

RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL

> Revue trimestrielle de l'INRS

JOURNÉES DU GROUPEMENT DES INFIRMIERS DE SANTÉ AU TRAVAIL

→ De la prévention à la
reconnaissance de praticien

DÉFIBRILLATEUR AUTOMATISÉ EXTERNE

→ Implantation, utilisation et
maintenance

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUMER

→ Les expositions aux produits
chimiques cancérigènes en 2017

Abonnez-vous en ligne

La revue trimestrielle *Références en Santé au Travail* est diffusée aux acteurs des services de prévention et de santé au travail. L'abonnement gratuit est établi pour une durée de deux ans. Un avis de réabonnement est envoyé à échéance.

+ D'INFOS

www.rst-sante-travail.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

STÉPHANE PIMBERT

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : BERNARD SIANO

Rédactrice en chef adjointe : ANNE DELÉPINE

Rédactrice : EMMANUELLE PERIS

Secrétaire générale de la rédaction : ANNE SCHALLER

Chargée d'études bibliographiques et de veille : ANNIE BIAOUI

Correctrice et assistante de gestion : CYNDIE JACQUIN-BRISBART

Chargée de la rubrique Allergologie professionnelle :
NADIA NIKOLOVA-PAVAGEAU

Chargée de la rubrique Radioprotection professionnelle :
ANNE BOURDIEU

Relecteurs et conseillers médicaux : AGNÈS AUBLET-CUVELIER,
MARIE-CÉCILE BAYEUX-DUNGLAS, STÉPHANE MALARD

COMITÉ SCIENTIFIQUE

CHRISTINE DAVID, *Département Expertise et conseil technique, INRS*

MARIA GONZALEZ, *Service de pathologie professionnelle et de médecine du travail, hôpital civil de Strasbourg*

GUY HÉDELIN, *Département Épidémiologie en entreprise, INRS*

PATRICK LAINE, *Département Expertise et conseil technique, INRS*

FAHIMA LEKHCHINE, *Département Information et communication, INRS*

GÉRARD MOUTCHE, *Département Formation, INRS*

SOPHIE NDAW, *Département Toxicologie et biométrie, INRS*

SYLVIE ODE, *Groupement des infirmiers de santé au travail, Paris*

CHRISTOPHE PARIS, *Centre de consultation de pathologie professionnelle et de médecine
environnementale, Centre hospitalier de Rennes*

AUDREY SERIEYS, *Association française des intervenants en prévention des risques professionnels de services
interentreprises de santé au travail, Les Sables-d'Olonne*

JEAN THEUREL, *Département Homme au travail, INRS*

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

ÉRIC DURAND-BILAUD, NATHALIE FLORCZAK, MARIE-ANNE GAUTIER, FLORENCE GUEZZI-TOURNADE ET PHILIPPE HACHE

ACTUALITÉS

RÉF. PAGE		RÉF. PAGE
AC 168 P. 5	INFOS À RETENIR Asthmes en relation avec le travail : comparaison entre hommes et femmes	TF 302 P. 27
AC 169 P. 7	Les valeurs limites d'exposition professionnelle aux agents chimiques regroupées dans une base de données	TF 303 P. 43
AC 170 P. 10	Bilan 2021 des expositions professionnelles aux rayonnements ionisants en France	TF 304 P. 53
AC 171 P. 12	Mise à disposition d'une nouvelle version du thésaurus des expositions professionnelles	TD 293 P. 61
AC 172 P. 14	Horaires atypiques et pratiques addictives	
AC 173 P. 16	Première journée de l'association ASTRA, Association de santé psychique et travail	TD 294 P. 69
P. 20	NOUVEAUTÉS DE L'INRS Brochures, dépliants, affiches, documents en ligne...	
P. 23	PARTICIPEZ À LA RECHERCHE Conditions d'utilisation de l'aspiration haut débit par les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires	TD 295 P. 79
P. 24	Prévention des polyexpositions dans les fromageries : étude des bioallergènes, des agents chimiques et biologiques	TD 296 P. 89
		TD 297 P. 99

CONNAISSANCES ET RÉFÉRENCES

VU DU TERRAIN L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie
Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2017. Résultats de l'enquête SUMER
Contexte de contamination des soignants par la Covid-19. Enquête descriptive nationale, avril 2020 - décembre 2021
SUIVI POUR VOUS Risques et ressources du travail émotionnel : actualités, enjeux pour la prévention, perspectives théoriques et méthodologique (Université Lumière Lyon 2, Centre Max Weber, GESTES et INRS). Lyon, 19-20 mai 2022
Infirmier de santé au travail : de la santé préventive à la reconnaissance de praticien en santé au travail (GIT). Nantes, 8-10 juin 2022
Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement (SELF). Genève, 6-8 juillet 2022
Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous (CNAM). Paris, 29-30 septembre 2022
Pathologies psychiatriques et travail (SFST). Paris, 7 octobre 2022

