-732. <https://doi.org/10.1136/oem.43.11.726>.

- Gerhardsson de Verdier, M., N. Plato, G. Steineck et J. M. Peters. 1992. "Occupational Exposures and Cancer of the Colon and Rectum." *Am J Ind Med* 22: 291-303. <https://doi.org/10.1002/ajim.4700220303>.
- Goldberg, M., M.-E. Parent, J. Siemiatycki, M. Désy, L. Nadon, L. Richardson, R. Lakhani, B. Latreille et M.-F. Valois. 2001. "A Case-Control Study of the Relationship Between the Risk of Colon Cancer in Men and Exposures to Occupational Agents." *Am J Ind Med* 39: 531-546.
- Hein, M. J., L. T. Stayner, E. Lehman et J. M. Dement. 2007. "Follow-up study of chrysotile textile workers: cohort mortality and exposure-response." *Occup Environ Med* 64 (9): 616-25. <https://doi.org/10.1136/oem.2006.031005>.
- Hilt, B., A. Andersen, J. Rosenberg et S. Langard. 1991. "Cancer Incidence Among Asbestos-Exposed Chemical Industry Workers: An Extended Observation Period." *Am J Ind Med* 20: 261-264. <https://doi.org/10.1002/ajim.4700200211>.
- Hilt, B., S. Langard, A. Andersen et J. Rosenberg. 1985. "Asbestos Exposure, Smoking Habits, and Cancer Incidence Among Production and Maintenance Workers in an Electrochemical Plant." *Am J Ind Med* 8: 565-577. <https://doi.org/10.1002/ajim.4700080608>.
- Jakobsson, K., M. Albin et L. Hagmar. 1994. "Asbestos, cement, and cancer in the right part of the colon." *Occup Environ Med* 51: 95-101. <https://doi.org/10.1136/oem.51.2.95>.
- Jansson, C., A. L. Johansson, I. A. Bergdahl, P. W. Dickman, N. Plato, J. Adami, P. Boffetta et J. Lagergren. 2005. "Occupational exposures and risk of esophageal and gastric cardia cancers among male Swedish construction workers." *Cancer Causes Control* 16 (6): 755-64. <https://doi.org/10.1007/s10552-005-1723-2>.
- Krstev, S., M. Dosemeci, J. Lissowska, W. H. Chow, W. Zatonski et M. H. Ward. 2005. "Occupation and risk of stomach cancer in Poland." *Occup Environ Med* 62 (5): 318-24. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.015883>.
- Levin, J. L., J. W. McLarty, G. A. Hurst, A. N. Smith et A. L. Frank. 1998. "Tyler asbestos workers: mortality experience in a cohort exposed to amosite." *Occup Environ Med* 55: 155-160. <https://doi.org/10.1136/oem.55.3.155>.
- Levin, J. L., A. Rouk, S. Shepherd, G. A. Hurst et J. W. McLarty. 2016. "Tyler asbestos workers : A mortality update in a cohort exposed to amosite." *J Toxicol Environ Health Part B* 19 (5-6): 190-200. <https://doi.org/10.1080/10937404.2016.1195319>.
- Liddell, F. D. , A. D. McDonald et J. C. McDonald. 1997. "The 1891-1920 birth cohort of Quebec chrysotile miners and millers: development from 1904 and mortality to 1992." *Ann Occup Hyg* 41 (1): 13-36. [https://doi.org/10.1016/S0003-4878\(96\)00044-0](https://doi.org/10.1016/S0003-4878(96)00044-0).
- Lin, S., X. Wang, E. Yano, I. Yu, Y. Lan, M. N. Courtice et D. C. Christiani. 2014. "Exposure to chrysotile mining dust and digestive cancer mortality in a Chinese miner/miller cohort." *Occup Environ Med* 71 (5): 323-328. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101360>.
- Magnani, C., D. Ferrante, F. Barone-Adesi, M. Bertolotti, A. Todesco, D. Mirabelli et B. Terracini. 2008. "Cancer risk after cessation of asbestos exposure: a cohort study of Italian asbestos cement workers." *Occup Environ Med* 65 (3): 164-70. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.032847>.
