

Régime agricole tableau 10

Affections provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux

Tableaux équivalents : RG 20, RG 20 BIS

Date de création : Décret du 17/06/1955 | Dernière mise à jour : Décret du 22/08/2008

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
A. – Irritation : – dermite d'irritation ; ulcérations cutanées ; – rhinite irritative ; ulcérations ou perforation de la cloison nasale ; – pharyngite, laryngite ou stomatite ; – conjonctivite, kératite ou blépharite.	7 jours	Pour les maladies mentionnées aux paragraphes A, B et C : Toute manipulation ou emploi d'arsenic ou de ses composés minéraux. Usinage de bois traités à partir d'arsenic ou de ses composés minéraux.
B. – Intoxication aiguë : – syndrome associant au moins deux des manifestations suivantes : douleurs abdominales, nausées ou vomissements, diarrhée ; – insuffisance circulatoire associée à ou précédée par un syndrome dysentérique ; – troubles transitoires de la conduction ou de l'excitabilité cardiaque ; – hépatite cytolytique, après élimination des hépatites virales A, B et C ; – insuffisance rénale aiguë associée à ou précédée par un syndrome dysentérique ; – encéphalopathie associée à ou précédée par au moins l'une des autres manifestations d'intoxication aiguë listées ci-dessus.	7 jours	
C. – Intoxication subaiguë : – anémie, leucopénie ou thrombopénie : – précédée par l'un des syndromes caractérisant l'intoxication aiguë et listés en B, – ou associée à des bandes unguéales blanchâtres transversales touchant tous les ongles (bandes de Mees) ; – neuropathie périphérique : – sensitivomotrice, douloureuse, distale, ascendante, – confirmée par un examen électrophysiologique, – ne s'aggravant plus au-delà du 3e mois après l'arrêt de l'exposition.	90 jours	Pour les maladies mentionnées aux paragraphes D, E et F : Toute manipulation ou emploi d'arsenic ou de ses composés minéraux, notamment lors des traitements anticyptogamiques de la vigne. Usinage de bois traités à partir d'arsenic ou de ses composés minéraux.
D. – Intoxications chroniques : – mélanodermie : hyperpigmentation grisâtre, diffuse, prédominant aux zones de frottement, parsemée de taches plus sombres ou dépigmentées ; – hyperkératose palmo-plantaire ; – maladie de Bowen (dyskératose lenticulaire) ; – bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen ; – fibrose ou cirrhose hépatique associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen.	30 ans	
E. – Intoxications chroniques : – phénomène de Raynaud ; – artérite des membres inférieurs ; – hypertension artérielle ; – cardiopathie ischémique ; – insuffisance vasculaire cérébrale ; – diabète, à condition que ces maladies s'accompagnent d'une mélanodermie, d'une hyperkératose palmo-plantaire ou d'une maladie de Bowen.	30 ans	
F. – Affections cancéreuses : – carcinomes cutanés baso-cellulaires ou spinocellulaires ; – cancer bronchique primitif.	40 ans	
	40 ans (sous réserve)	

cancer bronchique primaire ;	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	
- cancer des voies urinaires ;	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	
- adénocarcinome hépatocellulaire après élimination d'une hépatite virale chronique B ou C et d'une maladie hépatique alcoolique par des méthodes objectives ;	40 ans	
- angiosarcome du foie.	40 ans	

Historique (Décembre 2013)

Décret n° 55-806 du 17/06/1955.JO du 21/06/1955.

Maladies professionnelles causées par l'arsenic et ses dérivés oxygénés et sulfurés

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Caractérisation de la maladie Lésions cutanées (ulcérations, dermatoses) Lésions nasales (ulcérations, perforations) Lésions oculaires (blépharite, conjonctivite) Polynévrites. Troubles gastro-intestinaux aigus (vomissements, diarrhée cholériforme).	Délai de prise en charge : 30 jours porté à trois mois pour les névrites	Travaux susceptibles de provoquer la maladie. Manipulation de ces produits au cours d'un travail dans une exploitation ou entreprise relevant du régime agricole.

Décret n° 86-978 du 08/08/1986.JO du 22/08/1986.

Changement du titre Affections provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Changement du titre de la colonne (liste des affections complètement remaniée et introduction des affections cancéreuses) Désignation des maladies A.- Effets caustiques : - dermite de contact orthoergique, plaies arsenicales ; - stomatite, rhinite, ulcération ou perforation de la cloison nasale ; - conjonctivite, kératite, blépharite. B.- Intoxication aiguë : - insuffisance circulatoire, troubles du rythme, arrêt circulatoire ; - vomissement, diarrhée, syndrome de cytolyse hépatique ; - troubles de l'hémostase ; - encéphalopathie ; - dyspnée aiguë. C.- Intoxication sub-aiguë ou chronique : - polynévrites ; - mélanodermie ; - dyskératoses palmo-plantaires D.- Affections cancéreuses : - dyskératose lenticulaire en disque (maladie de Bowen) ; - épithélioma cutané primitif ; - angiosarcome du foie ; - cancer bronchique primitif.	Changement des délais de prise en charge : 7 jours 7 jours 90 jours 40 ans	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies. (nouvelle formulation de la liste) Tous travaux exposant à la manipulation ou à l'emploi d'arsenic ou de ses composés minéraux, notamment lors des traitements anticryptogamiques de la vigne.

