

EUROGIP

Rapport d'enquête

Mars 2006
Eurogip - 24/F



Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe

Reconnaissance - Chiffres - Dispositifs spécifiques



Pour comprendre les risques professionnels en Europe

Préambule

En raison de l'ampleur et de l'actualité du phénomène des maladies causées par l'amiante, le Forum européen de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles¹ a souhaité que soit dressé, d'un point de vue exclusivement assurantiel, un état des lieux sur ce thème.

Ce panorama traite donc des aspects reconnaissance des maladies, statistiques, dispositifs spécifiques de surveillance et d'indemnisation, prévisions.

Il couvre 13 pays européens : Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, Danemark, Espagne, France, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède et Suisse.

La présente enquête a été réalisée par le groupe de travail "maladies professionnelles" du Forum européen dans la continuité de ses précédents travaux². Ce groupe est composé de juristes et de médecins appartenant aux différents organismes nationaux d'assurance. Christine Kieffer, chargée d'études à Eurogip, a coordonné les travaux et rédigé ce rapport, à l'exception du chapitre IV sur l'estimation de la mortalité par mésothéliome pleural en Europe dont l'auteur est le docteur Gert van der Laan, spécialiste en médecine du travail au sein du Centre néerlandais des maladies professionnelles - Centre médical universitaire d'Amsterdam.

Ont participé à cette enquête :

Allemagne / Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) - Andreas Kranig - Heinz Otten

Autriche / Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) - Peter Pils

Belgique / Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) - Patrick Strauss

Danemark / Arbejdsskadestyrelsen - Lars Hog Jensen

Espagne / Asociación de mutuas de accidentes de trabajo (AMAT) - Carmen Escalante - Javier Trallero Vilar

Finlande / Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto (TVL) - Kirsi Pohjolainen

France / Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Andrée Girard -
Didier Laporte

Italie / Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) - Daniela Germani -
Roberto Pianigiani

Norvège / Trygdeetaten - Jorn Ingebrigtsen

Pays-Bas / Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) - Gert van der Laan

Portugal / Centro Nacional Protecção contra os Riscos Profissionais (CNPRP) - Fatima Ventura

Suède / Riksförsäkringsverket (RFV) - Monica Svanholm

Suisse / Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) - Rodolphe Wipf

1. Créé en juin 1992, le Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles s'est donné pour objectif de promouvoir le concept d'une assurance spécifique contre les risques professionnels. Fin 2005, seize pays - et vingt organismes - y sont représentés. Pour en savoir plus : www.europeanforum.org.

2. À ce jour, sept rapports ont été publiés sur le thème des maladies professionnelles en Europe, dont le dernier en date (février 2004) s'intitule "Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ?". Pour en savoir plus, consulter le site d'Eurogip : www.eurogip.fr

Sommaire

Introduction	4
1ère partie : La reconnaissance des maladies causées par l'amiante	7
A - Les pathologies causées par l'amiante	
B - Le mode de reconnaissance	
C - Les critères de reconnaissance	
2e partie : Le nombre de cas reconnus comme maladies professionnelles	12
A - Les statistiques relatives aux quatre principales pathologies liées à l'amiante	
1. Les données	
2. L'approche comparative	
3. L'approche évolutive	
4. Quelques statistiques difficilement comparables	
B - Les autres pathologies reconnues	
3e partie : Les dispositifs assurantiels spécifiques aux maladies de l'amiante	26
A - La surveillance des maladies causées par l'amiante	
1. Le suivi médical des travailleurs exposés dans le passé	
2. Recensement statistique et problème de sous-déclaration	
a. Le recensement des maladies causées par l'amiante	
b. Les initiatives de recherche de nouveaux cas de pathologies liées à l'amiante	
B - La réparation	
1. L'indemnisation des victimes	
a. Deux études de cas	
b. Les dispositifs spécifiques d'indemnisation	
2. Les dispositifs de retraite anticipée	
3. La dimension politico-judiciaire des maladies causées par l'amiante	
4e partie : Estimation de la mortalité par mésothéliome pleural en Europe	37
Annexes	40
Annexe 1 : Critères de reconnaissance de l'asbestose	
Annexe 2 : Critères de reconnaissance du cancer du poumon causé par l'amiante	
Annexe 3 : Critères de reconnaissance du mésothéliome	
Annexe 4 : Critères de reconnaissance des plaques pleurales	
Annexe 5 : NORVEGE Collaboration entre Registre du cancer et organisme d'assurance	

Introduction

Définition et propriétés du matériau

Le terme d'amiante recouvre un ensemble de fibres minérales naturelles qui peuvent être classées en deux groupes : les serpentines (chrysotile ou amiante blanc) et les amphiboles (crocidolite ou amiante bleu, amosite ou amiante brun, trémolite, anthophyllite). La plupart des mines de chrysotile sont à ciel ouvert, tandis que les mines d'amphiboles font généralement intervenir des méthodes d'extraction souterraines qui génèrent davantage de poussières. L'amiante présente des propriétés exceptionnelles en matière d'isolation thermique, ignifuge et sonore. Connu

depuis 2000 avant J.-C., ce matériau a accompagné la révolution industrielle. Il a été massivement utilisé en Europe tout au long du XXe siècle, en particulier à partir des années 1930-1940, pour connaître une apogée durant les années 1950 à 1970.

En raison des qualités physiques et chimiques de l'amiante, et de son faible coût, les applications industrielles ont été fort nombreuses (on en dénombre plus de 3 000) : textile, isolants, matériaux de construction en fibrociment, industrie des chantiers navals, chemins de fer, équipements électriques, garnitures de freins...

Tableau 1 : Importation (+ production) d'amiante en tonnes en Europe de 1950 à 1990

Pays	1950	1960	1970	1980	1990
RDA	13 858	35 000	52 015	74 400	15 692
RFA	80 000	132 634	175 612	392 978	
Autriche	3 496	12 767	34 155	20 241	6 167
Belgique et Lux.	21 856	53 990	54 839	47 880	26 514
Danemark	9 986	17 440	28 633	13 713	800
Espagne	4 384 (+ 42)	14 453 (+ 4)	77 677	66 944	39 609
Finlande	988 (+ 10 949)	4 446 (+ 9 556)	7 744 (+ 13 626)	5 040	-
France	33 560 (+ 7 456)	68 592 (+ 25 583)	151 848 (+ 710)	127 123	63 672
Grèce	178 (+ 30)	48	17 811	14 180	2 299 (+ 65 993)
Italie	6 265 (+ 21 434)	29 607 (+ 51 123)	62 402 (+ 118 618)	86 550 (+ 157 794)	63 438 (+ 3 862)
Irlande	-	-	-	8 413	5 533
Pays-Bas	6 935	21 725	20 063	19 042	6 252
Norvège	2 676	6 918	7 982	103	-
Royaume-Uni	111 261	170 893	154 636	94 640	16 022
Suède	10 246	17 107	18 830	1 195	595
Suisse	4 298	8 695	17 721	21 029	1 341

Source : Worldwide Asbestos Supply and Consumption Trends from 1900 to 2000, Robert L. Virta, U.S. Geological survey, Open-File report 03-83

Découverte de la nocivité des poussières d'amiante

Dès le début du XXe siècle, des soupçons ont été émis sur les risques chroniques pour la santé induits par l'amiante. En 1898, le rapport annuel de l'inspecteur en chef des fabriques du Royaume-Uni mentionnait sa nocivité possible, après avoir constaté des cas de fibroses pulmonaires chez des ouvriers du textile ; des documents de nature similaire ont ensuite été rédigés par des inspecteurs du travail au Royaume-Uni, dans d'autres pays européens et au Canada. Au milieu du XXe siècle, ce sont les propriétés cancérigènes de l'amiante qui sont établies scientifiquement, même si les premières observations de cancer du poumon associé à l'asbestose remontent aux années 1930 (l'amiante sera classé comme cancérigène certain par le Centre international de recherche sur le cancer en 1976). La relation entre exposition à l'amiante et mésothéliome (cancer de la plèvre) est mise en évidence au début des années 1960 chez un groupe de travailleurs d'une région minière d'Afrique du Sud. Cette maladie sera considérée avec une attention particulière par les scientifiques car elle représente désormais la principale manifestation pathologique chez les travailleurs exposés à l'amiante ; au cours des quinze années qui ont suivi, des rapports internationaux (européens, états-uniens et australiens) ainsi que des études cas témoins réalisées au Royaume-Uni, en Italie, aux Pays-Bas, en Suède, aux États-Unis et au Canada ont confirmé l'origine professionnelle du mésothéliome.

Réglementation et interdictions de l'usage de l'amiante

Au niveau communautaire, l'on commence au milieu des années 1970 à réglementer l'utilisation et la commercialisation de l'amiante, ainsi que l'aspect santé au travail. Cinq des six fibres d'amiante sont interdites par la directive cadre 76/769/CEE relative à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses ; seule l'utilisation du chrysotile ou amiante blanc reste autorisée sauf pour certains produits. Mais c'est la directive 83/477/CEE (modifiée ultérieurement) qui est la référence en matière de "protection des travailleurs contre les risques pour la santé découlant ou pouvant découler d'une exposition, pendant le travail, à l'amiante". Ce texte édicte des mesures de prévention telles que l'obligation d'évaluer le risque d'exposition, l'interdiction du flocage, la fixation de valeurs limites d'exposition, l'obligation d'informer les travailleurs exposés et de les surveiller médicalement, la mise en place de mesures spécifiques destinées aux travailleurs participant à des travaux de démolition ou d'enlèvement d'amiante, etc.

Parallèlement, la plupart des pays européens prennent, durant les années 1970, les premières mesures de grande envergure visant au contrôle de l'utilisation de l'amiante. L'interdiction de l'amiante interviendra au début des années 1980 pour les pays européens les plus précoces.

Tableau 2 : Interdiction générale de l'usage de l'amiante

Date	Pays
1984	Norvège
1986	Danemark ³ et Suède
1989	Suisse
1990	Autriche
1991	Pays-Bas
1992	Finlande et Italie
1993	Allemagne
1996	France
1998	Belgique
1999	Royaume-Uni
2000	Irlande
2002	Espagne et Luxembourg
2005	Grèce et Portugal

À défaut d'être une prohibition totale, il s'agit d'une interdiction générale de l'utilisation de l'amiante (chrysotile comprise), qui comporte toutefois dans la plupart des pays quelques exceptions pour certains usages provisoirement nécessaires. Ces dérogations (garnitures de freins, joints d'étanchéité...), qui sont autorisées à condition qu'il n'existe pas de produit de substitution moins dangereux et qu'il soit possible d'empêcher le dégagement de poussières, concernent en pratique peu de personnes.

Aujourd'hui

En application de la directive 1999/77/CE⁴, toutes les fibres d'amiante sont interdites⁵ dans toute l'Union européenne depuis le 1^{er} janvier 2005.

Toutefois, la problématique de l'amiante relative à la santé des travailleurs reste d'actualité pour plusieurs raisons.

D'une part, certaines catégories de travailleurs en Europe sont encore exposés à ce jour. Il s'agit principalement d'expositions dans le cadre de travaux de démolition ou d'enlèvement d'amiante dans des bâtiments ou sur des machines. Les travailleurs du second œuvre du bâtiment sont également concernés, puisque plusieurs corps de

3. Le Danemark avait interdit dès 1980 l'usage de l'amiante, à l'exception des produits en amiante-ciment.
4. Directive de la Commission du 26 juillet 1999 portant sixième adaptation au progrès technique (amiante) de l'annexe I de la directive 76/769/CEE du Conseil, concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses
5. Seul un produit contenant de l'amiante chrysotile (les diaphragmes des cellules d'électrolyse existantes) déroge jusqu'au 1^{er} janvier 2008 à cette interdiction totale.

La reconnaissance des maladies causées par l'amiante

A - Les pathologies causées par l'amiante

Les pathologies décrites ci-dessous sont celles dont le lien causal avec une exposition aux poussières d'amiante est bien établi ou généralement admis.

L'**asbestose** est le nom donné au type de fibrose pulmonaire causée par l'inhalation de fibres d'amiante. Le risque d'asbestose et sa gravité dépendent du niveau et de la durée de l'exposition. L'évolution de cette pathologie est variable : dans plus de la moitié des cas, l'état pathologique de la victime reste stable, mais il peut progresser vers l'insuffisance respiratoire. Toute asbestose s'accompagne d'un risque accru de cancer du poumon.

Le **cancer du poumon** peut être lié à l'amiante, même s'il est causé de manière prédominante par le tabagisme. Les scientifiques s'accordent pour dire que l'amiante est à l'origine d'environ 10% des cas de cancers du poumon. On estime aussi que le nombre de cas de cancer du poumon liés à l'amiante est à peu près équivalent au nombre de cas de mésothéliome. L'association du tabagisme et d'une exposition à l'amiante ayant un effet multiplicateur sur le développement de cette pathologie, l'évaluation de chaque cas est particulièrement complexe.

Le **mésotéliome** est une tumeur maligne rare, qui se développe le plus souvent sur la plèvre (membrane à l'intérieur de la cavité thoracique entourant les poumons). Il est quasiment spécifique d'une exposition antérieure à l'amiante. Celle-ci a pu survenir plusieurs dizaines d'années avant le diagnostic, et avoir été de faible niveau. Il arrive que des mésothéliomes apparaissent au niveau d'autres enveloppes que la plèvre : le péritoine (qui entoure les viscères) ou le péricarde (qui entoure le cœur).

Les **plaques pleurales** sont des zones de fibrose localisées au niveau de la plèvre. Considérées comme un "marqueur d'exposition" à l'amiante, elles sont en général sans conséquence, mais il arrive qu'elles entraînent des douleurs, voire une légère diminution de la capacité respiratoire. Elles ne dégénèrent pas en tissu cancéreux.

Si les principales maladies causées par l'inhalation de poussières d'amiante sont aujourd'hui bien connues, certains types de **cancers autres** que le mésothéliome et le cancer du poumon sont également suspectés d'être causés par ce matériau. Mais l'existence d'une relation causale avec une exposition à l'amiante ne fait pas scientifiquement l'unanimité en Europe (voir tableau 4).

B - Le mode de reconnaissance

Dans presque tous les pays européens, la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie peut s'effectuer selon deux modes.

Tous les pays possèdent une liste nationale de maladies professionnelles, qui confère une présomption plus ou moins forte d'imputabilité professionnelle. La liste facilite grandement la démarche de reconnaissance, puisque la victime n'aura pas à démontrer le lien causal si sa pathologie et/ou l'agent nocif y sont inscrits. Toutefois, la liste suédoise ne concernant que les maladies infectieuses, la victime doit de manière générale dans ce pays apporter la preuve du lien entre la pathologie dont elle est atteinte et son activité professionnelle.

Par ailleurs, tous les pays participant à l'étude à l'exception de l'Espagne disposent d'un système complémentaire de reconnaissance pour les pathologies non inscrites sur la liste. La preuve de l'exposition au risque et du lien de causalité doit alors être entièrement fournie par la victime.

Avant d'examiner la position individuelle des pays, il convient de préciser que la liste européenne des maladies professionnelles (recommandation 2003/670/CE de la Commission du 19 septembre 2003) répertorie l'asbestose, le mésothéliome et le cancer bronchique en tant que complication de l'asbestose. Dans l'annexe 2, c'est-à-dire la "liste complémentaire de maladies dont l'origine professionnelle est soupçonnée, qui devraient faire l'objet d'une déclaration et dont l'inscription dans l'annexe 1 de la liste européenne pourrait être envisagée dans le futur" figure le cancer du larynx consécutif à l'inhalation de poussières d'amiante.

Tableau 3 : Mode de reconnaissance des maladies causées par l'amiante et date de leur inscription sur les listes nationales de maladies professionnelles

Le tableau ci-après décrit, pour chacune des quatre principales pathologies causées par l'amiante, le mode de reconnaissance de son caractère professionnel ; lorsque la pathologie est inscrite sur la liste nationale des maladies professionnelles, c'est la date d'inscription qui est indiquée.

Pays	Asbestose	Cancer du poumon causé par l'amiante	Mésothéliome	Plaques pleurales
Allemagne	1937	1942	pleural et péritonéal : 1977 péricardique : 1993	1988
Autriche	1955	1955	pleural : 1976 péricardique : 1977 péritonéal : 1990	-
Belgique	1969	1999 (entre 1969 et 1999 : seulement si associé à une asbestose)	1982	1999
Danemark			1959	Réintroduites sur la liste le 1 ^{er} janvier 2005
Espagne			1978	-
Finlande			"maladies causées par les poussières d'amiante" dans la liste indicative des maladies professionnelles	
France	1945	1985 (entre 1976 et 1985 : seulement si associé à une asbestose)	1976	1985
Italie	1943	1994 (auparavant : seulement si associés à une asbestose)		Système complémentaire
Norvège				1956
Portugal	1973			1980
Suède				Système de la preuve
Suisse	1953		1984 (auparavant, système complémentaire)	

L'**asbestose** est la première maladie causée par l'amiante à avoir été inscrite sur les listes nationales de maladies professionnelles : en **Allemagne** dès 1937, puis en **Italie** en 1943 et en **France** en 1945. Les derniers pays à avoir intégré l'asbestose dans leur liste sont la **Belgique** (1969), le **Portugal** (1973) et l'**Espagne** (1978).

C'est suite à la découverte de son lien avec l'asbestose que le **cancer du poumon** dû à l'amiante a fait l'objet d'une

inscription sur les listes de maladies professionnelles.

Si l'**Allemagne** a encore une fois été précurseur (1942), six des douze pays du tableau 3 n'ont procédé à cette inscription qu'à partir des années 1980. Notons toutefois que les trois derniers pays à l'avoir fait (la **France** en 1985, l'**Italie** en 1994 et la **Belgique** en 1999) reconnaissent déjà depuis les années 1970 le caractère professionnel du cancer du poumon dû à l'amiante quand il était associé à une asbestose.