OUTILS REPÈRES

RÉF. PAGE

- VOS QUESTIONS/NOS RÉPONSES**
- QR 168 P. 108 Aérosols de Pentacarinat® : quelle protection pour le personnel soignant ?
- QR 169 P. 111 Demande de reconnaissance en maladie professionnelle : comment rédiger le certificat médical initial ?
- QR 170 P. 112 Défibrillateur automatisé externe : implantation, utilisation, maintenance
- RISQUES PSYCHOSOCIAUX**
- FRPS 26 P. 115 *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

À VOTRE SERVICE

PAGE

- AGENDA**
P. 119 De janvier à novembre 2023
- P. 121 Deux formations de l'INRS :
- Accompagner les entreprises dans la prévention des risques du travail de nuit
- P. 122 - Médecin du travail et radioprotection
- P. 123 **À LIRE/À VOIR**
- P. 127 **RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS**

RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL

www.rst-sante-travail.fr

**ABONNEZ-VOUS
GRATUITEMENT
À LA REVUE**

**EN UN CLIC
ET POUR 2 ANS :**

www.rst-sante-travail.fr

Chaque mois, la rubrique « Juridique » est à retrouver sur :

www.inrs.fr/header/actualites-juridiques.html

**ABONNEZ-VOUS
AU SOMMAIRE
ÉLECTRONIQUE DE LA
REVUE**

RUBRIQUE EN PRATIQUE

www.rst-sante-travail.fr

Pour des raisons environnementales, votre revue Références en Santé au Travail vous est désormais envoyée en « port à découvert », c'est-à-dire sans plastique de protection. Votre adresse figure sur une étiquette que vous êtes invités à décoller.

1

ACTUALITÉS

P. 5 **INFOS À RETENIR**

P. 20 **NOUVEAUTÉS DE L'INRS**

P. 23 **PARTICIPEZ À LA RECHERCHE**

Asthmes en relation avec le travail : comparaison entre hommes et femmes

Une étude rétrospective des données issues du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) a mis en évidence des différences entre les hommes et les femmes concernant les asthmes en relation avec le travail [1].

Au sein des asthmes en relation avec le travail (ART), l'*European Respiratory Society* distingue les asthmes aggravés par le travail, qui sont des asthmes pré-existant et aggravés par des *stimuli* sur le lieu de travail, et les asthmes professionnels causés par un agent sur le lieu de travail. Parmi ces derniers, 90 % sont induits par des sensibilisants de haut poids moléculaire (protéines) ou de bas poids moléculaire (produits chimiques), avec une période de latence. Pour les 10 % restants, ils sont induits par des irritants sans période de latence suite à une exposition unique (syndrome de Brooks) ou à des expositions répétées (syndrome d'irritation des bronches).

En population générale adulte, la prévalence des asthmes est estimée entre 6 et 7 %, dont 16 à 18 % seraient dus à des expositions professionnelles. Alors que dans l'enfance la prévalence de l'asthme est plus importante chez les garçons, à l'âge adulte elle s'inverse, avec 7,4 % chez les femmes et 5,3 % chez les hommes.

Le pronostic des ART est mauvais puisque, malgré la suppression de l'exposition à l'agent causal, les symptômes persistent dans la moitié des cas. Toutefois, la suppression précoce de l'exposition semble améliorer le pronostic de la maladie. Le retentissement socio-économique est également important, avec un taux élevé de chômage prolongé et une diminution des revenus, certaines études montrant un risque de désinsertion professionnelle pour 14 à 69 % des cas.

À partir des données du RNV3P, l'objectif de cette étude est de comparer les expositions et les secteurs d'activité selon le sexe.

Sur 8 385 cas d'ART colligés entre 2001 et 2018, 4 573 (54,5 %) concernent des hommes et 3 812 (45,5 %) des femmes. L'âge médian est de 43 ans sans différence significative entre hommes et femmes. Parmi ces cas, 1 134 (13,5 %) concernent des asthmes aux irritants (590 hommes et 544 femmes).

Le nombre de cas annuels d'ART passe de 719 en 2001 à 413 en 2018.

