

## L'amiante : l'émergence tardive d'un risque...

**Bien que connus depuis des décennies, les risques de l'amiante pour la santé n'ont pas fait assez tôt l'objet de mesures de prévention et de réparation suffisantes.**

Alors que l'extraction de l'amiante et son usage industriel se développaient depuis le début du <sup>xx</sup> siècle, la première description des lésions de fibrose pulmonaire survenant chez les travailleurs de l'amiante remonte à 1906.

En 1927, le terme d'asbestose est créé pour désigner les lésions de fibrose pulmonaire provoquées par l'amiante et la reconnaissance de l'asbestose comme maladie professionnelle intervient en 1945. Parallèlement, dès 1935, une première publication suggère un accroissement du risque de cancer du poumon dans les professions exposées et la preuve épidémiologique du lien entre l'amiante et le cancer broncho-pulmonaire est apportée en 1955, puis avec le cancer du revêtement mésothélial de la plèvre (mésothéliome) en 1960.

Si le risque est historiquement bien connu, jusque dans les années quatre-vingt, de nombreux ouvriers continuent à travailler à des postes exposés aux fibres. La mise en application du décret de 1977 qui impose pour la première fois en France des limites d'empoussièrément par les fibres d'amiante n'intervient que

progressivement et ne sera généralisée à l'ensemble des entreprises que quelques années plus tard.

En 1995 une expertise collective est demandée à l'Inserm par la direction des Relations du travail et la direction générale de la Santé pour faire le point sur les effets sur la santé des expositions à l'amiante à partir d'une revue critique et argumentée de la littérature scientifique mondiale réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs. L'essentiel des résultats montre que :

- l'immense majorité des cas de mésothéliome de la plèvre survenus jusqu'à aujourd'hui dans les pays industrialisés sont d'origine professionnelle et para-professionnelle ;
- depuis les années cinquante-soixante, l'incidence du mésothéliome croît à raison de 5 à 10 % par an. Le nombre de décès occasionnés par l'amiante en France en 1996 est ainsi estimé par l'Inserm à environ 1 950 (750 mésothéliomes, 1 200 cancers du poumon) ;
- les risques associés à des expositions professionnelles et para-professionnelles ou environnementales (d'origine géologique et/ou industrielle) sont avérés de façon incontestable. En revanche, on ne peut disposer actuellement d'aucune donnée épidémiologique « directe » sur les effets des expositions « passives » dans les bâtiments, sans que cela signifie qu'un tel risque n'existe pas ;

- le cancer pulmonaire peut résulter d'une exposition professionnelle en l'absence d'une fibrose préalable ;

- les effets cancérigènes des fibres d'amiante n'ont pas lieu d'être distingués selon la nature des fibres de type « chrysotile » et « amphiboles ».

Le groupe d'experts a estimé que dans le cas d'une exposition professionnelle continue d'une population masculine à 0,1 fibre/ml, de l'âge de 20 ans à l'âge de 65 ans, 30 décès supplémentaires seront prévisibles pour 10 000 personnes exposées.

Ces éléments ont abouti à l'élaboration du décret d'interdiction du 24 décembre 1996 édictant au 1<sup>er</sup> janvier 1997 une interdiction générale de l'amiante. Ce principe général d'interdiction s'accompagne toutefois de la possibilité d'exceptions en nombre très limité et strictement encadrées.

Parallèlement, un programme national de surveillance du risque lié à l'amiante a été instauré dont les principaux axes sont :

- l'étude de la contamination des lieux où des personnes sont susceptibles d'être exposées et des expositions attachées à l'exécution des tâches en présence d'amiante. Les métrologies visant à établir les concentrations atmosphériques de poussières d'amiante sont réalisées par divers organismes ;

- la connaissance des expositions des personnes. Les risques pour la santé associés à l'amiante sont essentiellement liés à l'exposition

cumulée déterminée par le niveau de concentration et la durée d'exposition ;

- la surveillance des risques pour la santé associés à l'amiante et de leur évolution. Les recommandations du groupe d'experts Inserm concernent essentiellement deux aspects : la surveillance du mésothéliome et la surveillance des effets respiratoires non cancéreux.

Un programme de surveillance nationale du mésothéliome coordonné par le Réseau national de santé publique a été mis en place début 1998, il est réalisé par l'UFR de santé publique de l'université de Bordeaux, le réseau Francim des registres du cancer, le Centre national de référence du mésothéliome du CHU de Caen et le centre de confirmation clinique du CHU de Marseille.

### **Améliorer les connaissances pour intervenir plus tôt**

Jusqu'en 1977, malgré une connaissance scientifique bien établie, l'amiante n'a fait l'objet que d'une attention médiocre. Les mesures de prévention et de réparation qui sont intervenues par la suite se sont avérées insuffisantes.

