

Régime général tableau 94

Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer

Date de création : Décret du 22/05/1996 | Dernière mise à jour : Décret du 31/10/2005

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CETTE MALADIE
Broncho-pneumopathie chronique obstructive entraînant un déficit respiratoire chronique. Elle est caractérisée par l'association de signes cliniques tels que dyspnée, toux, hypersécrétion bronchique et d'un syndrome ventilatoire de type obstructif avec un volume expiratoire maximum seconde (VEMS) abaissé au jour de la déclaration d'au moins 30 % par rapport à la valeur moyenne théorique. Cet abaissement doit être constaté en-dehors de tout épisode aigu.	10 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans).	Travaux au fond dans les mines de fer et travaux de concassage exposant à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer, notamment extraction, broyage et traitement des minerais de fer.

Historique (Août 2018)
Décret n° 96-445 du 22/05/1996. JO du 25/05/1996.
Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Broncho-pneumopathie chronique obstructive entraînant un déficit respiratoire chronique. Elle est caractérisée par l'association de signes cliniques tels que dyspnée, toux, hypersécrétion bronchique et d'un syndrome ventilatoire de type obstructif avec un volume expiratoire maximal par seconde (V.E.M.S.) abaissé au jour de la déclaration d'au moins 40 % par rapport à la valeur moyenne théorique. Cet abaissement doit être constaté en dehors de tout épisode aigu.	5 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans).	Travaux au fond dans les mines de fer et travaux de concassage exposant à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer, notamment extraction, broyage et traitement des minerais de fer.

Décret n° 2005-1354 du 31/10/2005. JO du 03/11/2005.
Sans changement

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Broncho-pneumonie chronique obstructive entraînant un déficit respiratoire chronique. Elle est caractérisée par l'association de signes cliniques tels que dyspnée, toux, hypersécrétion bronchique et d'un syndrome ventilatoire de type obstructif avec un volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) abaissé au jour de la déclaration d'au moins 30 % par rapport à la valeur moyenne théorique. Cet abaissement doit être constaté en dehors de tout épisode aigu.	10 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans).	Sans changement

Données statistiques (Août 2018)

ANNÉE	NBRE DE MP RECONNUES	NBRE DE SALARIÉS
1996	0	14 473 759
1997	2	14 504 119
1998	1	15 162 106
1999	0	15 803 680
2000	2	16 868 914
2001	0	17 233 914
2002	7	17 673 670
2003	1	17 632 798
2004	3	17 523 982
2005	2	17 878 256
2006	3	17 786 989
2007	2	18 263 645
2008 *	2	18 866 048
2009	3	18 458 838
2010	1	18 641 613
2011	0	18 834 575
2012	1	18 632 122
2013	0	18 644 604
2014	0	18 604 198
2015	1	18 449 720
2016	3	18 529 736

* Jusqu'en 2007 les chiffres indiqués sont ceux correspondant au nombre de maladies professionnelles reconnues dans l'année indépendamment de tout aspect financier. A partir de 2008, les chiffres indiqués correspondent aux maladies professionnelles reconnues et ayant entraîné un premier versement financier de la part de la Sécurité sociale (soit indemnités journalières soit premier versement de la rente ou du capital).

Nuisance (Décembre 2007)

Dénomination et champ couvert

Le mineur de fer est exposé aux poussières de fer et aux fumées et oxydes de fer.

Mode de contamination

La voie de contamination principale est l'inhalation des poussières en milieu confiné.

Principales professions exposées et principales tâches concernées (Janvier 2007)

Sont visés par ce tableau d'une part les travaux des mineurs au fond des mines de fer.

Toutes les mines de fer ont été fermées depuis 1993 mais il persiste quelques activités de traitement du minerai de fer sur des sites sidérurgiques hors régime minier.

Description clinique de la maladie indemnisable (Décembre 2007)

Bronchopneumopathie chronique obstructive

Définition de la maladie

Il n'existe pas de critères cliniques incontestables et admis de façon uniforme. Habituellement les éléments suivants sont couramment utilisés : La broncho-pneumopathie obstructive chronique correspond à l'association d'une bronchite chronique et d'un emphysème. Il s'agit de deux maladies distinctes, mais souvent coexistantes en cas d'obstruction bronchique chronique.

La bronchite définit comme une hypersécrétion muqueuse des bronches entraînant une toux et une expectoration. Le caractère chronique est admis quand ces symptômes durent au moins trois mois par an, pendant au moins deux années consécutives. On admet certaines sous-classifications :

- bronchite chronique simple : caractérisée par une expectoration muqueuse,
- bronchite chronique muco-purulente : avec expectoration purulente permanente et récidivante,
- bronchite chronique obstructive : avec présence d'une expectoration et d'un syndrome obstructif caractérisé par une diminution du rapport VEMS/CV (volume expiratoire maximum seconde / capacité vitale) ou la variation d'autres indices de perméabilité bronchique comme l'augmentation de la résistance des voies aériennes,
- bronchite chronique spastique : caractérisée par l'existence d'une bronchite chronique et d'épisodes dyspnéiques sévères avec sibilances.