Pour l'ensemble des ART, les femmes sont significativement plus exposées aux composés d'ammonium quaternaire, aux produits d'entretien et détergents pour locaux, aux produits utilisés en coiffure hors persulfates, aux oxydants et décolorants cosmétiques. Les hommes sont significativement plus exposés aux poussières de farine, aux cyanates et isocyanates, aux peintures, laques et mastics, aux matières plastiques (3,9 % vs 1,8 %).

Ainsi, les femmes exercent significativement plus dans les secteurs de la coiffure, les activités hospitalières, l'Administration publique et la Défense, l'enseignement et l'entretien/nettoyage des bâtiments. Les hommes exercent significativement plus dans les secteurs de l'industrie alimentaire, dont la boulangerie, du bâtiment notamment la menuiserie et la peinture, du commerce de détail dont les grandes surfaces, du commerce et de la réparation d'automobiles et de motocycles.

Au sein des ART, un focus a été fait sur les asthmes aux irritants. Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour de nombreuses expositions : les acides, les antiseptiques et bactéricides pour la peau, les solvants, le chlore et les dérivés chlorés. Toutefois, les femmes souffrant d'asthme aux irritants sont significativement plus exposées aux produits d'entretien et détergents pour locaux, et les hommes significativement plus exposés aux produits inorganiques et aux fumées et gaz de soudage.

Les femmes souffrant d'asthme aux irritants exercent significativement plus dans les secteurs de la santé,

de la coiffure et de la blanchisserie et dans l'enseignement. Pour les hommes, les secteurs statistiquement plus exposants sont le bâtiment et la construction, la réparation d'automobiles et de motocycles, la fabrication de produits métalliques. Pour les agents de l'Administration publique et de la Défense et dans les services relatifs à l'aménagement paysager et au nettoyage des bâtiments, il n'y pas de différence significative liée au sexe.

Une déclaration en maladie professionnelle a été faite ou conseillée pour 1 974 femmes et 2 381 hommes.

Cette étude permet de caractériser les spécificités des asthmes en relation avec le travail dans les deux sexes et ainsi d'établir plus rapidement le lien possible entre une exposition, un secteur d'activité et l'apparition ou l'aggravation d'un asthme.

BIBLIOGRAPHIE

[1] **ROBIN C, VONGMANY N, DEWITTE JD, LODDE B et al.** - Asthmes en relation avec le travail chez la femme : comparaison aux données masculines. Étude rétrospective des données issues du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). *Arch Mal Pro Env.* 2022 ; 83 (3) : 181-92.

Les valeurs limites d'exposition professionnelle aux agents chimiques regroupées dans une base de données

www.inrs.fr/VLEP

L'INRS a mis en ligne sur son site web une nouvelle base de données qui donne accès à l'ensemble des valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) françaises. Cette base recense toutes les valeurs limites réglementaires (contraignantes ou indicatives) ainsi que les valeurs admises non réglementaires.

Les VLEP sont des niveaux de concentration en agents chimiques dans l'atmosphère des lieux de travail à ne pas dépasser sur une période de référence déterminée et en dessous desquels le risque d'altération de la santé est négligeable en l'état des connaissances au moment de leur établissement. Même si des modifications physiologiques réversibles sont parfois tolérées, aucune atteinte organique ou fonctionnelle de caractère irréversible ou prolongée n'est admise à ce niveau d'exposition pour la grande majorité des travailleurs. Ces niveaux de concentration sont déterminés en considérant que la population exposée (les travailleurs) est une population qui ne comprend ni enfants ni personnes âgées.

Des recherches sont possibles dans la base par nom de l'agent chimique, par numéro CAS ou par des termes présents dans un des champs de la base (**figure 1 page suivante**). L'export au format Excel de l'ensemble des données présentes dans la base peut également se faire.

Dans les résultats, chaque agent chimique est identifié par son nom, les synonymes éventuels, le numéro CAS. Outre les VLEP 8h et les VLEP court terme, des liens sont faits vers les tableaux de maladies professionnelles ou fiches toxicologiques existants. L'utilisateur a accès à des commentaires et des informations associées, comme l'année de création ou de modification de la VLEP ou le classement CMR (cancérogène, mutagène, toxique pour la reproduction) officiel selon le règlement CLP (*classification, labelling, packaging*) relatif à la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances et des mélanges, lorsqu'il existe (**figure 2 page suivante**).

