



FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Institution publique de sécurité sociale

MALADIES PROFESSIONNELLES PROVOQUÉES PAR L'AMIANTE

Critères de reconnaissance et d'indemnisation.

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES
Avenue de l'Astronomie 1
1210 Bruxelles

Août 2004

.be
BELGIQUE

Editeur responsable :

Fonds des maladies professionnelles
Avenue de l'Astronomie, 1
1210 BRUXELLES

Dépôt légal : D/0952/2004/4

Cette brochure peut être obtenue gratuitement

- par téléphone au n° 02/226 63 13
- par fax au n° 02/226 68 00

Ce texte peut également être consulté sur le site du Fonds des maladies professionnelles : www.fmp-fbz.fgov.be

Les critères de reconnaissance et d'indemnisation des maladies professionnelles provoquées par l'amianté ont été revus suite à la nouvelle codification de ces maladies dans la liste des maladies professionnelles (arrêté royal du 22 mars 1999 portant modification de l'arrêté royal du 28 mars 1969 dressant la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation, M.B. du 16 avril 1999).

Cette nouvelle codification est plus précise et permet de lever une certaine confusion qui existait dans la terminologie utilisée par le F.M.P. avant 1999. D'autre part, les critères prennent mieux en compte les connaissances médicales actuelles. C'est ainsi, par exemple, que désormais l'asbestose d'une part et les affections bénignes de la plèvre d'autre part, sont considérées à juste titre comme des entités distinctes.

Pour ce qui concerne le risque de cancer du poumon provoqué par l'amianté, les critères d'exposition ont été nettement précisés; étant donné le caractère aspécifique de ce cancer, des critères précis d'exposition sont évidemment nécessaires.

Enfin il est à noter que cette brochure n'aborde pas les critères de reconnaissance et d'indemnisation du cancer du larynx provoqué par l'amianté. Il faut toutefois savoir qu'en annexe à l'arrêté royal du 26 mai 2002, les critères d'exposition au cancer du larynx provoqué par l'amianté (code 9310 de la liste des maladies professionnelles) ont été publiés au moniteur belge.

Nous tenons tout particulièrement à remercier le Pr P. De Vuyst, le Dr J. Thimpont et le Dr M. Vandeweerdts pour leur contribution à cette brochure.

J. Uytterhoeven
Administrateur général

**MALADIES PROFESSIONNELLES
PROVOQUÉES PAR L'AMIANTE**

Critères de reconnaissance et d'indemnisation.

Fonds des Maladies Professionnelles
Avenue de l'Astronomie, 1
1210 Bruxelles

Amiante 5.0.doc
5 août 2004

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
1. DÉFINITIONS DANS LA LISTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES	6
1.1. Définitions	6
1.2. Justification des modifications	6
1.2.1. Signification du terme "asbestose"	6
1.2.2. Asbestose et tuberculose pulmonaire	6
1.2.3 Cancer du poumon provoqué par l'amiante, sans asbestose.....	6
2. CRITÈRES EN MATIÈRE D'EXPOSITION AU RISQUE PROFESSIONNEL	7
2.1. Généralités	7
2.2. Critères d'exposition pour le cancer du poumon provoqué par l'amiante	7
3. CRITÈRES DE DIAGNOSTIC.....	9
3.1. Affections bénignes de la plèvre et du péricarde.....	9
3.1.1. Pleurésie exsudative	9
3.1.2. Plaques pleurales.....	9
3.1.3. Épaississements pleuraux diffus.....	10
3.1.4. Péricardite exsudative et plaques péricardiques	10
3.2. Asbestose.....	10
3.3. Mésothéliome	10
3.4. Cancer du poumon.....	10
4. CRITÈRES EN MATIÈRE D'INDEMNISATION	11
4.1. La fibrose parenchymateuse (asbestose) et les épaississements pleuraux diffus.....	11
4.2. Les plaques pleurales.....	11
4.3. La pleurésie exsudative	11
4.4. Les affections du péricarde.....	12
4.5. Le cancer du poumon	12
4.6. Le mésothéliome.....	12
5. ECARTEMENT DU RISQUE PROFESSIONNEL	12
RÉFÉRENCES	13

