

Surveillance médicale des personnes exposées à l'amiante : actualités

Paris, 8 mars 2000 - 7e Journée Recherche de l'Institut
interuniversitaire de médecine du travail de Paris Ile-de-France -

Paris, 19 mai 2000 - Journée de la Société d'imagerie thoracique

La 7^e Journée Recherche avait pour objectif de présenter l'état d'avancement des travaux et des propositions ayant fait suite aux recommandations du jury de la conférence de consensus du 15 Janvier 1999 pour l'élaboration d'une stratégie de surveillance médicale des personnes exposées à l'amiante (1).

La journée du 19 mai 2000, organisée par la Société d'imagerie thoracique, avec le parrainage de la Société française de médecine du travail, était consacrée à la pathologie professionnelle liée à l'amiante et à l'apport diagnostique des différentes techniques d'imagerie. Du fait de l'intrication des thèmes abordés au cours de ces deux journées, il a paru préférable d'en présenter un compte rendu global.

1. Pathologie liée à l'amiante

Ces deux journées ont débuté par la description des différentes pathologies induites par les expositions à l'amiante et le rappel des recommandations élaborées par le jury de la conférence de consensus. Les différents orateurs ont souligné la particularité de cette conférence de consensus qui, pour la première fois dans l'histoire de ces conférences, a dû prendre en compte, outre la dimension médicale, la dimension sociale de ce dossier.

Le détail de la pathologie liée à l'amiante n'est pas repris dans ce compte rendu, - celle-ci ayant fait l'objet récemment d'une publication dans les Documents pour le Médecin du Travail (2).

Seule est reprise ici, la discussion concernant les maladies des petites voies aériennes qui s'est déroulée lors de la journée du 19 mai 2000.

F. Gallateau-Sallé (Service d'anatomopathologie,

CHU de Caen) a présenté ces maladies des petites voies aériennes (MPVA) pour lesquelles l'exposition à l'amiante est évoquée comme facteur étiologique. Ce spécialiste d'anatomopathologie a précisé que cette pathologie survenant dans un contexte d'exposition passée à l'amiante présente des spécificités histologiques permettant de la différencier des MPVA dues à d'autres étiologies (tabac...). Parmi celles-ci sont observées une fibrose des canaux alvéolaires associée à des lésions nodulaires et des particules biréfringentes. Sur un plan fonctionnel, il semble que ces MPVA n'évoluent pas vers la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Cette notion de MPVA a fait l'objet d'une vive controverse dans l'assemblée, constituée essentiellement de radiologues et de pneumologues cliniciens, ces spécialistes considérant qu'il s'agit d'une entité qui n'est pas clairement définie à ce jour, tout comme son retentissement fonctionnel. Dans un tel contexte, les critères morphologiques présentés, leur spécificité et leur signification pathogénique sont remis en cause par ces médecins.

F. ROOS (*)

(*) Département Etudes et assistance médicales, INRS, Centre de Paris.

(1) *Elaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante. Texte du jury de la conférence de consensus. Documents pour le médecin du travail, 1999, 78, pp. 157-165.*

(2) *Meyer A., Le Bâcle C. - Affections professionnelles liées à l'amiante. Situation en France. Documents pour le médecin du travail, 1999, 78, pp. 103-135.*

INRS

Documents pour le médecin du travail
N° 83
3^e trimestre 2000

259

2. Choix et modalités des examens complémentaires

La nature et la fréquence des différentes explorations complémentaires préconisées lors de la conférence de consensus en fonction de l'intensité des expositions passées ou actuelles sont résumées dans la *figure 1*.

La fréquence et le type des examens sont proposés en fonction de l'intensité des expositions avec deux stratégies différentes selon que les personnes sont considérées comme ayant été (ou étant) exposées moyennement ou fortement à l'amiante. Outre la périodicité des examens, qui est différente de celle du suivi médical prescrit par l'arrêté du 13 décembre 1996, le scanner thoracique est introduit dans le suivi médical.