Les derniers textes réglementaires fixant des VLEP pris en compte dans la base sont indiqués sur la page d'accueil. La base de données sera mise à jour à chaque nouvelle publication de texte modifiant ou créant des VLEP. Pour des explications plus complètes sur le système des VLEP au niveau français et européen, il est possible de consulter l'aide-mémoire technique de l'INRS « *Les valeurs limites d'exposition professionnelle* » (ED 6443).

Figure 1 : Page d'accueil avec le moteur de recherche de la base VLEP

Accueil > Publications et outils > Bases de données > Base de données VLEP

Valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) - Substances chimiques

Cette base de données recense l'ensemble des valeurs limites d'exposition professionnelle établies pour des agents chimiques (gaz, poussières, aérosols...).

L'INRS met à disposition l'ensemble des valeurs limites réglementaires (contraignantes ou indicatives) et non réglementaires établies pour des agents chimiques (gaz, poussières, aérosols...). Les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) sont exprimées sous forme de concentrations dans l'air d'un agent chimique, pour un temps d'exposition déterminé. En dessous de ces concentrations, le risque d'altération de la santé est considéré comme négligeable.

Pour chaque substance listée, les informations suivantes sont proposées :

- désignation de la substance, numéro CAS,
- VLEP sur 8h (en ppm ou en mg/m³),
- VLEP court terme (VLEP CT en ppm ou en mg/m³),
- année de mise à jour de la VLEP,
- renvoi à un tableau de maladie professionnelle ou à une fiche toxicologique de l'INRS,
- commentaires additionnels.

Cette base prend en compte les derniers textes parus (décret 2021-1849 du 28 décembre 2021, décret 2021-1763 du 23 décembre 2021 et arrêté du 9 décembre 2021).

Définissez votre recherche

Nom chimique	Numéro CAS
<input type="text" value="valeur à saisir pour Nom chimique"/>	<input type="text" value="valeur à saisir pour Numéro CAS"/>
Terme(s) recherché(s) :	
<input type="text"/>	
Effacer la recherche	Rechercher

EN SAVOIR PLUS

• [Télécharger la liste des VLEP \(format Excel\)](#)

VOIR AUSSI

BROCHURE



Les valeurs limites d'exposition professionnelle

Les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) sont des outils réglementaires pour la prévention du risque chimique par inhalation. Ce document présente le système français des VLEP avec les principales notions et explications permettant leur bonne utilisation.

DOSSIER



Mesure des expositions aux agents chimiques et biologiques

Ce dossier fait le point sur la métrologie des expositions aux agents chimiques et biologiques : mesure de l'exposition atmosphérique, surveillance biologique ou prélèvements de surface.

Figure 2 : Exemple de résultat

Formaldéhyde

Généralités

Numéro CAS _____ 50-00-0

Synonymes _____ ■ Aldéhyde formique

Observations _____ Cancérogène de catégorie 1B, Mutagène de catégorie 2

Année _____ 2020

Tableau des maladies professionnelles _____ ■ **Tableau RG 43**
■ **Tableau RG 43 BIS**

Fiche toxicologique _____ ■ **Fiche toxicologique 7**

Commentaires _____ La substance peut provoquer une sensibilisation cutanée. Les travaux exposants au formaldéhyde sont considérés comme cancérogènes (arrêté du 26 octobre 2020 modifié).

VLEP

VLEP 8h (ppm) _____ ■ 0,3

VLEP 8h (mg/m³) _____ ■ 0,37

VLEP CT (ppm) _____ ■ 0,6

VLEP CT (mg/m³) _____ ■ 0,74

Type de valeur limite _____ Valeurs limites réglementaires contraignantes (article R. 4412-149 du Code du travail)

Commentaires _____ Valeur limite de 0,62 mg/m³ ou 0,5 ppm sur 8h pour les secteurs des soins de santé, des pompes funèbres et de l'embaumement jusqu'au 11 juillet 2024.

Date de mise à jour : octobre 2022

NOUVELLE RECHERCHE

▶ Nouvelle recherche

Bilan 2021 des expositions professionnelles aux rayonnements ionisants en France

L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) a publié le bilan de la surveillance des expositions professionnelles aux rayonnements ionisants pour 2021. Il présente les résultats généraux des expositions des travailleurs ainsi que ceux déclinés par domaine d'activité : activités médicales et vétérinaires, industrie nucléaire, industrie non nucléaire, recherche et enseignement. Les travailleurs exposés à des sources naturelles de rayonnements ionisants sur leur lieu de travail sont également inclus. Le rapport présente en outre des focus sur différents thèmes, notamment l'étude EXPERTS (EXposition des Professionnels de santé aux Rayonnements ionisants), l'exposition des travailleurs dans le secteur de la médecine vétérinaire, le suivi de l'exposition du cristallin des travailleurs dans le domaine nucléaire sur la période 2016-2021 ou encore la surveillance de l'exposition aux neutrons.