MALADIES PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR L'AMIANTE

1. Définitions dans la liste des maladies professionnelles

1.1. Définitions

Avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 22 mars 1999,¹ les maladies professionnelles provoquées par l'amianté étaient codifiées comme suit dans la liste des maladies professionnelles :

- 1.301.21 Asbestose
- 1.301.22 Asbestose associée à la tuberculose pulmonaire
- 1.301.23 Asbestose associée à un cancer du poumon
- 9.307 Mésothéliome provoqué par l'amianté

Suite à l'arrêté royal précité, la liste paraît actuellement comme suit :

- 9.301.20 Affections bénignes de la plèvre et du péricarde provoquées par l'amianté
On précisera plus loin, dans les critères d'exécution, quelles affections sont visées par cette définition.
- 1.301.21 Asbestose
Il est entendu que cette définition vise uniquement l'atteinte parenchymateuse, à savoir la fibrose pulmonaire provoquée par l'amianté.
- [1.301.22 Supprimé]
Les cas déjà reconnus le restent sous l'ancien code. Ce code n'est pas attribué à une autre maladie afin de ne pas perturber le traitement statistique des données.
- [1.301.23 Supprimé]
Les cas déjà reconnus le restent sous l'ancien code. Ce code n'est pas attribué à la maladie intitulée "Cancer du poumon provoqué par l'amianté", afin de ne pas perturber le traitement statistique des données.
- 9.307 Mésothéliome provoqué par l'amianté
- 9.308 Cancer du poumon provoqué par l'amianté

1.2. Justification des modifications

1.2.1. Signification du terme "asbestose"

La littérature scientifique internationale utilise le terme "asbestose" pour désigner l'atteinte du parenchyme pulmonaire, à savoir la fibrose pulmonaire provoquée par l'amianté (1). Les lésions de la plèvre sont considérées comme des affections distinctes qui peuvent se développer indépendamment de la fibrose pulmonaire. La terminologie utilisée jusqu'en 1999 par le F.M.P. prétait à confusion.

De plus, la présence d'une asbestose est généralement considérée comme un risque en soit, de développer un cancer bronchique, tandis que ce n'est pas le cas pour les plaques pleurales (2).

Ces différentes considérations justifient que l'on considère comme entités distinctes, dans la liste des maladies professionnelles, l'asbestose d'une part et les affections bénignes de la plèvre provoquées par l'amianté d'autre part.

Les affections du péricarde provoquées par l'amianté ne sont pas davantage visées par le terme "asbestose" et doivent par conséquent faire également l'objet d'une mention explicite.

1.2.2. Asbestose et tuberculose pulmonaire

Compte tenu des connaissances scientifiques actuelles, la présence d'asbestose n'est plus considérée comme un facteur de risque sur le plan du développement d'une tuberculose pulmonaire. Il n'y avait par conséquent pas de motif de maintenir l'entité "asbestose associée à la tuberculose pulmonaire" dans la liste des maladies professionnelles.

1.2.3 Cancer du poumon provoqué par l'amianté, sans asbestose

¹ Arrêté royal du 22 mars 1999 portant modification de l'arrêté royal du 28 mars 1969 dressant la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation, *M.B.*, 16 avril 1999.

Suffisamment d'arguments épidémiologiques incitaient à considérer que les expositions importantes à l'amiante augmentent le risque d'apparition de cancer du poumon, même en l'absence d'asbestose radiologiquement détectable (3). Il a été décidé, par conséquent, de ne plus exiger la présence d'asbestose pour reconnaître un cancer du poumon comme maladie professionnelle chez un travailleur exposé à l'amiante.

2. Critères en matière d'exposition au risque professionnel

2.1. Généralités

Le niveau d'exposition cumulée diffère selon la pathologie. Un mésothéliome ou des plaques pleurales peuvent résulter d'une exposition plus faible que celle requise pour le développement d'une asbestose ou d'un cancer du poumon. Etant donné le caractère totalement aspécifique du cancer du poumon, l'exposition doit répondre à des critères quantitatifs bien définis. En effet, de nombreux cas de cancer pulmonaire sont liés à d'autres causes, le tabac en particulier.