Décret n° 2008-832 du 22/08/2008 JO du 24/08/2008

Sans modification

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Modification de la liste des maladies		
<p>A. - Irritation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dermite d'irritation ; ulcérations cutanées ; - rhinite irritative ; ulcérations ou perforation de la cloison nasale ; - pharyngite, laryngite ou stomatite ; - conjonctivite, kératite ou blépharite. 	7 jours	<p>Pour les maladies mentionnées aux paragraphes A, B et C :</p> <p>Toute manipulation ou emploi d'arsenic ou de ses composés minéraux.</p> <p>Usinage de bois traités à partir d'arsenic ou de ses composés minéraux</p>
<p>B. - Intoxication aiguë :</p> <ul style="list-style-type: none"> - syndrome associant au moins deux des manifestations suivantes : douleurs abdominales, nausées ou vomissements, diarrhée ; - insuffisance circulatoire associée ou précédée par un syndrome dysentérique ; - troubles transitoires de la conduction ou de l'excitabilité cardiaque ; - hépatite cytolytique, après élimination des hépatites virales A, B et C ; - insuffisance rénale aiguë associée à ou précédée par un syndrome dysentérique ; - encéphalopathie associée à ou précédée par au moins l'une des autres manifestations d'intoxication aiguë listées ci-dessus. 	7 jours	
<p>C. - Intoxication subaiguë :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anémie, leucopénie ou thrombopénie : - précédée par l'un des syndromes caractérisant l'intoxication aiguë et listés en B, - ou associé à des bandes unguéales blanchâtres transversales touchant tous les ongles (bandes de Mees) ; - neuropathie périphérique : <ul style="list-style-type: none"> - sensitivomotrice, douloureuse, distale, ascendante, - confirmée par un examen électrophysiologique, - ne s'aggravant plus au delà du 3^e mois après l'arrêt de l'exposition. 	90 jours	
<p>D. - Intoxications chroniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mélanodermie : hyperpigmentation grisâtre, diffuse, prédominant aux zones de frottement, parsemée de taches plus sombres ou dépigmentées ; - hyperkératose palmo-plantaire ; - maladie de Bowen (dyskératose lenticulaire) ; - bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen ; - fibrose ou cirrhose hépatique associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen. 	30 ans	<p>Pour les maladies mentionnées aux paragraphes D, E et F :</p> <p>Toute manipulation ou emploi d'arsenic ou de ses composés minéraux, notamment lors des traitements anticryptogamiques de la vigne.</p> <p>Usinage de bois traités à partir d'arsenic ou de ses composés minéraux</p>
<p>E. - Intoxications chroniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - phénomène de Raynaud ; - artérite des membres inférieurs ; - hypertension artérielle ; - cardiopathie ischémique ; - insuffisance vasculaire cérébrale ; - diabète ; <p>à conditions que ces maladies s'accompagnent d'une mélanodermie, d'une hyperkératose palmo-plantaire ou d'une maladie de Bowen</p>	30 ans	
<p>F. - Affections cancéreuses :</p>		

- carcinomes cutanés baso-cellulaires ou spino-cellulaires ;	40 ans
- cancer bronchique primitif ;	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)
- cancer des voies urinaires ;	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)
- adénocarcinome hépatocellulaire après élimination d'une hépatite virale chronique B ou C et d'une maladie hépatique alcoolique par des méthodes objectives ;	40 ans
- angiosarcome du foie.	40 ans

Données statistiques (Août 2019)

ANNÉE	NOMBRE MP RECONNUES	NOMBRE TRIMESTRIEL MOYEN DE SALARIÉS
1991	2	924 042
1992	0	971 902
1993	4	968 825
1994	1	990 490
1995	1	1 022 262
1996	4	1 029 115
1997	4	1 078 247
1998	4	1 076 100
1999	3	1 110 513
2000	0	1 152 304
2001	1	1 148 703
2002	2	1 178 292
2003*	1	1 843 803
2004	1	1 806 272
2005	2	1 790 320
2006	2	1 796 512
2007	0	1 773 060
2008	6	1 812 483
2009	2	1 794 906
2010	3	1 779 433
2011	6	1 764 400
2012	4	1 767 820
2013	4	1 783 042
2014	3	1 786 662
2015	12	1 767 952
2016	4	1 774 859
2017	7	1 640 783

*A partir de 2003, s'ajoutent au nombre moyen trimestriel de salariés, les exploitants agricoles et les non-salariés agricoles. Les données concernant l'Alsace et la Moselle ne sont pas prises en compte.

Nuisance (Décembre 2021)

Dénomination et champ couvert

L'Arsenic (As) se présente sous forme de cristaux gris, brillants, d'aspect métallique. Dans la nature on le rencontre sous la forme de minerais, le plus abondant étant le mispicket (FeAsS) ou arsénopyrite. L'arsenic s'oxyde à l'air humide en se recouvrant d'une couche de trioxyde de diarsenic (As_2O_3) que l'on peut trouver sous les différents noms suivants : anhydride arsénieux, oxyde arsénieux, sesquioxyde d'arsenic et qui a pour numéro CAS : 1327-53-3.

De nombreux composés minéraux de l'arsenic sont utilisés dans l'industrie ; on les trouve sous les formes trivalent ou pentavalent, la forme trivalente étant la plus toxique :

Arséniate de calcium n° CAS 7778-44-1

Arsénite de cuivre n° CAS 10290-12-7

Arsénite de sodium n° CAS 7784-46-5

Pentaoxyde de diarsenic ou anhydride arsénique n° CAS 1303-28-2

Trichlorure d'arsenic n° CAS 7784-33-0

Arséniate de plomb n° CAS 7784-40-9

L'arsenic brûle dans l'air en donnant des fumées toxiques d' As_2O_3 . Il entre dans la composition de nombreux alliages en particulier avec le plomb, le cuivre, l'aluminium, le gallium... (arséniure de gallium employé en micro-électronique).