En 2021, 392 180 travailleurs ont été suivis, en augmentation de 1,2 % par rapport à 2020. La dose collective (dosimétrie externe) pour l'ensemble des travailleurs suivis a augmenté par rapport à 2020 (14 % de plus). L'IRSN l'attribue essentiellement à une reprise des activités dans tous les domaines, notamment à l'augmentation du volume des travaux de maintenance dans le domaine nucléaire par rapport à 2020. La dose individuelle moyenne sur l'effectif exposé augmente également pour les mêmes raisons (0,85 mSv) sans atteindre sa valeur de 2019 (1,20 mSv). Pour rappel, les valeurs limites d'exposition sont de 1 mSv par an pour le public, de 20 mSv (corps entier) sur 12 mois consécutifs en milieu professionnel pour les adultes et de 6 mSv pour les jeunes travailleurs (de 16 à 18 ans).

Concernant l'exposition externe corps entier, les activités médicales et vétérinaires sont le domaine comprenant le plus grand effectif suivi (59,7 %) mais



ce sont les domaines du nucléaire (environ 22 % de l'effectif suivi) et de la radioactivité naturelle (5,5 %) qui présentent les doses individuelles moyennes les plus élevées, respectivement 1,33 et 1,12 mSv. Un cas de dépassement sur 12 mois glissants, dans le domaine médical (radiodiagnostic), a été détecté en mai 2021, mais il n'a pas fait l'objet d'une confirmation par le médecin du travail. L'exposition est inférieure à 1 mSv pour près de 94 % des travailleurs suivis.

Les limites réglementaires sur 12 mois consécutifs d'exposition aux extrémités et à la peau sont de 500 mSv pour les travailleurs et de 150 mSv pour les jeunes travailleurs. En 2021, 28 335 travailleurs ont été suivis pour leur exposition des extrémités, soit 7 % de l'effectif total. La dose individuelle moyenne est de 12,6 mSv. Aucun dépassement de dose n'est rapporté concernant l'exposition des extrémités. En revanche, un travailleur a été enregistré comme dépassant la dose efficace individuelle annuelle à la peau dans le domaine nucléaire (secteur des réacteurs de production d'énergie).

Concernant l'exposition du cristallin, la limite réglementaire d'exposition est actuellement de 100 mSv pour la période s'étendant entre le 1^{er} juillet 2018 et le 30 juin 2023 (sous réserve qu'aucune dose annuelle ne dépasse 50 mSv) ; elle sera de 20 mSv sur 12 mois consécutifs à compter du 1^{er} juillet 2023. Par ailleurs, elle est

de 15 mSv sur 12 mois consécutifs pour les jeunes travailleurs. En 2021, 5 970 personnes ont été suivies (cet effectif augmente tous les ans), dans le secteur médical et vétérinaire pour 87 % d'entre eux. La dose individuelle moyenne est de 1,7 mSv. La part des travailleurs exposés ayant une dose annuelle supérieure au seuil d'enregistrement est majoritaire dans les domaines du nucléaire et de l'industrie. Un salarié a été enregistré avec une dose annuelle efficace supérieure à 50 mSv (138,1 mSv) dans le secteur de la médecine nucléaire.

Concernant l'exposition interne, 232 140 analyses de routine ont été réalisées, dont 0,4 % supérieures à la limite de détection, et 9 450 examens de surveillance spéciale (après un événement anormal, réel ou suspecté) ont été recensés, dont 12 % se sont révélés positifs. Trois travailleurs dans le domaine du nucléaire ont été enregistrés avec une dose efficace engagée supérieure à 1 mSv, la dose maximale ayant été de 11,3 mSv.

L'IRSN conclut globalement que les résultats de l'année 2021 s'inscrivent dans un début d'un « retour à la normale » par rapport aux années antérieures à la crise sanitaire due à la Covid-19, avec une stabilité dans la répartition des effectifs entre les différents domaines et dans le pourcentage de travailleurs n'ayant enregistré aucune dose supérieure au seuil d'enregistrement (de l'ordre de 75 %). Par ailleurs, les dépassements de dose sont moins nombreux qu'en 2020.