Pour les autres maladies, aucun critère quantitatif n'est fixé, mais l'enquête sur le risque doit démontrer qu'il est question d'une exposition réelle. En ce qui concerne ces maladies, les critères diagnostiques garantissent une spécificité suffisante.

2.2. Critères d'exposition pour le cancer du poumon provoqué par l'amiante

Une exposition professionnelle à l'amiante² constitue un risque professionnel de "cancer du poumon provoqué par l'amiante" si elle a débuté au moins 10 ans avant l'apparition de la maladie³ et si, en outre, un au moins des critères suivants est rempli :

1. Présence d'asbestose ou d'épaississements pleuraux bilatéraux diffus dus à l'amiante⁴ (4).
2. Travaux effectués pendant au moins 10 ans avant 1985 dans une ou plusieurs des conditions ou professions suivantes, à moins qu'il puisse être prouvé que l'exposition professionnelle totale était inférieure à 25 fibres/cm³ x années⁵ :
 - 1) Fabrication de produits contenant du ciment à base d'amiante
 - 2) Fabrication de produits destinés à l'isolation thermique et/ou acoustique et à base d'amiante
 - 3) Filature et tissage d'amiante
 - 4) Fabrication de matériaux de friction à base d'amiante (entre autres : garniture de freins et accouplements à glissements pour véhicules et appareils)
 - 5) Fabrication de filtres à base d'amiante
 - 6) Fabrication de portes coupe-feu contenant de l'amiante
 - 7) Pose d'isolation à base d'asbeste et projection d'amiante
 - 8) Construction navale, réparation de bateaux, exécution d'activités à bord et particulièrement dans la chambre des machines, menuisiers dans la construction navale
 - 9) Mécaniciens et machinistes sur navire
 - 10) Dockers tous travaux ou manoeuvres chargés de décharger et de manipuler l'amiante
 - 11) Travailleurs chargés de manipuler l'amiante en vrac
 - 12) Travailleurs chargés d'opérations mécaniques sur des matériaux contenant de l'amiante (couper, aiguiser, poncer, forer) particulièrement pour la fabrication de bagues d'étanchéité, de garnitures de freins et d'accouplements par glissements à base d'asbeste
 - 13) Démolition d'installations et de bâtiments contenant des matériaux à base d'amiante (par exemple : fours, chauffage central, chaudières, récupération de métal, démolition de navires) et assainissement de bâtiments contenant des matériaux à base d'amiante; *la restriction concernant l'antériorité à 1985 ne s'applique pas à ces activités.*
 - 14) Récupération et battage de sacs de jute ayant contenu de l'amiante
 - 15) Poseurs de tubes et tuyauteurs-soudeurs dans le cadre de travaux d'entretien ou de réparations

² Certains des critères proposés sont basés sur la charge en amiante des poumons et ils ne permettent pas, par conséquent, de faire la distinction entre exposition professionnelle et non professionnelle. Il convient de démontrer tout d'abord qu'il y a bien eu contact professionnel avec l'amiante (aspect qualitatif). De plus, l'exposition doit répondre au moins à un des critères mentionnés (aspect quantitatif).

³ La littérature scientifique fait en général mention d'une période de latence de 10 ans minimum entre le début de l'exposition et l'apparition du cancer du poumon.

⁴ Les notions d'asbestose et d'épaississements pleuraux diffus bilatéraux sont des entités diagnostiques bien définies que l'on peut distinguer d'autres lésions pulmonaires provoquées par l'amiante. Les affections de la plèvre et du péricarde ne sont plus assimilées à une asbestose. Il s'en suit que la présence de ces anomalies ne constitue plus en soi une preuve d'exposition au risque de cancer du poumon dû à l'amiante.

⁵ L'exposition à des fibres d'amiante dans l'industrie de traitement de l'amiante est passée, au cours des 50 années écoulées, de 100 fibres ou plus/cm³ d'air, à moins de 1 fibre/cm³ d'air. Des concentrations plus élevées peuvent encore exister si l'on ne respecte pas les consignes de sécurité ou lors d'un contact accidentel avec des produits contenant de l'amiante. Les circonstances ne sont pas exceptionnelles, de nos jours, lors de travaux de démolition. Par conséquent, on n'exige pas pour cette activité (rubrique 13) que l'exposition ait eu lieu avant 1985.

