Régime général tableau 47

Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois

Tableaux équivalents : RA 36

Date de création : Décret du 14/02/1967 | Dernière mise à jour : Décret du 25/02/2004

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
-A-	-A-	-A-
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	Manipulation, traitement et usinage des bois et tous travaux exposant aux poussières de bois
Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	
Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable.	30 jours	
Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs.	1 an	
-B-	-B-	-B-
Cancer primitif : carcinome des fosses nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).	Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : - Travaux d'usinage des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage ; - Travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois.

Historique (Août 2018)

Décret n° 67-127 du 14/02/1967. JO du 18/02/1967.

Maladies professionnelles provoquées par les bois exotiques.

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Dermites eczématiformes ou érythémateuses. Conjonctivite. Asthme.	7 jours	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies : Manipulation, traitement et mise en œuvre des bois exotiques.

Décret n° 81-507 du 04/05/1981. JO du 14/05/1981.

Affections professionnelles provoquées par les bois : suppression du mot « exotique ». Le terme « maladies » est remplacé par « affections ».

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Liste des affections complétée : ajout des rhinites et du cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face.	Introduction du délai pour le cancer - le reste est inchangé.	Liste complétée : Travaux susceptibles de provoquer ces maladies :
- A - Dermites eczématiformes ou érythémateuses, conjonctivites, rhinites, asthme.	7 jours	Manipulation, traitement et usinage des bois exotiques et tous travaux exposant aux poussières de bois exotiques. Suppression des termes « mise en œuvre » et introduction du terme « usinage ».
- B - Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face.	30 ans	Travaux exposant à l'inhalation de poussières de bois, notamment : Travaux d'usinage des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage. Travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois.

Décret n° 82-99 du 22/01/1982. JO du 28/01/1982.

Sans changement

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
La liste des affections est complétée : (Ajout : syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration et fibrose pulmonaire).	(ajout des délais de prise en charge correspondant aux nouvelles affections introduites dans la liste)	Pour les dermites, conjonctivites, asthme et rhinites les travaux visés concernent désormais tous les bois (suppression du mot « exotique »). Ces mêmes travaux concernent également les maladies ajoutées par ce décret (syndrome respiratoire et fibrose).
- A - Dermites eczématiformes ou érythémateuses ; conjonctivites ; rhinites ; asthme ou dyspnée asthmatiforme confirmé par tests ou par épreuves fonctionnelles, récidivant après nouvelle exposition.	- A - 7 jours	- A - Manipulation, traitement, et usinage des bois et tous travaux exposant aux poussières de bois.

Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable.	30 jours	
Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs.	1 an	
- B - Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face.	- B - 30 ans.	- B - Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : Travaux d'usinage des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage ; Travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois.

Décret n° 85-630 du 19/06/85. JO du 23/06/1985.

Sans changement

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Sans changement	Sans changement	Il est précisé que la liste des « travaux susceptibles de provoquer ces maladies » est remplacé par « liste **limitative** des travaux susceptibles de provoquer ces maladies ». Le reste est inchangé.

Décret n° 2003-110 du 11/02/2003. JO du 13/02/2003.

Affections professionnelles provoquées par les bois.

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Nouvelle présentation de la liste des affections.		Liste **limitative** des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané ; (dans ce paragraphe, suppression des termes « dermites eczématiformes ou érythémateuses ».	15 jours	- A - Manipulation, traitement, et usinage des bois et tous travaux exposant aux poussières de bois
Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test ;	7 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test ;	7 jours	

Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test ; (Dans ce paragraphe, suppression des termes « dyspnée asthmatiforme » ; les termes « épreuves fonctionnelles » sont remplacés par « explorations fonctionnelles » ; le terme « test » est désormais au singulier. Les termes « récidivant après nouvelle exposition au risque » sont remplacés par « récidivant en cas de nouvelle exposition au risque »).	7 jours	
Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable.	30 jours	
Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs.	1 an	
- B - Cancer primitif : de l'ethmoïde et des sinus de la face.	- B - 30 ans	- B - Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : Travaux d'usinage des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage ; Travaux effectués dans les locaux où sont utilisés les bois.

Décret n° 2004-184 du 25/02/2004. JO du 27/02/2004.

Titre « affections professionnelles provoquées par les bois » remplacé par « affections professionnelles provoquées par les poussières de bois ». (introduction du terme « poussières » dans le titre).

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Remplacement de la partie B du tableau. La partie A est inchangée :	Changement du délai de prise en charge pour le cancer primitif et introduction d'une condition de durée minimale d'exposition. Les autres délais sont inchangés.	La liste des travaux est inchangée.
-A- Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané ;	- A - 15 jours	
Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test ;	7 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test ;	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test ;	7 jours	
Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable ;	30 jours	
	1 an	

Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs.		
-B- Cancer primitif : carcinome des fosses nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face. (introduction des termes « carcinome des fosses nasales » et « autres »).	- B - 40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	

Données statistiques (Janvier 2024)

ANNÉE	NBRE DE MP RECONNUES	NBRE DE SALARIÉS
1991	141	14 559 675
1992	129	14 440 402
1993	113	14 139 929
1994	118	14 278 686
1995	100	14 499 318
1996	99	14 473 759
1997	112	14 504 119
1998	108	15 162 106
1999	110	15 803 680
2000	142	16 868 914
2001	140	17 233 914
2002	123	17 673 670
2003	115	17 632 798
2004	128	17 523 982
2005	125	17 878 256
2006	123	17 786 989
2007	127	18 263 645
2008 *	99	18 866 048
2009	87	18 458 838
2010	95	18 641 613
2011	90	18 842 368
2012	84	18 632 122
2013	79	18 644 604
2014	93	18 604 198
2015	82	18 449 720
2016	80	18 529 736
2017	81	19 163 753
2018	77	19 172 462

2019	62	19 557 331
2020	64	19 344 473
2021	65	20 063 697

* 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 (Novembre 2024)

Dénomination et champ couvert

Tous les bois sont concernés, y compris les bois agglomérés, dont le médium, et les contre-plaqués.