L'ensemble de ces maladies peut évoluer vers une bronchopneumopathie chronique obstructive.

Diagnostic

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire du sujet.

La mise en évidence de l'obstruction bronchique fait appel à des mesures physiologiques, notamment la réalisation d'une spirométrie permettant de déterminer la valeur de la capacité vitale (CV), du volume expiratoire maximum seconde (VEMS) et du rapport VEMS/CV. L'étude des résistances des voies aériennes (RVA) et des débits expirés maximum (DEM) peut être utile. L'existence d'une réversibilité plus ou moins importante de l'obstruction bronchique après administration de broncho-dilatateur, traduisant la présence d'une hyperréactivité bronchique non spécifique, n'est pas un élément qui doit faire rejeter le diagnostic et exclure le caractère professionnel de la maladie.

L'existence d'un emphysème ne peut théoriquement être affirmée qu'au moyen d'un examen histologique ; en pratique, l'imagerie est la technique la plus utilisée.

Deux grands tableaux sont à retenir : le type emphysémateux et le type bronchitique dont les principales caractéristiques schématiques sont les suivantes :

Type emphysémateux

- dyspnée marquée,
- toux survenant après la dyspnée,
- expectoration rare et muqueuse,
- épisodes d'insuffisance respiratoire tardifs,
- signes de distension pulmonaire,
- hypoxémie modérée sans hypercapnie,
- cœur pulmonaire rare sauf au stade terminal,
- capacité de diffusion diminuée,
- CV, VEMS et débits maximum abaissés,
- capacité résiduelle fonctionnelle augmentée.

Type bronchitique chronique

- dyspnée peu importante,
- toux survenant avant la dyspnée,
- expectoration abondante souvent purulente,
- infections bronchiques fréquentes,
- épisodes d'insuffisance respiratoire répétés,
- accentuation des images vasculaires pulmonaires,
- hypoxémie franche avec souvent hypercapnie,
- cœur pulmonaire fréquent,
- capacité de diffusion souvent normale,
- CV relativement conservée mais détérioration du VEMS et des DEM,
- capacité résiduelle fonctionnelle peu augmentée.

La dyspnée et le retentissement sur l'activité physique sont l'apanage des syndromes obstructifs de gravité moyenne et sévère, avec des variations individuelles qui peuvent être importantes.

La dyspnée d'effort est ressentie en moyenne quand le VEMS est inférieur à 50 % de la valeur théorique. La dyspnée de repos survient pour un niveau de 25 % de la théorique. Ces données varient en fonction du type emphysémateux ou bronchitique chronique.

Au cours des épisodes infectieux respiratoires on peut observer d'importantes variations cliniques et fonctionnelles.

Evolution

Plus l'obstruction est sévère, plus le pronostic est mauvais : 20 à 30 % des sujets présentant une obstruction sévère ont une survie supérieure à 5 ans.

L'emphysème est un processus irréversible.

Morbidité, mortalité et fréquence des affections respiratoires aiguës sont plus grandes chez les bronchitiques chroniques que dans le reste de la population.

Traitement

La broncho-pneumopathie chronique obstructive représente une affection peu accessible aux thérapeutiques curatrices, d'où l'importance de la prévention primaire (action sur les expositions) et secondaire (dépistage précoce). La thérapeutique est difficilement schématisable compte-tenu de la diversité des situations individuelles. Elle repose sur la connaissance la plus complète possible du degré du syndrome obstructif et de l'invalidité ainsi que de la réversibilité éventuelle des troubles. Un interrogatoire, un examen physique, des investigations radiologiques et un bilan fonctionnel élaboré s'imposent avant sa mise en œuvre. Parmi les moyens, citons : l'arrêt du tabac, la prévention des infections, le ré-entraînement à l'exercice, une éventuelle supplémentation nutritive, la thérapeutique broncho-dilatatrice, la corticothérapie, le drainage broncho-pulmonaire et l'oxygénothérapie.

Facteurs de risque

De très nombreux facteurs sont soupçonnés de jouer un rôle, mais les connaissances actuelles restent encore fragmentaires en raison de difficultés d'évaluation liées à des problèmes diagnostique et méthodologique.

Facteurs d'exposition

La prévalence de la bronchite chronique apparaît plus élevée chez les travailleurs exposés régulièrement aux poussières minérales et organiques.