- 16) Mécaniciens d'entretien dans les centrales électriques
- 17) Installateurs de chauffage central
- 18) Maçons de four

3. Une exposition professionnelle cumulée aux fibres d'amiante égale, au total, à 25 fibres/cm³ x années au moins⁶ (4).

Une fibre/cm³ x année se définit comme une exposition pendant un an, huit heures par jour de travail, à une concentration atmosphérique d'une fibre par cm³.⁷

La concentration en fibres d'amiante doit être déterminée par un laboratoire agréé qui utilise la méthode du filtre à membrane et le microscope optique en contraste de phases. Si l'on a des raisons de penser que les fibres observées sont essentiellement constituées d'un autre matériau que l'amiante, il convient de déterminer si possible la nature des fibres, par une analyse minéralogique (5).

L'exposition pendant une activité professionnelle déterminée se calcule sur la base de la concentration atmosphérique moyenne en fibres d'amiante au poste de travail et en fonction de la durée effective de l'exposition.

La concentration atmosphérique moyenne en fibres d'amiante est déterminée pour un poste de travail en se basant sur les résultats des mesures disponibles, relatifs à des postes de travail analogues, effectuées pendant la même période.

Si seuls certains procédés ou certaines activités exposaient à l'amiante, on ne prend en considération que le temps consacré à ces activités ou procédés.

L'exposition totale est calculée par l'addition des expositions isolées (C₁T₁, C₂T₂, ... C_nT_n), selon la formule :

$$\text{fibres / cm}^3 \cdot \text{années} = \sum_{i=1}^n C_i \cdot T_i$$

dans laquelle : C_i = le nombre de fibres d'amiante par cm³ d'air
T_i = la durée d'exposition exprimée en années.

Pour le calcul de la durée d'exposition, on prend :

1 année = 1920 heures de travail.

Si la durée réelle de l'exposition ne peut plus être établie, une journée de travail est assimilée à 8 heures de travail, une semaine à 5 jours de travail, 1 mois à 20 journées de travail ou à 4 semaines et 1 an à 12 mois.

Quelques exemples :

(A) a travaillé sans discontinuer pendant 10 ans dans une entreprise où la concentration moyenne en fibres d'amiante était égale à 4 fibres par cm³. Le nombre de fibres/cm³ x années est donc de 4 x 10 = 40.

(B) a travaillé sans discontinuer pendant 20 ans dans une entreprise où la concentration moyenne en fibres d'amiante était égale à 1 fibre par cm³. Le nombre de fibres/cm³ x années est donc de 1 x 20 = 20

(C) a subi une exposition moyenne de quatre fois par mois pendant quatre heures pendant 20 ans à une concentration de fibres d'amiante de l'ordre de 100 fibres par cm³. La durée d'exposition annuelle est donc de 192 heures, la durée d'exposition totale est égale à 3840 heures ou 2 ans. Le nombre de fibres/cm³ x années est donc égal à 100 x 2 = 200, ce qui dépasse largement 25.

(D) a travaillé pendant 40 ans comme employé dans un bâtiment isolé à l'amiante. La concentration moyenne de fibres d'amiante était de 0,01 fibres par cm³. Le nombre de fibres/cm³ x années est égal à 0,01 x 40 = 0,4.

⁶ Sur base de la littérature épidémiologique, on considère que cette dose entraîne un risque relatif d'apparition de cancer du poumon de 1,01 à 2. Cela signifie que, parmi une population de personnes présentant un cancer du poumon avec une exposition de 25 fibres/années, l'excès de cancers du poumon dû à l'exposition à l'amiante varie entre 1 et 50%. Ce critère permet d'exclure ceux chez qui l'exposition est vraiment trop faible. En règle générale, l'exposition **passive** dans les bâtiments n'entraîne pas d'élévation du risque objectivable de cancer du poumon.

⁷ Dans la pratique, la concentration en fibres d'amiante est généralement exprimée en fibres/cm³. Un cm³ égale 1 ml. Selon le système de mesure international, la concentration en fibres d'amiante devrait être exprimée en fibres/m³. Une fibre/cm³ correspond à 1 million de fibres/m³.

