

L'accroissement considérable de la production et des utilisations industrielles de l'amiante qui a commencé au début du XX^{ème} siècle a été accompagné dans les décennies suivantes d'une « flambée » de fibroses pulmonaires, de cancers du poumon et de mésothéliomes observée parmi les travailleurs directement exposés.

L'asbestose a été la première maladie rapportée à une exposition professionnelle à l'amiante (dans les années 1930). Associée à des niveaux particulièrement élevés d'exposition, elle a pratiquement disparu de nos jours dans les pays industrialisés du fait des mesures de protection obligatoires du personnel manipulant l'amiante.

Contrairement à l'asbestose qui survient rapidement après le début de l'exposition à l'amiante, les cancers mettent plusieurs dizaines d'années à se développer. Ce temps de latence va jusqu'à 40 ou 50 ans pour le mésothéliome.

Le lien entre l'exposition professionnelle à l'amiante et le risque de **cancer du poumon** a été démontré en 1950 dans une population de travailleurs de l'amiante textile en Grande-Bretagne. En 1960, la responsabilité de l'exposition professionnelle à l'amiante dans la survenue du cancer du poumon était également établie dans les chantiers navals et chez les calorifugeurs.

Le lien entre **le mésothéliome** et l'exposition à l'amiante a été suspecté dès 1960 dans les mines d'extraction d'Afrique du sud puis confirmé par de nombreuses études, toutes cohérentes, dans les secteurs de l'amiante textile, des chantiers navals et du calorifugeage. En 1977, le Centre International de Recherches sur le Cancer (CIRC) classait l'amiante dans la catégorie des agents cancérigènes pour l'homme, tant du fait d'un accroissement du risque de mésothéliome que de cancer du poumon. Dans les années 1980-90, le risque de mésothéliome a été reconnu dans divers métiers impliquant des tâches d'intervention sur des matériaux contenant de l'amiante (en particulier métiers du bâtiment).

Contrairement au cancer du poumon, d'origine multifactorielle, **le mésothéliome** (infiniment plus rare) **est quasiment spécifique de l'exposition à l'amiante**. Un seul autre facteur de risque est connu : l'exposition à l'érionite, une autre fibre minérale.

La responsabilité de l'amiante dans la survenue de mésothéliomes a également été établie chez des personnes au contact de travailleurs exposés rapportant des poussières d'amiante à la maison (via les vêtements de travail notamment). Ce type d'exposition est appelé « para-professionnelle ».

Les autres circonstances d'exposition, dites « environnementales », sont au cœur des préoccupations actuelles. Il s'agit en particulier :

- **de l'exposition « passive intra-murale »**, celle des occupants des bâtiments contenant de l'amiante qui peuvent inhaler des fibres relarguées par les matériaux,
- **de l'exposition « urbaine »**, celle liée à la respiration d'un air extérieur contenant des fibres d'amiante provenant, d'une part des bâtiments et des installations urbaines (notamment lors d'opérations de démolition ou de désamiantage), d'autre part de la circulation automobile (amiante présente dans les systèmes de freins, d'embrayages et dans les revêtements routiers).

Aucune donnée ne permet aujourd'hui d'établir les effets sur la santé de telles expositions de faible niveau. La réalisation d'études épidémiologiques (recherchant un lien entre un facteur causal et une maladie consécutive) est compliquée pour plusieurs raisons.

Alors qu'en milieu professionnel il est facile de recueillir des informations sur le niveau et la durée de l'exposition à l'amiante, il est extrêmement difficile d'évaluer les niveaux d'exposition en population générale, à l'échelle individuelle. Cela supposerait de déterminer les niveaux d'amiante dans les différents environnements fréquentés par les sujets (domicile, bureau, lieux de loisirs, extérieur, transports ...) et le nombre

d'heures passées précisément dans ces environnements. Ces informations devraient être obtenues de façon cumulative, pendant des dizaines d'années, puisque tel est le temps de latence des cancers dûs à l'amiante.

Il serait nécessaire de suivre à long terme d'immenses cohortes de populations pour mettre en évidence une différence statistiquement significative de l'incidence du cancer du poumon selon l'exposition à l'amiante, ce cancer étant très fréquent. Une très grande population serait également nécessaire pour mettre en évidence le mésothéliome, très rare.

Enfin, pour attribuer avec certitude un excès de cancer à l'amiante, il faudrait être sûr que l'on a éliminé l'influence possible de tous les autres facteurs qui pourraient expliquer la survenue de la maladie. Pour le mésothéliome, ce serait relativement aisé (en écartant une exposition professionnelle ou para-professionnelle) mais pour le cancer du poumon, c'est quasiment infaisable du fait du rôle du tabagisme, des polluants, des multiples agents cancérogènes environnementaux, des facteurs nutritionnels, etc.

Concernant le mésothéliome, même si de telles études avaient eu lieu, un effet de l'amiante n'aurait eu que très peu de chances d'avoir été observé jusqu'à présent. Les expositions liées à la fréquentation des bâtiments contenant de l'amiante sont relativement récentes, son utilisation à usage d'isolant thermique ou acoustique s'étant répandue à partir des années 60. Les conséquences éventuelles de la période d'utilisation massive de l'amiante dans les bâtiments ne peuvent s'observer qu'au terme du temps de latence nécessaire au développement du cancer, estimé entre 30 et 40 ans d'après les études en milieu professionnel, peut être plus long pour des expositions environnementales de faible niveau.

Si les risques pour la santé d'une exposition « intra-murale » ou « urbaine » à l'amiante ne sont pas établis, rien ne permet d'affirmer que ces risques sont exclus ou négligeables.

Dr Laurence Nicolle-Mir

Membre de la Société Française de Santé et Environnement