Afin d'établir des propositions visant la mise en place des modalités pratiques d'application de ces recommandations, deux groupes de travail, mandatés par la Direction des relations du travail (ministère de l'Emploi et de la Solidarité), ont été créés et se sont réunis dans les mois qui ont suivi la conférence de consensus.

2.1. GUIDE D'ÉVALUATION DES EXPOSITIONS À L'AMIANTE

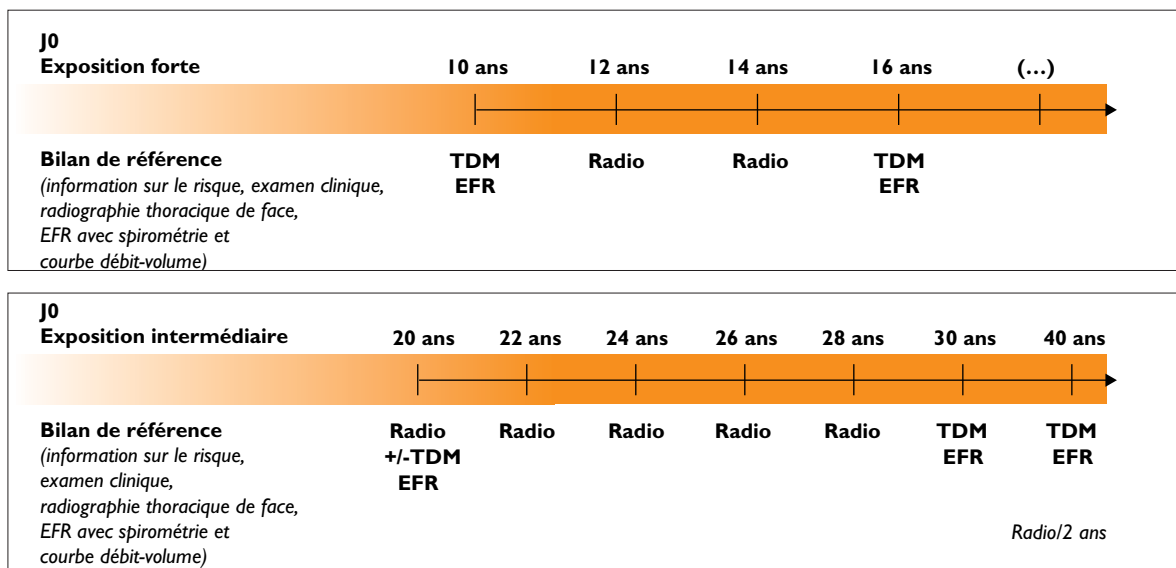
Le premier groupe de travail avait pour objectif d'élaborer un guide d'évaluation des expositions à l'amiante utilisable par les médecins - médecins du travail aussi bien que médecins traitants - et permettant de classer les personnes en deux catégories d'exposition :