(E) a connu deux types d'exposition : il a été exposé pendant 5 ans, trois fois par semaine, pendant deux heures à 20 fibres par cm^3 et pendant 3 ans, huit fois par mois, pendant huit heures à 10 fibres par cm^3 . Le nombre de fibres/ cm^3 x années est égal à 15 pour la première exposition, 12 pour la seconde, soit au total 27 fibres/ cm^3 x années.

4. La présence, démontrée par microscopie optique, d'au moins 5000 corps asbestosiques par gramme de tissu pulmonaire sec ou d'au moins 5 corps asbestosiques par millilitre de lavage bronchoalvéolaire (L.B.A.). En cas de doute sérieux en ce qui concerne la nature des corps asbestosiques observés, la présence d'amiante doit être confirmée par microscopie électronique.
5. La présence, établie par microscopie électronique, d'au moins 5 millions de fibres d'amiante de longueur supérieure à 1 μm par gramme de tissu pulmonaire sec ou d'au moins 2 millions de fibres amphiboles de longueur supérieure à 5 μm par gramme de tissu pulmonaire sec.

Pour la détermination de la charge asbestosique des poumons (dans le liquide de lavage bronchoalvéolaire ou dans le tissu pulmonaire, par microscopie optique ou électronique), on doit faire appel à des laboratoires spécialisés qui utilisent les procédures standardisées concordant avec les données de la littérature scientifique (5).

3. Critères de diagnostic (6)

3.1. Affections bénignes de la plèvre et du péricarde

3.1.1. Pleurésie exsudative

La pleurésie due à l'amiante est pratiquement la seule affection pulmonaire due à l'amiante pouvant apparaître suite à une exposition inférieure à 10 ans.

Le liquide pleural est en général un exsudat, parfois sanglant et pouvant contenir des éosinophiles. On peut observer un syndrome inflammatoire. On ne trouve pas, en principe, de fibres d'amiante ou de corps asbestosiques dans le liquide pleural. Les biopsies pleurales indiquent une inflammation subaiguë non spécifique.

Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion qui ne peut être posé que si l'on n'observe pas d'autres causes (pleurésie médicamenteuse, infectieuse ou auto-immunitaire, mésothéliome). L'épanchement pleural, spontanément résolutif, peut toutefois constituer le premier symptôme d'un mésothéliome.

La pleurésie bénigne de l'amiante peut récidiver (de façon homo- ou contralatérale) et laisser des séquelles sous forme d'épaississements pleuraux diffus avec comblement des sinus costo-diaphragmatiques.

3.1.2. Plaques pleurales

Les plaques pleurales sont des épaississements fibreux circonscrits de la plèvre pariétale pouvant se calcifier. Leur prévalence est surtout liée au délai écoulé depuis le début de l'exposition. C'est vraisemblablement la manifestation la plus fréquente de l'exposition à l'amiante, tant professionnelle qu'environnementale.

On considère les plaques pleurales comme un stigmate d'une précédente exposition à l'amiante. Puisqu'elles sont situées sur la plèvre pariétale, elles n'ont, en principe, pas de répercussion mesurable sur la fonction pulmonaire d'un individu (7, 8). Leur présence n'implique pas de risque accru de cancer du poumon ni de mésothéliome par rapport à une population à exposition égale, sans plaques (2). Plus elles sont étendues et calcifiées, plus elles sont visibles à la radiographie standard, moins sensible toutefois que le CTscan, lui-même moins sensible que l'exploration visuelle directe par thoracoscopie ou chirurgie. Les plaques typiques sont bilatérales et symétriques. Elles apparaissent dix à quinze ans après le début de l'exposition. Dans la plupart des cas, les plaques sont asymptomatiques (9).

Le terme "asbestose" ne convient donc pas aux plaques pleurales, en raison de leur caractère extrapulmonaire et de l'absence de répercussion au niveau de la fonction pulmonaire. *L'usage du terme "asbestose pleurale" doit donc être évité.*

Le recours au CTscan reste *indispensable* pour poser le diagnostic (10).