POUR EN SAVOIR +

- Site internet : <https://expro.irsn.fr/>
- Pour télécharger le rapport : <https://api-2021.irsn.wedodata.dev//www-site/uploads/2022/07/Rapport-2022-00-404-V3.pdf>

Mise à disposition d'une nouvelle version du thésaurus des expositions professionnelles

AUTEURS :

C. Chauvet, P. Andujar, C. Letheux, N. Nourry, N. Serres, C. Verdun-Esquer, J. Bloch et les membres du groupe de travail (GT) Thésaurus des expositions professionnelles

Pour la 3^e année consécutive, une nouvelle version du thésaurus des expositions professionnelles (TEP) sera mise à disposition au début de l'année 2023. Le TEP version 2023 intégrera la classe « agent physique » rénovée, ainsi qu'une actualisation de la classe « qualité de l'espace de travail ».

Ce thésaurus est destiné à devenir le référentiel unique pour recueillir, de manière homogène, dans le champ de la santé au travail les données concernant les expositions professionnelles (agents chimiques, biologiques, facteurs biomécaniques, roches et autres substances minérales, facteurs organisationnels relationnels et éthiques, produits ou procédés industriels, espaces de travail, engins et outils). Son actualisation, pilotée par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), est réalisée en partenariat avec les principaux organismes de la santé au travail (Caisse nationale d'assurance maladie, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole – CCMSA –, Institut national de recherche et sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles – INRS –, Santé publique France, Présanse – Prévention, Santé, Service, Entreprise, Société française de santé au travail – SFST), ainsi que des médecins de services de prévention et de santé au travail (SPST), des centres de consultations de pathologies professionnelles et de l'environnement représentant le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) et un médecin inspecteur du travail.

Débuté en 2018 à la demande de la DGT (Direction générale du travail), ce travail permet de rénover progressivement, classe après classe de nuisances, ce thésaurus [1]. Il s'appuie sur les remontées des utilisateurs et sur l'expertise, scientifique et/ou métier, des membres des groupes de travail (GT). Tout utilisateur du TEP peut pro-

poser des modifications, telles que l'ajout ou la suppression d'une exposition, la modification du libellé d'une exposition... Pour cela, il doit en faire la demande auprès d'un organisme partenaire du projet de son secteur, qui réalisera une première analyse de la proposition. Ainsi, par exemple, les SPST devront se tourner vers Présanse, les centres de consultation de pathologies professionnelles et les membres du RNV3P vers l'ANSES, les acteurs du monde agricole vers la CCMSA, etc. Les demandes remontées par chaque partenaire seront ensuite traitées par le GT dédié à la thématique, dans le respect d'une méthodologie standardisée et des grandes orientations identifiées par le GT.

Pour cette version 2023 du TEP, la rénovation de la classe « agent physique » a porté sur des modifications à la marge (tableau I). En effet, le retour d'expérience des utilisateurs avait montré que la classe était utilisable en l'état et que seuls des réajustements étaient nécessaires. Ainsi, les principales modifications ont consisté dans le déplacement de libellés qui ne correspondaient pas à des risques physiques, comme le libellé « insuffisance d'aération » qui a été modifié pour être réintégré dans la classe « qualité de l'espace de travail » (« espace de travail confiné »). Les libellés portant sur les différents rayonnements ont été réorganisés afin de mieux les détailler et ont été séparés en deux groupes de libellés, les champs électromagnétiques et rayonnements non ionisants (avec les rayonnements optiques et thermiques, et les champs et rayonnements électromagnétiques), d'une part, et les rayonnements ionisants, d'autre part. Par ailleurs, conformément aux orientations générales de la rénovation du TEP, les notions de quantification ou de seuil, qui peuvent être appelées à évoluer avec les connaissances scientifiques et/ou la réglementation, ont été retirées. Cela concerne notamment les libellés des vibrations sonores.

Parallèlement, la classe « qualité de l'espace de travail », rénovée en profondeur dans la précédente version du TEP, a été à nouveau actualisée pour intégrer des expositions initialement positionnées dans la classe « agent physique ».