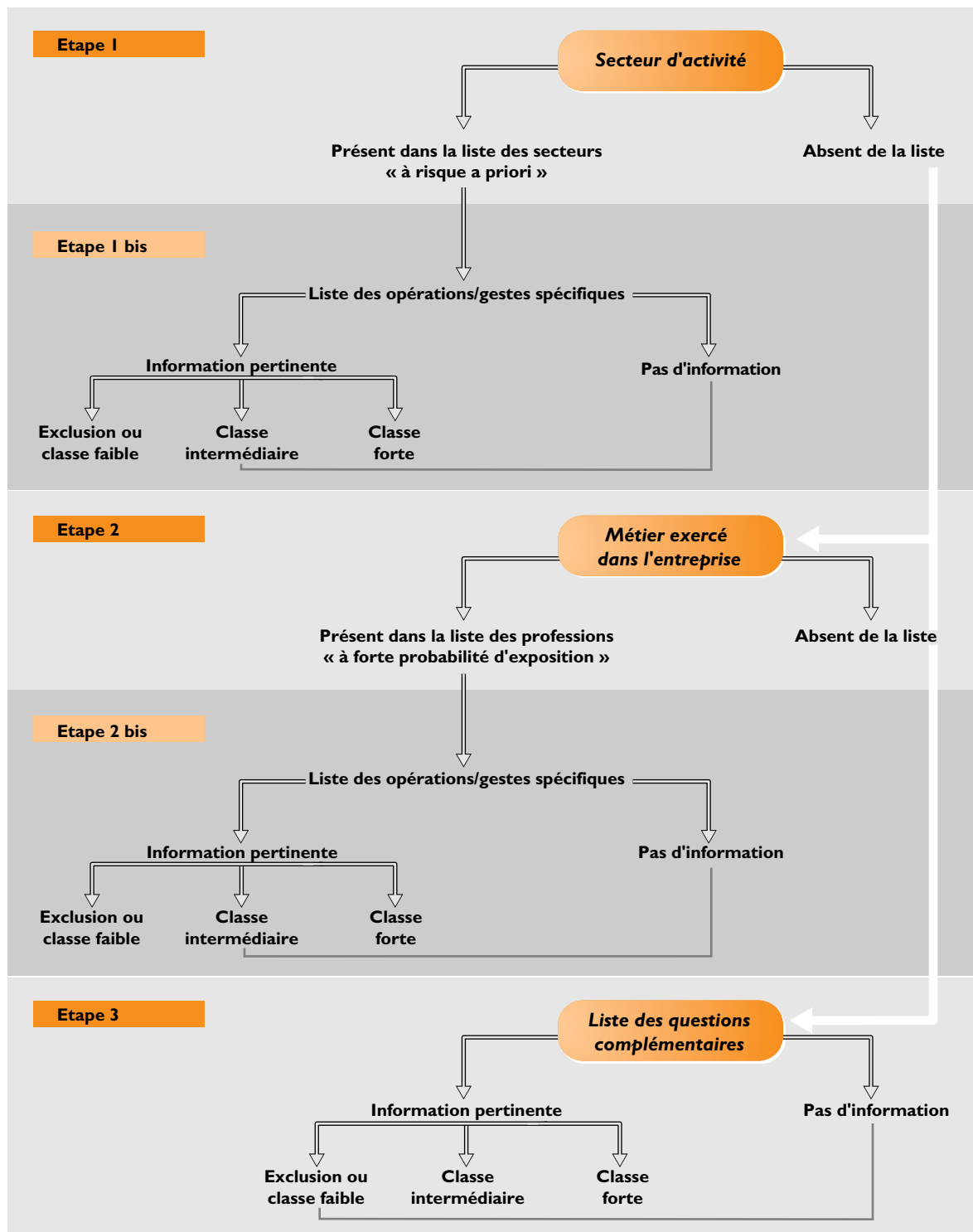
- expositions fortes,
- expositions intermédiaires.

Ce groupe était composé de spécialistes de consultations de pathologie professionnelle et de pneumologie, de médecins du travail, de médecins généralistes, d'ingénieurs de services prévention de CRAM et de l'INRS, de membres des associations représentant les personnes exposées à l'amiante ainsi que de spécialistes des prélèvements atmosphériques et/ou de matériaux amiantés, particulièrement rompus à ce type d'évaluation.

Un premier projet de cet outil d'évaluation destiné aux médecins du travail ⁽³⁾ a été présenté par J.C. Pairon (Consultation de pathologie professionnelle, Hôpital intercommunal de Créteil) et Y. Créau (Service prévention de la CRAM de Rouen) au cours de la journée du 8 mars. Une démarche parallèle a été réalisée pour élaborer un outil plus spécifiquement adapté aux besoins des médecins traitants ⁽³⁾.

⁽³⁾ Dès que ces documents seront disponibles, ils seront annoncés dans les Documents pour le médecin du travail.





▲ Fig. 2. Algorithme décisionnel de la démarche d'évaluation des expositions à l'amiante au cours des emplois antérieurs à l'entreprise actuelle.