3.1.3. Épaississements pleuraux diffus

Il s'agit de lésions plus complexes et moins spécifiques de l'exposition à l'amiante que les plaques pleurales. Les épaississements pleuraux diffus résultent d'une fibrose englobant la plèvre viscérale; on les observe parfois après une pleurésie bénigne due à l'amiante. Ces lésions peuvent être douloureuses. La radiographie standard montre des épaississements diffus, larges, à bords irréguliers, éventuellement calcifiés, avec un sinus costo-diaphragmatique oblitéré. Le CTscan révèle que ces lésions s'accompagnent très fréquemment de remaniements du tissu pulmonaire juxta-pleural (bandes parenchymateuses, pieds de corneille, atélectasies rondes) (11).

Il est impossible de tenter de différencier un épaississement diffus de la plèvre viscérale d'une fibrose de l'interstitium sous-pleural. De plus, des épaississements pleuraux diffus, en formant une gangue autour du poumon, peuvent s'accompagner de déficits fonctionnels respiratoires restrictifs pouvant aller jusqu'à l'insuffisance respiratoire (poumon "en cuirasse").

La perte de volume correspondant aux atélectasies sous-pleurales contribue au déficit restrictif. S'il y a diminution de la capacité de diffusion, elle résulte probablement d'une asbestose associée. Les épaississements pleuraux diffus peuvent être aussi unilatéraux (par exemple suite à une pleurésie unilatérale) et ne peuvent alors être différenciés, d'un point de vue purement radiologique, d'une séquelle pleurale banale d'une autre origine (hémothorax, infection...).

3.1.4. Péricardite exsudative et plaques péricardiques

Les affections péricardiques provoquées par l'amiante sont rares. En cas d'épanchement péricardique, il convient d'exclure d'autres causes. On a également mentionné des cas de péricardite constrictive mais là aussi il convient d'exclure d'autres causes. Il est rare que des plaques péricardiques interfèrent avec la fonction cardiaque.

3.2. Asbestose

L'asbestose est une fibrose pulmonaire diffuse, dont le diagnostic est basé sur la radiographie, le CTscan et/ou les observations histologiques, associées à une exposition cumulée et/ou à une charge pulmonaire en fibres d'amiante ou en corps asbestosiques, compatibles avec le diagnostic (1).

Le CTscan montre des images de lignes septales, non-septales et de rayons de miel. Le diagnostic radiographique repose sur l'identification de petites opacités irrégulières (s, t, u) de stade $\$ 1/1$, selon la classification du Bureau International du Travail (B.I.T.).

L'asbestose se traduit fonctionnellement par une diminution de la capacité pulmonaire totale (CPT), de la capacité vitale (CV) et/ou une diminution de la capacité de diffusion (TICO). Les asbestoses de bas grade ne s'accompagnent pas toujours d'anomalies fonctionnelles respiratoires objectivables.

3.3. Mésothéliome

Le mésothéliome est une tumeur maligne épithéliale, sarcomateuse ou mixte, primitive de la plèvre, du péritoine ou du péricarde (12). Le diagnostic histologique doit être confirmé par des techniques immunohistochimiques. Il est hautement souhaitable d'obtenir la confirmation du diagnostic histologique par le Registre des Mésothéliomes (13), vu la grande difficulté de poser ce diagnostic. Le Fonds demandera toujours l'avis du Registre, pour autant que des biopsies pleurales ou péritonéales aient été réalisées.

En l'absence de diagnostic histologique, on pourra exceptionnellement reconnaître cette maladie sur base d'une évolution clinique et d'une imagerie suggestives. Parfois l'examen autopsique peut être utile. Toutefois, le F.M.P. n'envisagera pas ce type de procédure de sa propre initiative.

On tentera de démontrer, chaque fois que cela est possible, l'exposition à l'amiante. En effet, selon la littérature, plus de 80% des mésothéliomes trouvent leur origine dans une cause professionnelle en ce qui concerne les pays industrialisés (12). Si nécessaire, le F.M.P. effectuera une enquête technique complémentaire en cas de demande insuffisamment documentée.

Dans des cas bien précis et limités, il s'avère parfois nécessaire de faire le diagnostic différentiel avec une exposition environnementale. Une analyse minéralogique complémentaire pourra être requise.

