

# Conséquences socio-économiques et médicales

Le devenir des sujets avec asthme professionnel (AP) est souvent sombre et les conséquences socio-économiques dramatiques (tableau VI).

**Tableau VI : Devenir et statut socio-économique des sujets souffrant d'asthme professionnel**

Statut emploi	Devenir	Perte de revenus	Aggravation de l'asthme
Reste	Garde le même poste	Possible	+++
	Idem avec protection	Possible	++ à +++
	Change de poste	Possible	0 à +++ selon l'agent
Quitte	Nouvel employeur (exposition 0)	Moyenne 50 %	0 à +++ selon l'agent
	Chômage	Pas de revenus	0 à +++ selon l'agent

## Conséquences socio-économiques

Une fois le diagnostic confirmé, le manque de possibilités de reconversion (par exemple dans les entreprises trop petites) et/ou la sévérité des symptômes contraignent certains malades à quitter le travail : selon le type d'entreprise, la proportion de sujets concernés pourrait aller jusqu'à 30 % ou 40 % (Ameille et coll., 1997 ; Moscato et coll., 1999).

Pour un sujet avec AP, un contexte socio-économique difficile et le manque de qualification sont des facteurs limitant les possibilités de retrouver du travail. Il en résulte que seule une fraction modeste est réembauchée avec, en général, une perte salariale nette de 50 % en moyenne (Gannon et coll., 1993 ; Ameille et coll., 1997 ; Moscato et coll., 1999). Du fait que l'AP les rend souvent sensibles à des stimuli non-spécifiques (air froid, par exemple), le sujet reconverti peut continuer à présenter des symptômes en dehors de toute exposition. Bien évidemment, pour les chômeurs, la question de la poursuite de l'exposition ne se pose pas. Par contre, leur situation socio-économique est nettement dégradée car ils ne perçoivent pas de salaire et n'ont pas d'indemnité de compensation garantie par la loi.

Le souci de l'emploi et, peut-être, une symptomatologie moins sévère font que certains asthmatiques optent pour rester dans l'entreprise. Leur situation, certes moins dramatique que celle des chômeurs, est loin d'être idéale. Ils

encourent des pénalités économiques réelles liées à des arrêts de maladie plus fréquents, au manque de promotion et à l'accès limité aux heures supplémentaires. Néanmoins, pour eux, le problème majeur reste la menace pour leur santé. En effet, une fraction non négligeable – pouvant aller jusqu'à 60 % – des sujets restant dans l'entreprise continue à être plus ou moins exposée aux substances à l'origine de leur asthme (Ameille et coll., 1997 ; Moscato et coll., 1999), alors que la suppression de l'exposition à l'agent offenseur est une mesure de première ligne dans la prise en charge de l'AP (Venables et coll., 1989). Si l'exposition est interrompue, l'évolution peut être favorable bien que, pour certains types d'exposition (l'acide plicatique, les isocyanates), le taux de récupération complète après éviction soit inférieur à 50 % (Chan-Yeung et coll., 1982 ; Mapp et coll., 1988). Dans certains cas, l'évolution peut même devenir franchement défavorable, avec aggravation des symptômes et du degré d'hyperréactivité bronchique (Chan-Yeung et coll., 1982).

Peu d'études ont été réalisées pour examiner les facteurs pouvant affecter le statut de l'emploi dans l'asthme professionnel. Outre la sévérité des symptômes, dont le rôle reste controversé (Ameille et coll., 1997 ; Moscato et coll., 1999), le bas niveau d'éducation, l'âge et une demande de compensation seraient significativement liés au risque de perte de l'emploi (Ameille et coll., 1997).

L'impact socio-économique de l'asthme professionnel est fortement influencé par la législation de chaque pays. Au Québec (Malo et coll., 1993 ; Dewitte et coll., 1994), un programme a été mis en route qui prévoit un re-entraînement des malades en vue d'une reconversion professionnelle, tout en leur assurant une indemnité de remplacement. Dans d'autres pays, comme la France (Ameille et coll., 1997) ou l'Italie (Moscato et coll., 1999), les sujets avec asthme professionnel ont des difficultés à obtenir des bénéfices car une compensation rapide et garantie n'existe pas.