◀ Fig. 1. Nature et fréquence des différentes explorations complémentaires préconisées lors de la conférence de consensus du 15 janvier 1999

J0 : début de l'exposition
 Radio : radiographie standard de face
 TDM : Examen tomодensitométrique
 EFR : explorations fonctionnelles respiratoires
 Pour tout sujet vu pour la première fois et étant susceptible

de bénéficier du droit à une retraite anticipée (à partir de 50 ans), le bilan comportera :
 → un examen clinique,
 → un examen tomодensitométrique
 → des EFR (spirométrie et courbe débit-volume)

Pour les médecins du travail, le principe du guide est de proposer une démarche systématique permettant de balayer l'ensemble de la carrière de chaque salarié de la façon la plus simple et rapide possible.

La première phase, indispensable pour l'évaluation des expositions par le médecin du travail, est la reconstitution du calendrier professionnel avec énumération des différents emplois occupés par le sujet incluant les périodes d'apprentissage et de service national. Un emploi étant défini par le couple « secteur d'activité » (ou entreprise) x « profession » (ou métier).

L'étape suivante consiste au repérage et à la quantification de l'exposition de chaque emploi concernant l'entreprise actuelle (enquêtes auprès de l'employeur, études de poste et enquête auprès du salarié) et des emplois antérieurs à l'entreprise actuelle. Concernant les emplois successifs dans l'entreprise actuelle, 3 paramètres sont essentiels pour quantifier l'exposition : la durée de l'emploi considéré, l'intensité de l'exposition (types d'activités/tâches effectuées, simple contact, intervention directe sur matériaux friables ou non, activité de voisinage, port de protections individuelles ou non, notion de pics d'exposition) et sa fréquence (nombre d'heures par semaine ou de jours par an).

L'analyse des emplois antérieurs à l'entreprise actuelle est fondée sur une démarche en trois étapes comprenant l'étude du secteur d'activité et de la profession, suivie de questions complémentaires générales permettant l'établissement d'un algorithme décisionnel. Cette démarche permet ainsi de considérer la personne comme non exposée, fortement exposée ou exposée de façon intermédiaire (fig. 2) ; des listes de « secteurs » et « professions » exposés a priori ont été établies.

Enfin, au vu des informations précédemment recueillies, la synthèse de l'évaluation des expositions pour un sujet donné sur l'ensemble de sa carrière professionnelle est réalisée, permettant de faire le choix du protocole de suivi médical (tableau I).

2.2. MODALITÉS DE SURVEILLANCE RADIOLOGIQUE

Le deuxième groupe de travail avait pour objectif de proposer les modalités de réalisation de l'imagerie thoracique et plus particulièrement celles du scanner thoracique.

Les techniques tomodensitométriques sont en effet en évolution permanente afin, à la fois, d'améliorer leurs performances en matière de dépistage précoce de

la pathologie liée à l'amiante et de réduire l'irradiation iatrogène.

J. Ameille (Consultation de pathologie professionnelle, Hôpital Raymond Poincaré, Garches) a rappelé que ces surveillances radiologiques et scannographiques doivent prendre en compte la Directive Euratom 97/43 du Conseil de l'Europe (mars 2000) qui doit être transcrite prochainement en droit français. Les principes de cette directive sont :

- la justification des examens (étude bénéfique/risque),
- l'optimisation des expositions selon le principe ALARA (« As Low As Reasonably Achievable »),
- la responsabilité partagée entre le prescripteur et le radiologue.

2.2.1. Radiographies

Pour J. Ameille, les radiophotographies doivent être définitivement proscrites dans ces indications. Elles sont deux fois plus irradiantes que les radiographies standards et leur qualité de dépistage des pathologies induites par l'amiante est moindre.

La radiographie thoracique standard (de face et de profil), quant à elle, induit par contre une irradiation faible : 0,1 à 0,2 mSv, soit 10 à 20 % de l'irradiation naturelle moyenne annuelle dans les zones où celle-ci est réduite (Bassin parisien). Son coût est modeste. La radiographie standard de face est actuellement l'examen réglementaire de la surveillance médicale spéciale et est également préconisée par le jury de la conférence de consensus. D'autre part, la possibilité d'une lecture standardisée (classification du BIT) permet l'exploitation collective des données à des fins épidémiologiques.