Facteurs individuels

Le tabagisme (surtout la consommation de cigarettes) est le facteur étiologique incontesté et le mieux corrélé à l'existence d'une bronchite chronique et de lésions d'emphysème. Il est démontré que l'obstruction des petites voies aériennes est l'anomalie la plus précoce chez les jeunes fumeurs de cigarettes et que cette anomalie peut être réversible après sevrage tabagique. Cependant il n'est pas établi avec certitude que les sujets avec anomalies des petites voies aériennes soient plus susceptibles que les autres de développer une bronchopneumopathie obstructive invalidante. La fumée de tabac agit également en interaction avec les autres facteurs étiologiques.

Il ressort d'études pratiquées chez des jumeaux monozygotes qu'il existe vraisemblablement une prédisposition au développement de la bronchite indépendante du tabagisme actif ou passif et de la pollution atmosphérique domestique.

Il existe par ailleurs des arguments en faveur de l'impact des pneumopathies virales sévères au cours des premières années de l'existence sur l'installation d'une obstruction bronchique (préférentiellement au niveau des petites voies aériennes).

Critères de reconnaissance (Septembre 2016)

Bronchopneumopathie chronique obstructive

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Broncho-pneumopathie chronique obstructive entraînant un déficit respiratoire chronique. Elle est caractérisée par l'association de signes cliniques tels que dyspnée, toux, hypersécrétion bronchique et d'un syndrome ventilatoire de type obstructif avec un volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) abaissé au jour de la déclaration d'au moins 30 % par rapport à la valeur moyenne théorique. Cet abaissement doit être constaté en dehors de tout épisode aigu.

Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Mise en évidence, essentiellement à l'interrogatoire, d'une broncho-pneumopathie chronique en se référant à la définition communément retenue : expectoration au moins trois mois par an depuis plus de deux ans consécutifs. Classiquement, on retrouve aussi les notions de toux et de dyspnée.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

L'obstruction bronchique doit être associée, au jour de la déclaration, à un VEMS abaissé d'au moins 30 % par rapport à la moyenne théorique. Le tableau ne précise pas les valeurs de référence. Pour les caucasiens on peut utiliser les normes de la CECA (Communauté européenne du charbon et de l'acier). Ceci en dehors d'un épisode de broncho-pneumopathie aiguë chez un sujet sans image radiologique de sidérose, ayant travaillé au moins 10 ans au fond des mines de fer ou au traitement du minerai, exposant aux poussières et fumées d'oxyde de fer.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

10 ans.

Durée minimale d'exposition

10 ans.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Eléments de prévention technique (Décembre 2011)

A titre d'information, les dernières mines de fer françaises ont fermé en 1993.

Les mesures visant à réduire l'exposition étaient les suivantes : mécanisation éloignant l'opérateur du point d'émission, abattage à l'humide des poussières, aérage des galeries, port de protections respiratoires avec filtration P2 ou P3.

Valeurs limites : VME (trioxyde de di-, fumées) : 5 mg/m³.

Eléments de prévention médicale (Juin 2017)

Le risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer disparaît avec la fermeture des mines. Ne restent applicables que les textes relevant de la surveillance post professionnelle.

Selon l'article D. 461-23 du Code de la Sécurité sociale, « la personne qui cesse d'être exposée à un risque professionnel susceptible d'entraîner une affection mentionnée aux tableaux de maladies professionnelles n° 25¹, 44², 91³ et 94 bénéficie, sur sa demande, d'une surveillance médicale post professionnelle tous les cinq ans. Cet intervalle de cinq ans peut être réduit après avis favorable du médecin conseil. La caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale peut proposer aux travailleurs qui ont été exposés au risque précité de les soumettre à cette surveillance. Le médecin conseil fixe les modalités de la surveillance post professionnelle des intéressés compte tenu de la nature des risques. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds national des accidents du travail ».

¹ <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2025>

² <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2044>

³ <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2091>

Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés) (Février 2012)

I. Reconnaissance des maladies professionnelles

a) Textes généraux

Code de la sécurité sociale, Livre IV, titre VI : Dispositions concernant les maladies professionnelles

- partie législative : articles L. 461-1 à L. 461-8 ;
- décrets en Conseil d'État : articles R.461-1 à R.461-9 et tableaux annexés à l'article R.461-3 ;
- décrets simples : D.461-1 à D.461-38.

b) Liste des textes ayant porté création ou modification du tableau n° 94

- Création : décret n° 96-445 du 22 mai 1996 ;
- Modifications : décret n° 2005-1354 du 31 octobre 2005.