A l'exception de la **Norvège** (en 1956) et du **Danemark** (en 1959), la reconnaissance du **mésothéliome** a eu lieu plus tardivement, entre 1976 pour la **France** et 1994 pour l'**Italie**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette pathologie se caractérise par un temps de latence très long (de 20 à 40 ans).

Si les **plaques pleurales** sont bien un signe d'exposition à l'amiante, elles ne causent en revanche dans la plupart des cas aucun dommage à l'organisme. C'est pourquoi elles sont appréhendées, du point de vue de la reconnaissance, de manière moins homogène que les maladies précitées. En **Autriche** et en **Espagne**, la reconnaissance des plaques pleurales comme maladie professionnelle n'est pas possible. Elle l'est dans tous les autres pays, soit au titre de la liste (**Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, France, Norvège, Portugal, Suisse**), soit au titre du système complémentaire (**Italie**), soit au titre du système de la preuve (**Suède**). Cependant, seule la **France** accorde une indemnisation à partir de la simple constatation de l'existence de plaques pleurales. Les autres pays qui permettent la reconnaissance ne versent qu'exceptionnellement une prestation en espèces à la victime, puisqu'ils exigent pour cela que sa capacité pulmonaire soit réduite du fait des plaques pleurales, ce qui la plupart du temps n'est pas le cas. L'intérêt d'une reconnaissance sans réparation est de faciliter la preuve d'une exposition à l'amiante au cas où la victime serait atteinte ultérieurement d'une autre pathologie causée par ce matériau.

Notons par ailleurs que les **épaississements pleuraux** ne sont reconnus comme maladie professionnelle en tant que tels qu'en **France**.

Le tableau 3 montre que l'asbestose, le mésothéliome, le cancer du poumon et les plaques pleurales sont aujourd'hui globalement bien connus et reconnus en tant que pathologies professionnelles imputables à une inhalation de fibres d'amiante. Mais il existe d'autres types de cancers suspectés d'être eux aussi causés par l'amiante, dont la reconnaissance du caractère professionnel est loin de faire l'unanimité en Europe. Certes, tous les pays participant à l'étude à l'exception de l'**Espagne** disposent d'un système complémentaire (ou uniquement de la preuve en **Suède**), au titre duquel la victime peut théoriquement faire reconnaître le caractère professionnel de n'importe quelle pathologie. Mais la condition étant qu'elle en apporte la preuve, cette démarche est en pratique très difficile. Son issue dépend aussi largement de la position favorable ou défavorable de l'entité qui examine le cas au sein de l'organisme d'assurance. Cette position s'appuie sur des études scientifiques internationales, mais reflète aussi un consensus social autour de la prise en charge des dites pathologies.

Tableau 4 : Mode de reconnaissance d'autres cancers causés par l'amiante

Le tableau ci-dessous recense les autres types de cancers causés par l'amiante qui font l'objet d'une reconnaissance en Europe. Quand il s'agit de pathologies qui peuvent être reconnues au titre du système complémentaire, seuls sont mentionnés les pays ayant à ce jour effectivement reconnu des cas.

Type de cancer		Reconnaissance au titre de la liste	Reconnaissance au titre du système complémentaire
Système otorhino-laryngologique	larynx	Norvège (1956) Danemark (1986) Autriche (1990) Allemagne (1997) Belgique (2002)	France Italie
	pharynx	-	France
	trachée	-	Allemagne Danemark France
	sinus	-	France
Appareil digestif	œsophage	-	France
	estomac	Norvège (1956)	France
	colon	-	Norvège
	rectum	-	France

Ce tableau montre des différences importantes entre pays. Le fait qu'un pays ne soit pas mentionné dans telle ou telle partie du tableau peut être expliqué par une position défavorable de l'organisme d'assurance ou bien par une absence de demandes de reconnaissance.

Seul le cancer du larynx fait l'objet d'un relatif consensus, puisqu'il est inscrit sur la liste des maladies professionnelles de la **Norvège**, du **Danemark**, de l'**Autriche** et plus récemment de l'**Allemagne** et de la **Belgique**. Il est susceptible d'être reconnu au titre du système complémentaire en **Italie** et en **France** ; dans ce dernier pays, des discussions sont en cours en vue d'une inscription sur la liste nationale.

C - Les critères de reconnaissance

Les informations suivantes ne prétendent pas décrire de manière exhaustive les critères en vigueur dans chaque pays, mais elles donnent un aperçu des pratiques utilisées, tout en soulignant celles qui sont communes et celles qui sont spécifiques à chacun (pour davantage de précisions, voir annexes 1 à 4).

Les procédures de reconnaissance sont en effet propres à chaque pays. Les organismes nationaux d'assurance contre les maladies professionnelles reçoivent généralement une demande de reconnaissance documentée, ce qui leur permet de vérifier le diagnostic, d'évaluer l'exposition aux poussières d'amiante subie par la victime, et le cas échéant d'établir le lien de causalité entre l'exercice de la profession et la pathologie. Les exigences relatives à l'exposition et au diagnostic peuvent toutefois différer d'un pays à l'autre.

L'asbestose

L'asbestose est relativement aisée à diagnostiquer aux rayons X, et la classification internationale des radiographies de pneumoconioses du Bureau International du Travail⁷ peut en la matière servir de référence.

Généralement, les pays exigent une exposition certaine et importante aux poussières d'amiante, sans toutefois en fixer toujours la durée.

Les pays qui mentionnent une période de latence fixent sa durée minimale entre 10 et 15 années.

Si de nombreux pays n'indemnisent que les conséquences cardio-respiratoires de l'asbestose sur l'état de santé de la victime, le **Danemark** et la **Suède** font de la réduction des capacités respiratoires une condition même de la reconnaissance.

Le cancer du poumon causé par l'amiante

Contrairement au mésothéliome, le cancer du poumon peut être causé par différents facteurs : consommation de tabac, facteurs environnementaux ou professionnels autres que l'amiante, tels qu'une exposition aux hydrocarbures

aromatiques polycycliques, au chrome ou au nickel. Ce n'est donc pas tant la pathologie en soi qui est difficile à diagnostiquer, que son caractère professionnel.

C'est pourquoi, dans les différents pays, c'est la réalité de l'exposition à l'amiante qui est la plus importante à établir. Dans nombre d'entre eux (**Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, Norvège, Suède** et **Suisse**), la voie de la reconnaissance est alternative : soit une exposition intense est prouvée (critères d'Helsinki⁸ ou seuil d'exposition de 25 fibres/ml/an), soit le cancer du poumon est associé à une asbestose ou à des modifications étendues de la plèvre. Les pays sud européens (**Espagne, France** et **Italie**) semblent être moins exigeants quant aux critères de l'exposition puisqu'ils ne fixent qu'une durée minimale.

La prise en compte du facteur tabagisme

Dans presque tous les pays européens, le tabagisme n'intervient pas dans la procédure de reconnaissance du cancer du poumon causé par l'amiante.

Au **Danemark** toutefois, s'il y a un doute sur l'exposition à l'amiante, un tabagisme important entraîne le rejet de la demande de reconnaissance. D'autre part, si la victime consomme sept grammes ou plus de tabac par jour, ou bien plus de 10 paquets.année⁹, le facteur tabagique est pris en compte pour l'indemnisation du cancer du poumon et du cancer du larynx liés à l'amiante ; une réserve de 50% sera appliquée au montant des prestations accordées à la victime. Ces réserves pour tabagisme s'appliquent également aux cas d'asbestoses, si les antécédents de la victime révèlent une maladie obstructive des voies respiratoires ou une bronchite chronique. En revanche, le facteur tabagisme n'est jamais retenu en cas de mésothéliome ou de plaques pleurales (à condition qu'une exposition même minimale à l'amiante soit prouvée).

Le mésothéliome

Le mésothéliome est relativement difficile à diagnostiquer, car les signes et symptômes de cette pathologie peuvent être confondus avec ceux de formes primitives du cancer du poumon.

La méthode de diagnostic est la même dans tous les pays : on a recours à l'imagerie médicale (rayons X, scanner) et à un examen histologique (biopsie). Dans les cas pour lesquels ce type d'examen n'est pas faisable, l'on procède au prélèvement et à l'analyse du liquide pleural. Dans certains pays (**Allemagne, Pays-Bas**), il existe des groupes de

7. Classification de radiographies comprenant 22 clichés types, illustrant la classification des petites et grandes opacités parenchymateuses, des anomalies pleurales et de certaines autres anomalies.

8. Critères d'Helsinki : voir note en bas de page 40

9. Paquet-année : unité de mesure conventionnelle mesurant la consommation cumulée de tabac par un fumeur : un paquet-année correspond à la consommation d'un paquet de cigarettes par jour pendant une année. Dix paquets-année correspondent donc à la consommation d'un paquet par jour pendant 10 ans ou encore à un demi-paquet pendant 20 ans.

pathologistes spécialisés appelés "Panels Mésothéliome", qui procèdent à l'évaluation de tous les cas suspectés au niveau national.

Les conditions liées à l'exposition sont minimales dans tous les pays : une exposition même modeste (quelques semaines) aux poussières d'amiante suffit.

Les plaques pleurales

Dans tous les pays qui permettent leur reconnaissance comme maladie professionnelle, le diagnostic est établi d'après un examen aux rayons X. Une exposition certaine, même modeste, aux poussières d'amiante suffit.

Le nombre de **cas reconnus** comme maladies professionnelles

A - Les statistiques relatives aux quatre principales pathologies liées à l'amiante

1. Les données

L'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Italie, la Norvège et la Suisse ont été en mesure de fournir des statistiques précises sur le nombre de

cas reconnus pour les quatre principales pathologies causées par l'amiante sur la période 1980-2003.

L'ensemble de ces données a été analysé selon une approche comparative (voir page 20) puis une approche évolutive (voir page 21).

Tableau 5 et graphique 1 : Les cas reconnus d'asbestose entre 1980 et 2003

Année	Allem. ¹⁰	Autriche	Belgique	Danemark	Espagne	Finlande	France	Italie	Norvège ¹²	Suisse
1980	118	7	72	0	-	-	116	225	-	0
1985	173	8	144	2	-	-	153	143	-	13
1990	379	10	122	12	30	-	181	210	-	9
1991	502	13	207	48	30	-	-	302	-	7
1992	663	14	268	71	16	-	-	375	-	8
1993	1 295	16	211	85	18	-	250	406	-	12
1994	1 606	13	203	45	24	-	151	382	-	10
1995	2 185	13	250	35	23	-	135	346	-	10
1996	2 078	10	247	22	22	107	172	353	-	7
1997	2 079	8	230	19	29	79	165	367	-	7
1998	2 170	19	230	17	53	93	201	399	-	9
1999	2 120	9	88	17	16	72	294	432	65	8
2000	1 765	12	75	21	17	74	368	426	33	7
2001	1 946	12	47	28	43	57	432	304	13	6
2002	1 929	17	54	23	16	55	452	286	42	14
2003	1 978	-	51	30	9	48	406 ¹¹	271	45	10

NB : certains de ces cas figurent aussi dans les statistiques des cas reconnus de plaques pleurales (voir tableau 8)

10. A partir de 1993, reconnaissance possible même en l'absence de troubles fonctionnels

11. Donnée semi-définitive

12. Les chiffres indiqués représentent ici les cas reconnus au titre d'un préjudice non économique (dommage physiologique). Il faut y ajouter une dizaine de cas par an qui sont refusés à ce titre, mais sont reconnus comme maladie professionnelle (au titre des prestations en nature).

Graphique 1

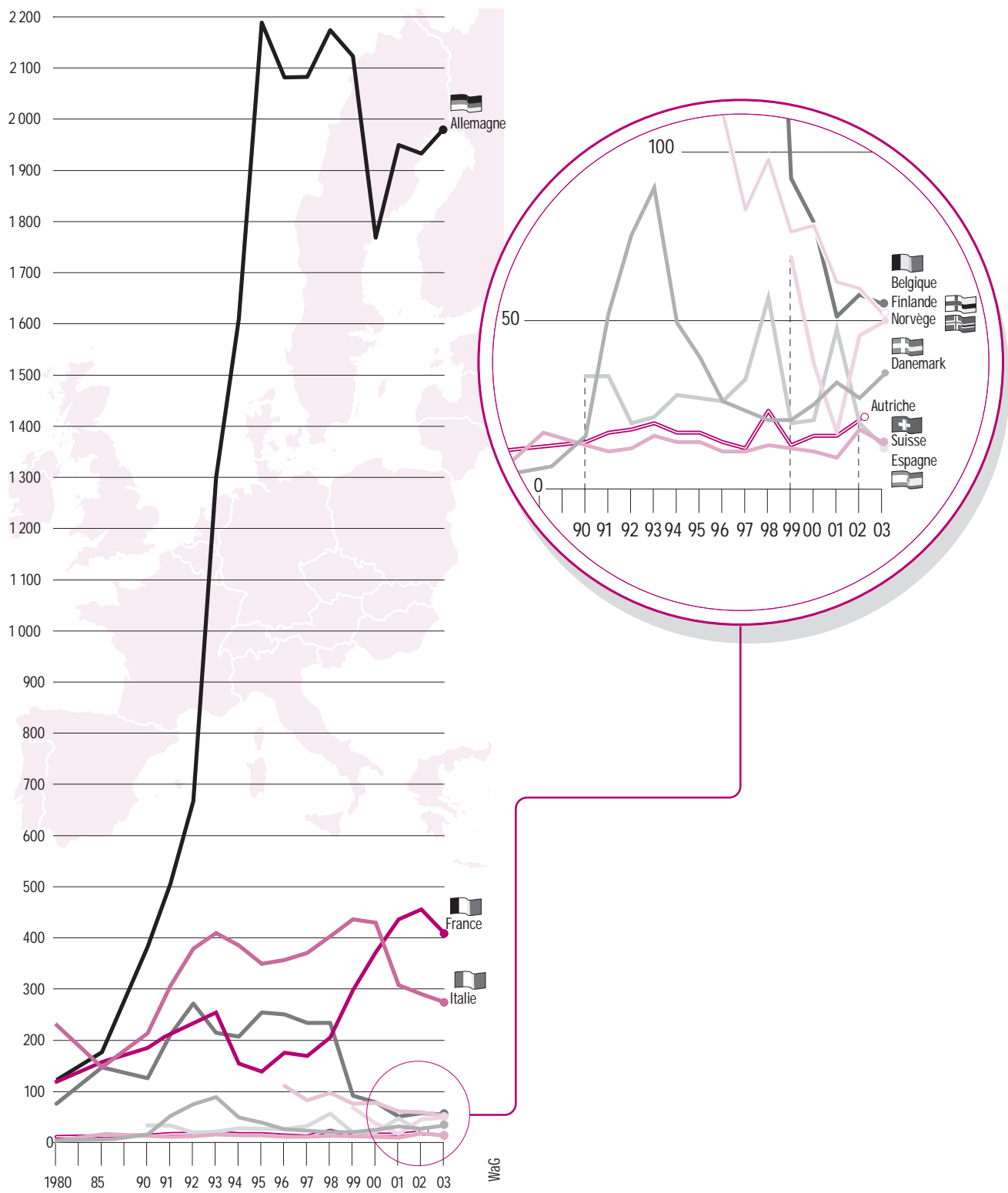


Tableau 6 et graphique 2 : Les cas reconnus de cancer du poumon causé par l'amiante entre 1980 et 2003

Année	Allemagne	Belgique	Danemark ¹³	Espagne ¹⁴	Finlande	France	Italie	Norvège	Suisse
1980	20	3	-	-	-	13	-	-	-
1985	43	2	-	-	-	0	-	-	-
1990	132	7	-	0	-	13	0	-	0
1991	200	6	26	0	-	-	0	-	0
1992	266	6	56	0	-	-	0	-	0
1993	436	12	63	0	-	50	0	-	0
1994	597	3	46	0	-	59	1	-	1
1995	796	13	42	0	-	93	21	-	0
1996	743	11	26	0	83	140	35	-	0
1997	643	19	33	1	88	188	45	-	0
1998	719	16	33	0	84	280	29	-	1
1999	755	16	35	2	76	438	52	72	2
2000	681	27	44	5	69	557	66	99	1
2001	738	30	27	3	91	668	118	87	0
2002	727	47	35	13	64	744	118	110	0
2003	739	40	47	6	59	1 018 ¹⁵	189	97	1

13. Avant 1991, tous les cas de cancer du poumon étaient enregistrés sous le même code statistique, sans indication de l'agent causal.

14. En Espagne, les cas de mésothéliome et les cas de cancer du poumon causé par l'amiante sont enregistrés sous le même code statistique.