Toutes les essences sont susceptibles de déclencher des troubles : les résineux, les bois à tanins tels que chênes ou châtaigniers, les bois exotiques comme le teck, les ébènes, les acajous, etc.

Les bois peuvent contenir de nombreux agents dangereux tels que : alcaloïdes, colorants naturels, terpènes, phénols, quinones, etc, mais aussi des champignons ou des bactéries, lichens, etc.

Classification CLP

Les poussières de bois ne font pas l'objet d'une classification harmonisée. Toutefois, les travaux exposant aux poussières de bois figurent sur la liste des procédés cancérogènes au sens du Code du travail (arrêté du 26 octobre 2020)

Classification CIRC

Les poussières de bois sont classées cancérogène de groupe 1.

Mode de contamination

Toute transformation du bois génère des copeaux mais aussi des poussières fines qui peuvent atteindre les voies respiratoires supérieures. D'une manière générale, plus la vitesse d'usinage est grande et plus les poussières produites sont fines.

Les modes de contamination de l'organisme sont :

- l'inhalation. Les grosses particules sont retenues dans les fosses nasales ou dans la gorge, les plus fines pénètrent dans les poumons. Les fibres de diamètre inférieur à 5 µm peuvent atteindre les alvéoles pulmonaires.
- le contact cutané. Les différents substances ou organismes vivants contenus dans les bois peuvent contribuer à l'apparition d'allergies de contact.

Principales professions exposées et principales tâches concernées (Août 2011)

Sont concernées principalement les activités de :

- l'exploitation et la taille du bois : abattage, élagage des arbres,

- la première transformation du bois travaux de scierie et fabrication de bois de placage ;

- mais surtout celles de la seconde transformation du bois : fabrication de panneaux de particules, menuiserie, charpenterie, ébénisterie. Dans ces derniers cas, il s'agit essentiellement des postes d'usinage : sciage, perçage, mortaisage, rabotage, ponçage... et d'assemblage. Par ailleurs, de nombreux métiers du bâtiment peuvent exposer aux poussières de bois, en particulier les coffreurs.

Au sein de ces activités, certains métiers non spécifiques sont également concernés comme les caristes, les conducteurs machines, les régleurs, les mécaniciens et agents de maintenance qui exercent leurs métiers dans des entreprises de transformation du bois (demander la profession exacte mais aussi le domaine d'activité).

Description clinique de la maladie indemnisable (Août 2011)

I. Eczéma

Définition de la maladie

Un eczéma se définit comme une inflammation superficielle de la peau accompagnée de prurit et caractérisée par une éruption polymorphe formée d'érythème, de vésicules, de croûtes et de desquamation.

L'eczéma de contact allergique peut être défini comme un eczéma consécutif à l'application sur la peau d'une substance exogène agissant comme un haptène. Celui-ci déclenche une réaction d'hypersensibilité faisant intervenir des cellules présentatrices d'antigènes, telles que les cellules de Langerhans et les lymphocytes T.

Diagnostic

Le diagnostic est avant tout clinique et doit tenir compte de plusieurs critères : la clinique, l'anamnèse et l'obtention de tests épicutanés (ou autres) positifs.

La clinique retrouve les différentes lésions citées dans la définition qui se succèdent généralement en 4 phases (phase d'érythème prurigineux, plus ou moins oedémateux ; phase de vésiculation ; phase de suintement ; phase de régression).

L'eczéma se traduit toujours, sur le plan anatomo-pathologique, par une « spongiose » (distension oedémateuse des espaces intercellulaires des kératinocytes) associée à l'« exoserose » (œdème du derme superficiel) et l'« exocytose » (migration dans l'épiderme de cellules inflammatoires d'origine sanguine).

Sur le plan clinique, l'eczéma de contact allergique peut se présenter sous différents aspects :

- l'eczéma aigu érythémato-papulo-vésiculeux accompagné de prurit ;
- l'eczéma « sec » érythémato-squameux ;
- l'eczéma lichenifié est en général un eczéma ancien, très prurigineux.

Selon la topographie, l'eczéma de contact prend des aspects différents :

- la peau de la face réagit précocement ;
- l'eczéma des mains et des doigts est le plus fréquent (dos des mains et des doigts).

L'eczéma de contact allergique se développe sur les territoires cutanés en contact direct avec l'allergène. Lorsqu'il s'agit d'un premier contact avec l'agent responsable, il n'apparaît en général que cinq à sept jours après le début du contact, parfois beaucoup plus tardivement. Cette période plus ou moins longue correspond à la phase d'induction de la sensibilisation allergique. Ultérieurement, chaque contact avec l'allergène entraîne la réapparition beaucoup plus rapide des lésions, c'est-à-dire après 24 à 48 heures. Ce délai ou période de latence correspond à la phase de révélation d'une réaction immunologique retardée.