Cet examen présente toutefois certains inconvénients :

- techniquement, il est difficile à réaliser,
- à titre individuel, s'il améliore le taux de survie à partir du dépistage d'une pathologie, il n'a pas fait la preuve de son efficacité en terme de réduction du taux de mortalité,
- il existe des biais d'interprétation : zones muettes, superpositions d'image, imperfections techniques, graisse sous-pleurale chez certains patients pouvant être interprétées comme des plaques pleurales, opacités parenchymateuses accrues chez les fumeurs...,
- il présente des limites diagnostiques : fibroses débutantes et tumeurs de diamètre inférieur à 1 cm non dépistées.

Synthèse de l'évaluation des expositions et choix du protocole de suivi

TABEAU I

Exposition importante	→ certain \geq 1 an, régulier, élevé (exemple : secteur I ou équivalent : chantier naval, flochage...) → certain \geq 10 ans, discontinu, élevé (ex. : mécanicien rectifieur de freins de poids lourds, couvreur tronçonnant de l'amiante-ciment...)	Protocole « exposition forte »
Exposition intermédiaire	→ autres situations (ex. : nombreux professionnels du bâtiment...)	Protocole « exposition intermédiaire »
Exposition faible	→ exposition passive sans contact direct personnel ou de collègues avec des matériaux contenant de l'amiante (ex. : résidence dans local avec flochage non dégradé)	Information
Impossibilité de conclure		Avis spécialisé (centre spécialisé de référence)

Lors de la Journée de la Société d'imagerie thoracique du 19 mai, l'intérêt de la réalisation de clichés de profil a été discuté dans ces indications. Certains participants, radiologues et pneumologues, semblent considérer que ce type d'incidence pourrait présenter un intérêt pour la visualisation des espaces rétrosternaux et des atélectasies par enroulement. Cependant J. Ameille a souligné que la réalisation de profils stricts n'avait pas été évaluée dans ces indications mais que la réalisation de clichés en oblique avait révélé de nombreux faux positifs et que ces clichés ajoutaient une irradiation supplémentaire. Leur indication n'est donc pas actuellement retenue pour ce suivi médical.

D'autre part, les services de radiologie ont de plus en plus recours à la **radiographie numérisée**. Bien qu'il n'existe pas d'études comparatives publiées entre radiographies standards et numérisées dans ce type d'indications, il semble qu'il n'y ait pas d'intérêt majeur à réaliser préférentiellement une radiographie numérisée par rapport à une radiographie standard correctement effectuée. Toutefois, le recours à la numérisation a l'avantage de présenter une qualité technique constante, de permettre la modulation des images (contrastes accentuées plus ou moins...) et la transmission de données entre praticiens par voie informatique. En revanche, le « temps-médecin » est nettement plus long que pour la radiographie standard.

2.2.2. Scanner thoracique

Contrairement à la radiographie thoracique, le scanner thoracique a l'avantage de ne pas présenter de zones

muettes. Cet examen permet une nette amélioration de la sensibilité et de la spécificité du dépistage. Il est notamment particulièrement intéressant pour le dépistage des fibroses débutantes non diagnostiquées par les radiographies standards. Une étude présentée lors de la réunion de la Société d'imagerie thoracique par P.A. Genevois (Département de Radiologie, Hôpital Erasme, Bruxelles) a également montré qu'il permettait de dépister des plaques pleurales et des épaissements pleuraux diffus alors que les radiographies pulmonaires standards avaient été jugées normales.

Cependant, cette technique reste actuellement à l'origine d'une irradiation nettement supérieure à celle induite par une radiographie thoracique. Le niveau d'irradiation de la tomodensitométrie conventionnelle thoracique est compris entre 5 et 20 mSv, soit une irradiation équivalente à celle de 7 années d'irradiation naturelle. Cet examen est donc 100 fois plus irradiant que la radiographie standard. Par ailleurs, son coût est élevé (de l'ordre de 1 000 francs).