15. Donnée semi-définitive

Graphique 2

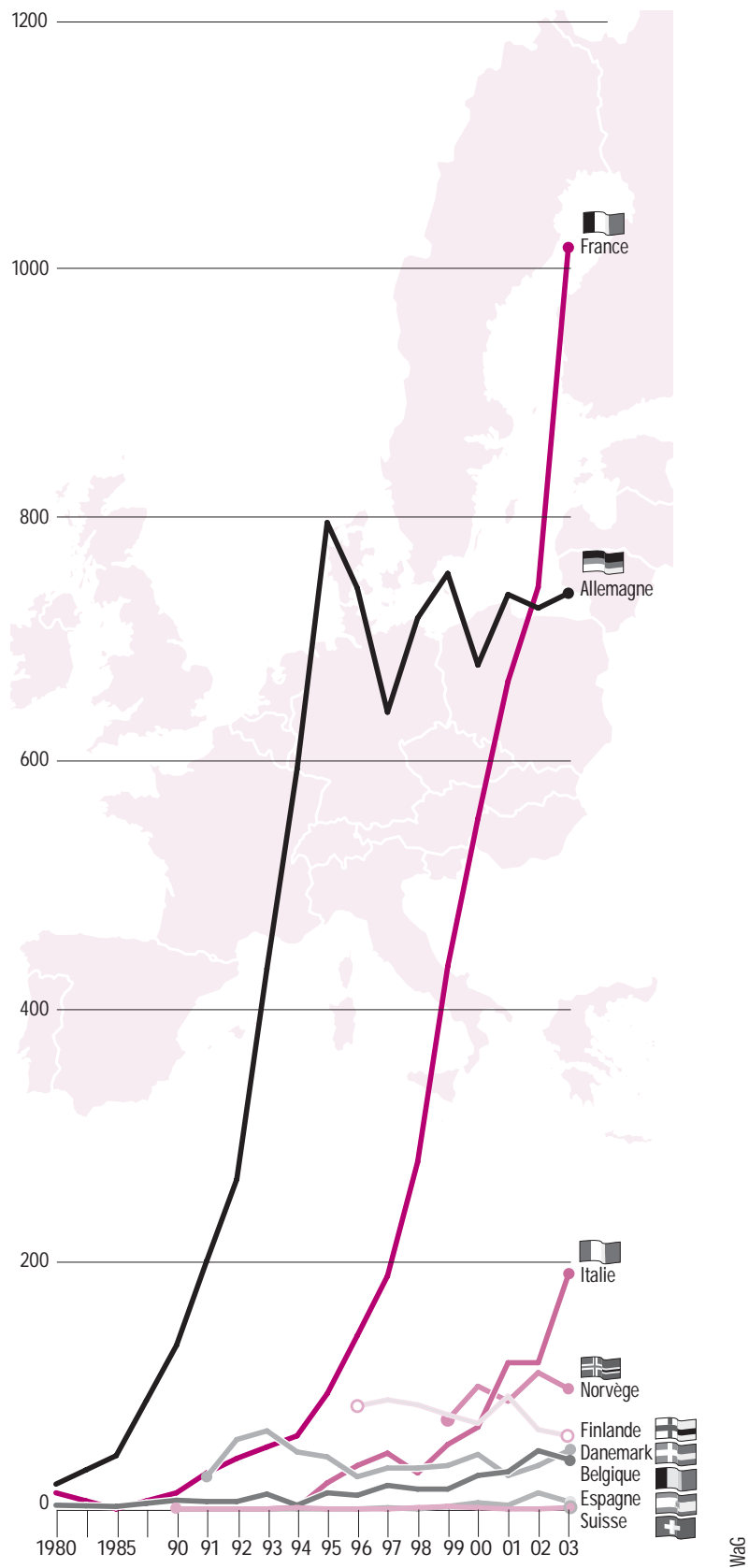


Tableau 7 et graphique 3 : Les cas reconnus de mésothéliome entre 1980 et 2003

Année	Allemagne	Belgique	Danemark	Espagne ¹⁶	Finlande	France ¹⁷	Italie	Norvège	Suisse
1980	36	0	0	-	-	20	-	-	0
1985	135	12	0	-	-	25	-	-	11
1990	291	25	1	0	-	65	1	-	29
1991	301	35	31	0	-	-	0	-	32
1992	334	42	60	0	-	-	0	-	29
1993	406	38	61	0	-	89	1	-	31
1994	486	50	49	0	-	111	10	-	34
1995	498	35	56	0	-	154	40	-	37
1996	519	46	54	0	25	180	83	-	36
1997	554	60	67	1	32	190	105	-	45
1998	582	63	58	0	37	205	160	-	48
1999	620	33	71	2	36	300	218	56	35
2000	652	65	91	5	27	279	227	62	63
2001	683	59	57	3	36	311	330	27	60
2002	735	76	55	13	38	360	331	40	64
2003	788	92	47	6	34	421 ¹⁸	389	34	54

16. En Espagne, les cas de mésothéliome et les cas de cancer du poumon causé par l'amiante sont enregistrés sous le même code statistique.

17. Mésothéliomes malins primitifs et autres tumeurs pleurales primitives

18. Donnée semi-définitive

Graphique 3

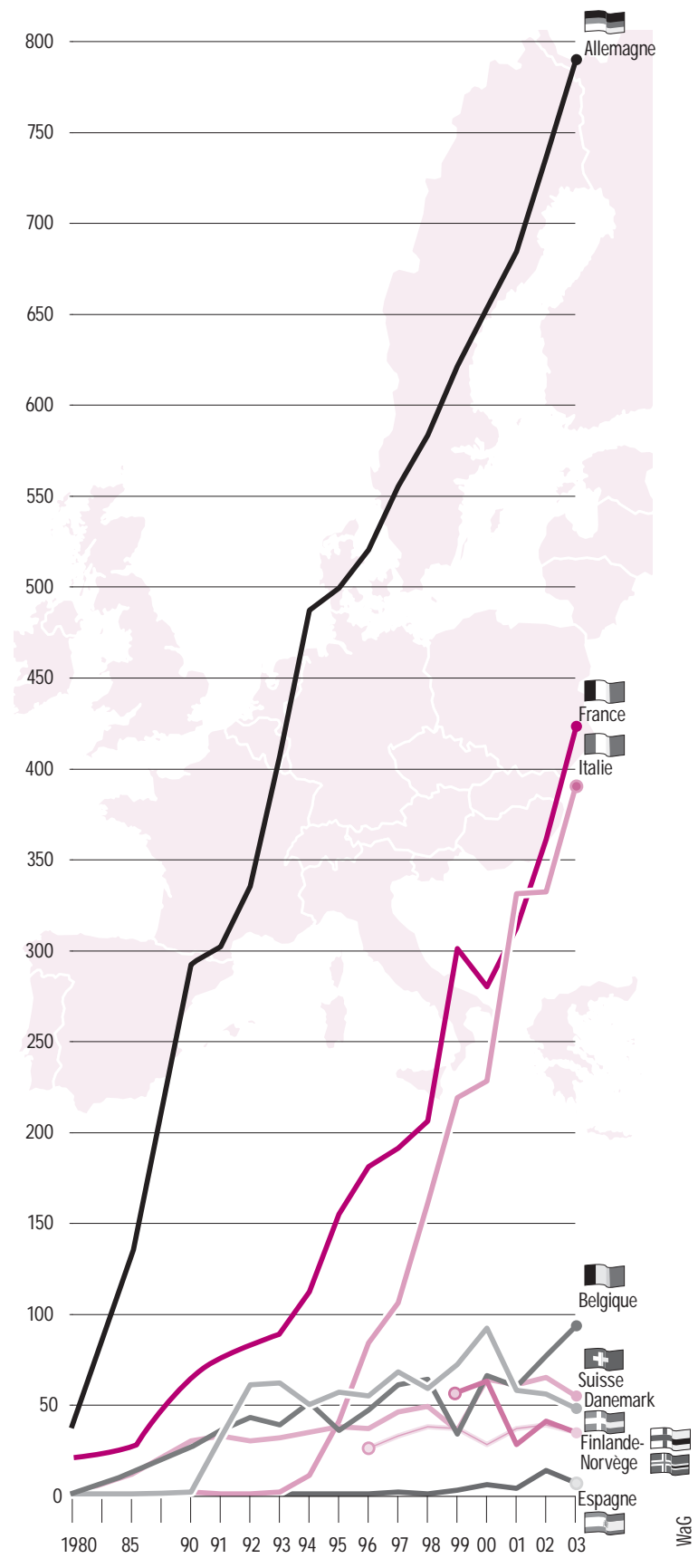


Tableau 8 et graphique 4 : Les cas reconnus de plaques pleurales entre 1980 et 2003

Année	Allemagne ¹⁹	Belgique ²⁰	Danemark ²¹	Finlande	France	Norvège	Suisse
1980	0	-	0	-	0	-	0
1985	0	-	3	-	24	-	2
1990	59	-	2	-	137	-	11
1991	136	-	6	-	-	-	9
1992	217	-	6	-	-	-	4
1993	558	-	3	-	409	-	13
1994	842	-	5	-	519	-	12
1995	1 274	-	5	-	674	-	9
1996	1 278	-	4	287	1 115	-	15
1997	1 171	-	1	265	1 220	-	23
1998	1 267	-	3	277	1 444	-	12
1999	1 224	-	7	232	2 027	88	13
2000	1 182	2	4	251	2 407	38	26
2001	1 139	12	9	203	2 815	10	21
2002	1 145	14	11	187	3 357	29	50
2003	1 249	9	-	142	3 460 ²²	18	67

NB : certains de ces cas figurent aussi dans les statistiques des cas reconnus d'asbestose (voir tableau 5)

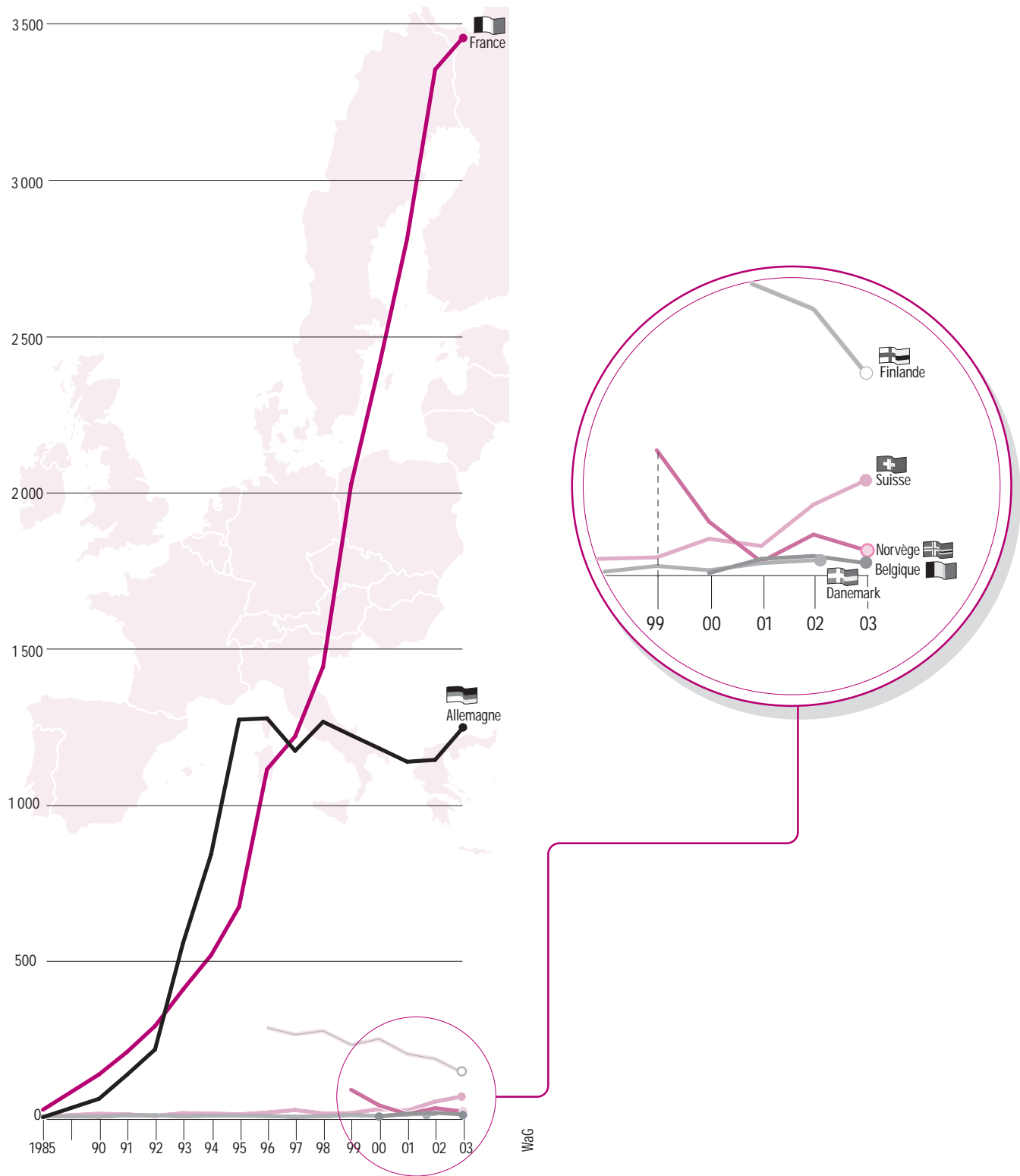
19. A partir de 1993, reconnaissance possible même en l'absence de troubles fonctionnels

20. En Belgique, les plaques pleurales n'ont été inscrites sur la liste des maladies professionnelles qu'en 1999.

21. Plaques pleurales avec asbestose

22. Donnée semi-définitive

Graphique 4



Pour commenter ces données statistiques, deux approches ont été successivement adoptées :

- une **approche comparative**, qui permet d'apprécier à une date donnée l'incidence de chaque maladie dans l'ensemble des pays (à population assurée équivalente) ;

- une **approche évolutive**, qui consiste en une comparaison entre les statistiques de l'année 1992 et celles de l'année 2002, et qui permet de mesurer les tendances à la hausse ou à la baisse du nombre de cas sur cette période récente.

2. L'approche comparative

Tableau 9 : Nombre de cas reconnus en 2000 pour 100 000 assurés

Ce tableau propose de rapprocher les statistiques de l'année 2000 pour chaque pathologie et le nombre de personnes assurées dans chaque pays, de manière à obtenir un ratio permettant de comparer les pays entre eux à un moment donné.

Pays	Population assurée ²³	Pathologie			
		Asbestose	Cancer du poumon causé par l'amiante	Mésothéliome	Plaques pleurales
Allemagne	33 721 319	5,23	2,02	1,93	3,50
Belgique	2 369 256	3,16	1,14	2,74	0,08
Danemark	2 523 878	0,83	1,74	3,60	0,16
Espagne	11 155 100	0,15	0,04 ²⁴		-
Finlande	2 323 000	3,18	2,97	1,16	10,80
France	16 868 914	2,15	3,30	1,65	14,27
Italie	17 900 000	2,38	0,37	1,27	-
Norvège	2 200 000	1,50	4,50	2,82	1,73
Suisse	3 337 000	0,21	0,03	1,89	0,78

23. Il s'agit du nombre de personnes assurées en 2000 dans chaque pays par l'organisme national d'assurance contre les maladies professionnelles, sachant que cela ne recouvre pas nécessairement les mêmes catégories de travailleurs dans tous les pays (les travailleurs indépendants, agricoles ou du secteur public peuvent notamment en être exclus).

24. En Espagne, les cas de mésothéliome et les cas de cancer du poumon causé par l'amiante sont enregistrés sous le même code statistique.

Bien que nécessaire, cet exercice de comparaison des statistiques s'avère délicat en raison notamment de la diversité des systèmes d'assurance contre les maladies professionnelles en vigueur en Europe. Il convient donc de prendre des précautions quant à l'interprétation des résultats obtenus. La démarche comporte en effet de nombreuses limites, qui constituent autant d'explications aux écarts constatés entre pays.

On peut constater qu'à l'exception du mésothéliome, les ratios présentent des écarts relativement importants entre pays :
 - de 0,15 en **Espagne** à 5,23 en **Allemagne** pour l'asbestose
 - de 0,03 en **Suisse** à 3,3 en France pour le cancer du poumon dû à l'amiante
 - de 0,08 en **Belgique** à 14,27 en **France** pour les plaques pleurales.

Il n'est pas possible d'expliquer par une seule cause le caractère élevé ou non de chaque ratio pris isolément, car c'est la plupart du temps une combinaison de variables qui doit être prise en considération. Trois types de facteurs explicatifs ont ainsi été identifiés.

Dans certains pays, la population exposée aux poussières d'amiante a été plus nombreuse que dans d'autres.

Il faut tenir compte de l'usage plus ou moins intense du matériau amiante dans le passé selon le pays (voir tableau 1). La nature spécifique de certaines activités économiques a une incidence sur le nombre de personnes exposées. C'est le cas notamment en **Norvège** (qui présente des ratios élevés pour les mésothéliomes et les cancers du poumon) avec les chantiers navals et l'activité maritime en général. Enfin, le fait que les ratios aient été calculés pour l'année

2000 implique qu'ils reflètent déjà les effets de l'entrée en vigueur plus ou moins tardive de la législation sur la protection des travailleurs exposés à l'amiante. L'exemple du **Danemark** est sur ce point éloquent (voir tableau 2). Ceci est vrai pour toutes les pathologies à l'exception du mésothéliome dont la période de latence est très longue.

Le nombre de cas reconnus dépend dans une large mesure du nombre de demandes de reconnaissance.

Il est évident que les pays qui ont mis en place un système efficace de détection des travailleurs exposés aux poussières d'amiante dans le passé supportent aujourd'hui statistiquement les résultats de leur initiative (voir page 29). C'est sans doute ce qui explique en partie les ratios généralement élevés de la **Finlande**, de la **Norvège** et de l'**Allemagne**. Et au contraire, les ratios excessivement faibles de l'Espagne pour l'ensemble des maladies, et de l'**Italie** et la **Suisse** pour le cancer du poumon, illustrent sans doute un problème de sous-déclaration dans ces pays.

Les demandes de reconnaissance dépendent également de l'attractivité pour la victime du système d'indemnisation des maladies professionnelles. Il est cependant impossible de mesurer l'impact de la qualité de l'indemnisation offerte par un pays sur le nombre de demandes de reconnaissance, et donc sur le nombre de cas reconnus de maladies causées par l'amiante dans ce même pays.

Le système de reconnaissance des maladies professionnelles en vigueur dans chaque pays permet également d'expliquer certains écarts.