La survenue d'un asthme au cours de l'activité professionnelle pose chez les salariés le problème de l'aptitude médicale et de l'aptitude professionnelle (Choudat, 1997). La première est du ressort du médecin du travail qui doit évaluer l'existence d'une exposition professionnelle particulière afin d'établir ou non une restriction médicale d'aptitude pour le sujet. L'aptitude avec restrictions ou même un éventuel reclassement professionnel ne seront proposés qu'en cas d'exposition difficile ou impossible à éliminer. L'aptitude professionnelle est, quant à elle, du domaine de l'employeur qui peut mettre en cause l'aptitude du travailleur et proposer même son licenciement en cas d'absences répétées.

En France, la reconnaissance de l'AP repose sur la notion de présomption d'origine ou l'expertise. Si les mesures collectives de prévention primaire se révèlent insuffisantes, le sujet peut bénéficier d'un reclassement dans l'entreprise. Ce n'est qu'en cas d'impossibilité de celui-ci que l'inaptitude médicale est prononcée, ce qui mène au processus de compensation. Enfin, l'apparition

d'un AP s'accompagne souvent d'une obligation à changer non seulement de poste de travail mais aussi de profession (Autelitano-Boohs et coll., 1996).

## Pronostic médical

Après le diagnostic d'AP, l'éviction de l'agent impliqué peut résulter en une amélioration sensible voire une disparition des symptômes (Park et Nahm, 1997). Cependant, de nombreuses études ont ébranlé l'idée que cette évolution favorable était une règle générale. La persistance de symptômes respiratoires et/ou d'hyperréactivité bronchique non-spécifique a été retrouvée après cessation d'exposition à plusieurs substances comme les isocyanates (Paggiaro et coll., 1984 ; Mapp et coll., 1988), les poussières de bois (Chan-Yeung et coll., 1982), la colophane (Burge, 1982) et le fumet de crabe (Hudson et coll., 1984). En France, Pauli et coll. (1996) ont attiré l'attention sur le fait que 70 % des asthmes professionnels restent symptomatiques après éviction du risque.

La persistance des manifestations asthmatiques après cessation d'exposition peut s'expliquer par plusieurs facteurs (Perfetti et coll., 1998) : exposition au même agent en dehors du travail, inflammation des voies aériennes d'origine virale responsable d'hyperréactivité bronchique, prédisposition génétique au développement et à la perpétuation de l'asthme et sensibilisation *de novo* à des allergènes ordinaires. Toutefois, concernant ce dernier facteur, Perfetti et coll. (1998) ont examiné 100 sujets avec asthme professionnel à un intervalle de temps moyen d'environ 6 ans et n'ont trouvé aucune évidence d'augmentation ou d'apparition d'une nouvelle sensibilisation médiée par des IgE.

## Détérioration et incapacité

Au cours de l'évolution de l'AP, le médecin peut être confronté à la question de l'évaluation de la détérioration fonctionnelle à des fins de compensation. Celle-ci doit être réalisée deux ans après l'éviction du produit incriminé, lorsque l'amélioration est maximale. La détérioration est définie comme une anomalie fonctionnelle qui résulte d'une condition médicale. Des normes pour l'évaluation de la détérioration ont été publiées, basées sur le degré d'anomalie des paramètres cliniques et fonctionnels (*American thoracic society*, 1993). Outre les tests fonctionnels respiratoires, il est recommandé de mesurer l'hyperréactivité bronchique, le degré de réversibilité de l'obstruction, le type et la quantité de médicaments nécessaires pour un contrôle efficace des symptômes et leur effet sur la qualité de vie du sujet.

L'effet total de détérioration constitue l'incapacité. Son évaluation implique la considération des limitations dans la capacité à réaliser les activités de tous

les jours du fait de problèmes respiratoires, y compris la nécessité de restriction au travail. L'évaluation de la détérioration et de l'incapacité permanentes doit être réalisée deux ans après la reconnaissance et la prise en charge de l'asthmatique, lorsque l'amélioration de l'asthme atteint un plateau.