- McDonald, J. C. 1973. "Cancer in chrysotile mines and mills ".
- McDonald, J. C., F. D. Liddell, A. Dufresne et A. D. McDonald. 1993. "The 1891-1920 birth cohort of Quebec chrysotile miners and millers: mortality 1976-88." *Br J Ind Med* 50: 1073-1081. <https://doi.org/10.1136/oem.50.12.1073>.
- McDonald, J. C., F. D. Liddell, G. W. Gibbs, G. E. Eysen et A. D. McDonald. 1980. "Dust exposure and mortality in chrysotile mining, 1910-75." *Br J Ind Med* 37: 11-24. <https://doi.org/10.1136/oem.37.1.11>.
- Meurman, L. O., E. Pukkala et M. Hakama. 1994. "Incidence of cancer among anthophyllite asbestos miners in Finland." *Occup Environ Med* 51: 421-425. <https://doi.org/10.1136/oem.51.6.421>.



- Musk, A. W., N. H. de Klerk, A. Reid, G. L. Ambrosini, L. Fritschi, N. J. Olsen, E. Merler, M. S. Hobbs et G. Berry. 2008. "Mortality of former crocidolite (blue asbestos) miners and millers at Wittenoom." *Occup Environ Med* 65 (8): 541-3. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.034280>.
- Oddone, E., D. Ferrante, S. Tunesi et C. Magnani. 2017. "Mortality in asbestos cement workers in Pavia, Italy: A cohort study." *Am J Ind Med* 60 (10): 852-866. <https://doi.org/10.1002/ajim.22750>.
- Offermans, N. S. M., R. Vermeulen, A. Burdorf, R. A. Goldbohm, A. P. Keszei, S. Peters, T. Kauppinen, H. Kromhout et P. A. Van Den Brandt. 2014. "Occupational asbestos exposure and risk of esophageal, gastric and colorectal cancer in the prospective Netherlands cohort study." *Int J Cancer* 135 (8): 1970-1977. <https://doi.org/10.1002/ijc.28817>.
- Ohlson, C. G., B. Klaesson et C. Hogstedt. 1984. "Mortality among asbestos-exposed workers in a railroad workshop." *Scand J Work Environ Health* 10 (5): 283-91. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2329>.
- Parent, M.-E., J. Siemiatycki et L. Fritschi. 2000. "Workplace exposures and oesophageal cancer." *Occup Environ Med* 57: 325-334. <https://doi.org/10.1136/oem.57.5.325>.
- Paris, C., I. Thaon, F. Héryn, B. Clin, A. Lacourt, A. Luc, G. Coureau, P. Brochard, S. Chamming'S, A. Gislard, P. Galan, S. Hercberg, P. Wild, J. C. Pairon et P. Andujar. 2017. "Occupational asbestos exposure and incidence of colon and rectal cancers in French men : The asbestos-related diseases cohort (ARDCo-Nut)." *Environ Health Perspect* 125 (3): 409-415. <https://doi.org/10.1289/EHP153>.
- Peto, J., R. Doll, C. Hermon, W. Binns, R. Clayton et T. Goffe. 1985. "Relationship of mortality to measures of environmental asbestos pollution in an asbestos textile factory." *Ann Occup Hyg* 29 (3): 305-355. <https://doi.org/10.1093/annhyg/29.3.305>.
- Pira, E., M. Turbiglio, M. Maroni, P. Carrer, C. La Vecchia, E. Negri et R. Iachetta. 1999. "Mortality Among Workers In The Geothermal Power Plants At Larderello, Italy." *Am J Ind Med* 35: 536-539.
- Raffn, E., E. Lynge, K. Juel et B. Korsgaard. 1989. "Incidence of cancer and mortality among employees in the asbestos cement industry in Denmark." *Br J Ind Med* 46: 90-96. <https://doi.org/10.1136/oem.46.2.90>.
- Raffn, E., E. Villadsen et E. Lynge. 1996. "Colorectal Cancer in Asbestos Cement Workers in Denmark." *Am J Ind Med* 30: 267-272.