Le mode de reconnaissance, et dans le cas des maladies liées à l'amiante la date d'inscription sur la liste des maladies professionnelles (voir tableau 3) peut être un facteur explicatif. Ainsi, l'inscription tardive des plaques pleurales sur la liste **belge** (1999), ou au contraire leur retrait au **Danemark** entre 1989 et 2004, est à mettre en rapport avec les faibles ratios calculés dans ces pays pour l'année 2000. Les critères de reconnaissance (voir annexes 1 à 4) ont une influence encore plus certaine sur le nombre de cas reconnus. Le ratio élevé de 3,3 pour les cancers du poumon en **France** pourrait ainsi en partie s'expliquer par le fait que, dans le cadre de la procédure de reconnaissance, le critère relatif à l'exposition (celle-ci doit durer au moins 10 ans mais il n'existe pas de condition relative à l'intensité de l'exposition) est plutôt plus ouvert que dans la plupart des autres pays européens.

Contrairement aux autres maladies, l'incidence des mésothéliomes ne diverge pas beaucoup d'un pays à l'autre : en 2000 et pour 100 000 assurés, le ratio varie de 1,16 cas reconnus en **Finlande** à 3,6 au **Danemark**.

L'explication pourrait être la suivante : la qualification en maladie professionnelle du mésothéliome est relativement aisée, puisque cette pathologie est presque exclusivement causée par l'amiante, matériau lui-même utilisé de manière prépondérante en milieu professionnel. Dans les faits, les

critères de reconnaissance ne divergent donc pas d'un pays à l'autre, comme cela peut être le cas pour le cancer du poumon.

Une autre explication pourrait être que la période de latence de cette pathologie est plus longue (25 à 40 ans) que celle des autres maladies, et qu'une exposition même faible à l'amiante peut provoquer un mésothéliome. Ainsi, les statistiques de l'année 2000 ne sont pas révélatrices des mesures prises par les pays précurseurs pour la protection des travailleurs exposés.

3. L'approche évolutive

Asbestose

Cette pathologie, assez fréquente auparavant, est aujourd'hui en régression dans tous les pays, sauf en **France**. Cette baisse du nombre de cas reconnus a commencé au milieu des années 1990 au **Danemark** et en **Finlande**. Elle est plus récente en **Allemagne**, en **Belgique** et en **Italie**. Le nombre de cas est stable en **Autriche** et en **Suisse**.

Cette régression est le résultat de l'interdiction plus ou moins tardive de l'usage de l'amiante, combinée à une période de latence de l'asbestose (entre 10 et 20 ans) plus courte que celle des autres pathologies de l'amiante.

Il est à préciser que la hausse spectaculaire du nombre d'asbestoses reconnues entre 1993 et 1995 en **Allemagne** est à mettre en rapport avec la décision prise en 1992 par le *Bundessozialgericht*²⁵ de reconnaître le caractère professionnel de maladies même en l'absence de troubles fonctionnels pour la victime. Ce jugement a eu un impact particulier pour les asbestoses qui ne s'accompagnent pas toujours d'une diminution de la fonction pulmonaire.

Mésothéliome et cancer du poumon du à l'amiante

Ces deux pathologies ont connu, à quelques exceptions près, une nette tendance à la hausse sur la période 1980 - 2003. Cette augmentation du nombre de cas était prévisible pour deux raisons.

D'une part, les personnes exposées aux poussières d'amiante durant les années 1960-1970 étaient susceptibles de voir l'une de ces maladies se manifester 20 à 40 ans plus tard en fonction de la période de latence, soit à partir des années 1980 mais surtout des années 1990.

D'autre part, victimes et praticiens ont bénéficié durant cette période d'une information toujours meilleure sur ces pathologies, mais aussi sur la procédure de reconnaissance de leur caractère professionnel. Les dispositifs de surveillance médicale des travailleurs exposés mis en place dans certains pays ont également participé à la multiplication des demandes de reconnaissance.

25. Cour sociale fédérale

que seul ce pays indemnise les plaques pleurales sans exiger une diminution de la capacité pulmonaire (voir page 9). En outre, plusieurs changements législatifs dans un sens favorable à la victime ont été enregistrés : modification en 2000 de la définition des plaques pleurales dans le tableau de maladies professionnelles, mise en place en 2002 d'un dispositif de réparation spécifique aux maladies liées à l'amiante y compris les plaques pleurales.

4. Quelques statistiques difficilement comparables

Quelques pays disposent de statistiques sur le nombre de cas reconnus de maladies causées par l'amiante, mais l'absence de classification selon le type de pathologie empêche toute comparaison avec les autres pays (voir tableaux 10, 11, 12, 13).

Tableau 10 : **AUTRICHE** nombre de tumeurs malignes du larynx, du poumon, de la plèvre et du péritoine causés par l'amiante

Année	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cas reconnus	6	5	7	7	9	11	18	10	5	18	27	12	25	27	42

NB : Les plaques pleurales ne sont pas reconnues. Les cas d'asbestose figurent dans le tableau 5.

Tableau 11 : **PORTUGAL** nombre total de maladies causées par l'amiante

Année	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cas reconnus	2	1	13	7	5	16	7	8	11	13	10	8	7	9	17

Tableau 12 : **SUÈDE** nombre de cas d'asbestose, silicose et plaques pleurales

Les statistiques disponibles regroupent les cas reconnus entre 1980 et 2001 d'asbestoses, silicoses et plaques pleurales dans leur ensemble ; les statistiques suédoises ne permettant pas de distinguer les cancers professionnels selon l'agent causal, il n'est pas possible de connaître le nombre de cancers du poumon causés par l'amiante.

Année	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cas d'asbestoses, de plaques pleurales	1 262	3 335												
Cas d'asbestoses, de silicoses, de plaques pleurales			834	673	640	550								
Cas d'asbestoses, de silicoses							277	103	57	20	28	20	32	40

La plupart des cas reconnus entre 1980 et 1993 sont des plaques pleurales. Depuis 1993, les demandes de reconnaissance de plaques pleurales sont examinées par l'AFA, le régime complémentaire suédois qui propose un dispositif d'indemnisation spécial (voir page 33). Ceci explique en grande partie le nombre décroissant de cas figurant dans ce tableau à partir de cette année là.

PAYS-BAS

Ils constituent un cas particulier : parce que ce pays ne dispose pas d'une assurance spécifique contre les risques professionnels, il n'existe pas de procédure de demande de reconnaissance à des fins d'indemnisation. Il est donc nécessaire de recourir à d'autres sources pour obtenir des informations quantitatives sur les maladies professionnelles et les accidents du travail.

Pour collecter des statistiques, il existe un système national de déclaration des maladies professionnelles qui oblige les médecins du travail à déclarer ces maladies au *Centrum voor Beroepsziekten* (Centre néerlandais des maladies professionnelles).

Les déclarations de maladies liées à l'amiante dans le cadre de ce système sont cependant relativement rares.

Mésothéliome

Tableau 13 : Nombre de mésothéliomes

Année	2000	2001	2002	2003	2004
Cas déclarés	19	8	3	12	15

Les statistiques relatives à la mortalité constituent une autre source d'informations.

Les données relatives à la mortalité par mésothéliome fournissent un bon indicateur du nombre des maladies liées à l'amiante, puisque le mésothéliome entraîne généralement la mort de la victime dans l'année qui suit le diagnostic, et qu'il est presque toujours causé par une exposition à l'amiante (voir graphique 7).

Il y a manifestement une grande différence entre l'incidence réelle du mésothéliome et le nombre de cas déclarés comme maladie professionnelle. Ce phénomène de sous-déclaration peut s'expliquer par le fait qu'il s'écoule beaucoup de temps entre l'exposition et la manifestation de la maladie (période de latence) et que, bien souvent, lorsque le diagnostic est posé, les patients sont à la retraite et ne bénéficient donc plus du suivi de la médecine du travail.

Asbestose

Un cas est déclaré de temps à autre, mais le Centre néerlandais des maladies professionnelles ne dispose pas de chiffres fiables.

Cancer du poumon

Des études épidémiologiques ont montré que, pour une même exposition à l'amiante, le nombre de cancers du poumon susceptibles d'être causés par ce type d'exposition est presque égal au nombre de cas de mésothéliomes. Il y aurait ainsi environ 400 cas chaque année aux Pays-Bas. En pratique, ces cas ne sont pas déclarés comme maladie professionnelle, car les victimes de cancer du poumon ayant

été exposées à l'amiante n'y sont pas incitées. Elles sont couvertes par l'assurance maladie, et chaque année, une dizaine d'entre elles intentent un procès en responsabilité civile contre leur employeur.

Plaques pleurales

Elles sont considérées aux Pays-Bas comme le signe d'une exposition passée à l'amiante, non comme un symptôme de maladie.

Aucun cas d'une autre pathologie, tel que le cancer gastro-intestinal ou le cancer du larynx, n'a été déclaré à ce jour.

B- Les autres pathologies reconnues

En dehors des quatre principales maladies liées à l'amiante traitées ci-dessus, peu de cas d'autres pathologies sont reconnus (cf. tableau 14 ci-contre).

Tableau 14 : Nombre de cas reconnus d'autres pathologies liées à l'amiante

Type de cancer		Nombre de cas reconnus	Période de reconnaissance
Système otorhino-laryngologique	larynx	Allemagne : 237 cas Danemark : 15 cas France : 11 cas Italie : 3 cas	1997 à 2002 1992 à 2003 1994 à 2002 2002
	pharynx	France : 2 cas	1994 à 2002
	trachée	Allemagne : 1 cas Danemark : 1 cas France : 1 cas	2004 2004 1994 à 2002
	sinus	France : 4 cas	1994 à 2002
Appareil digestif	œsophage	France : 1 cas	1994 à 2002
	rectum/colon	France : 1 cas Norvège : 2 cas	1994 à 2002 2002
	autre	Italie : 1 cas	1994
Autre : fibrose rétro péritonéale		Suisse : 1 cas	2004

Les dispositifs assurantiers spécifiques aux maladies de l'amiante

A - La surveillance des maladies causées par l'amiante

1. Le suivi médical des travailleurs exposés dans le passé

En Europe, la plupart des pays disposent d'une médecine du travail chargée de suivre médicalement les travailleurs tout au long de leur vie professionnelle, et il existe souvent un cadre spécifique pour ceux exposés à des agents cancérogènes.

Mais une fois à la retraite, les anciens travailleurs ne bénéficient plus de ces dispositifs, ce qui pose un problème particulier pour ceux ayant été exposés à l'amiante. En effet, les symptômes des maladies liées à ce matériau peuvent apparaître de manière tardive en raison de leur longue période de latence. Le même problème se pose pour les personnes ayant changé d'activité professionnelle et dont la nouvelle activité n'implique pas un suivi médical particulier. C'est pour cette raison, mais également à cause de l'importance numérique de ces maladies, que dans plusieurs pays, l'organisme d'assurance contre les risques professionnels a mis en place un dispositif de surveillance post-professionnelle pour les personnes exposées dans le passé à l'amiante ou à des agents cancérogènes en général.

En **Allemagne**, le suivi médical post-professionnel est organisé par la *Zentrale Erfassungsstelle asbeststaubgefährdeter Arbeitnehmer - ZAs* (Agence centrale d'enregistrement des travailleurs exposés aux poussières d'amiante), qui a été créée en 1972 et qui est financée par les *Berufsgenossenschaften*²⁷.

Les informations relatives aux travailleurs exposés ainsi qu'au type et à l'intensité de l'exposition parviennent à la ZAs par l'intermédiaire des *Berufsgenossenschaften*, qui les reçoivent des employeurs (c'est une obligation depuis 1984) et les vérifient. La ZAs enregistre ensuite ces données, organise des dépistages (en particulier après l'exposition et après le départ en retraite) et collecte les données médicales aussi bien pour la procédure de reconnaissance que pour la recherche scientifique.

Au 31 décembre 2003, 495 944 travailleurs étaient

enregistrés à la ZAs, dont 60 793 étaient soumis à des tests de dépistage parce qu'ils étaient encore exposés dans le cadre de leur activité professionnelle (démolition et rénovation de bâtiments) et 242 028 à cause d'une exposition antérieure.

Les examens médicaux sont effectués tous les 12 à 36 mois, selon le niveau d'exposition, le temps écoulé depuis la première exposition et l'âge de la personne. Ces examens, réalisés par des médecins spécialement formés, consistent en l'étude des antécédents médicaux, du parcours professionnel et du comportement tabagique, un examen clinique, une spirométrie et un examen des voies respiratoires aux rayons X.

En **Norvège**, tous les salariés qui ont travaillé au moins 2 ans au contact de l'amiante avant 1980 passent un examen radiographique au moment de leur départ en retraite, et reçoivent un document écrit de la part de leur employeur les informant qu'ils devront renouveler cet examen tous les 2 à 5 ans en fonction de l'exposition. Ces personnes sont identifiées grâce au registre des salariés qui ont travaillé au contact de l'amiante tenu obligatoirement par chaque employeur, et qui, en cas de fermeture de l'entreprise, est transmis à l'inspection du travail. Ce dispositif a été mis en place dès 1976.

La *National Insurance Administration*²⁸ prend en charge le coût de ces examens médicaux et de ces radiographies si l'assuré a l'intention de faire une demande de reconnaissance de pathologie professionnelle. En revanche, si le travailleur est encore en activité et que les examens ne révèlent aucune pathologie, c'est son employeur qui finance les frais engagés.

En **Suisse**, les travailleurs ayant ou ayant eu des contacts avec l'amiante sont soumis tous les deux ans à des contrôles médicaux : anamnèse, examen de la cage thoracique par radiographie et spirométrie. Ces examens sont pratiqués par

27. Organismes allemands d'assurance et de prévention des risques professionnels

28. Organisme norvégien d'assurance sociale

29. Principal organisme suisse d'assurance contre les accidents (professionnels ou pas) et les maladies professionnelles

des médecins externes, mais les résultats sont appréciés par les médecins du travail de la *Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - SUVA*²⁹ et conservés par cet organisme.

Dans le cadre de la surveillance post-professionnelle, les contrôles médicaux sont organisés sur la base des informations transmises par les employeurs à la SUVA, qui contacte les anciens travailleurs et finance le dispositif. Si l'on constate des modifications pathologiques pouvant être dues à l'amiante (par exemple des plaques pleurales), le cas sera traité administrativement comme maladie professionnelle.

Actuellement, 3 900 travailleurs sont concernés par ces contrôles médicaux et 1 700 examens ont lieu chaque année.

En **Finlande**, les services de santé au travail sont compétents pour suivre, au moyen d'examens radiographiques dispensés tous les 3 ans, les travailleurs exposés ou ayant été exposés à l'amiante. Si les radiographies révèlent des modifications pleurales ou parenchymateuses suggérant une maladie liée à l'amiante, le travailleur est orienté vers le *Finnish Institute of Occupational Health - FIOH* (Organisme finlandais de santé au travail) ou une clinique spécialisée en maladies pulmonaires. Il y subira des examens complémentaires tels qu'une tomodensitométrie en haute résolution et une exploration des fonctions respiratoires. Les retraités ne bénéficient en revanche pas de ce dispositif.

En **France**, les personnes ayant été exposées à des agents cancérigènes figurant dans les tableaux de maladies professionnelles (donc, aux poussières d'amiante) peuvent, depuis 1995, bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle. Ce suivi n'est pas systématique puisque c'est à l'ancien salarié (inactif, demandeur d'emploi ou retraité) de prendre l'initiative de s'y soumettre.

Un examen clinique est prévu tous les 2 ans, mais le médecin traitant peut demander un examen radiologique du thorax (tous les 2 ans) et une exploration fonctionnelle respiratoire s'il le juge nécessaire. Les dépenses correspondant à ces examens sont à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS³⁰.

Toutefois, ce dispositif est très peu mis en pratique à ce jour, en raison du manque d'information des inactifs, des retraités et du corps médical.

C'est pourquoi une expérimentation est menée depuis 2003 dans trois régions françaises, afin de mettre au point des procédures efficaces de suivi post-professionnel en faveur des personnes ayant été exposées à l'amiante. Cette expérimentation comporte un volet administratif et un volet médical. Elle a d'une part pour objet de mettre en place des structures régionales de coordination des acteurs concernés, afin d'améliorer aussi bien l'information que le suivi des personnes exposées. Elle doit d'autre part

permettre d'optimiser le protocole de suivi médical des personnes, et notamment de préciser l'apport du scanner comparativement à la radiographie. L'évaluation en cours de cette expérimentation conclut à la supériorité de l'utilisation du scanner sur la radiographie, et à une généralisation sur tout le territoire du dispositif expérimental.

En **Italie**, il n'existe pas de dispositif national de surveillance des travailleurs inactifs ou retraités exposés à l'amiante durant leur vie professionnelle. Ce sont les régions qui peuvent prévoir un tel suivi et, en pratique, certaines d'entre elles ont initié des projets pilotes en la matière.

Il en est de même en **Espagne**.

2. Recensement statistique et problème de sous-déclaration

Il est établi que les maladies professionnelles sont généralement sous-déclarées³¹ et c'est aussi vrai pour les maladies causées par l'amiante. Ce phénomène de sous-déclaration a pour double conséquence de fausser les statistiques et donc de nuire à la mise en œuvre de politiques de prévention, mais aussi de priver les victimes de leurs droits en termes d'indemnisation qui sont, dans presque tous les pays européens, plus favorables que ceux accordés pour une maladie non professionnelle. Dans ce contexte, le recensement des cas déclarés d'une part et les initiatives de détection de cas non encore connus d'autre part prennent toute leur importance. Le mésothéliome est plus particulièrement visé puisque cette pathologie est un bon indicateur du phénomène des maladies liées à l'amiante, dans la mesure où elle est presque exclusivement causée par l'amiante (contrairement au cancer du poumon) et que le nombre de cas ne cesse de croître (contrairement à l'asbestose).

a. Le recensement des maladies causées par l'amiante

La directive 83/477/CEE du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail prévoit dans son article 17 que "les États membres tiennent un registre des cas d'asbestose et de mésothéliome".