L'arsenic forme également des composés organiques comme le diméthylarséniate de sodium (ou cacodylate de soude - n° CAS = 124-65-2) utilisé comme anti-fourmis.

Certains autres composés organiques sont des anti-parasitaires vétérinaires. Il faut noter que les composés organiques ne sont pas cancérogènes et sont exclus du tableau.

Classification CLP

Anhydride arsénieux ; trioxyde de diarsenic ; oxyde d'arsenic (III) ; trioxyde d'arsenic ; oxyde arsénieux (n° CAS 1327-53-3)	H350	Cancérogène de catégorie 1B
	H300	Toxicité (exposition aiguë) par voie orale a minima de catégorie 2
	H314	Corrosif pour la peau de catégorie 1B
	H400	Toxicité (exposition aiguë) pour le milieu aquatique de catégorie 1
	H410	Toxicité (exposition chronique) pour le milieu aquatique de catégorie 1
Pentaoxyde de diarsenic ; anhydride arsénique ; pentaoxyde de diarsenic (n° CAS 1303-28-2)	H350	Cancérogène de catégorie 1A
	H301	Toxicité (exposition aiguë) par voie orale a minima de catégorie 3
	H331	Toxicité (exposition aiguë) par voie cutanée a minima de catégorie 3
	H400	Toxicité (exposition aiguë) pour le milieu aquatique de catégorie 1
	H410	Toxicité (exposition chronique) pour le milieu aquatique de catégorie 1

L'arséniate de calcium (n° CAS 7778-44-1), l'arsénite de cuivre (n° CAS 10290-12-7), l'arsénite de sodium (n° CAS 7784-46-5), le Trichlorure d'arsenic (n° CAS 7784-33-0) n'ont pas de classification CLP

Classification CIRC

Aucune de ces substances n'a été évaluée par le CIRC.

Mode de contamination

La pénétration dans l'organisme peut se faire par les trois voies habituelles mais c'est par la voie digestive que l'arsenic est la plus facilement absorbé ; cependant, au travail, les voies cutanée et respiratoire sont les plus fréquentes.

Principales professions exposées et principales tâches concernées (Août 2007)

Les principales expositions professionnelles à l'arsenic se rencontrent dans les activités suivantes :

- Métallurgie : traitement de minerais arsenicaux et de métaux non ferreux arsenicaux. L'arsenic se rencontre aussi comme impuretés dans les fonderies de cuivre, de plomb, de zinc...
- Fabrication d'insecticides, de pesticides, de fongicides comme l'arsénite de sodium utilisé autrefois pour le traitement de la vigne en hiver. L'arséniate de cuivre chromaté (ACC) est utilisé pour le traitement du bois (contre les termites).
- Fabrication des colorants comme le vert de Paris ou le vert de Scheele et utilisation de ces colorants dans le verre, la porcelaine, les émaux.
- Industrie du cuir, utilisé comme agent de tannage des peaux.
- Dentisterie : l'anhydride parfois utilisé pour dévitaliser les dents.
- Synthèse des produits pharmaceutiques et vétérinaires.
- Electronique, utilisé pour la réalisation de circuits hyperfréquences (semi conducteur utilisé pour la fabrication de diodes électroluminescentes).

Description clinique de la maladie indemnisable

A/ Irritation

I. Dermite d'irritation, ulcérations cutanées

Définition de la maladie

Dermite d'irritation regroupe toutes les lésions non immunologiques subies par la peau, dans le cas présent au contact de l'arsenic.

Diagnostic

L'arsenicisme professionnel comporte une grande richesse symptomatologique avec manifestations cutanées polymorphes (elles ont été décrites par VIGNE dès 1930).

Les dermatites de contact orthoergiques (dermites d'irritation) se traduisent par un aspect inflammatoire de la peau avec rougeur (érythème), picotement, sensation de cuisson et développement de placards érythémato-squameux sur la surface cutanée au contact avec la substance irritante dans les heures qui ont précédé le début de l'éruption. Les lésions sont généralement limitées aux zones de contact sans "atteinte à distance".

Les ulcérations et lésions cutanées sont constituées soit de dermatites vésiculo-bulleuses de la face et des bourses, soit des lésions ulcéreuses particulièrement aux mains, avant-bras, jambes et nuque. Ces ulcérations, même quand elles sont confluentes, ne sont pratiquement pas douloureuses. Elles prennent l'aspect d'une ulcération rappelant le pigeonneau lié au chrome. Ces lésions ulcéreuses digitales sont parfois associées à des lésions unguéales (onyxis, hématomes sous-unguéaux).

Evolution

Alors que les dermatites superficielles évoluent favorablement avec la cessation du travail, les lésions ulcéreuses, même convenablement soignées, sont longues à cicatriser. Elles peuvent favoriser la survenue de lésions cutanées à type de cancer spino-cellulaire.

Traitement

Outre l'éviction ou la réduction des contacts responsables, le traitement de l'irritation est essentiellement local : crème, pommade ou onguents seront utilisés en fonction de la sécheresse de la peau. L'utilisation d'un corticostéroïde faible est habituellement conseillée, en particulier dans la phase aiguë.