## BIBLIOGRAPHIE

AMEILLE J, PAIRON JC, BAYEUX MC, BRONCHARD P, CHOUDAT D et coll. Consequences of occupational asthma on employment and financial status : a follow up study. *Eur Respir J* 1997, **10** : 55-58

American Thoracic Society. Ad Hoc Committee of Impairment/Disability Evaluation in Subjects with asthma. Guidelines for the evaluation of impairment/disability in patients with asthma. *Am Rev Respir Dis* 1993, **147** : 1056-1061

AUTELITANO-BOOHS AM, KOPFERSCHMITT-KUBLER MC, BLAULMEISER-KAPPS M, PAULI G. Les conséquences de l'asthme professionnel et de sa déclaration. *Arch Mal Prof* 1996, **57** : 94-100

BURGE PS. Occupational asthma in electronic workers caused by colophony fumes : follow-up of affected workers. *Thorax* 1982, **37** : 348-353

CHAN YEUNG M, LAM S, KOERNER S. Clinical features and natural history of occupational asthma due to western red cedar (*Thuja plicata*). *Am J Med* 1982, **72** : 411-415

CHOUDAT D. Conséquences socio-professionnelles de l'asthme professionnel. *Al-samed* 1997, **2** : 45

DEWITTE JD, CHAN-YEUNG M, MALO JL. Medicolegal and compensation aspects of occupational asthma. *Eur Respir J* 1994, **7** : 969-980

GANNON PFG, WEIR DC, ROBERTSON AS, BURGE PS. Health, employment and financial outcomes in workers with occupational asthma. *Br Ind J Med* 1993, **50** : 491-496

HUDSON P, CARTIER A, PINEAU L, LAFRANCE N, SAINT-AUBIN JJ et coll. Follow-up of occupational asthma due to various agents. *J Allergy Clin Immunol* 1984, **73** : 174

HUDSON P, CARTIER A, PINEAU L, LAFRANCE N, SAINT-AUBIN JJ et coll. Follow-up of occupational asthma caused by crab and various agents. *J Allergy Clin Immunol* 1985, **76** : 682-688

MALO JL, DEWITTE JD, CARTIER A, GHEZZO H, L'ARCHEVEQUE J, BOULET LP et coll. Le système québécois d'indemnisation pour l'asthme professionnel : description efficacité, coûts. *Rev Mal Respir* 1993, **10** : 313-323

MAPP CE, CORONA PC, DE MARZO N, FABBRI L. Persistent asthma due to isocyanates. A follow-up study of subjects with occupational asthma due to toluene diisocyanate (TDI). *Am Rev Respir Dis* 1988, **137** : 1326-1329

MOSCATO G, DELLABIANCA A, PERFETTI L, BRAMÉ B, GALDI E et coll. Occupational asthma. A longitudinal study on the clinical and socioeconomic outcome after diagnosis. *Chest* 1999, **115** : 249-256

PAGGIARO PL, MOI AM, ROSSI O, FERRANTE B, PAVDI F et coll. Follow-up study of patients with respiratory disease due to toluene diisocyanate. *Clin Allergy* 1984, **14** :

PARK HS, NAHM DH. Prognostic factors for toluene diisocyanate-induced occupational asthma after removal from exposure. *Clin Exper Allergy* 1997, **27** : 1145-1150

PAULI G, KOPFERSCHMITT-KUBLER MC, GASSMAN V, AUTELITANO AM, BLAUMEISER M. Asthme professionnel : pronostic médico-social. *Rev Pneumol Clinique* 1996, **52** : 104

PERFETTI L, HEBERT J, LAPALME Y, GHEZZO H, GAUTRIN D, MALO JL. Changes in IgE-mediated allergy to ubiquitous inhalants after removal from or diminution of exposure to the agent causing occupational asthma. *Clin Exper Allergy* 1998, **28** : 66-73

VENABLES KM, DAVISON AG, NEWMAN-TAYLOR AJ. Consequences of occupational asthma. *Respir Med* 1989, **83** : 437-440