Les pays ont choisi des modes différents pour enregistrer le nombre de cas de pathologies visées par la directive. Ce décompte peut être fait directement au sein des organismes d'assurance contre les risques professionnels (**Allemagne**,

30. Organisme français d'assurance maladie (y compris assurance contre les accidents du travail et maladies professionnelles)

31. Voir Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe - décembre 2002

Suisse), dans des registres du mésothéliome créés à cet effet (**France, Italie**) ou encore au sein des registres nationaux du cancer.

En **Allemagne**, les *Berufsgenossenschaften* tiennent un registre de toutes les maladies professionnelles (la BK-DOK). Celui-ci contient des informations détaillées sur la pathologie, le diagnostic, le poste de travail et l'exposition de la victime. Il existe également depuis 1987 un Registre des mésothéliomes créé et financé par le *Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften - HVBG*³², qui répertorie les cas de pathologies causées par l'amiante et spécialement les mésothéliomes. Cette structure a pour but de vérifier les diagnostics anatomopathologiques au moyen de différentes méthodes histologiques et d'analyses quantitatives des particules présentes dans les poumons. Elle exerce en outre une fonction de conseil au niveau national auprès des pathologistes et participe à la recherche scientifique.

En **Suisse**, le Service de centralisation des statistiques de l'assurance accident regroupe les données relatives à l'assurance accident, et en particulier les cas de maladies professionnelles pour la SUVA et les autres assureurs. La SUVA tient depuis 1990 son propre Registre des cancers professionnels, dans lequel ne figurent pas seulement les cas de cancers reconnus comme maladies professionnelles, mais aussi les cas rejetés de néoplasies malignes ou ceux qui sont décelés lors d'examen préventifs.

En **France**, un Programme national de surveillance du mésothéliome a été initié en 1998. L'année de sa création, il couvrait 17 départements (11 millions d'habitants soit 19 % de la population française). Sa compétence a été étendue à 21 départements à ce jour. Sa coordination a été confiée à l'Institut national de veille sanitaire.

En **Italie**, l'*Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro - ISPESL*³³ a mis en place un Registre national des mésothéliomes. L'objectif est d'évaluer l'importance des cas de mésothéliome en Italie, de mesurer l'impact et la diffusion de cette pathologie auprès de la population, de rassembler des informations sur les expositions à l'amiante du passé, et de rechercher des éventuelles sources méconnues de contamination.

A ce jour, quinze centres opérationnels régionaux ont été créés, qui ne couvrent pas encore tout le territoire national. Les informations récoltées proviennent des Services d'anatomie pathologique, des archives des hôpitaux publics ainsi que de celles des cliniques privées et des centres hospitaliers universitaires, des registres de mortalité, des services de la médecine du travail, de l'*Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL*³⁴ et de l'ISPESL. Le Registre des mésothéliomes contient pour chaque cas l'état civil de la personne, la localisation de la tumeur, la date et les modalités du diagnostic, l'anamnèse

professionnelle, des informations sur les proches du malade éventuellement exposés et sur les possibles lieux de production ou manipulation de produits contenant de l'amiante à proximité du lieu d'habitation.

La plupart des autres pays européens (**Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Norvège, Pays-Bas, Suède**) enregistrent les cas de mésothéliome dans le cadre de leur Registre national du cancer ; en Espagne, le registre des cancers est tenu par chaque région.

b. Les initiatives de recherche de nouveaux cas de pathologies liées à l'amiante

Pour lutter contre le phénomène de sous-déclaration, l'**Allemagne**, la **Finlande**, la **Norvège** et dans une moindre mesure l'**Autriche** ont adopté une démarche proactive dans le but de détecter de nouveaux cas de maladies causées par l'amiante, démarche reposant sur des méthodes différentes selon le pays.

La **Finlande** est le premier pays à avoir pris une telle initiative. Depuis 1990, le FIOH a mené plusieurs campagnes de dépistage en coopération avec le Registre finlandais du cancer, dans le but d'identifier les travailleurs ayant été exposés durant une longue période à l'amiante, de détecter chez eux d'éventuelles pathologies causées par ce matériau et d'organiser leur suivi médical. Des cas de maladies professionnelles causées par l'amiante ont ainsi été diagnostiqués et indemnisés grâce à ces programmes. Ces campagnes consistaient également à diffuser l'information sur le tabagisme, l'exposition à l'amiante et le risque de cancer du poumon.

Depuis octobre 1998, le Registre **norvégien** du cancer et la *National Insurance Administration* coopèrent pour informer certains groupes de cancéreux sur la possible origine professionnelle de leur maladie. Tous les quatorze jours, le Registre du cancer envoie à la *National Insurance Administration* la liste de tous les nouveaux cas de cancer bronchopulmonaire (chez les hommes), ainsi que des nouveaux cas de mésothéliome et de cancer de l'ethmoïde (chez les hommes et les femmes). Les patients qui sont toujours en vie reçoivent ensuite une lettre contenant des informations sur les types d'exposition susceptibles de provoquer le cancer dont ils sont atteints, sur les avantages économiques de la reconnaissance du caractère professionnel de leur pathologie ainsi que sur la procédure à suivre pour engager une demande de reconnaissance. Ces

32. Fédération des organismes allemands d'assurance et de prévention des risques professionnels

33. Organisme italien de prévention des risques professionnels

34. Organisme italien d'assurance contre les risques professionnels

patients doivent faire savoir au Registre du cancer s'ils ont ou non l'intention de faire une telle demande (voir annexe 5).

En **Allemagne**, l'initiative prise par les *Berufsgenossenschaften* en matière de diagnostic précoce du cancer du poumon et du mésothéliome est davantage axée sur la qualité du dépistage (et non sur la quantité de personnes examinées). Les BG investissent ainsi dans la recherche scientifique sur de nouvelles techniques médicales de diagnostic précoce : une expérimentation en cours portant sur environ 5 000 travailleurs ayant été fortement exposés à l'amiante propose une tomodensitométrie à faible dose et une détection de marqueurs biologiques, en plus des examens habituellement dispensés par la ZAs (voir page 26).

Enfin, il convient de citer en **Autriche** une initiative privée de l'usine Hatschek (produits en amiante-ciment) cofinancée par l'*Allgemeine Unfallversicherungsanstalt*³⁵ - AUVA, qui consiste à rechercher à partir des données de l'entreprise les personnes ayant été exposées à l'amiante et de leur faire passer des examens de dépistage.

Toutes ces initiatives, louables dans leur objet, posent toutefois le problème de l'opportunité d'un dépistage précoce des maladies causées par l'amiante.

Un diagnostic précoce peut être très utile s'agissant de l'asbestose et du cancer du poumon à un stade précoce. Le dépistage de ces maladies à l'aide de rayons X conventionnels et/ou d'une cytologie des expectorations permet de prolonger l'espérance de vie de 5 ans ; mais il n'a pas d'incidence positive sur les chiffres de mortalité³⁶. On peut espérer avoir de meilleurs résultats en utilisant la tomodensitométrie à faible dose, car cette technique permet de déceler des cas de cancer du poumon de manière très précoce. A ce stade, 70% des cancers sont opérables, contre 20% en l'absence de dépistage.

En revanche, l'opportunité d'un dépistage précoce est moins évidente pour le mésothéliome et pour le cancer du poumon à un stade avancé, car il n'existe pas de traitement efficace. Se pose alors la question délicate d'informer la victime de son état de santé sans avoir aucune solution à lui offrir. S'agissant des plaques pleurales, celles-ci ne causent la plupart du temps aucun dommage à l'organisme. Mais elles constituent un signe certain d'exposition à l'amiante, et l'on peut s'interroger sur l'utilité d'informer le travailleur. En effet, celui-ci restera dans l'incertitude et l'angoisse de la manifestation d'une pathologie liée à l'amiante bien réelle

35. Organisme autrichien d'assurance contre les risques professionnels

36. Cochrane Review. Screening for Lung Cancer. 2005

37. Pour une analyse détaillée des systèmes européens de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, voir "Accidents du travail - maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes" - juin 2005 - Eurogip-21/F

38. Voir note de bas de page 9

(mais tardive en raison du temps de latence).

Il reste que, si un dépistage massif ne présente pas d'intérêt certain pour la victime du point de vue thérapeutique, il s'avère opportun aux fins de réparation, à condition que l'état pathologique du malade soit sérieux (des plaques pleurales seules ou une asbestose minime peuvent ne pas être indemnisées dans certains pays) et que la victime ait la force d'entamer une démarche de demande de reconnaissance.

B - La réparation

1. L'indemnisation des victimes de l'amiante

a. Deux études de cas

Les études de cas suivantes n'ont pas pour vocation d'expliquer le système de réparation des maladies professionnelles en vigueur dans chaque pays³⁷, mais seulement d'illustrer les pratiques en matière de reconnaissance et d'indemnisation décrites dans la présente étude.

Cas n°1

Un homme âgé de 55 ans, qui a travaillé comme charpentier et utilisé des matériaux en amiante-ciment presque quotidiennement durant 30 ans, est atteint d'une asbestose. Son salaire annuel est de 18 000 euros brut. Le caractère professionnel de sa pathologie est reconnu et un taux de 100% d'incapacité permanente lui est attribué. Il cesse définitivement de travailler et décède 9 mois plus tard des suites de sa maladie. Précisons que son employeur est encore en activité.

Cas n°2

Un homme de 50 ans a travaillé de 1970 à 1978 dans une manufacture de produits contenant de l'amiante, qui a depuis cessé d'exister, où il a été exposé à hauteur de 30 fibres/ml/an.

En 2000, on lui diagnostique un cancer du poumon. Le cas ne présente aucun signe ni d'asbestose ni de plaques pleurales. A cette date, sa consommation de tabac s'élève à 20 paquets-année³⁸.

Il se fait opérer à un stade précoce et subit une ablation partielle d'un poumon. A l'issue de cette opération, ses capacités pulmonaires sont diminuées de 25% mais son état de santé paraît favorable (pas de signes de métastases), si bien qu'il continue à travailler pour le même salaire qu'auparavant : 18 000 euros brut par an.

Cas n°1 : Asbestose

Pays	Indemnisation de la victime au titre de l'incapacité permanente	Indemnisation des ayants droit		
	Montant de la rente mensuelle et/ou du capital et nature du préjudice indemnisé	Frais funéraires (montant maximum)	Rente mensuelle pour la veuve (âgée de 50 ans et gagnant 12 000 €/an)	Rente mensuelle pour l'orphelin unique (âgé de 17 ans)
Allemagne	1 000 € (perte de capacité de gain)	4 140 €	600 €	300 €
Autriche	1 285 € X 14 mois (perte de capacité de gain)	1 200 €	257 € x 14 mois	257 € x 14 mois
Belgique	1 500 € (perte de capacité de gain)	1 479 €	450 €	225 €
Danemark	1 200 € (perte de capacité de gain) + Capital de 86 450 € (préjudice physiologique)	Aucun	1 357 € pendant 1 an 422 € les 2 années suivantes	150 €
Espagne	1 500 € (perte de capacité de gain)	30 €	780 €	300 €
France	1 500 € (perte de capacité de gain) + réparation intégrale auprès du FIVA ³⁹	1258 €	600 € + action successorale des ayants-droit ⁴⁰	375 €
Italie	1 650 € (perte de capacité de gain) + 1 226 € (dommage biologique)	1 663 €	750 €	300 €
Norvège ⁴¹	1 292 € + capital de 91 875 € (perte de capacité de gain) + capital de 52 860 € ou pension de 386 €/mois + capital de 29 250 € (préjudice physiologique)	3 794 €	860 € + capital de 72 088 € si le capital de 91 875 € n'est pas versé à la victime de son vivant	253 € + capital de 11 381 € si le capital de 91 875 € n'est pas versé à la victime de son vivant
Pays-Bas	1 050 € (risque social)	2 020 €	-	-
Portugal	1 419 ⁴² € (perte de capacité de gain)	1 498 €	385 €	257 €
Suède	1 500 € (perte de gain)	1 300 €	300 € pendant 1 an	600 €
Suisse	1 200 € (perte de capacité de gain)	2 051 €	600 €	225 €

NB : Dans plusieurs pays, seule la perte de capacité de gain est théoriquement réparée ; mais en pratique, le calcul est basé sur un barème essentiellement médical.

39. FIVA : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (voir page 32)

40. L'action successorale est intentée par les ayants droit en tant que continuateurs de la personne décédée. Elle est à distinguer de l'action personnelle, qui suppose la démonstration de leurs propres préjudices.

41. En Norvège, une assurance privée à la charge de l'employeur vient compléter l'assurance sociale, de manière à assurer une réparation intégrale du préjudice.

42. dont un bonus de 214 € parce que la victime est âgée de plus de 50 ans et est atteinte d'incapacité permanente totale, et dont un bonus de 133,93 € parce que la victime en incapacité permanente totale a un enfant à charge

Cas n°2 : Cancer du poumon

Pays	Reconnaissance du caractère professionnel de la maladie		Indemnisation		Possibilité de préretraite ⁴³
	S'agit-il d'une maladie professionnelle ?	Incidence du facteur tabagisme	Montant de la rente mensuelle et/ou du capital et nature du préjudice indemnisé	Cumul avec le salaire ?	
Allemagne	oui	aucune	1 000 € (perte de capacité de gain) 600 € si après quelques années révision du tx d'IP à 60 %	oui	non
Autriche	oui	aucune	514,25 € x 14 mois (perte de capacité de gain)	oui	non
Belgique	oui	aucune	1 500 € la première année (perte de capacité de gain) puis 500 € (sauf si aggravation de la maladie)	oui	non
Danemark	oui	indemnité réduite de 50 %	Capital de 12 965 €, réduction pour tabagisme incluse (dommage physiologique) - Réexamen 6 mois plus tard au regard de l'évolution de l'état de santé de la victime	-	non
Espagne	oui	aucune	Pas d'indemnisation car incapacité permanente < 33 %	-	non
France	examen dans le cadre du système complémentaire car durée d'exposition < à 10 ans	aucune	750 € (perte de capacité de gain) pour tx d'IP de 67 % (minimum pour cancer du poumon dans barème indicatif) + réparation intégrale auprès du FIVA	oui	oui - allocation mensuelle de 975 € cumulable avec la rente
Italie	oui	incidence positive pour la reconnaissance	298 € (perte de capacité de gain) pour un tx d'IP de 30 % : 210 € (dommage biologique)	oui	non, car durée de l'exposition < à 10 ans
Norvège ⁴⁴	oui	aucune	Capital de 11 003 € ou pension de 74 €/mois + capital de 6 980 € (préjudice physiologique)	-	non
Pays-Bas	sera déclarée comme MP	oui ⁴⁵	-	-	non
Portugal	oui	aucune	180 € (perte de capacité de gain)	oui	non
Suède	non, car pas de perte de gain	-	-	-	non
Suisse	oui	aucune	Pas de rente car pas de perte de salaire Capital compris entre 14 000 et 35 000 € selon les dommages subis (atteinte à l'intégrité physique) pour un taux d'IP de 33 % (diminution de capacité pulmonaire, mais aussi cicatrice pulmonaire, douleur pulmonaire ou déformation du thorax)	-	non

NB : Dans plusieurs pays, seule la perte de capacité de gain est théoriquement réparée ; mais en pratique, le calcul est basé sur un barème essentiellement médical.
Tx d'IP : taux d'incapacité permanente

43. Il est évident que dans tous les pays, l'opportunité d'un arrêt du travail et d'une mise à la retraite serait examinée si l'état de santé de la victime s'aggravait ; dans ce tableau, c'est la possibilité d'une préretraite en fonction des circonstances décrites dans l'énoncé du cas pratique qui est envisagée.
44. En Norvège, une assurance privée à la charge de l'employeur complète l'assurance sociale, de manière à assurer une réparation intégrale du préjudice.
45. C'est dans le cadre judiciaire (action en responsabilité de la victime contre son employeur) que le facteur tabagisme est pris en compte, selon la règle de la "responsabilité proportionnelle" : un modèle conçu par des épidémiologistes permet de combiner les données "consommation de cigarettes" (exprimée en paquets-année) et "exposition à l'amiante" (exprimée en fibres-année) et d'en déduire la proportion de chacun de ces facteurs dans la chaîne de causalité.

Au regard des informations fournies, il semble que les prestations ne divergent pas beaucoup d'un pays à l'autre. Mais les études de cas font apparaître quelques spécificités propres aux maladies professionnelles causées par l'amiante : la prise en compte du facteur tabagisme dans la procédure de reconnaissance et d'indemnisation au **Danemark**, la possibilité pour la victime d'accéder à une indemnisation spécifique en **France** et aux **Pays-Bas**, et la possibilité d'anticiper son départ à la retraite, en **France** et en **Italie**.

b. Les dispositifs spécifiques d'indemnisation

De manière générale en Europe, les maladies causées par l'amiante sont réparées de la même façon que toutes les autres maladies professionnelles. Les exceptions sont rares : les **Pays-Bas** et la **France** ont choisi de mettre en place un régime d'indemnisation dérogatoire pour les maladies causées par l'amiante, et la Suède offre des prestations améliorées.

Aux **Pays-Bas**, un régime spécifique d'indemnisation a été mis en place en 2000, afin de parvenir rapidement à un accord équitable de dédommagement des travailleurs ayant été exposés à l'amiante et souffrant d'un mésothéliome. En effet, il n'existe pas d'assurance spécifique contre les risques professionnels dans ce pays, et dans les années 1990, des centaines de personnes s'étaient tournées vers les tribunaux pour engager des poursuites contre leur (ancien) employeur.