La connaissance des maladies professionnelles en France n'est pas exhaustive et précise, en effet les statistiques disponibles sont celles portant sur les maladies ayant fait l'objet d'une indemnisation qui dépend de la confrontation de critères juridiques fixés par décret avec l'instruction individua-

lisée des demandes formulées par les victimes.

Cependant les statistiques de réparation<sup>1</sup> montrent qu'en 1995, 817 maladies correspondant aux tableaux n° 30 et 30 bis relatifs aux affections provoquées par les poussières d'amiante ont été réglées contre 727 en 1994, soit une augmentation de 12,4 %. Elles viennent en troisième position après les affections périarticulaires et les affections causées par le bruit et représentent en 1995, 5,3 % des maladies professionnelles constatées, déclarées et reconnues.

L'exposition à l'amiante et ses risques pour la santé pose le problème de la relation d'une société avec le risque. Quelle est l'acceptation sociale d'un risque à un moment donné ? Sans prétendre que la gestion du risque sanitaire échappe aux contraintes économiques, il convient de préciser les facteurs décisionnels.

Le renforcement des dispositifs de surveillance épidémiologique, comme l'amélioration des connaissances vont révéler des risques préexistants mais jusqu'alors indétectables (effets de faibles doses, risques lents, risques qui relèveront de la médecine prédictive), ils ouvrent plus largement le débat sur la fixation d'un niveau de risque accepté.

Martine Ruch

#### Référence

1. *Bilan annuel sur les conditions de travail*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRT, 1997.

l'architecture hospitalière (bâtiments ou locaux neufs comparés à des anciens) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Par contre, des études portant sur les infections chez des patients subissant des actes invasifs ont montré que ces actes étaient des facteurs de risque et que des actions portant spécifiquement sur ces actes (le sondage urinaire clos par exemple) avaient un impact élevé sur la réduction des infections.

#### De nouveaux risques émergents ou l'émergence de la prise de conscience d'« anciens risques » ?

La prise de conscience de l'existence de risques « iatrogéniques » refait surface. En 1998, ils font l'objet d'un volet du rapport du Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé. En 1998 toujours, la première étude française d'évaluation du risque médicamenteux en milieu hospitalier vient de se terminer. Parallèlement, l'Inserm clôt un travail d'expertise collective sur le risque iatrogène.

Le concept d'« iatrogénèse » a pourtant défrayé la chronique au début de la décennie soixante-dix sous la plume d'un certain Ivan Illich. Il a induit de vives réactions dans le milieu médical et a disparu de sa phase d'émergence dans la « conscience collective », même si parallèlement s'est développé un fort intérêt pour les effets indésirables des médicaments grâce à la pharmacovigilance. Cette prise de conscience collective concerne principalement des accidents liés à l'utilisation des produits biologiques (sang, greffons...) et à la consommation de médicaments, qui au moins pour les premiers ont fait la une des médias.

Moins connus et peu documentés de manière systématique sont les autres accidents hospitaliers, les accidents chirurgicaux et les accidents liés aux soins de « nursing », chutes des personnes âgées, escarres, incontinence urinaire... Selon des évaluations américaines dont la dernière, la « Harvard Medical Practice Study » remonte à 1990, en une année 3,7 %, soit un peu plus de 1 000 patients sur environ 30 000 hospitalisés dans un échantillon aléatoire de 51 hôpitaux, ont eu un accident au cours de leur hospitalisation. La moitié des accidents avait pour origine un acte chirurgical. Les trois prin-

cipales causes identifiées étaient les médicaments (19 %), les infections du site opératoire (14 %) et les actes invasifs (13 %). Si la plupart des accidents était sans gravité, près de 3 % ont mené à un handicap et 14 % au décès. Encore moins connues sont les opportunités manquées tels que les « non-dépistages » de cancers, les « non-vaccinations » de maladies infectieuses, les « non-repérages » de facteurs de risque de pathologies faisant l'objet de mesures préventives.

En réponse aux accidents iatrogènes ont été développées des réponses institutionnelles, les vigilances (matérovigilance, hémovigilance et bien sûr pharmacovigilance) et l'Agence des médicaments élargie aux produits de soins au sein de l'Agence de sécurité sanitaire.

Cependant, la plupart des événements iatrogènes nécessitent une prise en charge par les acteurs, médecins comme infirmières, du système de soins, hospitaliers et libéraux. Cette prise en charge nécessite, à l'instar de l'infection nosocomiale, une prise de conscience par ces acteurs qu'une partie de ces événements sont évitables et qu'une réponse organisée, faisant appel aux méthodes du « management du risque sanitaire nosocomial », peut aider à les prévenir.

Le modèle organisationnel de la lutte contre les infections nosocomiales semble faire les preuves de son utilité. Il pourrait être élargi aux autres risques nosocomiaux et s'inscrire dans les organisations au niveau local, régional et national avant qu'ils ne deviennent des risques... juridiques émergents.

Serge Gottot