L'anamnèse doit être minutieuse (chronologie des faits, sièges des premières lésions, évolutivité). Elle doit rechercher des facteurs professionnels (gestes, produits, action éventuelle de l'arrêt de travail...), vestimentaires, cosmétiques, médicamenteux..., mais aussi le rôle possible des substances liées à l'activité non-professionnelle ou aux activités de loisirs (jardinage, bricolage, entretien...).

L'anamnèse, aussi précise que possible, ne peut fournir que des indices de présomption. Elle doit être confirmée ou infirmée par la réalisation de tests épicutanés.

Les tests épicutanés visent à reproduire « un eczéma en miniature » en appliquant la substance suspecte sur une zone limitée de la peau (habituellement le dos). Ils doivent être réalisés par des personnes ayant l'habitude d'interpréter les résultats afin de valider les critères de pertinence du test et d'imputabilité de la substance.

Le diagnostic différentiel se fait surtout avec la dermite d'irritation (voir tableau comparatif). Il convient de signaler qu'un eczéma de contact allergique peut se greffer sur une autre dermatose préexistante.

Ces dermites irritatives sont le fait de substances contenues dans le bois lui-même (tanins, quinones, saponines) qui ont un pouvoir caustique, mais aussi des produits associés au traitement des bois : catalyseurs acides des colles, formaldéhyde, essence de térébenthine, produits de préservation acides (phénols, chlorophénols) ou basiques (pentachlorophénate de soude), produits de blanchiment des bois, teintures...

Le diagnostic étiologique : La plupart des eczémas de contact identifiés chez les travailleurs du bois sont dus à des substances contenues dans différentes espèces végétales.

Les bois exotiques sont particulièrement représentés dans ces allergies (bété, teck, iroko, faux palissandre, acajou).

Pour les bois européens, la colophane et la térébenthine (résineux) ainsi que les tanins (chênes, noyers, châtaigniers...) sont des allergènes très fréquents.

Les lichens (Parmelia) et les hépatiques (Frullanias et Radulas) sont également incriminés.

Par ailleurs, les produits de préservation et de transformation du bois tels que le formaldéhyde, les résines époxydiques, les isocyanates sont également responsables de bon nombre de ces eczémas.

Evolution

Si l'agent causal est supprimé, l'eczéma disparaîtra, surtout si une thérapeutique appropriée est mise en place.

Si le contact avec l'allergène est maintenu, les récidives seront régulières avec possibilité d'extension de l'atteinte cutanée (atteinte sur l'ensemble du corps) pouvant entraîner des tableaux plus graves.

Traitement

Le traitement comporte en priorité l'éviction des allergènes responsables. Toute autre thérapeutique est vouée à l'échec si une telle éviction ne peut se réaliser.

Le traitement local doit répondre aux règles générales du traitement des eczémas : compresses humides froides et pâte à l'eau à la phase aiguë, suintante ; préparations contenant un corticostéroïde aux phases subaiguë et chronique.

Il n'y a aucune désensibilisation envisageable dans les eczémas de contact allergiques professionnels.

Facteurs de risque

Une peau irritée, agressée, sèche, ayant perdu ses fonctions « barrière » physiologiques évoluera plus facilement vers l'eczéma de contact en fonction de l'environnement.

II. Conjonctivite

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 paupière 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 voie d'entrée est le plus souvent exogène, plus rarement endogène (infection généralisée ou réaction locale allergique à l'introduction d'un antigène dans l'organisme).

Diagnostic

Les signes fonctionnels 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.

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 peut être aiguë, subaiguë, chronique ou récidivante, en fonction de l'étiologie et de la persistance de la cause.

Les complications possibles sont l'extension à d'autres zones de l'œil avec le risque de kératite, de blépharites, de concrétions, 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.

III. Rhinite

Définition de la maladie

La rhinite professionnelle traduit une sensibilisation acquise des voies respiratoires supérieures vis à vis d'un allergène inhalé présent dans l'environnement professionnel. Les mécanismes physiopathologiques, encore mal connus, s'apparentent à ceux décrits pour l'asthme sans toutefois que les deux pathologies soient superposables. La rhinite pouvant précéder l'apparition d'un asthme professionnel, son diagnostic est un élément important de prévention secondaire.

La prévalence des rhinites professionnelles n'est pas connue avec précision. Les données indiquent une incidence de 9 % parmi les travailleurs du meuble (Japon). On note une prédominance féminine, avec un âge de survenue très variable d'une profession à l'autre, s'expliquant peut-être par des différences en termes de conditions d'exposition et d'âge en début d'exposition.

La rhinite liée aux poussières de bois peut être irritative ou allergique. La rhinite irritative est due à l'action caustique de certaines substances (quinones, tanins) et à l'action asséchante des poussières de bois. Elle se manifeste par une rhinite croûteuse pouvant devenir hémorragique. Ces mêmes substances sont souvent également allergisantes, les deux mécanismes étant alors imbriqués.