Ce régime spécifique concerne uniquement les cas de mésothéliomes, et il est applicable aussi bien aux travailleurs qu'à leurs proches vivant avec eux. En cas de décès de la victime, ses ayants droit (par ordre de priorité époux ou concubin, enfant mineur et personne à charge de la victime) peuvent également en bénéficier ; mais pour percevoir l'indemnité dans son intégralité, ou pour que la demande soit recevable dans le cas où l'employeur de la victime décédée n'existe plus, une demande d'indemnisation doit avoir été introduite par la victime de son vivant. A défaut, seule l'indemnité pour préjudice matériel sera attribuée aux survivants.

C'est l'*Instituut Asbestslachtoffers* - IAS (Institut pour les Victimes de l'Amiante), créé en même temps que le régime d'indemnisation, qui est chargé de l'application du dispositif. La gestion de cet institut a été confiée conjointement au *Comite Asbestslachtoffers* (Comité des victimes de l'amiante, voir page 36), à différentes organisations patronales et syndicales, à l'Association des compagnies d'assurance et au gouvernement.

Cet organisme joue le rôle de médiateur entre le demandeur et son (ancien) employeur débiteur de l'indemnité. Pour que la demande de la victime soit acceptée, il faut en effet que l'enquête menée par l'IAS conclue à la responsabilité de l'employeur. Cette responsabilité est en pratique souvent

établie (voir critères définis par la jurisprudence note 52 de bas de page). Ceci explique que les employeurs ont intérêt à utiliser ce dispositif de médiation plutôt que de supporter une action en justice. Le coût de cette médiation est certes à leur charge, mais le montant des indemnités est défini au préalable. L'application de ce dispositif prive la victime de tout recours judiciaire, mais est parfaitement compatible avec la prestation pour perte de capacité de gain prévue dans le cadre des assurances sociales (maladie ou invalidité). En termes d'indemnisation, le montant forfaitaire prévu pour les personnes dont l'employeur existe encore au moment de la procédure s'élève actuellement à 52 701 euros : 47 429 euros en réparation du préjudice moral, 2 636 euros pour le préjudice matériel et 2 636 euros pour les dépenses funéraires. Si le montant de l'indemnité pour préjudice moral est fixe, les deux autres sommes peuvent être augmentées en fonction de la situation propre à chaque demandeur.

Les victimes de mésothéliome dont l'employeur n'existe plus ne peuvent prétendre qu'à une indemnité minimale de 16 476 euros. C'est le cas de nombreuses personnes employées dans des petites entreprises d'isolation et dans les chantiers navals. Dans tous les cas, le règlement intervient normalement dans les six mois qui suivent la demande d'indemnisation, et il est possible d'obtenir une avance d'un montant égal à l'indemnité minimale. Les sommes indiquées plus haut sont réévaluées chaque année.

En 2004, 271 personnes ont déposé une demande auprès de l'Institut pour les victimes de l'amiante. Dans 46 % des cas, la décision rendue a débouché sur une indemnisation.

La **France** a, elle aussi, créé en décembre 2000 un système d'indemnisation spécifique pour les victimes de l'amiante, via le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante - FIVA (effectif depuis avril 2002). C'est un organisme public, géré par l'État, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés⁴⁶, les partenaires sociaux et des associations de victimes. Il est financé par l'assurance contre les risques professionnels et l'État.

L'objectif de ce dispositif est d'assurer une réparation intégrale des préjudices subis par les victimes, en leur évitant des procédures judiciaires longues et difficiles. Il s'adresse aux personnes victimes de pathologies liées à l'exposition - même non professionnelle - à l'amiante ainsi qu'à leurs ayants droit. Dans 95 % des cas, les victimes sont reconnues atteintes d'une maladie professionnelle. Pour obtenir réparation, la victime doit justifier de son exposition à l'amiante ainsi que d'une atteinte à sa santé. Le fait d'être atteint d'une maladie professionnelle due à l'amiante vaut justification d'une exposition à l'amiante. A ce jour, environ 60 % des personnes indemnisées par le FIVA sont atteintes d'une pathologie bénigne (type plaques pleurales) et 20 % d'un mésothéliome ou d'un cancer du poumon.

46. Organisme français d'assurance maladie (y compris assurance contre les accidents du travail et maladies professionnelles)

Conformément aux principes de la réparation intégrale (c'est-à-dire celle accordée dans le cadre du droit civil), sont indemnisés, le plus souvent sous forme de capital, les préjudices patrimoniaux (incapacité fonctionnelle, perte de gain, frais résultant de la pathologie) et les préjudices extrapatrimoniaux (préjudice moral et physique, préjudice d'agrément, préjudice esthétique). Un barème indicatif propre au FIVA est utilisé pour évaluer le montant de l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle, et les critères pris en compte sont la pathologie et l'âge de la victime. A titre d'exemple, un homme de 65 ans atteint de plaques pleurales peut prétendre au versement d'un capital de 19 000 euros (pour un taux d'incapacité de 5 %), ainsi que de 14 000 euros en réparation de ses préjudices extrapatrimoniaux. La même victime atteinte d'un mésothéliome recevra une rente annuelle de 16 240 euros, plus un capital de 100 000 euros. Le Fonds a six mois pour présenter au demandeur une offre d'indemnisation comportant la liste des préjudices et le détail des sommes correspondantes. La victime (ou ses ayants droit) qui fait une demande d'indemnisation au FIVA et qui accepte l'offre de celui-ci renonce à toute action juridictionnelle en cours ou future en réparation des mêmes préjudices. En cas d'acceptation, le FIVA est alors subrogé dans les droits de la victime et est tenu d'exercer les actions en réparation contre le responsable du dommage, notamment dans le cadre de la faute inexcusable (voir page 36). En pratique, depuis la création du Fonds, seules 750 actions récursoires ont été engagées. Depuis sa mise en place jusqu'au début de l'année 2005, le FIVA a présenté plus de 14 500 offres d'indemnisation (il reçoit en moyenne 700 demandes par mois depuis 2004).

Il existe en **Suède** depuis 1984 une indemnité spécifique pour indemniser les personnes atteintes de plaques pleurales causées par l'amianté. Un premier accord prévoyait une indemnité forfaitaire de 1 000 euros pour les cas de plaques pleurales apparues entre le 1er janvier 1974 et le 5 juin 1985. Le montant de cette indemnité s'élève aujourd'hui à 1 900 euros. En 1987, une condition pour l'attribution de cette somme est apparue : le travailleur doit avoir subi une réduction de sa capacité pulmonaire de 15 % qui doit être constatée avant l'âge de 65 ans. Depuis 1993, c'est le système complémentaire AFA⁴⁷ qui prend en charge les cas de plaques pleurales apparues à partir du 5 juin 1985.

2. Les dispositifs de retraite anticipée

Seuls deux pays européens ont créé un système de retraite anticipée pour les travailleurs exposés à l'amianté, jugeant nécessaire de compenser la perte d'espérance de vie à laquelle ces personnes sont confrontées.

Le premier est l'**Italie** : en 1992, la loi qui a interdit l'emploi de

l'amianté dans ce pays a également prévu la mise en place d'un dispositif de retraite anticipée pour les personnes ayant été exposées à l'amianté à l'occasion de leur activité professionnelle. Les conditions sont d'avoir cotisé au moins 30 ans à l'assurance vieillesse et de pouvoir prouver une exposition intense à l'amianté durant au minimum 10 ans. L'examen individuel de cette seconde condition est à la charge de l'*Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro* - INAIL⁴⁸, qui doit délivrer une attestation d'exposition au demandeur⁴⁹.

Les candidats à ce dispositif bénéficient d'un bonus pour chaque année d'exposition, puisque ce nombre était multiplié par un coefficient de 1,5, coefficient qui a été réduit à 1,25 fin 2003. Depuis cette révision, la majoration n'est utilisée que pour augmenter le montant de la pension de retraite, et non plus pour permettre au travailleur de cesser le travail de manière anticipée.

Récemment, ce dispositif a été modifié à nouveau : la condition relative à l'intensité de l'exposition décennale a été définie de manière plus restrictive, en ce sens que l'assuré devra dorénavant apporter la preuve d'une exposition de 100 fibres/litre durant 8 heures par jour pendant au moins 10 ans. Cette initiative est fortement critiquée puisqu'en pratique, cette preuve sera impossible à établir en l'absence d'analyses des ambiances de travail dans le passé. De 1992 à juin 2005, on décompte plus de 600 000 demandes, dont une bonne partie ont été déposées récemment, juste avant la date de modification du dispositif (les dernières demandes devaient être déposées auprès de l'INAIL avant le 15 juin 2005). 141 484 ont reçu la certification de l'INAIL, et plus de la moitié des demandes n'ont pas encore été traitées.

En **France**, un dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amianté permet, depuis le 2 avril 1999, aux salariés ou anciens salariés (y compris ceux du régime agricole)⁵⁰ susceptibles d'avoir été exposés à l'amianté de bénéficier d'une préretraite sous réserve qu'ils remplissent plusieurs conditions.

Ces personnes doivent être atteintes d'une maladie professionnelle reconnue provoquée par l'amianté (asbestose, mésothéliome, cancer du poumon, tumeur pleurale bénigne et plaques pleurales), ou bien avoir travaillé

47. L'AFA Trygghetsförsäkring est une assurance complémentaire conventionnelle obligatoire qui a pour fonction de compléter l'indemnisation de la perte de gain attribuée par l'organisme d'assurance sociale.

48. Organisme italien d'assurance contre les risques professionnels

49. Dans les faits, la décision de délivrer ou pas cette attestation a fait l'objet d'une jurisprudence abondante ; la plupart du temps, les deux premiers niveaux de juridiction ont rendu des décisions favorables au demandeur, et la Cour de Cassation des décisions donnant raison à l'INAIL (à cause du défaut de preuve de l'intensité de l'exposition).

50. Des dispositifs de même nature ont été mis en place par la SNCF et certaines administrations de l'État.

dans certains établissements (de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante), ou encore avoir exercé certains métiers dans certains établissements de réparation ou de construction navale (les listes répertoriant ces différents types d'établissements sont définies par décret et régulièrement étendues). Les salariés ou anciens salariés doivent également être âgés d'au moins 50 ans pour bénéficier de ce dispositif.

Le moment du départ en préretraite dépend du nombre d'années d'exposition, sauf pour les personnes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle liée à l'amiante, qui sont éligibles au dispositif dès l'âge de 50 ans.

Une allocation ad hoc est alors versée aux bénéficiaires jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions pour percevoir une pension de retraite à taux plein. Le Fonds créé pour gérer ce dispositif est financé essentiellement par l'assurance contre les risques professionnels, ainsi que par l'État.

En cinq ans, plus de 33 000 demandes de cessation anticipée ont été acceptées, et en 2004 le nombre de bénéficiaires de l'allocation s'élevait à 27 409.

Il convient de préciser que le financement de ce dispositif étant en péril et son fonctionnement critiqué, le Fonds de cessation anticipée d'activité devrait être réformé en 2006.

3. La dimension politico-judiciaire des maladies causées par l'amiante

En **Belgique**, les recours judiciaires de personnes atteintes d'une maladie causée par l'amiante contre leur employeur sont actuellement inexistantes. Ceci pour la simple raison que le droit belge ne le permet pas.

Un arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles du 2 novembre 1998 a débouté le premier - et à ce jour unique - plaignant atteint d'un mésothéliome et a rappelé qu'un recours en responsabilité civile contre ses employeurs successifs n'était possible que si ceux-ci avaient commis une faute intentionnelle. Or le fait d'avoir exposé des salariés à l'amiante sans les avoir préalablement informés du danger et sans leur avoir fourni d'équipement de protection constitue une faute grave mais pas intentionnelle. Une loi de 1999 a bien étendu la possibilité d'un tel recours contre les employeurs qui auraient méconnu gravement leurs obligations en matière de santé et sécurité malgré un avertissement écrit de l'inspection du travail, mais ces conditions sont tellement restrictives qu'elle n'ont encore jamais trouvé à s'appliquer.

Un second obstacle juridique empêche ce type de recours : le droit pour une victime de maladie professionnelle de se pourvoir en justice contre son employeur se prescrit par 20 ans à partir de la dernière exposition à l'agent pathogène. Or les maladies liées à l'amiante comme le mésothéliome se caractérisent par une période de latence très longue (30 à 40 ans).

Suite à une action intentée en 2000, et pour la première fois

par une personne victime d'une exposition environnementale à l'amiante ayant entraîné un mésothéliome, l'Association Belge des Victimes de l'Amiante (ABEVA) a été créée. Cette association, qui depuis sa création soutient les victimes de l'amiante et leur famille et tente de convaincre le Fonds des maladies professionnelles⁵¹ d'écourter les délais de traitement des demandes d'indemnisation, milite également pour des changements législatifs qui permettraient aux victimes d'obtenir une réparation intégrale de leurs préjudices (à l'instar du modèle français). L'ABEVA exige également la suppression de la faute intentionnelle en tant que condition d'un recours contre l'employeur, ou tout au moins une interprétation moins restrictive de cette notion. En réponse à ces revendications, une proposition de loi a été déposée en juillet 2004 pour la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mais elle a été rejetée.

Aux **Pays-Bas**, le problème des maladies de l'amiante a été avant tout d'ordre judiciaire. Ces pathologies sont les premières maladies professionnelles à avoir fait l'objet de demandes judiciaires d'indemnisation. Il faut rappeler que ce pays ne dispose pas d'assurance sociale spécifique contre les risques professionnels. Donc les travailleurs qui souhaitent obtenir davantage que ce qui est accordé par l'assurance maladie ou invalidité - dont les prestations sont pourtant jugées favorables aux assurés - ont pour seul recours l'action en justice contre leur employeur. Entre 1990 et 2000, le nombre de recours a considérablement augmenté. Cette multiplication des recours peut tout d'abord s'expliquer par le nombre croissant de travailleurs atteints d'affections liées à l'amiante : plus de 300 cas de mésothéliome sont diagnostiqués chaque année. Mais le soutien que le *Comite Asbestslachtoffers* (Comité des victimes de l'amiante) a apporté à ces personnes dès sa création en 1995, ainsi que l'issue favorable aux victimes de nombreuses procédures ont également encouragé cette tendance.

Durant cette décennie, un millier de plaintes ont été prises en charge par des avocats, mais la plupart ont été traitées à l'amiable avec les employeurs. On estime à 125 le nombre d'actions qui ont été conduites à terme devant les tribunaux. Ces actions ont été intentées sur la base de l'article 7:658 du Code Civil néerlandais, selon lequel l'employeur est tenu de veiller à la santé de ses salariés. Il est responsable des dommages à la santé s'il n'a pas pris les mesures adéquates en matière de santé et sécurité. La victime doit apporter la preuve de son exposition à l'amiante et des manquements de l'employeur à son devoir de protection des salariés, au sujet desquels elle peut ne donner que des indications générales. En effet, la jurisprudence a fait glisser la charge de la preuve vers l'employeur, qui doit démontrer qu'il avait rassemblé à l'époque des faits les informations nécessaires sur les mesures de contrôle à envisager pour protéger la santé de

51. Organisme belge d'assurance contre les maladies professionnelles

ses salariés, et qu'il avait effectivement pris des mesures suffisantes⁵².

En 1995, le Parti Socialiste néerlandais a créé le Comité des victimes de l'amiante, qui a reçu le soutien des organisations syndicales et des media, et dont le but est d'aider les victimes de l'amiante, notamment dans leurs démarches d'indemnisation.

L'action de ce Comité, mais aussi la dérive judiciaire des années 1990, les pressions politiques et le sentiment généralisé que l'État (en tant que législateur et employeur) n'avait pas réagi à temps après avoir pris conscience de l'effet fortement cancérigène de l'amiante, ont abouti en 2000 à la création de l'Institut pour les victimes de l'amiante et d'un régime spécifique d'indemnisation pour les victimes de mésothéliome. Depuis, le nombre de recours en justice pour exposition professionnelle à l'amiante a baissé de manière significative. Mais plus récemment, l'attention s'est portée sur le problème de l'exposition environnementale, et les tribunaux ont déjà rendu plusieurs décisions en faveur de plaignants.

En **Italie**, l'aspect judiciaire du problème des maladies causées par l'amiante se caractérise par le fait que les poursuites engagées devant les tribunaux par les victimes contre leur employeur sont non seulement d'ordre civil mais aussi, dans de nombreux cas, d'ordre pénal.

Il convient ici de préciser les spécificités de l'action pénale : les poursuites sont exercées contre des personnes physiques (dirigeants) et non pas morales (entreprises) ; c'est au ministère public que revient la charge de la preuve (et non pas à la victime) ; enfin, en cas de condamnation, ce sont des sanctions pénales telles que l'amende et l'emprisonnement qui sont prononcées, et non pas une condamnation à des dommages-intérêts.

Actuellement, plusieurs procès sont en cours à Padoue, Gênes, Turin, Venise, en Toscane et à Syracuse, contre les dirigeants d'entreprises de transport, de chantiers navals, de fabrication de pneumatiques et de matériaux de construction en amiante. L'INAIL s'est porté partie civile dans ces différentes procédures. L'une de ces actions a déjà abouti en 2005 à la reconnaissance de la culpabilité de dirigeants d'une société du groupe Eternit, mais la peine n'a pas encore été prononcée.

On dénombre également de nombreux recours en responsabilité civile. Le 14 janvier 2005, la Cour de Cassation a ainsi rejeté le pourvoi de l'entreprise nationale de transport ferroviaire (*Ferrovie dello Stato-FS*), qui avait été condamnée à indemniser un ouvrier exposé à l'amiante entre 1959 et 1971. La Cour a estimé que l'entreprise était responsable de la maladie de la victime car elle n'avait pas adopté en temps voulu des mesures de protection de ses salariés, alors que les conséquences cancérigènes de l'amiante étaient connues scientifiquement dès le début des années 1960. La Cour a rappelé que la FS était une grande entreprise disposant de services de surveillance sanitaire, sous-entendant ainsi que la décision aurait pu être plus clément

si l'employeur avait été une PME susceptible d'être moins bien informée à propos des risques et des mesures de protection à prendre. Un arrêt de la chambre pénale de la Cour de Cassation de 2003 avait préalablement fixé à 1965 la date à partir de laquelle les informations sur la nocivité de l'amiante étaient largement diffusées.