Cette version 2023 du TEP fait suite à deux précédentes versions rénovées : celle de 2021 intégrant la classe « facteur biomécanique » rénovée et celle de 2022 intégrant les classes « facteur organisationnel, relationnel et éthique » rénovée et « qualité de l'espace de travail » (en remplacement de la classe « lieu et local de travail »), ainsi que les accents sur les libellés. Ce travail de rénovation du TEP doit se poursuivre sur quelques

années encore. La rénovation de la classe « agent chimique » est en cours et celle de la classe « roche et autre substance minérale » doit prochainement débiter. Des mises à jour annuelles prenant en compte les demandes des utilisateurs, y compris une fois le TEP rénové dans son intégralité, permettront de répondre au mieux aux besoins des acteurs de la santé au travail. La diffusion du TEP 2023 est réalisée par les partenaires du projet dans leurs réseaux. À moyen terme (vers fin 2023-début 2024), une mise à disposition des actualisations du TEP sur le site de l'Agence du numérique en santé est prévue afin de garantir une large diffusion auprès de tous les acteurs de la Santé au travail.

↓ **Tableau I**

> **LES PRINCIPAUX NIVEAUX DE LA CLASSE « AGENT PHYSIQUE » VERSION 2023**

Cette classe compte 116 libellés (contre 105 initialement), répartis jusqu'au niveau 4. Seuls les sous-classes et le niveau 1 sont indiqués ici.

Classe	Sous-classe	NIVEAU 1
agent physique		
	éclairage	
		éclairage avec rendu des couleurs insuffisant
		éclairage insuffisant
		éclairage éblouissant
		éclairage artificiel
		éclairage scintillant
		autre éclairage
	électricité	
		arc électrique
		courant continu
		courant alternatif
		autre électricité
	incendie et explosion	
		explosion
		incendie
		autre incendie et explosion
	température et hygrométrie	
		température
		hygrométrie
		autre température et hygrométrie
	pression barométrique	
		hyperbarie
		hypobarie
		autre pression barométrique
	champ électromagnétique et rayonnement non ionisant	
		rayonnement optique et thermique

Classe	Sous-classe	NIVEAU 1
		champ et rayonnement électromagnétique
		autre champ électromagnétique et rayonnement non ionisant
	rayonnement ionisant	
		rayonnement α
		rayonnement β
		rayonnement γ
		rayonnement neutron
		rayonnement X
		autre rayonnement ionisant
	vibration mécanique	
		vibration mécanique corps entier
		vibration mécanique système main/bras
		autre vibration mécanique
	onde sonore	
		bruit
		onde sonore inaudible
		autre onde sonore
	accélération et décélération transmise au corps	
		accélération transmise au corps
		décélération transmise au corps
		autre accélération et décélération transmise au corps
	autre agent physique	

BIBLIOGRAPHIE

[1] CHAUVET C, ANDUJAR P, LETHEUX C, NOURRY N ET AL. - Méthodologie de mise à jour d'un thésaurus des expositions professionnelles. Pratiques et métiers TM 65. *Réf Santé Trav.* 2021 ; 168 : 65-70.

Horaires atypiques et pratiques addictives

AUTEUR :

P. Hache, département Études et assistance médicales, INRS

Dans le cadre de l'étude de cohorte **CONSTANCES**, N. Hamieh et al. ont étudié les associations pouvant exister entre le travail en horaires atypiques et la consommation de substances psychoactives [1]. La cohorte **CONSTANCES** est une cohorte épidémiologique constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, volontaires et consultants des Centres d'examen de santé (CES) de la Sécurité sociale. Des résultats précédents avaient montré, entre autres, l'association existant entre le travail au contact du public et les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis [2].

Dans leur étude, N. Hamieh et al. ont analysé les données de plus de 137 000 salariés. Les informations relatives à leurs usages de substances psychoactives ont été comparées à celles portant sur leur rythme de travail : travail de nuit (plus de 50 jours par an) ou horaires de travail se terminant après minuit, travail plus d'un samedi ou plus d'un dimanche sur 2, horaires variables d'un jour à l'autre, nombre de jours travaillés variables d'une semaine à l'autre.

Parmi les résultats, il apparaît une association significative entre certains rythmes de travail et l'usage de substances psychoactives. Ainsi, après ajustement, il est intéressant de noter les éléments suivants.

Travail en horaires nocturnes

■ **Tabac** : travailler après minuit est associé à une augmentation significative de la reprise du tabac chez les salariées ex-fumeuses : $OR_{ajusté} = 1,25$ (CI 95 % : [1,09 - 1,43]). De même, les femmes qui travaillent toute la nuit ou après minuit ont une diminution significative des chances de sevrage tabagique avec, respectivement : $OR_{ajusté} = 0,86$ (CI 95 % : [0,77 - 0,96]) et $OR_{ajusté} = 0,78$ (CI 95 % : [0,72 - 0,84]) ;

■ **Cannabis** : chez les hommes, le risque de consommer du cannabis augmente significativement, que ce soit lors du travail toute la nuit ($OR_{ajusté} = 1,54$ (CI 95 % : [1,07 - 2,23])), ou lorsque le travail se termine après minuit ($OR_{ajusté} = 1,40$ (CI 95 % : [1,02 - 1,91])) ;

■ **Alcool** : travailler après minuit est significativement associé à un risque de consommation d'alcool chez les femmes ($OR_{ajusté} = 1,14$, (CI 95 % : [1,05 - 1,24])) et les hommes ($OR_{ajusté} = 1,12$ (CI 95 % : [1,02 - 1,91])).