Diagnostic

Le diagnostic de rhinite doit être évoqué devant un tableau associant de façon variable éternuements, rhinorrhée et obstruction nasale. On peut également observer un prurit nasal et plus rarement épistaxis, croûtes, surinfection et troubles olfactifs. Une conjonctivite, une toux spasmodique ou un asthme peuvent se voir de façon contemporaine ou à distance. L'origine professionnelle est suspectée devant la rythmicité des symptômes avec apparition au travail et amélioration pendant les périodes de repos. La présence de plusieurs cas dans une même entreprise a également une bonne valeur d'orientation. L'interrogatoire doit de toute façon être précis pour faire décrire les conditions de travail et les produits manipulés.

Les données de l'anamnèse sont confrontées aux résultats d'examens complémentaires :

- Un examen ORL et un bilan radiologique s'avèrent parfois nécessaires pour apprécier l'état de la muqueuse et éliminer certaines lésions associées (polypes).

- Un bilan allergologique (tests cutanés, dosages d'immunoglobulines spécifiques) peut parfois incriminer un allergène et mettre en évidence un terrain atopique. Cependant, lorsque le mécanisme n'est pas IgE dépendant, situation fréquente pour la plupart des substances de bas poids moléculaire, il peut être pris en défaut.

- Le test de provocation nasale, (rhinomanométrie provoquée) comparable au test de provocation bronchique pour l'asthme est un complément important, mais encore peu développé. Il peut conduire au diagnostic de rhinite allergique lorsque les tests immunologiques se sont révélés négatifs.

- L'apport de la cytologie nasale reste à évaluer.

Evolution

Une prise en charge précoce permet habituellement une guérison sans séquelles. Si l'exposition est poursuivie, la rhinite peut se pérenniser et évoluer vers un asthme au pronostic plus sombre.

Traitement

Le traitement symptomatique de la rhinite associe antihistaminiques, corticoïdes locaux, décongestionnants... Sur le lieu de travail, l'exposition doit être réduite au niveau le plus bas possible. Une éviction totale vis à vis de la substance responsable est parfois nécessaire.

IV. Asthme

Définition de la maladie

C'est un asthme au sens strict, mais induit par l'inhalation d'allergènes présents sur les lieux de travail.

Diagnostic

L'expression clinique de l'asthme professionnel n'a rien de spécifique. Elle se manifeste par des crises dyspnéiques avec sibilances. Les troubles respiratoires peuvent débuter dès les premiers mois d'exposition, mais la période de latence peut durer plusieurs années.

Plusieurs types de réactions asthmatiques ont été identifiés :

- précoce survenant dans les minutes ou l'heure qui suit l'exposition,

- tardive survenant de 4 à 12 heures après l'exposition, se manifestant par des crises vespérales ou nocturnes,

- mixte, associant les 2 types précédents.

Le diagnostic d'asthme professionnel repose sur :

- l'identification d'allergènes au poste de travail ;

- la chronologie des symptômes par rapport aux périodes d'exposition à la nuisance, en particulier recherche d'une amélioration clinique durant les congés et les arrêts de travail, d'une aggravation lors de la reprise de l'activité professionnelle exposante. Pour un asthme débutant, ce profil d'oscillations rythmées par les expositions est typique. Toutefois, 2 cas difficiles sont à évoquer : l'asthme vieilli qui a tendance à perdre cette chronologie et les expositions intermittentes aux nuisances responsables ;

- la recherche de plaintes similaires chez les collègues de travail ;

- les examens allergologiques (tests cutanés et recherche d'immunoglobulines spécifiques) peuvent être un appoint diagnostique. Ils ne sont pas toujours réalisables et doivent être interprétés en fonction de leur sensibilité et spécificité ;

- les épreuves fonctionnelles respiratoires ;

- la spirométrie de base permet de confirmer le diagnostic d'asthme si elle met en évidence un syndrome obstructif réversible. Si elle est normale, il faut réaliser une recherche d'hyperréactivité bronchique non spécifique par test à la métacholine en milieu spécialisé ;

- la spirométrie répétée au cours de l'activité professionnelle (spirométrie étagée) a l'avantage de mesurer la variation de la fonction respiratoire en situation réaliste ;

- la débimétrie en recueil échelonné permet un enregistrement sérié des débits expiratoires ; c'est un examen fonctionnel simple, peu coûteux, bénéficiant d'un recueil automatisé des données, utilisable en médecine du travail ;

- les tests de provocation spécifiques ne peuvent être pratiqués qu'en milieu hospitalier spécialisé.

Dans le cas des expositions aux poussières de bois, il peut s'agir de crises d'asthme vrai ou d'équivalents à type de toux spasmodique. La physiopathologie de l'asthme dû aux poussières de bois n'est pas encore complètement élucidée. Un mécanisme d'hypersensibilité immédiate a pu être mis en évidence seulement pour certaines essences, avec présence d'Immunoglobulines spécifiques. Ceci a été documenté par exemple pour le cèdre rouge d'Amérique du Nord, le cèdre blanc occidental, l'obèche.

Le rôle favorisant de l'atopie est controversé. Elle serait surtout impliquée en cas d'hypersensibilité immédiate.

Evolution

La gravité des formes évolutives dépend de la symptomatologie présentée, de l'intensité de l'hyperréactivité bronchique, de l'existence d'un syndrome obstructif de base, de l'importance du traitement nécessaire.

L'éviction est le plus souvent conseillée. Lorsque les mesures de prévention permettent de limiter l'exposition au niveau le plus faible possible, le maintien au poste sous surveillance médicale très rapprochée peut parfois être proposé.

Traitement

Le traitement de crises d'asthme professionnel est un traitement symptomatique sans spécificité.