3.4. Cancer du poumon

Les critères à observer pour le diagnostic du cancer du poumon sont ceux appliqués dans la pratique clinique. Il n'existe pas de caractéristiques cliniques, radiologiques ou histologiques permettant de distinguer un cancer du poumon provoqué par l'amiante d'un autre cancer du poumon.

4. Critères en matière d'indemnisation

Les techniques de diagnostic médical et en particulier l'imagerie médicale ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. Grâce, entre autres, au CT-scan, il est possible actuellement de diagnostiquer des anomalies pleurales et parenchymateuses minimales qui généralement ne sont pas associées à des troubles de la fonction pulmonaire et qui par conséquent, n'entraînent pas de réduction de la capacité d'effort physique ou de la capacité de travail. L'examen tomodensitométrique du thorax, en coupes épaisses et en coupes fines, est donc indispensable.

Souvent des lésions minimales de ce type sont découvertes fortuitement chez des patients qui consultent un pneumologue pour une autre affection pulmonaire (par exemple une bronchite chronique ou une BPCO due au tabagisme).

4.1. La fibrose parenchymateuse (asbestose) et les épaissements pleuraux diffus

Le syndrome restrictif est défini par un abaissement de la CPT et de la capacité vitale inférieure à 85% , le rapport VEMS/CV étant conservé.

Il y a un trouble de la diffusion quand la capacité de diffusion du CO est inférieur à 75% de la valeur théorique.

En cas d'atteinte sans syndrome restrictif ni trouble de la diffusion, on constate la présence de la maladie sans dommage indemnisable. En effet, dans cette situation il n'y a pas d'incapacité de travail. En plus, il n'existe pas de traitement qui puisse influencer l'évolution ou le pronostic de la pathologie. La demande sera donc rejetée. Dans la décision, il sera précisé que l'intéressé est atteint de la maladie professionnelle pour laquelle réparation a été demandée, mais que celle-ci ne provoque, au stade actuel, aucun dommage indemnisable dans le cadre de l'assurance contre les maladies professionnelles.⁸

En cas d'atteinte avec syndrome restrictif ou trouble de la diffusion, l'incapacité physique permanente est déterminée sur la base du barème pour la réparation de la silicose du FMP (1966). La victime aura droit au remboursement des soins de santé qui sont nécessités par la maladie professionnelle.

En cas de déficit fonctionnel mixte (syndrome restrictif ou trouble de la diffusion avec VEMS/CV diminué), pour des raisons médico-légales, le taux d'incapacité physique sera déterminé globalement, en tenant compte du déficit obstructif.

Un déficit fonctionnel obstructif pur ne peut pas être reconnu comme résultant d'une exposition à l'amiante en ne peut donc pas donner lieu à une indemnisation, même en cas de fibrose pulmonaire débutante, d'épaississements pleuraux diffus ou de plaques pleurales. Il sera chaque fois spécifié, dans ce cas précis, que le déficit fonctionnel obstructif est sans rapport avec l'exposition à l'amiante.

4.2. Les plaques pleurales

En principe, les plaques pleurales n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail et ne nécessitent pas de soins de santé. Ceci se justifie par le fait, qu'en général, les plaques pleurales n'ont aucune incidence sur la fonction pulmonaire (cf. point 3.1.2).

C'est uniquement en présence de plaques pleurales très étendues, accompagnées d'un déficit de la fonction pulmonaire à caractère restrictif (diminution de la CPT et de la CV inférieure à 85% de la valeur théorique) qui ne s'explique pas par une autre pathologie pulmonaire, qu'un taux d'incapacité permanente de travail sera accordé. En cas de déficit obstructif associé, on procédera de la même manière que celle déjà décrite pour l'asbestose et les épaissements pleuraux diffus (cf. point 4.1).

En cas de rejet de la demande d'une personne qui présente des plaques pleurales sans repercussion fonctionnelle, il sera précisé que l'intéressé est atteint de la maladie professionnelle pour laquelle réparation a été demandée, mais que celle-ci ne provoque, au stade actuel, aucun dommage indemnisable dans le cadre de l'assurance contre les maladies professionnelles.

