

Régime général tableau 91

Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon

Date de création : Décret du 23/12/1992 | 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 charbon.

Historique (Août 2018)
Décret n° 92-1348 du 23/12/1992. JO du 24/12/1992.
Broncho-pneumonie chronique obstructive du mineur de charbon

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 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 charbon.

Décret n° 2005-1353 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 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).	

Décret n° 2005-1353 du 31/10/2005. JO du 03/11/2005 (rectificatif).
Changement : « Broncho-pneumonie chronique obstructive du mineur de charbon », devient « Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon »

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Sans changement	Sans changement	Sans changement

Données statistiques (Août 2018)

ANNÉE	NBRE DE MP RECONNUES	NBRE DE SALARIÉS
1992	2	14 440 402
1993	3	14 139 929
1994	7	14 278 686
1995	13	14 499 318
1996	5	14 473 759
1997	7	14 504 119
1998	6	15 162 106
1999	8	15 803 680
2000	7	16 868 914
2001	5	17 233 914
2002	4	17 673 670
2003	5	17 632 798
2004	3	17 523 982
2005	5	17 878 256
2006	5	17 786 989
2007	6	18 263 645
2008*	5	18 866 048
2009	5	18 458 838
2010	0	18 641 613
2011	3	18 843 575
2012	3	18 632 122
2013	2	18 644 604
2014	2	18 604 198
2015	4	18 449 720
2016	4	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

Les travaux concernés sont limitativement les travaux au fond dans les mines de charbon.

Mode de contamination

La voie de contamination est l'inhalation des poussières de charbon.

Principales professions exposées et principales tâches concernées (Décembre 2007)

Tous les mineurs de fond, quel que soit le poste de travail occupé.

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 se 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 est 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 bronchopathie 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 silicose, ayant travaillé au moins 10 ans au fond des mines de charbon.

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)

La fermeture des dernières mines de charbon françaises (La Houve et Gardanne) a eu lieu en 2005.

Eléments de prévention médicale (Décembre 2011)

Le risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon 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, 91 et 94³ 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%2094>

Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés) (Décembre 2011)

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° 91

- Création : décret n° 92-1348 du 23 décembre 1992.
- Modification : décret n° 2005-1353 du 31 octobre 2005.

II. Prévention des maladies visées par le tableau n° 91

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 (Février 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'amianté. 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

BERTRAND J.P.; PHAM Q.T.; CHAU N.; MATHIEU B. Symptômes et fonction respiratoire des mineurs de charbon : étude prospective. *Archives des maladies professionnelles*, vol. 61, n° 2, mars 2000, p. 116.

Cette recherche, menée avec le soutien des Communautés européennes, évalue les bronchopneumopathies chroniques obstructives selon la nature et l'importance des différents risques professionnels. Cette étude longitudinale a permis de suivre l'évolution des symptômes et de la fonction pulmonaire d'un groupe de 395 mineurs exposés plus de 5 ans aux poussières de charbon par rapport à un groupe de mineurs témoins exposés moins de 3 ans à ces poussières. Deux enquêtes transversales, totalement identiques, ont été réalisées en 1991 et 1996.

Santé et sécurité au travail. Conférence de clôture de la recherche sociale CECA. Récapitulatifs. Volume 1. Volume 2. Luxembourg, 5-8 juillet 1999. Emploi et affaires sociales. Santé et sécurité au travail. Commission européenne, Direction générale de l'Emploi et des Affaires sociales, Unité D 6, sd, 2 vol., 229 p., 239 p., ill., bibliogr.

Actes d'une conférence organisée à l'heure où le traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier (traité CECA) touchait à son terme. Elle tire les conclusions de 45 années de recherche sur la santé et la sécurité au travail dans les industries du charbon et de l'acier. Au programme : le premier programme conjoint sécurité dans les industries CECA, la lutte technique contre les nuisances sur les lieux de travail et dans l'environnement des installations sidérurgiques, l'hygiène industrielle dans les mines, la protection des travailleurs contre les risques liés au travail dans les industries CECA, l'ergonomie dans les industries CECA, l'évaluation globale des 5 derniers programmes de recherche sociale CECA.

Commission européenne, Direction générale de l'Emploi et des Affaires sociales, Unité D 6, Bâtiment Euroforum, L-2557 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg

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 2^e 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

WAGNER G.R. Exposition des travailleurs aux poussières minérales : dépistage et surveillance. Organisation mondiale de la santé, 1998, 75 p., ill., bibliogr.

Cet ouvrage, particulièrement destiné aux médecins, infirmières et professionnels de l'hygiène au travail, expose les différentes phases de l'élaboration des programmes de dépistage et de surveillance des effets de l'exposition aux poussières minérales chez les travailleurs. Il passe en revue les pathologies associées à l'exposition aux poussières d'amianté, de silice cristalline et de charbon et examine les tests utilisés pour détecter ces maladies. On trouve en annexes des exemples de programmes effectivement appliqués dans différents contextes, ainsi que des considérations sur l'élaboration, l'utilisation et l'interprétation des questionnaires, de la spirométrie et des radiographies thoraciques. Les méthodes et pratiques recommandées sont l'aboutissement d'un consensus d'un groupe international d'experts.

OMS, CH-1211 Genève 27, Suisse

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.

CERVANTES P.; BIRCK P.; BOUR-KLEIN S.; WANTZ J.M.; et coll. Intérêt de la pléthysmographie dans le bilan fonctionnel respiratoire du mineur de charbon lorrain. *Revue des maladies respiratoires*, vol. 13, no 4, août 1996, pp. 389-395, ill., bibliogr.

Ce travail comporte le descriptif des résultats pléthysmographiques de 607 mineurs de charbon lorrains et l'étude de l'influence de l'aspect radiographique et du tabagisme. En l'absence de masse pseudo-tumorale, seules la capacité pulmonaire totale (CPT) et la capacité vitale lente (CVL) sont reliées à la densité, mais ni au type ni au tabagisme. Le tabac est un facteur de détérioration des débits et du rapport de Tiffeneau. L'augmentation du volume résiduel (VR) touche 20 % des sujets. Elle est indépendante de l'aspect radiographique. En cas de fibrose massive progressive, les modifications de CPT sont plus variées (8,9 % de restrictives, 5,7 % de distendues). L'effet du tabac s'observe sur le VR et sur la capacité résiduelle fonctionnelle, alors que le syndrome obstructif s'accroît avec le stade pseudo-tumoral. Les résultats de cette étude suggèrent fortement que le retentissement de l'empoussiérage varie selon le tabagisme. Elle souligne l'intérêt de la pléthysmographie comme élément d'appréciation des interactions entre fibrose pneumoconiotique et distension liée à la bronchite chronique ou à l'emphysème. La pléthysmographie permet de statuer précisément sur le type de syndrome fonctionnel réellement présent. Enfin, les résultats suggèrent l'intérêt d'un suivi prospectif de la CPT, du VR et de la CVL chez les mineurs de charbon.