La prévention de leurs récidives suppose une intervention sur le poste de travail avec suppression de la nuisance en cause ou réduction au niveau le plus bas possible. Une éviction totale vis-à-vis de la substance responsable est parfois nécessaire.

IV. Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration

Définition de la maladie

Il s'agit d'une forme subaiguë de pneumopathie infiltrante diffuse d'hypersensibilité ou alvéolite allergique extrinsèque : c'est une affection d'ordre immuno-allergique due à une exposition prolongée à de fortes concentrations d'antigènes.

Les moisissures qui parasitent les bois en sont habituellement responsables, mais les poussières de bois elles-mêmes ont également été incriminées. Pour les moisissures, sont le plus souvent citées : Cryptostroma corticale (écorce d'érable), Penicillium frequentens (liège), Alternaria, Aspergillus, Neurospora ... Quant aux poussières de bois en elles-mêmes, sont évoqués, notamment, l'acajou, le séquoïa, le ramin et certains autres bois exotiques, mais il est difficile d'exclure totalement le rôle des moisissures dans ces observations.

Diagnostic

La maladie peut se manifester sous forme aiguë : il s'agit alors d'un épisode pseudo grippal survenant 4 à 10 heures après l'exposition professionnelle. Elle revêt le plus souvent un aspect plus progressif associant dyspnée toux et expectoration avec altération de l'état général et amaigrissement. Il existe des râles crépitants à l'auscultation pulmonaire.

La radiographie montre un syndrome interstitiel micronodulaire bilatéral prédominant aux bases ou un aspect en verre dépoli également noté à l'examen tomodensitométrique (TDM) qui associe micronodules flous, hyperclarté et aspect de verre dépoli réalisant une image en "mosaïque".

Les épreuves fonctionnelles respiratoires révèlent le plus souvent un syndrome restrictif avec diminution de la diffusion du monoxyde de carbone (CO).

Le lavage bronchoalvéolaire (LBA) signe l'alvéolite lymphocytaire (cellularité supérieure à plus de 200 000/ml contenant plus de 40 % de lymphocytes).

La présence de précipitines sériques - bien que non spécifique de l'affection - permet de rattacher l'alvéolite allergique extrinsèque à sa cause.

Les critères diagnostiques retenus sont :

- les symptômes respiratoires cliniques ;

- l'imagerie ;

- la diminution de la diffusion du CO ;

- l'alvéolite lymphocytaire au LBA ;

- la présence de précipitines ou l'anamnèse d'exposition.

Evolution
En cas de poursuite de l'exposition antigénique, elle peut se faire soit vers la fibrose avec insuffisance respiratoire chronique dans un quart des cas, soit vers une obstruction bronchique chronique avec emphysème.

Traitement
L'éviction de l'antigéne est de règle.

Les corticoïdes par voie générale sont efficaces dans les atteintes aiguës et subaiguës.

Facteurs de risque
L'intensité et la durée de l'exposition liée à la teneur en microorganismes immunogènes au poste de travail sont des facterusd e risque

V. Fibrose pulmonaire

Définition de la maladie
C'est une des évolutions possibles de la pneumopathie infiltrante diffuse d'hypersensibilité en cas de poursuite des expositions aux antigènes.

L'évolution vers la fibrose peut se faire également sans épisode aigu préalable lorsque l'exposition est régulière et prolongée à des niveaux de concentration antigénique insuffisants pour déclencher un épisode respiratoire aigu.

Il s'agit d'une fibrose interstitielle diffuse entraînant une insuffisance respiratoire chronique par altération des échanges gazeux.

Diagnostic
Il s'agit d'une affection dyspnéisante s'accompagnant de râles crépitants à l'auscultation.

Elle se traduit par des opacités réticulonodulaires à l'imagerie médicale, par un syndrome restrictif aux épreuves fonctionnelles respiratoires ; par un fort abaissement du coefficient de transfert du monoxyde de carbone et par une hypoxémie objectivée à l'analyse des gaz du sang.

Evolution
Son évolution, sévère, est celle d'une insuffisance respiratoire chronique.

Traitement
L'indication de l'éviction allergénique est formelle et la prescription de corticoïdes s'avère moins efficace. D'autres approches thérapeutiques ont été proposées (immunosuppresseurs).

Facteurs de risque
Poursuite de l'exposition aux substances antigéniques responsables de la pneumopathie d'hypersensibilité.

Intensité de l'exposition liée à la teneur en microorganismes immunogènes au poste de travail.

Durée de l'exposition.

VI. Cancer de l'ethmoïde et des autres sinus de la face

Définition de la maladie
L'exposition aux poussières de bois est responsable de cancers des cavités naso-sinusiennes à point de départ ethmoïdal le plus souvent. Le mécanisme de carcinogènèse chimique n'est pas complètement élucidé, mais il semblerait que les poussières les plus fines, issues des bois durs et riches en tanins soient fortement incriminées. Les produits de traitement et de conservation du bois, de même que certains produits liés aux procédés de transformation du bois pourraient jouer un rôle potentialisateur. Le type histologique le plus fréquent est l'adénocarcinome ou cancer glandulaire colloïde. D'autres types histologiques sont également rencontrés et il faut insister sur la difficulté à établir parfois un diagnostic histologique de certitude. La topographie du cancer est ethmoïdale dans la plupart des cas, avec extension secondaire aux structures voisines. Cependant, l'atteinte primitive des sinus maxillaires peut aussi se rencontrer.