- Reid, A., G. Ambrosini, N. de Klerk, L. Fritschi et B. Musk. 2004. "Aerodigestive and gastrointestinal tract cancers and exposure to crocidolite (blue asbestos): incidence and mortality among former crocidolite workers." *Int J Cancer* 111 (5): 757-61. <https://doi.org/10.1002/ijc.20313>.
- Reid, A., E. Merler, S. Peters, N. Jayasinghe, V. Bressan, P. Franklin, F. Brims, N. H. de Klerk et A. W. Musk. 2018. "Migration and work in postwar Australia: mortality profile comparisons between Australian and Italian workers exposed to blue asbestos at Wittenoom." *Occup Environ Med* 75 (1): 29-36. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104322>.
- Repp, K., R. Lorbeer, T. Ittermann, S. Gläser, U. John, W. Hoffmann et H. Völzke. 2015. "Occupational exposure to asbestos is associated with increased mortality in men recruited for a population-based study in Germany." *Int J Occup Med Environ Health* 28 (5): 849-862. <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.00549>.
- Santibanez, M., J. Alguacil, M. G. de la Hera, E. M. Navarrete-Munoz, J. Llorca, N. Aragones, T. Kauppinen, J. Vioque et Panesoes Study Group. 2012. "Occupational exposures and risk of stomach cancer by histological type." *Occup Environ Med* 69 (4): 268-75. <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100071>.
- Santibanez, M., J. Vioque, J. Alguacil, X. Barber, M. Garcia de la Hera, T. Kauppinen et Panesoes Study Group. 2008. "Occupational exposures and risk of oesophageal cancer by histological type: a case-control study in eastern Spain." *Occup Environ Med* 65 (11): 774-81. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.037929>.

- Santibanez, M., J. Vioque, J. Alguacil, M. G. de la Hera, E. Moreno-Osset, A. Carrato, M. Porta et T. Kauppinen. 2010. "Occupational exposures and risk of pancreatic cancer." *Eur J Epidemiol* 25 (10): 721-30. <https://doi.org/10.1007/s10654-010-9490-0>.
- Smailyte, G., J. Kurtinaitis et A. Andersen. 2004. "Cancer mortality and morbidity among Lithuanian asbestos-cement producing workers." *Scand J Work Environ Health* 30 (1): 64-70. <https://doi.org/10.5271/sjweh.766>.
- Ulvestad, B., K. Kjaerheim, J. I. Martinsen, G. Damberg, A. Wannag, G. Mowe et A. Andersen. 2002. "Cancer incidence among workers in the asbestos-cement producing industry in Norway." *Scand J Work Environ Health* 28 (6): 411-7. <https://doi.org/10.5271/sjweh.693>.
- Wang, X., S. Lin, I. Yu, H. Qiu, Y. Lan et E. Yano. 2013. "Cause-specific mortality in a Chinese chrysotile textile worker cohort." *Cancer Sci* 104 (2): 245-9. <https://doi.org/10.1111/cas.12060>.
- Wu, W. T., Y. J. Lin, C. Y. Li, P. J. Tsai, C. Y. Yang, S. H. Liou et T. N. Wu. 2015. "Cancer attributable to asbestos exposure in shipbreaking workers : A matched-cohort study." *Plos One* 10 (7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133128>.
- Wu, W. T., Y. J. Lin, H. S. Shiue, C. Y. Li, P. J. Tsai, C. Y. Yang, S. H. Liou et T. N. Wu. 2014. "Cancer incidence of Taiwanese shipbreaking workers who have been potentially exposed to asbestos." *Environ Res* 132: 370-8. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2014.04.026>.
- Wu, W. T., Y. H. Lu, Y. J. Lin, Y. H. Yang, H. S. Shiue, J. H. Hsu, C. Y. Li, C. Y. Yang, S. H. Liou et T. N. Wu. 2013. "Mortality among shipbreaking workers in Taiwan - A retrospective cohort study from 1985 to 2008." *Am J Ind Med* 56 (6): 701-708. <https://doi.org/10.1002/ajim.22135>.