Ce traitement des ulcérations comporte essentiellement l'application d'onguents antibiotiques. La cicatrisation est habituellement fort lente.

Facteurs de risque

Les dermatites d'irritation sont habituellement multifactorielles. A côté des facteurs exogènes (microtraumatismes, irritants chroniques, environnement de travail...), il existe des facteurs endogènes qui peuvent expliquer la susceptibilité individuelle, ainsi le "terrain" atopique intervient indiscutablement pour certains salariés.

Enfin, si l'effet irritant est le plus souvent "collectif", il peut être individuel en fonction des facteurs qui modulent l'intensité de la réaction d'irritation (nature de la molécule, concentration, fréquence des contacts, environnement occlusif, température ambiante, état d'irritabilité de la peau).

II. Rhinite irritative, ulcération ou perforation de la cloison nasale

Définition de la maladie

La rhinite est une inflammation de la muqueuse nasale, de nature caustique.

Les ulcérations nasales dues à l'arsenic et à ses composés sont le résultat de brûlures chimiques par action caustique.

Diagnostic

Le diagnostic de rhinite est évoqué devant l'association variable d'éternuements, de rhinorrhée et obstruction nasale. On peut également observer un prurit nasal et plus rarement épistaxis, croûtes, surinfection et troubles olfactifs. Un examen ORL par fibroscopie nasosinusienne s'avère parfois nécessaire pour apprécier l'état de la muqueuse.

Les ulcérations nasales prennent la forme d'un ulcère indolore, à l'emporte-pièce qui envahit le cartilage.

Evolution

Une prise en charge précoce permet habituellement une guérison sans séquelles.

Les ulcérations peuvent aller jusqu'à la perforation de la cloison nasale. La cicatrisation est lente et la reconstitution du cartilage n'est pas toujours complète.

Traitement

Le traitement symptomatique de la rhinite associe antihistaminiques, corticoïdes locaux, décongestionnants, après éviction vis à vis de la substance responsable.

Il n'y a pas de traitement spécifique des ulcérations. L'éviction du risque est toujours nécessaire.

III. Pharyngite, laryngite ou stomatite

Définition de la maladie

Une stomatite désigne une inflammation de la muqueuse buccale.

Diagnostic

La stomatite de l'intoxication à l'arsenic est exceptionnelle, en dehors des intoxications par ingestion, elles-mêmes devenues très rares. Le diagnostic serait porté sur l'association avec d'autres symptômes d'intoxication et sur la connaissance de l'exposition.

Evolution

Une prise en charge précoce permet habituellement une guérison sans séquelles.

La réversibilité d'une stomatite dépend du traitement de sa cause. L'éviction du risque permettrait la guérison avec un traitement symptomatique.

Traitement

Il n'y a pas de traitement spécifique de la stomatite. L'éviction du risque est toujours nécessaire.

Facteurs de risque

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire favorise la survenue de ce tableau de gingivo-stomatite.

IV. Conjonctivite, kératite, blépharite

Définition de la maladie

La conjonctive est une muqueuse oculaire en contact avec l'atmosphère qui protège l'œil contre les agressions extérieures. Elle tapisse la face antérieure du bulbe oculaire et la face interne des paupières et forme deux culs de sac supérieur et inférieur. La conjonctive réagit aux agressions selon un même processus quelle que soit leur origine ; la conjonctivite est l'affection la plus fréquente de la conjonctive. Les étiologies sont diverses, infectieuses bactériennes et virales, parasitaires, allergiques ou irritatives.

La blépharite correspond à l'inflammation du bord libre de la paupière.

La kératite est une altération de la couche épithéliale de la cornée.

Diagnostic

Les signes fonctionnels de la conjonctivite sont une sensation de gêne, de cuisson, de corps étranger, de sable dans les yeux, une douleur superficielle, une photophobie ou un prurit (évoquant plus particulièrement l'allergie). L'acuité visuelle est normale. Le principal signe physique est l'hyperhémie, avec une rougeur de l'œil (à un stade plus avancé peuvent apparaître des suffusions hémorragiques). Un œdème se manifeste par un gonflement de la conjonctive bulbaire (le chémosis) et plus rarement des paupières. Les sécrétions conjonctivales engluant les cils le matin et gênant l'ouverture des paupières sont un des meilleurs signes de la conjonctivite. Existe aussi un larmoiement réflexe.

Le diagnostic de blépharite est clinique. Parfois il n'existe qu'une rougeur du bord libre avec dépôts de squames dans les cils. Dans d'autres cas, il y a atteinte des bulbes ciliaires avec chute secondaire des cils.

Les signes d'appel de la kératite sont la douleur, la photophobie et les larmoiements. L'examen à la lampe à fente est le temps essentiel du diagnostic positif de la kératite, permettant d'en définir son type, son étendue en surface et en profondeur.

L'examen de l'œil doit être complet (cornée, paupières dont le bord libre, appareil lacrymal, recherche d'adénopathies loco-régionales) et complété par l'examen général du malade, facilitant la recherche étiologique et le diagnostic différentiel.

Evolution

La conjonctivite, la blépharite peuvent être aiguë, subaiguë, chronique ou récidivante, en fonction de l'exposition.

Les complications possibles sont l'extension à d'autres zones de l'œil avec le risque de cicatrices ou de sténoses des canaux lacrymaux.

Traitement

L'éviction du risque est nécessaire. La nature du traitement médicamenteux varie selon l'étiologie ; il est principalement local à base de pommades et surtout de collyres.