Diagnostic
La symptomatologie clinique associe au départ une rhinosinusite banale mais traînante, avec obstruction nasale et épistaxis, signes volontiers évocateurs en fonction du contexte professionnel lorsqu'ils sont unilatéraux. La douleur est souvent absente. Lorsqu'elle existe, sa localisation est typiquement sous orbitaire. D'autres manifestations neurologiques peuvent exister, selon les particularités de l'extension loco-régionale de la tumeur. L'atteinte oculo-orbitaire unilatérale associe diplopie, larmoiement, œdème de la paupière supérieure et parfois une baisse de l'acuité visuelle. Un syndrome déformant existe dans 10 % des cas, avec élargissement asymétrique de la partie haute de l'auvent nasal, déplacement du canthus palpébral interne en dehors ou en bas et tuméfaction sous-cutanée en dedans de l'angle interne au-dessus du canthus interne. Les tumeurs de localisation nasale ou du sinus maxillaire sont révélées en général par une symptomatologie nasale. L'imagerie repose sur les clichés classiques, mais surtout sur la tomodensitométrie (scanner) qui seule permet une appréciation fiable des destructions osseuses et de l'extension tumorale.

Evolution
L'évolution se fait essentiellement par extension locorégionale, l'envahissement ganglionnaire cervical étant exceptionnel.

Le taux de survie à 5 ans des patients porteurs d'adénocarcinome est d'environ 60 % ; les récidives tardives sont possibles.

Traitement
Il repose sur l'exérèse chirurgicale suivie de radiothérapie.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition
Les facteurs de risque sont liés principalement à :
- la précocité de l'exposition, surtout en cas d'âge inférieur à 15 ans,
- la durée d'exposition, surtout si elle est supérieure à 30 ans,
- l'intensité de l'exposition : importance de l'empoussièrement,
- la finesse des poussières,
- la nature du bois : bois durs européens (chêne, hêtre surtout), bois durs tropicaux (acajou, ébène, teck...), bois composites,
- la nature des produits associés : colles, formaldéhyde, produits de traitement du bois.

Facteurs individuels
Les facteurs de risque individuels, tels que les infections répétées des voies aériennes supérieures ou le tabagisme, sont mal étudiés.

VII. Cancer des fosses nasales

Définition de la maladie
Le cancer des cavités nasales correspond à une tumeur nasosinusienne maligne qui prend naissance au niveau de la muqueuse respiratoire des voies aériennes supérieures.

Diagnostic
Le diagnostic de cancer des cavités nasales est tardif, la tumeur pouvant se développer localement sans manifestations spécifiques pendant un certain temps.

La symptomatologie clinique, quand elle apparaît, associe des signes de rhino-sinusite banale mais traînante avec obstruction nasale et épistaxis, signes évocateurs quand ils sont unilatéraux et qu'ils surviennent dans un contexte professionnel d'exposition aux poussières de bois.

En cas d'extension locorégionale de la tumeur, d'autres manifestations apparaissent : douleurs typiquement sous-orbitaires, œdème de la paupière, diplopie, larmoiement, baisse de l'acuité visuelle.

On peut noter un élargissement asymétrique de la partie haute de l'auvent nasal avec déplacement du canthus interne en dehors ou en bas ; tuméfaction sous-cutanée en dedans de l'angle interne au-dessus du canthus interne.

L'imagerie fait essentiellement appel à la tomodensitométrie et à l'IRM. Elle permet une appréciation des destructions osseuses et de l'extension tumorale.

Evolution
L'évolution se fait essentiellement par extension locorégionale, l'envahissement ganglionnaire étant exceptionnel.

Traitement
Il repose sur l'exérèse chirurgicale suivie de radiothérapie.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition
Les quelques facteurs de risque relevés dans la littérature sont :
- la durée d'exposition supérieure à 15 ans,
- l'existence antérieure d'un cancer du poumon.

Facteurs individuels
Le tabagisme est un co-facteur possible.

Critères de reconnaissance (Décembre 2019)

I. Eczéma

a) Critères médicaux

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

Lésions eczématiformes récidivant à une nouvelle exposition ou confirmées par un test épicutané.

Exigences légales associés à cet intitulé

L'enquête dermato-allergologique en médecine du travail nécessite un interrogatoire soigneux, un examen clinique minutieux et la réalisation de patch-tests, à la recherche d'un éventuel allergène de contact en cas d'eczéma, parfois de prick tests ou de tests ouverts, à la recherche d'une allergie de type immédiat si une urticaire de contact est suspectée.

Le diagnostic d'un eczéma de contact allergique repose essentiellement sur 2 critères : l'anamnèse et la positivité des tests épicutanés. L'anamnèse doit être très minutieuse : il convient d'établir la chronologie des faits, en faisant préciser la date et les circonstances d'apparition des premières lésions, leur siège, le mode d'évolution des poussées ultérieures. Elle est complétée par l'étude des gestes professionnels, des produits manipulés, l'enquête éventuelle sur le lieu de travail, l'effet favorable ou non de l'arrêt de travail. On s'attache à l'identification des produits suspects dans les différents domaines : vestimentaire, cosmétique, médicamenteux et on établit le rôle possible des substances liées à l'activité professionnelle ou aux activités de loisirs.