II. Prévention des maladies visées par le tableau n° 94

Les mines ayant été fermées, les mesures de prévention des risques professionnels, en particulier des maladies professionnelles, n'ont pas lieu de s'appliquer, aucun salarié n'y travaillant plus. Seuls persistent les textes relatifs à la surveillance post professionnelle, selon l'article D. 461-23 du code de la Sécurité sociale.

Eléments de bibliographie scientifique (Mars 2003)

CHOUDAT D. Reconnaissance et déclaration des maladies respiratoires professionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale. Toxicologie professionnelle 16-730-B-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier, 2000, 5 p., ill., bibliogr.

Les modalités de déclaration des maladies respiratoires professionnelles sont inchangées. Mais les procédures et la réparation concernant les "affections respiratoires à réparation spéciale" (pneumoconioses et affections assimilées) du régime général ont été simplifiées et en grande partie alignées sur les autres maladies professionnelles. De plus, une cessation anticipée d'activité peut parfois être sollicitée pour les expositions à l'amiante. Le tableau concernant les mycobactéries permet maintenant la reconnaissance de toutes les atteintes viscérales de la tuberculose et les infections à mycobactéries atypiques. EMC, Editions scientifiques et médicales Elsevier, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9

PAIRON J.C. ; ROOS F. Pathologies professionnelles. Extrait de : HOUSSET B. (Ed). Pneumologie. Masson, 1999, 526 p., pp. 459-485, ill., bibliogr.

Les pathologies respiratoires professionnelles représentent environ 18 %, soit la 2e cause, des maladies professionnelles indemnisées. Certaines de ces affections respiratoires sont relativement spécifiques du milieu professionnel : c'est le cas des pneumoconioses. En revanche, d'autres affections respiratoires peuvent avoir, parmi d'autres étiologies, une origine professionnelle. Il est important de ne pas les méconnaître du fait des implications thérapeutiques et médico-sociales (ouverture à réparation au titre des maladies professionnelles) qu'elles entraînent ; c'est le cas des asthmes professionnels, des pneumopathies d'hypersensibilité, du cancer bronchopulmonaire primitif, du mésothéliome pleural et de certaines maladies infectieuses. Masson, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9

FLESCH F. ; THAON I. Intoxications par le fer. Encyclopédie médico-chirurgicale. Toxicologie, pathologie professionnelle 16-002-F-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier, 1999, 4 p., bibliogr.

La majorité des intoxications aiguës par le fer résulte d'une ingestion de sels ferreux, soit accidentellement chez les enfants, soit, plus rarement, dans un but suicidaire chez l'adulte. L'exposition chronique au fer se rencontre principalement en milieu professionnel et se traduit par une pneumoconiose de surcharge consécutive à l'inhalation de poussières et d'oxydes de fer. Après avoir traité des intoxications aiguës, ce document décrit les expositions chroniques : sidérose pulmonaire (circonstances d'exposition, sidérose pure, sidéroses mixtes), sidérose oculaire, cancérogénicité, réparation, et prévention. Editions scientifiques et médicales Elsevier, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9

SNIDER G.L. BPCO : facteurs de risque et populations à risque. Revue des maladies respiratoires, vol. 15, supplément n° 2, septembre 1998, pp. 255-259, ill., bibliogr.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un état pathologique qui se caractérise par l'existence d'une bronchite chronique ou d'un emphysème pulmonaire, associés à une obstruction des voies aériennes. Cette obstruction s'accompagne parfois d'une hyperréactivité des voies aériennes, et peut être partiellement réversible. Les patients souffrant de bronchite chronique ou d'emphysème mais qui n'ont pas d'obstruction des voies respiratoires ne sont donc pas classés dans la catégorie des BPCO.

PHAM Q.T. ; CAILLIER I. ; CHAU N. ; TECULESCU D. ; et coll. La mortalité des mineurs de fer du Bassin de Lorraine. Archives des maladies professionnelles, vol. 54, no 5, 1993, pp. 391-396, ill., bibliogr

L'ensemble des mineurs de fer du bassin de Lorraine actifs et retraités (13 801 personnes vivantes au 1/1/82) ont fait l'objet d'un suivi sur 5 ans, période pendant laquelle 1 813 décès ont été observés. Le calcul du taux de mortalité standardisé (SMR), avec comme référence la population masculine lorraine, a montré une surmortalité globale, principalement due au cancer du poumon, au cancer de l'estomac et aux bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives. Les taux de décès par maladie vasculaire cérébrale, par cirrhose et maladie hépatique sont aussi plus élevés. Par contre, le taux de décès par maladie cardiovasculaire n'est pas différent de celui de la population de référence. Le tabagisme n'explique qu'une faible partie de la surmortalité par cancer du poumon et par bronchopneumopathie chronique obstructive.