4.3. La pleurésie exsudative

La pleurésie exsudative peut entraîner une incapacité de travail temporaire qui peut être indemnisée comme telle une fois le diagnostic posé (pour autant qu'elle perdure au moins 15 jours). Les soins de santé peuvent également être accordés à titre

⁸ Article 31 des Lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles.

temporaire. On ne peut reconnaître d'incapacité permanente de travail que si l'affection entraîne des épaissements pleuraux diffus avec répercussion fonctionnelle (déficit restrictif et/ou trouble de diffusion).

4.4. Les affections du péricarde

Les affections du péricarde provoquées par l'amiante sont rares et n'entraînent qu'exceptionnellement une incapacité temporaire ou permanente de travail. Il n'est pas nécessaire de prévoir de critères particuliers pour faire face à ces situations exceptionnelles.

4.5. Le cancer du poumon

Le cancer du poumon sera reconnu pour autant que l'exposition ait débuté au moins 10 ans avant l'apparition de la maladie et si un au moins des 5 critères, repris au point 2.2 est rempli.

On attribuera une incapacité totale durant la période de mise au point, de traitement et de convalescence.

Si le traitement a abouti à une situation que l'on peut assimiler à la guérison, ou du moins à une rémission, on attribuera un taux d'incapacité permanente en tenant compte des lésions pulmonaires provoquées par le cancer du poumon, le traitement et les complications éventuelles.

4.6. Le mésothéliome

Etant donné que la maladie connaît toujours une issue fatale à court ou à moyen terme, on attribuera d'emblée une incapacité physique permanente de 100%.

5. Ecartement du risque professionnel

Si le F.M.P. devait constater des expositions importantes, en contradiction avec la législation en vigueur, il prendra les mesures nécessaires pour les éliminer. L'écartement du risque professionnel constituera par conséquent une mesure exceptionnelle.

Références

1. De Vuyst P, Gevenois PA. Asbestosis. In: Hendrick DJ, Burge PS, Beckett WS, Churg A, eds. Occupational disorders of the lung: recognition, management and prevention. London: WB Saunders, 2002:143-162.
2. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante. Paris: Les Editions INSERM, 1997.
3. Wilkinson P, Hansell DM, Janssens J et al. Is lung cancer associated with asbestos exposure when there are no small opacities on the chest radiograph? *Lancet* 1995;345:1074-8.
4. Anonymous. Asbestos, asbestosis, and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. *Scand J Work Environ Health* 1997;23:311-6.
5. De Vuyst P, Karjalainen A, Dumortier P et al. Guidelines for mineral fibre analyses in biological samples: report of the ERS Working Group. *Eur Respir J* 1998;11:1416-26.
6. De Vuyst P, Dumortier P, Thimpont J, Gevenois PA. Pathologies respiratoires de l'amiante. *Encycl Méd Chir, Pneumologie*, 6-039-U-10, Toxicologie-Pathologie Professionnelle, 16-535-L-10. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2001.
7. Copley SJ, Wells AU, Rubens MB et al. Functional consequences of pleural disease evaluated with chest radiography and CT. *Radiology* 2001;220:237-43.
8. Van Cleemput J, De Raeve H, Verschakelen JA, Rombouts J, Lacquet LM, Nemery B. Surface of localized pleural plaques quantitated by computed tomography scanning: no relation with cumulative asbestos exposure and no effect on lung function. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:705-10.
9. Järholm B, Larsson S. Do pleural plaques produce symptoms? A brief report. *J Occup Med* 1988;30:345-7.
10. Gevenois PA, De Vuyst P, Vande Weyer R. Tomodensitométrie des pathologies thoraciques de l'amiante. *Rev Im Med* 1991;3:471-480.
11. Gevenois PA, de Maertelaer V, Madani A, Winant C, Sergent G, De Vuyst P. Asbestosis, pleural plaques and diffuse pleural thickening: three distinct benign responses to asbestos exposure. *Eur Respir J* 1998;11:1021-7.
12. Boutin C, Schlessier M, Frenay C, Astoul P. Malignant pleural mesothelioma. *Eur Respir J* 1998;12:972-81.
13. Registre des Mésothéliomes. Prof. Dr Praet. Universitair Ziekenhuis Gent, Blok A, Goormaghtigh Instituut voor Pathologische Anatomie. De Pintelaan, 185, 9000 Gent.