En outre, le phénomène des recours de victimes italiennes dépasse les frontières. En effet, tout au long du XXe siècle, de nombreux Italiens ont émigré pour trouver du travail. Récemment, la question s'est posée de l'indemnisation de certains ouvriers italiens atteints de mésothéliome et qui avaient été exposés durant leur activité professionnelle à l'étranger, notamment en **Suisse**. Un accord entre la SUVA⁵³ et l'INAIL signé en 2005 a résolu ce problème transnational. En revanche, des différends demeurent entre ces deux pays à propos de poursuites engagées en Italie pour homicide par négligence par plusieurs centaines de travailleurs contre les anciens propriétaires d'un grand groupe suisse d'amiante-ciment, dont les filiales italiennes ont été déclarées en faillite en 1986.

En **France**, il semble que la mise en place en 2002 d'un système d'indemnisation spécifique pour les victimes de l'amiante n'a pas permis d'endiguer la multiplication des recours judiciaires intentés par les victimes contre leur employeur.

Une modification jurisprudentielle est venue encourager cette tendance : une série d'arrêts de la chambre sociale de la Cour de Cassation, en date du 28 février 2002, a fait évoluer la notion de "faute inexcusable"⁵⁴. La Cour a ainsi reconnu coupables d'une faute inexcusable des employeurs ayant exposé leurs salariés aux risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante. Elle a estimé qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultats (et non pas de moyens), notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par le salarié du fait des

52. Plusieurs arrêts de la Cour Suprême ayant abouti à une condamnation de l'employeur ont défini l'étendue de l'obligation de ce dernier en précisant le type de mesures qui auraient dû être prises pour protéger les travailleurs de l'exposition à l'amiante. Par ailleurs, l'arrêt Cijssouw-De Schelde de 1993 a affirmé que l'employeur était responsable même s'il prétendait ne pas avoir été informé du risque à l'époque des faits, et deux arrêts de 1998 ont spécifié que l'on devait considérer l'année 1949 comme la date à partir de laquelle les employeurs auraient dû avoir connaissance du danger induit par une exposition à l'amiante.

53. Principal organisme suisse d'assurance contre les accidents (professionnels ou non) et les maladies professionnelles

54. Ce concept propre au droit français constitue une exception au principe d'immunité civile dont jouit l'employeur dans le cadre de l'assurance sociale contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Si la faute inexcusable de l'employeur est reconnue, la victime (ou ses ayants droit) peut bénéficier d'une meilleure réparation que celle prévue dans le cadre de l'assurance sociale ad hoc (majoration des rentes, prise en compte des préjudices extrapatrimoniaux, action successorale des ayants droit).

produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise, et que "le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable [...] lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié". Cette décision a eu pour conséquence de rendre les condamnations d'employeurs plus aisées, donc d'encourager le nombre de recours en responsabilité civile : le nombre de jugements a ainsi triplé en 2003 par rapport à l'année précédente, et il se situe à plus de 1 500 pour l'année 2004. De plus, 98% des jugements rendus cette année-là ont reconnu la faute inexcusable de l'employeur. La persistance de ce type de contentieux malgré la création du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) peut s'expliquer ainsi : d'une part, les victimes peuvent être psychologiquement sensibles à la condamnation de leur employeur ; d'autre part, les décisions de justice, bien qu'hétérogènes sur le territoire, accordent en général des montants plus élevés que ceux du FIVA.

Si les recours civils de victimes de l'amiante sont souvent couronnés de succès, ce n'est pas le cas des recours pénaux. Très récemment, le 15 novembre 2005, la chambre criminelle de la Cour de Cassation a rejeté le pourvoi de proches de victimes décédées d'une maladie de l'amiante et confirmé définitivement un non-lieu qui avait été prononcé un an auparavant. La Cour d'Appel avait estimé que "les pouvoirs publics ayant tardé à prendre conscience de l'extrême dangerosité" de l'amiante, on ne pouvait pas tenir les dirigeants des sociétés incriminés pour responsables d'avoir exposé des salariés à ce matériau.

Toutefois, la Cour de Cassation, qui a déclaré l'action irrecevable (le parquet ne s'était pas associé au pourvoi des familles) et n'a donc pas examiné le dossier sur le fond, a précisé qu'elle pourrait à l'avenir être amenée à définir les conditions de la responsabilité pénale des employeurs à l'occasion de l'examen d'autres pourvois. Car plusieurs

dizaines d'actions pénales à l'encontre d'employeurs ont été engagées par des victimes depuis 1996 pour empoisonnement, homicide ou blessures volontaires. Certaines se sont achevées par des non-lieux, mais la plupart sont en cours d'instruction.

Mais la responsabilité des employeurs dans l'ampleur des maladies causées par l'amiante n'est pas la seule à avoir été mise en cause : le 3 mars 2004, le Conseil d'État a ainsi affirmé la responsabilité de l'État, en confirmant un arrêt d'une Cour administrative qui avait condamné l'État sur le fondement de la faute pour carence de son action dans le domaine de la prévention des risques liés à l'exposition professionnelle à l'amiante. Carence de l'État qui est également relevée dans un rapport d'information du Sénat daté de novembre 2005⁵⁵.

Il convient d'ajouter que la société civile s'est emparée du problème de l'amiante d'une manière particulièrement active, afin de faire pression sur les pouvoirs publics. L'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA) a, entre autres, revendiqué dès sa création en 1996 une amélioration du système de réparation des maladies de l'amiante, ce qui a contribué à la naissance du FIVA. Cette puissante association regroupe aujourd'hui quelque 7 000 adhérents.

Enfin, il semble que les associations de victimes de l'amiante ainsi que plusieurs organisations syndicales commencent à se coordonner à l'échelle européenne. Le but principal est de sensibiliser la Commission et le Parlement européens sur la nécessité que l'Union garantisse une indemnisation satisfaisante à toutes les victimes en Europe de l'amiante.

55. DERIOT G, GODEFROY JP. Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante ; Tome I - Rapport ; Tome II - Auditions. Paris : Sénat, 2005

Estimation de la mortalité par mésothéliome pleural en Europe

Dans une étude publiée en 1999, Peto et al⁵⁶ prévoyaient une épidémie européenne de mésothéliomes entre 1995 et 2029 provoquant environ 250 000 décès en Europe occidentale, avec un pic se situant autour de 2018.

Depuis, des données relatives à l'évolution réelle de la mortalité par mésothéliome dans différents pays européens sont disponibles sur cinq années supplémentaires, et les prévisions de mortalité ont été mises à jour. Des études sur l'actualisation des prévisions dans divers pays et une étude sur les registres européens du cancer ont été effectuées. Des incertitudes concernant les modèles de prévision sont discutées. Les prévisions antérieures font place à des scénarios moins pessimistes ; dans certains pays, l'incidence des mésothéliomes s'est heureusement stabilisée ou a même diminué.

Le mésothéliome pleural

Cette forme de cancer est toujours fatale ; elle se caractérise par des difficultés progressives à respirer et une douleur persistante dans la cage thoracique. Lorsque les symptômes apparaissent, l'espérance de vie est de quelques semaines à quelques années. L'âge moyen auquel la maladie est diagnostiquée se situe autour de 60 ans.

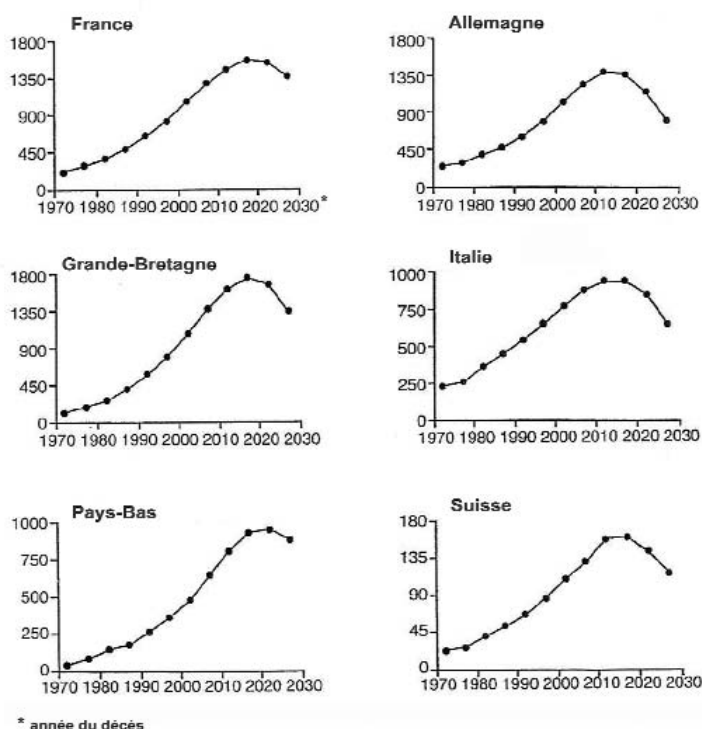
Le désespoir des patients et des médecins a incité à rechercher un traitement efficace. Mais les bénéfices cliniques sont minimes ; un traitement radical, administré pendant les trois mois qui suivent le diagnostic peut même priver le patient des trois meilleurs mois qu'il lui reste à vivre (Treasure and Sedrakyan⁵⁷, 2004).

L'étude de Peto

Les modèles utilisés pour prévoir l'incidence future des mésothéliomes⁵⁸ prennent en compte le type d'amiante, la dose et le temps écoulé depuis la première exposition. Les projections peuvent également être fondées sur un modèle de cohorte démographique constitué sur la base de l'âge et de l'année de naissance ou d'une combinaison des deux. Le graphique ci-contre montre les prévisions faites pour certains pays européens dans l'étude de Peto.

Après Peto, d'autres ont utilisé des modèles comparables ou

Graphique 5 : Prévion de mortalité par mésothéliome dans plusieurs pays européens (Peto et al, 1999)



plus élaborés pour prévoir les tendances nationales. Au Danemark, Kjaergaard and Andersson⁵⁹ (2000) ont analysé les données du Registre danois du cancer et utilisé un modèle de cohorte réalisé en fonction de l'année de naissance pour prévoir les évolutions futures : ils tablent sur un taux maximal d'incidence autour de 2010. L'utilisation de l'amiante a été interdite au Danemark en 1980 (à l'exception des produits en amiante-ciment).

En France, Banaei et al⁶⁰ (2000) ont ajouté le *background risk*⁶¹ au risque lié à l'exposition cumulée à l'amiante tout au

56. PETO et al. The European mesothelioma epidemic. *Br J Cancer*. 1999, 79 : 666-72

57. TREASURE T, SEDRAKYAN A. Pleural mesothelioma : little evidence, still time to do trials. *Review Lancet*. 2004, 364: 1183-85

58. nombre de nouveaux cas de mésothéliome diagnostiqués dans une population donnée et durant une période donnée

long de la vie. Ils prévoient un pic de 800 à 1 600 décès annuels chez les hommes de 25 à 89 ans vers 2030, et un pic de 1 550 décès annuels chez les hommes de 40 à 84 ans vers 2020. Le pic des importations d'amiante a eu lieu en 1975 et a ensuite diminué rapidement jusqu'à l'interdiction de l'amiante en 1996.

Mise à jour des prévisions de mortalité

Dans un certain nombre d'études récentes, les modèles prospectifs prennent en compte davantage d'années d'observation de la mortalité. Toutes ces études reviennent à la baisse les prévisions concernant le nombre futur de décès.

Berry et al⁶² (2004) rendent compte du sort des Australiens qui ont travaillé à l'extraction et au traitement de l'amiante crocidolite dans la mine de Wittenoom, qui a fermé en 1966. En 2000, 3,4 % de tous les anciens travailleurs étaient morts de mésothéliome. Le nombre d'hommes décédés d'un mésothéliome entre 1987 et 2000 se situait au niveau le plus bas des prévisions antérieures. Une explication possible est que le taux d'élimination de l'amiante crocidolite ayant pénétré dans les poumons est meilleur que ce que l'on supposait. Aux Pays-Bas, Segura et al⁶³ (2003) ont considérablement modifié leurs prévisions par rapport à ce qu'ils avaient annoncé cinq ans auparavant : les cas de mortalité sont inférieurs de 44 % maintenant que cinq années supplémentaires sont prises en compte dans le modèle.

Incertitude des modèles de prévisions

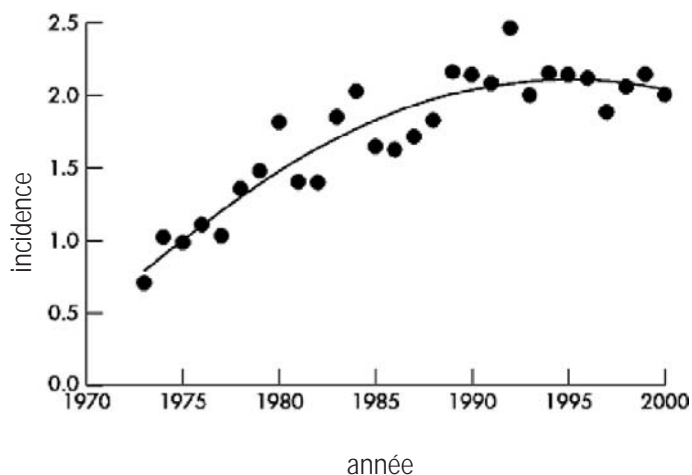
Les modèles utilisés pour prévoir la mortalité par mésothéliome pleural sont fondés sur différents critères : l'âge, l'année de naissance (effet de cohorte), l'année de la mort (effet de période) et l'utilisation d'amiante dans le temps, fondée sur les chiffres relatifs aux importations. Dans certains pays, les statistiques portant sur l'incidence des mésothéliomes sont moins fiables que dans d'autres. Cela peut être dû à des différences dans la qualité et l'intensité des soins médicaux, la précision des diagnostics et les statistiques médicales (il existe un registre national du cancer et un registre du mésothéliome dans certains pays seulement). On peut également remettre en question l'utilisation des chiffres relatifs aux importations d'amiante comme critères fiables d'exposition ; les conditions de travail ont tendance à s'améliorer dans le temps et varient d'un pays à l'autre. Tout cela tend à remettre en question les modèles de prévisions et les comparaisons entre pays.

Baisse de l'incidence du mésothéliome dans certains pays

Aux États-Unis, le pic de l'incidence du mésothéliome s'est situé entre le début et le milieu des années 1990 et semble avoir commencé à diminuer depuis (Weil et al⁶⁴, 2004). Des données provenant de registres du cancer représentatifs de l'ensemble des États-Unis ont été analysées. Cette étude montre la baisse récente et progressive de l'incidence du mésothéliome. Cela tient sans doute essentiellement à la

réduction de l'utilisation d'amphibole (crocidolite et amosite) depuis le pic de son importation aux États-Unis dans les années 1960.

Graphique 6 : Incidence de mortalité par mésothéliome pour 100 000 habitants aux États-Unis, 1970-2000 (Weill et al, 2004)



En Suède, l'incidence du mésothéliome s'est stabilisée. Étant donné que la Suède a été l'un des premiers pays à prendre des mesures de prévention concernant l'utilisation de l'amiante, on pouvait effectivement s'attendre à ce que ce soit l'un des premiers pays où les effets de ces mesures se fassent sentir.

Les chiffres de la mortalité aux Pays-Bas font apparaître une tendance identique (voir graphique 7).

59. KJAERGAARD J, ANDERSSON M. Incidence rates of malignant mesothelioma in Denmark and predicted future number of cases among men. *Scand J Work Environ Health*. 2000, 26(2):112-7

60. BANAEI A, AUVERT B, GOLDBERG M et al. Future trends in mortality of French men from mesothelioma. *Occup Environ Med*. 2000, 57: 488-494

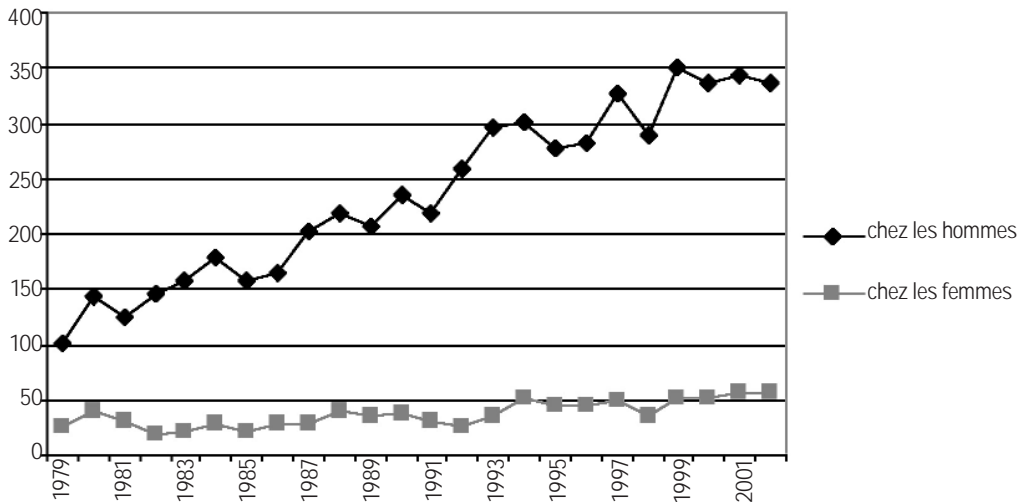
61. Risque d'être atteint d'un mésothéliome sans avoir été exposé à l'amiante

62. BERRY G, KLERK NH, REID A et al. Malignant pleural and peritoneal mesotheliomas in former miners and millers of crocidolite at Wittenoom, West Australia. *Occup Environ Med* 2004, 61

63. SEGURA O, BURDORF A, LOOMAN C. Update of predictions of mortality from pleural mesothelioma in the Netherlands. *Occup Environ Med*. 2003, 60: 50-55

64. WEILL H, HUGHES JM, CHURG AM. Changing trends in US mesothelioma incidence. *Occup Environ Med*. 2004, 61: 438-441

Graphique 7 : Mortalité par mésothéliome aux Pays-Bas 1979-2002 (source : Institut Néerlandais des Statistiques)



Analyse écologique

La période de latence (temps écoulé entre la première exposition et les manifestations cliniques de la tumeur) est d'environ 32 ans (Lanphear et Buncher⁶⁶, 1992). Une étude allemande fait état d'une période de latence de plus de 30 ans mais aussi d'une tendance à des périodes de latence plus courtes en cas d'expositions plus fortes à l'amiante et, en conséquence, à un âge relativement plus jeune pour le diagnostic de la maladie (Neumann et al⁶⁷, 2001).