B/ Intoxication aiguë

C/ Intoxication subaiguë

D/ Infections chroniques

I. Mélanodermie

Définition de la maladie

Parmi les anomalies pigmentaires (coloration) de la peau, il y a celles qui sont liées à une anomalie quantitative ou qualitative de la répartition d'un pigment normal et celles qui sont liées à la présence anormale dans la peau d'un pigment d'origine exogène. Les mélanodermies (aspect clinique : brun) correspondent à une surcharge mélanique ou à un trouble de la répartition de la mélanine. Ces anomalies peuvent être liées à certaines expositions professionnelles.

La mélanodermie fait partie du tableau clinique de l'intoxication chronique à l'arsenic.

Diagnostic

La mélanodermie (pigmentation professionnelle) peut être localisée ou le plus souvent diffuse. D'intensité variable, elle donne un aspect de "peau sale". La pigmentation arsenicale était rare. Sa teinte était plutôt couleur grise ou bronze. Il n'y a pas de prédilection pour la région découverte. Il existe une accentuation de la pigmentation aux zones cutanées soumises à des pressions, des frottements. Il existe par ailleurs d'autres signes cutanés évocateurs à rechercher (ulcération, kératose palmo-plantaire...).

Dans tous les cas, cet aspect clinique nécessite un bilan général à la recherche des différentes étiologies non professionnelles de la mélanodermie (en particulier la leucomélanodermie dite "des vagabonds").

Evolution

Cliniquement, la mélanodermie d'origine arsenicale est réversible après arrêt d'exposition.

Traitement

Il est essentiellement préventif.

Facteurs de risque

L'exposition solaire peut modifier, voire aggraver, les différentes manifestations cliniques.

II. Hyperkératoses palmo-plantaires

Définition de la maladie

La dyskératose est un vice de kératinisation. On oppose classiquement une dyskératose maligne et une dyskératose bénigne. Les dyskératoses palmo-plantaires regroupent les anomalies bénignes de la kératinisation cutanée atteignant les pieds et/ou les mains. La dyskératose maligne est reprise dans la partie D du tableau.

Les anomalies les plus souvent rencontrées sont les hyperkératoses. On parle de kératodermies palmo-plantaires quand les lésions touchent la paume des mains ou la plante des pieds.

Diagnostic

Ces dyskératoses surviendront le plus souvent dans un tableau évocateur d'arsenicisme chronique. La kératodermie était exceptionnelle au cours des intoxications aiguës.

De début très insidieux, la kératodermie arsenicale peut soit être diffuse (épaississement jaunâtre légèrement farineux de l'ensemble de la paume ou de la plante), soit, le plus souvent, ponctuée ou verruqueuse. Dans ce cas, l'examen clinique retrouve des petites kératoses ponctuées (saillies verruqueuses) ou des dépressions cupuliformes surajoutées. Ce sont de véritables cônes comés enchâssés dans la peau.

En cas de suspicion, le dosage de l'arsenic dans les urines et les phanères peut se révéler utile.

Evolution

La kératodermie arsenicale est généralement tenace et persiste souvent très longtemps après la suppression du toxique.

On peut retrouver l'apparition de télangiectasies et de pigmentations diverses faisant suspecter une dégénérescence en maladie de Bowen (dyskératose maligne).

Traitement

Le traitement reste essentiellement préventif. L'utilisation de kératolytiques locaux a été proposée.

III. Maladie de Bowen (dyskératose lenticulaire)

Définition de la maladie

La dyskératose est un vice de kératinisation. On oppose classiquement une dyskératose maligne et une dyskératose bénigne. La dyskératose lenticulaire en disque ou maladie de Bowen fait partie des dyskératoses malignes. Elle est le plus souvent liée à une dégénérescence de lésions kératosiques pré-existantes.

Diagnostic

La maladie de Bowen s'observe chez l'adulte et le sujet âgé, en n'importe quel endroit du tégument, mais plus principalement au visage et sur le corps. Son apparition est favorisée par l'exposition à la lumière, ainsi qu'à l'arsenic.

L'aspect clinique retrouve une lésion discoïde, ronde, ovale ou annulaire, bien délimitée, de taille variable, de teinte rouge brun, légèrement surélevée au-dessus des tissus environnants et recouverte d'une squame-croûte. L'ablation de la croûte fait apparaître une surface rougeâtre, légèrement bourgeonnante et suintante.

Le diagnostic de la maladie de Bowen nécessite un examen histologique (biopsie).

Evolution

Elle est lente. La lésion reste superficielle durant plusieurs années. Elle peut ensuite envahir assez rapidement les plans profonds et donne lieu à la formation d'une tumeur profonde végétante ou ulcéreuse avec risque d'extension viscérale (épithélioma spino-cellulaire).

Traitement

L'exérèse chirurgicale est rarement suivie de récurrence.

L'examen cutané régulier des salariés ayant été exposés à l'arsenic doit rester rigoureux à la recherche de toutes lésions pré-cancéreuses, kératose en particulier.

IV. 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 récurrente,
- 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 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).

E/ Intoxications chroniques

F/ Affections cancéreuses

I. Carcinomes cutanés baso-cellulaires ou spinocellulaires

Définition de la maladie

Les cancers cutanés d'origine professionnelle regroupent l'ensemble des manifestations cancéreuses résultant de l'exposition à des risques présents sur les lieux du travail.

Les tumeurs cutanées malignes les plus fréquentes sont celles d'origine épithéliale : épithéliomas basocellulaires et spinocellulaires.