La rythmicité professionnelle doit être recherchée. Il faut noter qu'elle peut être parfois difficile à retrouver (présence de l'allergène dans des produits domestiques, cosmétologiques, même médicamenteux... dans les activités de bricolage, sportives...). Il faut savoir la rechercher précisément et étayer une éventuelle « épreuve de reprise » négative.

L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions (recherche de récidive).

L'utilisation de tests épicutanés devrait être envisagée systématiquement, mais ils ne sont pas obligatoires en cas d'épreuve de reprise positive. Ils doivent être réalisés par des personnes ayant l'habitude d'interpréter les résultats afin de valider les critères de pertinence des tests et d'imputabilité de la substance.

Les tests épicutanés peuvent être lus à partir de la 48è heure mais cette lecture seule est tout à fait insuffisante du fait de réactions plus tardives. Classiquement, deux lectures sont nécessaires : à 48 et 72 heures, et même à 96 heures. Des lectures encore plus tardives sont parfois recommandées.

Selon les critères admis par l'International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG), une gradation des résultats est reconnue internationalement :

- réaction négative.
- + ? réaction douteuse : érythème discret.
- + faible réaction : érythème, infiltration discrète et papules éventuelles.
- ++ réaction importante : érythème, infiltration, papules, vésicules.
- +++ réaction très importante : érythème intense, infiltration, vésicules coalescentes pouvant aboutir à une bulle.
- IR phénomène d'irritation, quel qu'il soit.
- NT non testé.

L'étape suivante, d'importance primordiale, consiste en une analyse critique des résultats en fonction des symptômes présentés dans le but d'établir la pertinence actuelle de ceux-ci. La pertinence ancienne des tests, même si elle est d'interprétation plus aléatoire, est également utile à rechercher.

Des tests complémentaires s'avèrent parfois indispensables, ainsi que des tests ouverts avec certains produits suspectés, des tests d'usage et des tests répétitifs (Repeated Open Application Test ou ROAT).

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

II. Conjonctivite

a) Critères médicaux

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

Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.

Exigences légales associées à cet intitulé

Le diagnostic positif de la conjonctivite est clinique. Le diagnostic étiologique peut être confirmé par des tests épicutanés, mais la simple récidive en cas de nouvelle exposition suffit.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge
7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie
Limitative.

III. Rhinite

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.

Exigences légales associées à cet intitulé
Les critères du diagnostic positif de la rhinite ne sont pas précisés : il peut s'agir d'éléments de symptomatologie clinique (écoulement nasal ou rhinorrhée, et/ou obstruction nasale, et/ou prurit nasal) ou de données d'examen ORL clinique avec visualisation endoscopique de la muqueuse (avec mise en évidence éventuelle d'anomalies de la muqueuse nasale : signes d'irritation, épaississement...)

La notion de test peut faire référence à des examens complémentaires à visée étiologique, comme les tests cutanés (prick tests) ou les tests de provocation avec rhinomanométrie. Cependant, dans la rédaction actuelle du texte le mot « test » peut être rattaché au diagnostic positif de la rhinite. On peut de ce fait proposer la visualisation endoscopique de la muqueuse nasale ou la rhinomanométrie (avec mesure des résistances nasales) mais il ne paraît pas possible de l'imposer.

La récidive après nouvelle exposition suffit pour le diagnostic étiologique. Si des tests à visée étiologique sont pratiqués, il peut s'agir de la rhinomanométrie avec épreuve de provocation pour certains allergènes (dépôt sur la muqueuse nasale de l'allergène suspecté, à la recherche d'une majoration des résistances nasales induite par ce dépôt), de tests cutanés à lecture immédiate ou de dosages d'IgE spécifiques (essentiellement pour certains allergènes de haut poids moléculaire).

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge
7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie
Limitative.

IV Asthme

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.

Exigences légales associées à cet intitulé
Une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) est nécessaire pour établir le diagnostic d'asthme, il s'agit de la spirométrie. Elle constitue l'outil indispensable pour le dépistage et la surveillance d'anomalies de la fonction ventilatoire.

L'examen spirométrique de base permet de confirmer le diagnostic d'asthme s'il met en évidence un syndrome obstructif variable, c'est-à-dire qu'une augmentation du VEMS ou de la CVF supérieure à 12 % de la valeur initiale et de plus de 200 ml est observée après prise de bronchodilatateur beta2mimétique .

En cas de normalité des EFR de base, il est nécessaire de réaliser une épreuve de provocation bronchique non spécifique à la méthacholine à la recherche d'une hyperréactivité bronchique non spécifique (HRBNS). Le degré d'HRBNS est mesuré par la dose de méthacholine qui provoque la chute de 20 % du VEMS (PD20). Ces tests de provocation bronchique non spécifiques doivent être réalisés en milieu spécialisé.

Si la fonction respiratoire de base est altérée, seule la variabilité est testée après inhalation de bronchodilatateurs. Il convient de ne pas proposer de test à la méthacholine

L'identification de la rythmicité professionnelle peut s'aider également de certaines épreuves : spirométrie étagée (réalisation de boucles débit-volume en début et fin de poste, en début et fin de semaine, idélament sur plusieurs semaines), débimétrie pluriquotidienne (incluant des jours de travail et des jours de repos), tests de provocation spécifiques (ces derniers, réalisés exceptionnellement, se font en milieu hospitalier spécialisé).