Dans une analyse récente fondée sur des données compilées de neuf pays, la période moyenne de latence (utilisation d'amiante par rapport à la morbidité dans la société) est estimée approximativement à 25 ans (Nurminen et al⁶⁸, 2003). C'est environ 25 ans après le pic de l'utilisation de l'amiante dans un pays qu'apparaît le pic de la mortalité par mésothéliome. Cette analyse écologique, qui ne fait aucune prévision pour l'avenir, semble être un point de départ plus réaliste pour faire des projections que les modèles plus complexes utilisés par d'autres épidémiologistes.

Conclusions

De récentes études montrent que l'épidémie de mésothéliomes en Europe connaît une évolution moins dramatique que celle pronostiquée par Peto en 1999. Il semble que l'augmentation de l'incidence du mésothéliome

dans les années ou même les décennies à venir s'arrêtera plus tôt que prévu, notamment en Europe du Nord où des mesures visant à réduire l'exposition professionnelle ont été prises dans les années 1970.

Étant donné que le mésothéliome est considéré comme l'indicateur le plus sensible et le plus spécifique des effets négatifs de l'exposition aux fibres d'amiante présentes dans l'air, on peut s'attendre à la même évolution pour d'autres maladies malignes liées à l'amiante tel que le cancer du poumon.

Bien que les chiffres paraissent meilleurs qu'auparavant, le bilan global des effets de l'amiante sur la santé en Europe est dramatique puisqu'il se solderait au total par 100 000 décès environ.

65. HEMMINKI K AND LI X. Mesothelioma incidence seems to have levelled off in Sweden. *Int J Cancer*. 2003, 103: 145-6

66. LANPHEAR BP, BUNCHER CR. Latent period for malignant mesothelioma of occupational origin. *J Occup Med*. 1992, 34: 718-21

67. NEUMANN V, GÜNTHER S, MÜLLER KM, FISCHER M. Malignant mesothelioma. German mesothelioma register 1987-1999. *Int Arch Environ Health*. 2001, 74: 383-395

68. NURMINEN M, KARJALAINEN A, TAKAHASHI K. Estimating the induction period of pleural mesothelioma from aggregated data on asbestos consumption. *J Occup Environ Med*. 2003, 45: 1107-11

Annexes

Annexe 1 : Critères de reconnaissance de l'asbestose

Annexe 2 : Critères de reconnaissance du cancer du poumon causé par l'amiante

Annexe 3 : Critères de reconnaissance du mésothéliome

Annexe 4 : Critères de reconnaissance des plaques pleurales

Annexe 5 : **NORVÈGE** Collaboration entre Registre du cancer et organisme d'assurance

Explication des sigles et expressions utilisés dans les annexes

T.D.M. : tomodensitométrie ou scanner (en anglais CT-Scan)

T.D.M.-H.R. : tomodensitométrie en haute résolution

Classification du BIT (Bureau international du travail) : classification internationale des radiographies de pneumoconioses comprenant 22 clichés types, illustrant la classification des petites et grandes opacités parenchymateuses, des anomalies pleurales et de certaines autres anomalies.

Critères d'Helsinki : (expositions aux poussières d'amiante)

- au moins 1 an si exposition importante (emploi dans une usine d'amiante-ciment, travaux de démolition impliquant une exposition certaine à l'amiante ou manipulation directe d'amiante)

- 5 à 10 ans si exposition modérée (par exemple, travail dans les docks en espace confiné, travail régulier en contact avec des toits en amiante-ciment, travaux de plomberie impliquant des expositions régulières à l'amiante et travail de mécanicien amené à changer fréquemment les garnitures de freins des camions ; les travaux réalisés à l'intérieur comptant plus que les travaux réalisés à l'extérieur, l'exposition directe plus que l'exposition indirecte)

- exposition calculée à 25 fibres/cm³ minimum par an soit une exposition équivalant au minimum à 1 fibre/cm³ sur 25 ans ou 2 fibres/cm³ sur 12 ans et demi.

D'après *Scand J Work Environ Health*. Asbestos, asbestosis and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. 1997 Aug, 23 : 311-316

Annexe 1 : Critères de reconnaissance de l'asbestose

Pays	Critères médicaux	Critères d'exposition aux poussières d'amiante	Période de latence
Allemagne	Fibrose pulmonaire prouvée par examen aux rayons X (selon la classification du BIT) ou par T.D.M./T.D.M.-H.R.	Plusieurs années	10 ans minimum
Autriche	Fibrose pulmonaire prouvée par examen aux rayons X (selon la classification du BIT) ou par T.D.M. La maladie est indemnisée en fonction de ses conséquences cardio-respiratoires sur l'état de santé de la victime	Exposition certaine et intense	généralement 10 ans minimum
Belgique	Fibrose pulmonaire diffuse prouvée par examen aux rayons X ou par T.D.M. + observations histologiques ou critère d'exposition	Exposition cumulée sup. ou égale à 25 fibres/ml-années (confirmée par enquête ou analyse minéralogique)	10 ans minimum
Danemark	Fibrose pulmonaire prouvée par examen aux rayons X + diminution de la fonction pulmonaire et/ou réduction de la capacité de diffusion pulmonaire (en cas de doute, une T.D.M.-H.R. peut clarifier le diagnostic)	Critères d'Helsinki	-
Espagne	Histologie clinique, examen aux rayons X	Exposition certaine et intense (liste indicative de travaux)	Généralement 10 ans
Finlande	Pneumoconiose compatible avec asbestose prouvée par imagerie médicale (rayons X, T.D.M. ou T.D.M.-H.R. si nécessaire). La présence de particules d'amiante dans le fluide du lavage bronchoalvéolaire ou dans les spécimens histologiques, ainsi que dans le tissu pulmonaire peuvent être des instruments de mesure de l'exposition à l'amiante. Le diagnostic de plaques pleurales précède généralement celui de l'asbestose.	Exposition intense durant au moins 1 an à l'occasion de travaux d'isolation ou de flocage, ou bien durant 10 années pour d'autres travaux de construction	-
France	Fibrose pulmonaire diagnostiquée sur des signes radiologiques spécifiques, qu'il y ait ou non des modifications des explorations fonctionnelles respiratoires	2 années (liste indicative de travaux)	Délai de prise en charge : 35 ans maximum après la fin de l'exposition
Italie	- Rayons X - T.D.M.-H.R. - Spirométrie, analyses de sang, électrocardiogramme	Exposition certaine et importante (liste indicative de travaux)	
Norvège	Lésion de la plèvre ou du poumon prouvée par examen aux rayons X (selon la classification du BIT)	Exposition certaine et intense	10 à 15 ans selon la durée d'exposition
Portugal	Rayons X et T.D.M.	Liste indicative de travaux	10 ans
Suède	2 des critères suivants : - physiologie du poumon indiquant une pathologie restrictive - modifications interstitielles prouvées par rayons X - crépitations respiratoires persistantes	Exposition certaine et intense	10 à 15 ans selon l'intensité de l'exposition
Suisse	Constatations cliniques et radiologiques, examens complémentaires éventuels (lavage bronchoalvéolaire)	Exposition certaine et intense	-

Annexe 2 : Critères de reconnaissance du cancer du poumon causé par l'amiante

Pays	Critères médicaux	Critères d'exposition aux poussières d'amiante	Période de latence
Allemagne	- Cancer du poumon associé à une asbestose (histologiquement parlant, une asbestose minimale suffit) ou à des modifications étendues de la plèvre induites par l'amiante - Condition alternative : voir "critères d'exposition"	Exposition de 25 fibres/ml - années (condition alternative au critère médical)	10 ans minimum
Autriche	- Cancer du poumon associé à une asbestose (histologiquement parlant, une asbestose minimale suffit) ou à des modifications étendues de la plèvre induites par l'amiante - Condition alternative : voir "critères d'exposition"	Exposition de 25 fibres/ml - années (condition alternative au critère médical)	-
Belgique	Conditions alternatives : - présence d'asbestose ou d'épaississements pleuraux bilatéraux diffus dus à l'amiante - 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 ml de lavage bronchoalvéolaire. 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 - 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 - autre condition alternative : voir "critères d'exposition"	Exposition de 25 fibres/ml - années ou liste limitative de travaux ou critères médicaux équivalant à une exposition sup. ou égale à 25 fibres/ml - années	10 ans
Danemark	Diagnostic au microscope souhaitable ; à défaut, diagnostic probable en fonction du tableau clinique et de l'évolution de la maladie	Critères d'Helsinki	-
Espagne	Cancer du poumon associé à une asbestose, à défaut biopsie, examen au microscope du liquide bronchoalvéolaire	10 années (sauf si cancer associé à une asbestose)	10 à 20 ans
Finlande	Diagnostic par un pathologiste d'un néoplasme malin des bronches ou du poumon Si asbestose (même diagnostiquée post mortem par examen microscopique), reconnaissance automatique	Critères d'Helsinki (si absence d'asbestose)	10 ans (si absence d'asbestose)
France ⁶⁹	Examen histologique, à défaut, sur la base d'une évolution clinique et d'une imagerie suggestives	10 années + liste limitative de travaux	Délai de prise en charge : 40 ans maximum après la fin de l'exposition
Italie	- Rayons X, T.D.M.-H.R. - Spirométrie, examens sanguins, électrocardiogramme - Examen cytologique	- ⁷⁰	-

69. Si la pathologie est associée à des lésions parenchymateuses et pleurales bénignes, les conditions de reconnaissance sont plus souples : durée d'exposition de 5 ans, caractère indicatif de la liste de travaux et période de latence maximale de 35 ans.

70. Il n'existe pas de critère légal relatif à une durée ou une intensité minimum d'exposition. La réalité de l'exposition est examinée, pour chaque demande de reconnaissance, au regard de la littérature scientifique et de l'existence d'éventuels risques extraprofessionnels.

(Suite annexe 2)

Pays	Critères médicaux	Critères d'exposition aux poussières d'amiante	Période de latence
Norvège	A défaut de diagnostic formel réalisé au microscope, un diagnostic quasi certain suffit (en fonction du tableau clinique et de l'évolution de la maladie)	Critères d'Helsinki	15 ans
Portugal	- Rayons X, T.D.M. - Bronchoscopie, biopsie	Liste indicative de travaux	10 ans
Suède	Diagnostic généralement basé sur biopsie ou cytologie et rayons X Cancer du poumon associé à une asbestose ou "critères d'exposition"	Minimum 15-20 années d'exposition certaine ou environ 10 fibres/ml - années (dose cumulée vie entière)	15 ans
Suisse	Diagnostic établi sur la base de constatations radiologiques, bronchoscopiques et/ou histologiques Reconnaissance si cancer du poumon associé à une asbestose ou à des modifications de la plèvre induites par l'amiante ou "critères d'exposition"	Exposition de 25 fibres/ml - années (condition alternative au critère médical)	-

Annexe 3 : Critères de reconnaissance du mésothéliome

Pays	Critères médicaux	Critères d'exposition aux poussières d'amiante	Période de latence
Allemagne	Diagnostic confirmé (de préférence examen histopathologique, rayons X, T.D.M.)	Exposition même modeste	Généralement 10 ans minimum
Autriche	Diagnostic confirmé histopathologiquement	Quelques semaines	-
Belgique	Examen histologique, à défaut, sur la base d'une évolution clinique et d'une imagerie suggestives	Exposition même modeste	-
Danemark	Diagnostic anatomopathologique	Exposition même modeste	-
Espagne	Biopsie	Exposition même modeste	10 à 20 ans minimum
Finlande	Diagnostic anatomopathologique	Quelques semaines	10 ans minimum
France	Examen histologique, à défaut, sur la base d'une évolution clinique et d'une imagerie suggestives	Exposition habituelle sans durée minimale (liste indicative de travaux)	délai de prise en charge : 40 ans maximum après la fin de l'exposition
Italie	- Rayons X - T.D.M.-H.R. - Spirométrie, analyses de sang, électrocardiogramme	Exposition même modeste	-
Norvège	Diagnostic anatomopathologique	Exposition même modeste	20 ans minimum
Portugal	Rayons X, T.D.M.	Liste indicative de travaux	5 ans
Suède	Biopsie ou cytologie ainsi que diagnostic clinique	Exposition même modeste	15 ans minimum
Suisse	Histologie/cytologie, à défaut tableau clinique avec rayons X + tomographie	Exposition même modeste	-

Annexe 4 : Critères de reconnaissance des plaques pleurales

Pays	Critères médicaux	Critères d'exposition aux poussières d'amiante	Période de latence
Allemagne	Diagnostic par rayons X, T.D.M. ou histopathologique	Exposition modeste	-
Belgique	T.D.M.	Exposition modeste	-
Danemark	Rayons X révélant une nette dégénérescence de la plèvre	Exposition modeste	-
Finlande	Dépôt bilatéral fibreux sur la plèvre ou fibrose diagnostiqués par rayons X ou T.D.M.	Quelques mois	-
France	Plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales lorsqu'elles sont confirmées par T.D.M. Avec ou sans modifications des explorations fonctionnelles respiratoires	Exposition habituelle sans durée minimale (liste indicative de travaux)	Délai de prise en charge : 40 ans maximum après la fin de l'exposition
Italie	Rayons X	Exposition modeste	-
Norvège	Diagnostic après examen aux rayons X	Exposition modeste	20 ans
Portugal	Rayons X ou T.D.M.	Liste indicative de travaux	10 ans
Suède	Rayons X ou T.D.M.	Exposition modeste	10 ans
Suisse	Preuve radiologique de plaques pleurales vraisemblablement induites par l'amiante	Exposition modeste	-

Annexe 5 : NORVÈGE Collaboration entre Registre du cancer et organisme d'assurance

Hommes : Cas déclarés, lettres d'information envoyées et réponses des patients sur la période 1999-2003

Pathologies		1999	2000	2001	2002	2003
Cancer broncho-pulmonaire	cas déclarés	911	794	832	977	1 009
	décès	128	109	110	158	141
	lettres envoyées	783	685	722	820	868
	réponses aux lettres	325 (41,5%)	304 (44,4%)	377 (52,2%)	402 (49%)	386 (44,4%)
	intention de demande de reconnaissance	181 (23,1%)	153 (22,3%)	182 (25,2%)	210 (25,6%)	212 (24,4%)
Mésothéliome	cas déclarés	52	47	42	43	64
	décès	7	3	4	4	8
	lettres envoyées	45	44	38	39	56
	réponses aux lettres	27 (60%)	30 (68,2%)	30 (78,9%)	31 (79,4%)	34 (60,7%)
	intention de demande de reconnaissance	25 (55,6%)	23 (52,3%)	27 (71,1%)	25 (64,1%)	30 (53,6%)
Cancer de l'ethmoïde/sinus	cas déclarés	12	15	11	17	14
	décès	0	0	0	2	0
	lettres envoyées	12	15	11	15	14
	réponses aux lettres	5 (41,7%)	7 (46,7%)	5 (45,5%)	9 (60%)	3 (21%)
	intention de demande de reconnaissance	1 (8,3%)	5 (33,3%)	2 (18,2%)	8 (53%)	1 (7%)

Femmes : Cas déclarés, lettres d'information envoyées et réponses des patientes sur la période 1999-2003

Pathologies		1999	2000	2001	2002	2003
Mésothéliome	cas déclarés	6	6	6	5	10
	décès	1	1	0	0	1
	lettres envoyées	5	5	6	5	9
	réponses aux lettres	4 (80%)	2 (40%)	3 (50%)	4 (80%)	7 (77,8%)
	intention de demande de reconnaissance	2 (40%)	1 (40%)	2 (33%)	0	6 (66,7%)
Cancer de l'ethmoïde/sinus	cas déclarés	12	3	7	5	4
	décès	0	0	1	0	0
	lettres envoyées	12	3	6	5	4
	réponses aux lettres	4 (33,3%)	2 (66,7%)	5 (83,3%)	0	2 (50%)
	intention de demande de reconnaissance	1 (8,3%)	0	0	0	0

Eurogip est le trait d'union entre la Sécurité sociale française et l'Europe dans le domaine des risques professionnels : il analyse les évolutions au niveau communautaire et dans les autres pays de l'Union et fait valoir le point de vue de la Sécurité sociale.

Depuis 1991, les femmes et les hommes de ce groupement d'intérêt public informent partenaires sociaux et personnel de la Sécurité sociale, réalisent des enquêtes comparatives, participent à des projets d'intérêt communautaire et se mobilisent pour faire entendre la voix de la prévention tant dans les instances de normalisation qu'auprès des organismes notifiés.

Autant d'actions pour aider la Branche "accidents du travail et maladies professionnelles" à comprendre les enjeux et agir.

Participation aux frais d'impression et d'envoi : 30 euros TTC

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être mentionnée.

Photo : Thierry Dudoit / Express / Editing Server