Les carcinomes cutanés sont de très loin les tumeurs malignes les plus fréquentes, puisqu'ils représenteraient à eux seuls 30 à 40 % de tous les cancers survenant aux Etats-Unis. Leur incidence semble augmenter à l'heure actuelle.

Les carcinomes cutanés professionnels ne se distinguent en rien sur le plan clinique, hormis les circonstances relationnelles avec un facteur causal précis. Le temps de latence élevé entre l'exposition au risque et l'apparition de la tumeur est une constante quasi systématique (parfois plus de 20 ans).

Parmi les étiologies professionnelles, trois catégories peuvent être dégagées :

- les carcinomes cutanés post-traumatiques

- les carcinomes cutanés consécutifs à des rayonnements
- les carcinomes cutanés consécutifs à l'exposition à divers agents chimiques. Ce sont ceux là qui sont repris dans ce tableau.

Diagnostic

D'un point de vue clinique, les lésions précancéreuses se développent progressivement après des contacts répétés avec ces différentes substances. L'influence conjointe de ces cancérogènes et du rayonnement solaire (rayons UV) agissant comme cocarcinogène semble primordiale et entraîne souvent des réactions phototoxiques à répétition. Au fur et à mesure que l'exposition des travailleurs se prolonge dans le temps, apparaissent des lésions poikilodermiques, c'est-à-dire des zones irrégulières d'atrophie, de dépigmentation, d'hyperpigmentation et de télangiectasies ; nuque et joues sont particulièrement atteintes.

Sur cette peau complètement modifiée, apparaissent des papillomes kératosiques (« verrues du brai ») de petite taille, de coloration gris sale, qui saignent facilement au grattage ; à l'examen histopathologique, elles présentent une image de type kératose séborrhéique. Plus rarement, des kératoacanthomes de plus ou moins grande taille font leur apparition, tout à fait similaires au microscope à des kératoacanthomes classiques.

Le délai d'apparition des lésions est long : plus de 5 ans en général, et, dans certains cas, jusqu'à plus de 20 ans.

Les papillomes coexistent parfois avec de petits épithéliomas basocellulaires. Les lésions kératosiques (en général un très petit nombre d'entre elles) peuvent dégénérer en épithéliomas spinocellulaires dont l'image clinique est tout à fait classique.

Le diagnostic est assez évident, par confrontation de l'anamnèse et de l'examen clinique et sera confirmé par biopsie ou lors de l'exérèse.

Le diagnostic différentiel ne se pose par conséquent que rarement avec d'autres types de tumeurs.

Evolution

Si, au début, les lésions sont souvent nodulaires ou ressemblant à une verrue vulgaire, la base de la tumeur est infiltrée et la lésion va évoluer vers une tumeur saillante avec soit une forme bourgeonnante ou végétante, soit une ulcération indolore à fond dur et à bordure surélevée.

Sans intervention, la tumeur va s'étendre en profondeur, atteindre les tissus sous-cutanés, parfois avec destruction osseuse éventuelle sous-jacente, en particulier dans le cas d'épithélioma spinocellulaire.

Traitement

Le traitement consiste en une simple surveillance des lésions au stade de la poikilodermie. Les kératoses sont traitées par cryothérapie. Les tumeurs : kératoacanthomes, épithéliomas basocellulaires et spinocellulaires sont traitées chirurgicalement.

Facteurs de risque

La lente évolution de la tumeur, la multiplicité des facteurs d'environnement doivent inciter chacun à surveiller ou faire surveiller les différentes lésions cutanées dont il est porteur.

Une mauvaise hygiène, des vêtements non entretenus, des conditions de travail difficiles, une atmosphère confinée, une température élevée sont autant de facteurs susceptibles d'aggraver l'évolution des différentes lésions précancéreuses.

II. Cancer bronchique primitif

Définition de la maladie

Le cancer bronchopulmonaire cité correspond aux tumeurs broncho-pulmonaires malignes qui prennent naissance au niveau de la muqueuse respiratoire trachéo-bronchique.

Diagnostic

Le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire primitif ne peut être affirmé que par l'examen anatomo-pathologique d'un fragment tumoral, prélevé à l'occasion d'une fibroscopie bronchique le plus souvent.

Les manifestations cliniques de la maladie sont très variables, fonction de l'étendue de la tumeur et de l'existence de localisations métastatiques. La toux est le symptôme le plus fréquemment révélateur. Les examens radiologiques permettent de visualiser la tumeur et de guider les gestes biopsiques. Rien ne permet de distinguer sur le plan histologique les cancers broncho-pulmonaires primitifs provoqués par l'arsenic ou ses composés, des autres cancers bronchopulmonaires primitifs.

Le diagnostic étiologique repose sur l'anamnèse professionnelle et sur la recherche d'antécédents d'autres tumeurs provoquées par l'arsenic (épithéliomas cutanés, tumeurs de vessie).

Evolution

L'évolution est fonction de la précocité du diagnostic et de l'opérabilité ou non de la tumeur.

Traitement

Le traitement de choix est la chirurgie, associée ou non à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Les tumeurs non opérables sont habituellement traitées par radiothérapie ou chimiothérapie ou par des associations radio-chimiothérapie.

Facteurs de risque

facteurs d'exposition

Le risque de cancer bronchopulmonaire primitif augmente avec la durée et/ou l'intensité de l'exposition (relation dose-effet) et avec le temps écoulé par rapport au début de l'exposition (relation temps-effet).

facteurs individuels

Le tabagisme est un cofacteur majeur.

