

Note au comité scientifique national « Surveillance Post-Professionnelle Amiante »

En date du 9 octobre 2002 l'Andeva vous a fait parvenir un projet de constat d'accord en 12 points, projet que vous avez examiné lors de la réunion du 6 novembre 2002 de votre comité. Vous nous avez répondu au lendemain de cette réunion en mentionnant vos réserves sur trois points dont le point 7 relatif à l'interprétation des anomalies de l'interstitium pulmonaire.

Dans votre document général « Evaluation de l'examen TDM du thorax, etc. », p. 56/64 vous dressez une liste à laquelle nous adhérons des anomalies parenchymateuses, puis vous proposez une « synthèse asbestose » avec référence à 4 catégories (absente, indéterminée, opacités interstitielles isolées, asbestose), les caractéristiques retenues pour chacune de ces catégories sont développées p.14 et 15/64.

C'est à ce niveau qu'apparaissent des divergences avec notre point 7 qui ne fait pas référence aux « opacités interstitielles isolées » que nous considérons comme des images d'une asbestose débutante.

La qualification du degré de développement d'une pathologie professionnelle n'est pas une question neutre.

Nous ne pensons pas devoir être contredit en rappelant que les spécialistes en pathologies professionnelles n'ont pas joué leur rôle sur la question de l'amiante, ni au sens strictement scientifique, ni au sens social de leur mission.

Les documents aujourd'hui en notre possession montrent que depuis 1969 l'industrie de l'amiante -internationalement- a joué un rôle considérable dans la dissimulation de la toxicité de l'amiante et de la négation des pathologies chez les travailleurs exposés. En la matière la Grande-Bretagne a joué un rôle de leader, les employeurs ayant créé de toutes pièces « l'Asbestosis Research Council » qui depuis 1957 a eu une énorme influence, négative, au plan international, y compris en France.

L'un des points forts des thèses patronales était de laisser croire que l'asbestose n'était due qu'à de fortes expositions du passé et que la maladie était en voie de disparition. Et il n'a pas manqué de voix en France pour diffuser cette thèse pendant des dizaines d'années, d'où la permanence aujourd'hui de pratiques visant à minorer le nombre de personnes atteintes, comme c'est le cas avec certains pneumologues qui nous disent ne déclarer l'asbestose qu'à partir d'images nettes dites en rayons de miel, en radiographie ou TDM. Malgré cette sous-estimation persistante, il faut pourtant reconnaître aujourd'hui, avec des temps de latence moyen de plus de 30 ans, que le nombre de cas d'asbestose reconnus en maladie

professionnelle ne fait que croître, soit de 1996 à 2000, un nombre annuel passant de 170 à 363 cas.

Il faut donc reconnaître que l'emploi ou non du qualificatif d'asbestose au vu d'anomalies témoignant d'une fibrose interstitielle diffuse dans le parenchyme pulmonaire de travailleurs ayant été exposés à l'amiante, n'est pas un acte neutre.

La médecine n'est pas une science exacte, et les victimes ont appris à leurs dépens que l'invisibilité des maladies et des malades victimes de pathologies professionnelles pendant tout le 20^{ème} siècle (cf. le témoignage d'un pneumologue, R. Even sur la silicose) a été socialement organisée.

Telles sont les raisons pour lesquelles il serait faux de croire que la définition des anomalies témoignant de l'existence d'une asbestose est un simple problème médical. C'est également un problème social.

L'asbestose comme pathologie à développement graduel.

L'asbestose, comme toutes les fibroses, se définit comme un développement, dans un organe donné, de fibres de collagène, très résistantes, qui rigidifient les tissus, et -en milieu pulmonaire- font entrave aux échanges gazeux nécessaires à la vie. Ces fibres de collagène sont produites par certaines cellules, les fibroblastes, suite à la présence de corps étrangers reconnus comme agressifs dans le tissu en cause. Cette formation de fibres de collagène participe ainsi, de façon certes regrettable, à des processus de défense et de réparation.