Des recommandations provisoires concernant les modalités pratiques de réalisation de ces scanners ont été proposées par le groupe de travail mandaté par la Direction des relations du travail. Le protocole doit associer systématiquement une acquisition spiralee et quelques coupes millimétriques.

Acquisition spiralee ou hélicoïdale

Il s'agit d'une variante technique qui remplace progressivement la tomodensitométrie conventionnelle. Son niveau d'irradiation est voisin de celle-ci.



Elle doit être effectuée :

- en décubitus,
- en apnée inspiratoire stricte,
- sans injection de contraste,
- avec une épaisseur nominale recommandée de l'ordre de 5 à 8 mm,
- et avec double fenêtrage.

Coupes millimétriques en haute résolution

Cette technique utilise une collimation fine (coupes comprises entre 1 et 1,5 mm) ainsi qu'un algorithme de reconstruction favorisant la résolution spatiale.

Il est recommandé que l'examen comporte 5 coupes systématiques, en double fenêtrage, étagées à partir de 2 cm sous la carène, en inspiration profonde et en procubitus.

L'élaboration d'un atlas iconographique est en cours. Son objectif est de constituer un référentiel d'images normales, d'images constituant des pièges diagnostiques et des images des différentes pathologies respiratoires induites par les expositions à l'amiante. Ce référentiel constituera un outil pour les différents partenaires impliqués dans la surveillance médicale des personnes exposées à l'amiante et la gestion de ses conséquences.

Ce groupe de travail a suggéré qu'une évaluation des procédures et de leur faisabilité sur des « sites pilotes » soit réalisée, pendant une période intermédiaire, avant de généraliser la pratique systématique de ces examens tomodensitométriques à l'ensemble du territoire national.

Le problème de la signification d'un nodule pulmonaire, découvert fortuitement lors d'un dépistage, et de la conduite à tenir dans ce cas, a été abordé au cours de la Journée de la Société d'imagerie thoracique. M. Fournier (Service de pneumologie, Hôpital Beaujon, Clichy) a rappelé que malgré l'amélioration des techniques, il n'y a toujours qu'environ 25 % des cancers broncho-pulmonaires qui, au moment du diagnostic, peuvent faire l'objet d'une intervention chirurgicale. Par ailleurs, M. Letourneux (Consultation de pathologie professionnelle, CHU, Caen) a rapporté des résultats d'études de dépistage réalisées sur des échantillons issus de la population générale ou de secteurs industriels responsables d'exposition à l'amiante. Ces études ont montré l'existence de faux positifs. Il semble actuellement prématuré d'élaborer une stratégie harmonisée vis-à-vis de la découverte de ce type de nodule ; cela serait, en revanche, à envisager si une incidence élevée de ces nodules était constatée avec la multiplication de ces examens.

M. Letourneux a également précisé que la lecture standardisée pour le scanner thoracique, tout comme la lecture standardisée selon les critères du BIT pour les radiographies, ne pouvait être utilisée qu'à des fins épidémiologiques et non sur une base individuelle.

D'autre part, bien qu'il soit vraisemblable que, dans un avenir proche, les problèmes de doses d'irradiation lors de la réalisation de ces scanners soient contingents, il est indispensable de recourir lors de leur réalisation, à une protection des glandes thyroïdiennes et mammaires.

C. Paris (Consultation de pathologie professionnelle, CHU, Rouen), lors de la Journée du 8 mars, a rapporté l'expérience normande de suivi post-professionnel des personnes exposées à l'amiante. Ce protocole de surveillance a été mis en place en Normandie, d'abord dans la région de Caen en 1991, puis dans la région de Rouen en 1995 et dans celle du Havre en 1997.