III. Cancer des voies urinaires

IV. Adénomes hépatocellulaire

V. Angiosarcome du foie

Définition de la maladie

Il s'agit d'une tumeur maligne du foie, développée à partir du système vasculaire de l'organe (endothélium vasculaire), par prolifération des cellules fusiformes. La tumeur est constituée de zones kystiques remplies de sang, séparées par des zones solides.

Diagnostic

Sur le plan clinique, il est noté une dégradation rapide de l'état général, avec en particulier fatigue, perte d'appétit et amaigrissement. A l'examen clinique une hépatomégalie souvent qualifiée de monstrueuse, avec un foie dur, irrégulier et souvent douloureux, une ascite dans la plupart des cas. Une anémie, une thrombopénie et des troubles de coagulation avec éventuellement coagulation intravasculaire disséminée sont souvent retrouvés. L'imagerie (échographie d'abord) confirme l'hépatomégalie d'allure tumorale, puis l'aspect d'angiosarcome par l'IRM. La confirmation anatomo-pathologique manque souvent car les troubles de coagulation peuvent contre-indiquer la pratique d'une ponction biopsie hépatique, laquelle peut être guidée par l'imagerie, si elle est réalisée.

Evolution

Elle est le plus souvent fatale dans les mois suivant le diagnostic.

Traitement

Le traitement est essentiellement chirurgical par hépatectomie partielle réglée ou par hépatectomie avec greffe hépatique. Cependant l'évolution très rapide de la tumeur rend souvent impossible la chirurgie. Des traitements locaux plutôt palliatifs peuvent être préconisés dans certains cas.

Critères de reconnaissance (Décembre 2013)

I. Prise en charge en AT de certaines affections dues à la nuisance

La frontière entre maladie professionnelle et accident du travail peut ne pas être absolue, en cas d'exposition majeure aiguë ou d'exposition non habituelle. Certaines affections comme l'intoxication aiguë ou les effets caustiques peuvent avoir un début brutal.

II. A/ Irritation

a) Critères médicaux

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

A - Irritation :

- dermite d'irritation ; ulcérations cutanées ;
- rhinite irritative ; ulcérations ou perforation de la cloison nasale ;
- pharyngite, laryngite ou stomatite ;
- conjonctivite, kératite, blépharite.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Indicative.

III. B/ Intoxication aiguë

a) Critères médicaux

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

B- Intoxication aiguë :

- syndrome associant au moins deux des manifestations suivantes : douleurs abdominales, nausées ou vomissements, diarrhée ;
- insuffisance circulatoire associée à ou précédée par un syndrome dysentérique ;
- troubles transitoires de la conduction ou de l'excitabilité cardiaque ;
- hépatite cytolitique, après élimination des hépatites virales A, B et C ;
- insuffisance rénale aiguë associée à ou précédée par un syndrome dysentérique ;
- encéphalopathie associée à ou précédée par au moins l'une des manifestations d'intoxication aiguë listées ci-dessus.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Indicative.

IV. C/ Intoxication subaiguë

a) Critères médicaux

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

C - Intoxication subaiguë :

- anémie, leucopénie ou thrombopénie :
 - précédée par l'un des syndrome caractérisant l'intoxication aiguë et listés en B,
 - ou associée à des bandes unguéales blanchâtres transversales touchant tous les ongles (bandes de Mees) ;
- neuropathie périphériques :
 - sensitivomotrice, douloureuse, distale, ascendante,
 - confirmée par un examen électrophysiologique,
- ne s'aggravant plus au-delà du 3e mois après l'arrêt de l'exposition.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs**Délai de prise en charge**

90 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Indicative.

V. D/ Intoxications chroniques**a) Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

D - Intoxications chroniques :

- mélanodermie : hyperpigmentation grisâtre, diffuse, prédominante aux zones de frottement, parsemée de taches plus sombres ou dépigmentées ;
- hyperkératose palmo-plantaire ;
- maladie de Bowen (dyskératose lenticulaire) ;
- bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen ;
- fibrose ou cirrhose hépatique associée à ou précédée par la mélanodermie, l'hyperkératose palmo-plantaire ou la maladie de Bowen.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs**Délai de prise en charge**

30 ans.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Indicative.

VI. E/ Intoxications chroniques**a) Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

E - Intoxications chroniques :

- phénomène de Raynaud ;
- artérite des membres inférieurs ;
- hypertension artérielle ;
- cardiopathie ischémique ;
- insuffisance vasculaire cérébrale ;
- diabète ;

à condition que ces maladies s'accompagnent d'une mélanodermie, d'une hyperkératose palmo-plantaire ou d'une maladie de Bowen.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs**Délai de prise en charge**

30 ans.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Indicative.

VII. F/ Affections cancéreuses**a) Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

F - Affections cancéreuses :

- carcinomes cutanés baso-cellulaires ou spino-cellulaires ;
- cancer bronchique primitif ;
- cancer des voies urinaires ;
- adénocarcinome hépatocellulaire après élimination d'une hépatite virale chronique B ou C et d'une maladie hépatique alcoolique par des méthodes objectives ;
- angiosarcomes du foie.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs**Délai de prise en charge**

40 ans.

Durée minimale d'exposition

10 ans pour le cancer bronchique primitif.

5 ans pour le cancer des voies urinaires.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Indicative.