L'ampleur du processus en cause est directement lié à la charge du tissu en cause en entités agressives, ici les fibres d'amiante. Tant qu'il subsiste en milieu pulmonaire des fibres d'amiante aptes à générer une agression oxydante, il y a -via l'action d'autres cellules, les macrophages- activation de fibroblastes immatures et genèse de fibres de collagène. Seuls les mécanismes d'épuration des fibres d'amiante permettent de faire cesser le processus, mécanismes d'autant plus difficiles que l'amiante en cause est une variété d'amphibole (crocidolite, amosite).

La contamination par l'amiante touche en premier lieu le milieu pulmonaire, tissu développé dans les trois dimensions, d'où, lors de la réaction des fibroblastes, une grande dispersion dans l'espace des fibres de collagène qui ne seront pas repérables par les techniques radiographiques tant qu'un certain seuil de rassemblement de ces fibres de collagène ne sera pas atteint. Il faut donc, pour avoir une chance de repérer l'asbestose, qu'il y ait déjà eu accumulation de fibres de collagène dans un volume restreint pour que soit perceptible une différence d'absorption des rayons X témoignant d'une anomalie sur les clichés radio ou TDM.

Il n'en est pas de même pour le milieu pleural probablement en raison d'une double caractéristique :

- C'est un tissu où la rétention des fibres d'amiante est facilitée par le fait qu'il leur est plus facile d'y pénétrer que d'en ressortir.
- La fibrose ne se développe pas en trois dimensions mais en deux dimensions, d'où - pour une même quantité de fibres de collagène-, un contraste dans l'absorption des rayons X plus aisé à mettre en évidence en milieu pleural qu'en milieu pulmonaire.

Le fait que la fibrose interstitielle dans le parenchyme ne se développe que de façon très diffuse et lente quand la charge pulmonaire en amiante n'est pas forte à très forte a pour conséquence qu'elle n'est repérable en techniques radiographiques que de façon très progressive et très tardive. Quand les anomalies apparaissent grâce à ces techniques, la fibrose est déjà avancée avec des conséquences négatives sur la fonction respiratoire.

Aussi n'est-il pas acceptable à nos yeux de ne reconnaître l'asbestose qu'au-delà d'un développement important de ces anomalies, d'autant que dans le texte qui nous a été proposé il est précisé (p. 14/65) que « l'analyse de l'interstitium pulmonaire s'adresse uniquement aux coupes millimétriques réalisées en haute résolution », et que l'exploration se fera ainsi sur une épaisseur totale de 5mm pour toute la hauteur du thorax !

D'où notre proposition (point 7 de notre texte du 9 octobre 2002), lors du seul recours à 5 coupes millimétriques H.R., que l'asbestose soit reconnue à partir des anomalies caractéristiques, même dispersées, clairsemées et sur un seul niveau de coupe, en acceptant, à titre de concession, que soient présentes au moins deux anomalies sur cinq (hormis les rayons miel) sur un ou plusieurs niveau de coupe.

Nous n'ignorons pas que l'interprétation des clichés implique un certain niveau d'incertitude donc de doute.

Il se peut donc, dans la reconnaissance d'une asbestose débutante, qu'il y ait quelques pourcents de faux positifs, mais socialement c'est indispensable face à l'alternative qui est un fort pourcentage de faux négatifs. D'où notre refus de voir camoufler la maladie sous le vocable d'opacité interstitielle isolée.

Quant à la nécessité d'un recours sur cette question à l'avis de sociétés savantes, qu'on nous permette d'en douter, le Comité de pilotage national, à une exception près, étant composé de personnalités hautement qualifiées en la matière.

Si cependant le Comité demandait un tel avis, nous lui serions reconnaissants de bien vouloir transmettre et appuyer notre demande de supprimer la catégorie des « opacités interstitielles isolées », qui, pour le moins, doit être considérée comme celle des asbestoses débutantes ou peu développées.

Henri PEZERAT
15 mai 2003