Dans certains cas, des tests cutanés à lecture immédiate (prick tests) et/ou l'identification d'IgE spécifiques dans le sang sont des éléments contributifs au diagnostic étiologique (notamment pour les allergènes macromoléculaires. Exemple : farine).

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge
7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie
Limitative.

V. Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau
Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable.

Exigences légales associées à cet intitulé
Pour les pneumopathies d'hypersensibilité, la rythmicité professionnelle est exigée. La mise en évidence d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable est actuellement un critère obligatoire pour la reconnaissance au titre du tableau. Cependant, la rentabilité des tests sérologiques, en terme de sensibilité et de spécificité est variable selon les méthodes utilisées et les antigènes de détection. Par ailleurs, dans les formes chroniques conduisant à la fibrose, la sérologie peut se négativer. Le LBA peut être un bon argument diagnostique, mais n'évitera pas l'examen du dossier par le CRRMP, en l'état actuel de la réglementation ; mais l'examen du dossier ne pourra se faire que si l'IPP prévisible est supérieure à 25 %. Il ne faut pas oublier aussi que le LBA est un acte invasif, non dénué de risques et nécessitant une hospitalisation.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge
30 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie
Limitative.

VI. Fibrose pulmonaire

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau
Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs.

Exigences légales associées à cet intitulé
Les EFR doivent objectiver un syndrome restricitf. Les signes immunologiques significatifs sont les mêmes que ceux demandés pour la broncho-alvéolite, la fibrose étant leur stade ultime. La mise en évidence d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable est actuellement un critère obligatoire pour la reconnaissance au titre du tableau. Cependant, la rentabilité des tests sérologiques, en terme de sensibilité et de spécificité est variable selon les méthodes utilisées et les antigènes de détection. Le LBA peut être un bon argument diagnostique, mais il ne faut pas oublier aussi que le LBA est un acte invasif, non dénué de risques et nécessitant une hospitalisation.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge
1 an.

Liste des travaux susceptibles de provoquer cet asthme
Limitative.

VII. Cancer des cavités nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau
Cancer primitif : carcinome des fosses nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face.

Exigences légales associées à cet intitulé

Le cancer doit être identifié ; cette identification se fait en anatomopathologie sur la pièce de biopsie ou sur la pièce d'exérèse chirurgicale.
Aucun type histologique particulier de tumeur maligne n'est spécifié dans l'intitulé.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge
40 ans.

Durée minimale d'exposition
5 ans.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie
Limitative.

Eléments de prévention technique (Novembre 2024)

Mesures de prévention

La démarche de prévention des risques liés à l'exposition aux poussières de bois est présentée sur la **page dédiée** [1] du site de l'INRS.

[1] **https://www.inrs.fr/risques/poussieres-bois/ce-qu-il-faut-retenir.html#69ea3d62-5af2-44dc-9b10-67540605e90a**

Les poussières de bois étant classées cancérogènes, 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**

Valeurs limites d'exposition professionnelle

Les poussières de bois disposent d'une valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) qui peut être retrouvée dans la base de données de l'INRS **Valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) - Substances chimiques** [3] .

[3] **https://www.inrs.fr/publications/bdd/vlep.html**

L'aide-mémoire technique ED 6443 permet d'avoir plus d'informations sur ces VLEP : **Les valeurs limites d'exposition professionnelle - Brochure - INRS** [4]

[4] **https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206443**

Eléments de prévention médicale (Novembre 2024)

I. Surveillance de l'état de santé

Les **recommandations de la Société française de médecine du travail** [5] validées par la Haute autorité de santé proposent une conduite à tenir pour la surveillance de l'effet cancérogène des poussières de bois.

[5] **https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2017**

II. Dépistage de maladie ou symptôme non inscrits au tableau.

La bronchite chronique obstructive

Sa prévalence est augmentée chez les sujets professionnellement exposés aux poussières de bois. Elle peut ou non s'accompagner d'un syndrome obstructif. Le tabagisme est un facteur favorisant.

Urticaire de contact

Des urticaires de contact au bois d'obèche ont été signalés.

Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés) (Novembre 2024)

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'Etat : articles R. 461-1 à R. 461-9 et tableaux annexés à l'article R. 461-3 ;
- décrets simples : articles D. 461-1 à D. 461-38.

b) Liste des textes ayant porté création ou modification du tableau n°47

- Création du tableau : décret 67-127 du 14 février 1947 ;
- Modifications du tableau :
  - décret 81-507 du 4 mai 1981 ;
  - décret 82-99 du 22 janvier 1982 ;
  - décret 85-630 du 19 juin 1985 ;
  - décret 2003-110 du 11 février 2003 ;
  - décret 2004-184 du 25 février 2004.

II. Prévention des maladies visées au tableau n°47

La réglementation relative à la prévention des expositions aux poussières de bois est présentée sur la **page dédiée** [6] du site de l'INRS

[6] **https://www.inrs.fr/risques/poussieres-bois/ce-qu-il-faut-retenir.html#69ea3d62-5af2-44dc-9b10-67540605e90a**

Eléments de bibliographie scientifique (Novembre 2024)

Des éléments bibliographiques peuvent être consultés sur la **page dédiée** [7] du site de l'INRS.

[7] **https://www.inrs.fr/risques/poussieres-bois/ce-qu-il-faut-retenir.html#69ea3d62-5af2-44dc-9b10-67540605e90a**

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