Eléments de prévention technique (Décembre 2021)

Mesures de prévention

Les mesures de prévention du risque chimique sont présentées dans le dossier de l'INRS : **Risques chimiques. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS** ¹

¹ <https://www.inrs.fr/risques/chimiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Certaines substances visées par le tableau RA 10 sont des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR). Les mesures de prévention concernant ce type de substances sont présentées à la page "Prévention des risques" du dossier de l'INRS « Agents chimiques CMR » : **Agents chimiques CMR. Prévention des risques - Risques - INRS** ²

² <https://www.inrs.fr/risques/cmr-agents-chimiques/prevention-risques-cmr.html>

Certaines substances visées par le tableau RA 10 sont cancérogènes, les mesures de prévention les concernant sont présentées à la page « prévention du risque de cancers » du dossier de l'INRS « cancers professionnels » : **Cancers professionnels. Prévention du risque de cancers - Risques - INRS** ³

³ <https://www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels/prevention-risque-cancers.html>

Valeurs limites

Certaines substances visées par le tableau RA 10 ont des valeurs limites d'exposition professionnelles (VLEP). Elles peuvent être retrouvées dans l'outil 65 de l'INRS **Liste des VLEP françaises - Outil - INRS** ⁴

⁴ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil65>

L'aide-mémoire technique ED 6443 permet d'avoir plus d'informations sur ces VLEP : **Les valeurs limites d'exposition professionnelle - Brochure - INRS** ⁵

⁵ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206443>

Éléments de prévention médicale (Décembre 2021)

Surveillance post-professionnelle

La personne qui a été exposée aux substances indiquées dans le texte du tableau peut demander, si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée, à bénéficier d'une surveillance médicale post professionnelle prise en charge par la Caisse Mutualité sociale agricole (MSA) au titre de l'arrêté du 28 février 1995 modifié.

Selon des dispositions du code de la Sécurité sociale, une attestation d'exposition au risque doit être remise au salarié lors de la cessation de l'activité. Remplie par l'employeur, elle précise notamment la nature, le niveau et la durée de l'exposition.

L'intéressé adresse ce document à sa caisse départementale de MSA et peut ensuite bénéficier d'une surveillance médicale par le praticien de son choix selon les modalités suivantes : un examen dermatologique et une échographie abdominale de l'étage sus-mésocolique tous les deux ans.

Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés)

I. Reconnaissance des maladies professionnelles

a) Textes généraux

Code rural, Livre VII, titre V : Accidents du travail et maladies professionnelles

- Partie législative

- articles L. 751-1 à L. 751-49 et notamment L. 751-7 rendant applicable les dispositions du titre VI, livre IV du code de la sécurité sociale (Accidents du travail et maladies professionnelles).

- Partie réglementaire

- R. 751-1 à R. 751-65, et notamment R. 751-17, rendant applicables les dispositions réglementaires du titre VI, livre IV du code de la sécurité sociale, et R. 751-25, renvoyant en annexe III du livre VII pour les tableaux de maladies professionnelles agricoles ;

- D. 751-2 à D. 751-140 : D. 751-33 à D. 751-39, rendant notamment applicables, sous réserve d'adaptation, les articles D. 461-26 à D. 461-30 du code de la sécurité sociale (modalités de reconnaissance des affections non inscrites aux tableaux).

b) Liste des textes ayant porté création ou modification du tableau n°10

- Création : Décret n° 55-806 du 17 juin 1955.

- Modifications :

- Décret n° 86-978 du 08 août 1986.

- Décret n° 2008-832 du 22 août 2008.

II. Prévention du risque chimique

La réglementation de la prévention des risques chimiques est consultable sur la **page dédiée**⁶ du dossier de l'INRS.

⁶ <https://www.inrs.fr/risques/chimiques/reglementation.html>

Certaines substances visées par le tableau RA 10 sont des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR). La réglementation concernant ce type de substances est présentée à la page "**réglementation**"⁷ du dossier de l'INRS « Agents chimiques CMR »

⁷ <https://www.inrs.fr/risques/cmr-agents-chimiques/reglementation.html>

Certaines substances visées par le tableau RA 10 sont cancérogènes, la réglementation les concernant est présentée à la page « **réglementation** »⁸ du dossier de l'INRS « cancers professionnels »

⁸ <https://www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels/reglementation.html>

Éléments de bibliographie scientifique (Décembre 2021)

Pour aller plus loin sur les risques chimiques peuvent être consultés les éléments suivants :

Brochure **Travailler avec des produits chimiques. Pensez prévention des risques!**⁹ (ED 6150, 2019)

⁹ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206150>

Dépliant **La substitution des produits chimiques dangereux**¹⁰ (ED 6004, 2011)

¹⁰ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206004>

FAQ dossier risque chimique - Où trouver des informations sur les produits pour les utiliser en sécurité ?

<https://www.inrs.fr/risques/chimiques/faq.html>

Liste des VLEP françaises - Valeurs limites d'exposition professionnelle établies pour les substances chimiques :

<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil65>

Liste des substances chimiques classées CMR - Classification réglementaire des cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction :

<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil66>

Retrouver toutes les publications, outils et liens utiles INRS sur le risque chimique :

<https://www.inrs.fr/risques/chimiques/publications-liens-utiles.html>

Suivre l'actualité risque chimique :

- sur LinkedIn : <https://www.linkedin.com/showcase/risques-chimiques>

- sur le portail documentaire de l'INRS : <https://portaildocumentaire.inrs.fr/Default/risques-chimiques.aspx>

Pour obtenir des ressources bibliographiques complémentaires ou pour toute précision, vous pouvez contacter le service d'assistance de l'INRS :

<http://www.inrs.fr/services/assistance/questions.html>