Le protocole est basé sur la réalisation d'un interrogatoire standardisé permettant d'établir un indice cumulé d'exposition à l'amiante et la réalisation périodique d'un bilan comprenant un examen clinique, une radiographie pulmonaire standard de face, complétée en cas d'anomalies par un scanner thoracique (6 coupes millimétriques en haute résolution), ainsi qu'une exploration fonctionnelle respiratoire tous les 2 ans. Ce bilan est complété par la réalisation d'un scanner thoracique systématique lors du bilan de référence et tous les 4 ans.

Un suivi longitudinal a pu être réalisé chez 226 personnes issues d'une population professionnelle masculine fortement exposée à l'amiante. Deux bilans tomodensitométriques espacés en moyenne de 4 ans ont montré les résultats suivants :

- 4 % des patients ont présenté une aggravation des opacités parenchymateuses entre les deux bilans,
- concernant les plaques pleurales, 6 % des patients ont présenté une aggravation entre les deux bilans,
- une aggravation de 1,5 % a été notée pour les aspects d'épaississements pleuraux diffus et pour les calcifications pleurales.

Il est nécessaire de poursuivre les réflexions afin de valider l'utilisation de l'examen tomodensitométrique dans ces indications. Des propositions d'études à mener ont ainsi été faites par le groupe de travail mandaté par la Direction des relations du travail, notamment :

- l'évaluation des doses de rayonnements délivrées par le protocole proposé,
- la comparaison de la technique proposée avec les

techniques habituelles,

- l'évaluation de l'apport d'une grille de lecture standardisée,
- l'évaluation de la variabilité inter- et intra-lecteurs,
- l'étude de la corrélation radio-anatomique sur pièces de lobectomie ou de pneumonectomie.

2.3. AUTRE OUTIL DE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES LÉSIONS MALIGNES BRONCHIQUES

C. Paris a également présenté, lors de la Journée du 8 mars, les résultats d'une étude réalisée chez 189 patients présentant un facteur de risque identifié de cancer bronchique (tabagisme > 20 paquets-années, antécédents de cancer ORL ou bronchique, exposition à l'amiante). Ces personnes ont bénéficié d'une **fibroscopie en autofluorescence** dans un but de détection précoce du cancer bronchique. 61 % des patients avaient été exposés à l'amiante. Concernant le tabagisme, 62 % des patients étaient fumeurs et 33 % étaient ex-fumeurs. L'étude a montré une prévalence de 13,9 % de dysplasies sévères et de carcinomes in situ chez les patients exposés à l'amiante. Une relation dose-effet a été observée avec la durée d'exposition. Une relation significative a également été observée au décours d'expositions professionnelles à d'autres cancérrogènes bronchiques pendant plus de 10 ans (hydrocarbures aromatiques polycycliques, silice cristalline...).

3. Organisation pratique du suivi médical des personnes exposées à l'amiante

La mise en place de la surveillance médicale en Ile-de-France a été présentée par M.C. Soula (médecin inspecteur du travail, Ile-de-France) et M. Pascual (médecin du travail) lors de la Journée du 8 mars. Des réseaux « amiante », regroupant des médecins du travail, des représentants des CRAM, des médecins inspecteurs du travail et des membres de CHSCT, se mettent en place et contribuent à plusieurs réflexions comme le rôle du médecin du travail dans l'étude des plans de retrait, le repérage des expositions des salariés du secteur 3, l'élaboration de guides d'évaluation des expositions utilisables lors des consultations et la participation à l'action de communication sur le risque

amiante en « section 3 » par le biais des « Centres ressources amiante » (4). L'objectif de ces réseaux est triple puisqu'il s'agit d'organiser, animer et évaluer les actions menées.

M.C. Soula et M. Pascual ont rappelé, par ailleurs, le devoir d'information du médecin du travail auprès des salariés sur les risques pour la santé de ces expositions, sur l'attestation d'exposition à l'amiante, les modalités du suivi médical et les procédures de déclaration d'une pathologie professionnelle. M.C. Soula a précisé que des médecins du travail avaient vu récemment leur responsabilité engagée pour défaut d'information des salariés et que, sur un plan juridique, les médecins doivent être en mesure d'apporter la preuve que cette information a été faite.

F. Conso (Consultation de pathologie professionnelle, Hôpital Cochin, Paris) a présenté le projet de structures régionales de coordination qui, dans une phase expérimentale, pourrait être menée dans des régions pilotes, ayant plus particulièrement une expérience dans ce type de surveillance. Ces structures permettraient d'assurer le suivi de cette surveillance médicale qui est un dossier complexe et évolutif. Parmi les difficultés rencontrées pour l'application de ce suivi médical, sont retrouvées notamment :

- le relais de la prise en charge médicale par les autres professionnels médecins au moment du suivi post-professionnel,
- la nécessité de l'équité de la prise en charge de tous les professionnels, quel que soit leur statut professionnel (problème posé par les artisans, par exemple).

Outre les missions d'organisation, d'animation et d'évaluation de ce suivi médical, ces structures serviraient également de lien avec le dispositif de veille sanitaire. Elles pourraient être constituées d'équipes multidisciplinaires regroupant l'ensemble des partenaires concernés. Par ailleurs, ces structures régionales de coordination seraient relayées par des centres spécialisés de référence servant notamment de lien avec les autres praticiens impliqués dans ce suivi (médecins généralistes et médecins spécialistes).

Les différentes expériences en cours en région devront faire l'objet d'une harmonisation au plan national.

M. Larche-Mochel, chef de service de l'Inspection médicale du travail et de la main d'œuvre, a précisé, au cours de cette même Journée du 8 mars, qu'afin d'éviter la réalisation de scanners thoraciques ne répondant pas aux critères requis, et risquant ainsi d'être inexploitable, il était envisagé que les services de radiologie amenés à pratiquer ces examens souscrivent à l'équivalent d'une « charte qualité ».

(4) Cf. la présentation de cette action de communication dans les Documents pour le médecin du travail, 1999, 80, p. 388.

Enfin, le problème de la prise en charge financière de ces examens a été soulevé lors de ces deux journées. Ces examens tomodensitométriques restent, le temps de l'activité professionnelle, à la charge du dernier employeur, que celui-ci soit responsable ou non des expositions passées à l'amiante du salarié.

En l'attente d'une révision réglementaire concernant les modalités du suivi médical, l'application des recommandations de la conférence de consensus constitue une difficulté importante pour les médecins du travail qui sont chargés de leur mise en œuvre.

Lors de la cessation d'activité professionnelle, ces examens sont pris en charge à 100 % par la Caisse primaire d'assurance maladie sur son budget d'action sanitaire et sociale.

4. Conclusion

A la suite de la conférence de consensus du 15 janvier 1999 portant sur l'élaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante, un certain nombre de travaux ont été initiés, portant sur :

- l'évaluation et la quantification des expositions à l'amiante permettant de définir la nature et la fréquence du suivi médical à mettre en œuvre,
- les modalités techniques de l'imagerie scannographique,

→ la mise en place, au niveau de l'ensemble du territoire, de ce suivi médical.

Plusieurs points restent à résoudre à partir des études expérimentales en cours dans plusieurs régions, notamment :

- les modalités d'évaluation des actions en cours,
- le type d'organisation pour la globalité d'une région,
- l'identification des équipes susceptibles de devenir des Centres spécialisés de référence,
- l'évaluation des possibilités et des modalités de collaboration avec les médecins extra-hospitaliers, à partir des expériences en cours,
- la finalisation, les modalités d'édition et de diffusion des guides d'évaluation des expositions (versions « médecin traitant » et « médecin du travail »), des protocoles des examens tomodensitométriques et des atlas sémiologiques, l'objectif étant la diffusion de ces divers documents à tous les partenaires en charge de ce suivi médical.

Les groupes de travail poursuivent leur réflexion afin de pouvoir proposer des solutions applicables à l'ensemble du territoire national et d'apporter aux pouvoirs publics, et aux organismes de protection sociale, les éclaircissements nécessaires à la prise de décisions concernant l'application et l'harmonisation de ce suivi médical auprès de toutes les personnes ayant été ou étant exposées à l'amiante.