Travail en week-end

■ **Tabac** : chez les femmes, le travail au moins un dimanche sur 2 réduit significativement les chances de sevrage tabagique ($OR_{ajusté} = 0,89$ (CI 95 % : [0,80 - 0,99])). De même, travailler au moins un samedi sur 2 diminue significativement les chances de sevrage tabagique aussi bien chez les femmes ($OR_{ajusté} = 0,93$ (CI 95 % : [0,87 - 0,98])) que chez les hommes ($OR_{ajusté} = 0,92$ (CI 95 % : [0,86 - 0,99])) ;

■ **Cannabis** : il n'a pas été retrouvé d'association significative entre le travail plus d'un samedi ou un dimanche sur 2 et l'usage de cannabis, ni chez les hommes ni chez les femmes ;

■ **Alcool** : chez les femmes, travailler le week-end augmente de manière significative le risque de consommation d'alcool (samedi : $OR_{ajusté} = 1,14$ (CI 95 % : [1,03 - 1,24]) ; idem le dimanche : $OR_{ajusté} = 1,09$ (CI 95 % : [1,02 - 1,18])). Chez les hommes, cette augmentation significative est observée lors du travail le samedi ($OR_{ajusté} = 1,13$ (CI 95 % : [1,03 - 1,24])).

Rythme de travail irrégulier

■ **Tabac** : chez les hommes, travailler avec un rythme irrégulier est significativement associé à une réduction des chances de sevrage tabagique (horaires variables : $OR_{ajusté} = 0,83$ (CI 95 % : [0,78 - 0,89]) ; de même pour un nombre de jours variables : $OR_{ajusté} = 0,92$ (CI 95 % : [0,86 - 0,98])). Il en est de même chez les femmes (horaires variables : $OR_{ajusté} = 0,87$ (CI 95 % : [0,81 - 0,94]) ; nombre de jours variables : $OR_{ajusté} = 0,90$ (CI 95 % : [0,84 - 0,97])) ;

■ **Cannabis** : il n'a pas été retrouvé d'association significative entre le travail en rythme irrégulier et l'usage de cannabis, ni chez les hommes ni chez les femmes ;

■ **Alcool** : chez les hommes, travailler avec un rythme irrégulier est significativement associé à un risque de consommation d'alcool (horaires variables : $OR_{ajusté} = 1,15$ (CI 95 % : [1,05 - 1,26]) ; de même pour un nombre de jours variables : $OR_{ajusté} = 1,14$ (CI 95 % : [1,06 - 1,23])). Il en est de même chez les femmes (horaires variables : $OR_{ajusté} = 1,19$ (CI 95 % : [1,06 - 1,32]) ; nombre de jours variables : $OR_{ajusté} = 1,12$ (CI 95 % : [1,02 - 1,22])).

Au total, cette étude française portant sur plus de 137 000 travailleurs confirme que les horaires atypiques sont associés significativement à la consommation de substances psychoactives. Ce risque organisationnel est donc à prendre en compte dans la prévention des pratiques addictives en milieu de travail. Ce d'autant plus que, selon les auteurs, les usages de substances psychoactives peuvent apparaître rapidement après l'exposition du salarié à un travail en horaires atypiques.

BIBLIOGRAPHIE

[1] HAMIEH N, AIRAGNES G, DESCATHA A, GOLDBERG M ET AL. - Atypical working hours are associated with tobacco, cannabis and alcohol use: longitudinal analyses from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health*. 2022 ; 22 (1) : 1 834.

[2] AIRAGNES G, LEMOGNE C, GOLDBERG M, HOERTEL N ET AL. - Job exposure to the public in relation with alcohol, tobacco and cannabis use: Findings from the CONSTANCES cohort study. *PLoS One*. 2018 ; 13 (5) : e0196330.

POUR EN SAVOIR +

● **Travail en horaires atypiques**. INRS, 2021 (<https://www.inrs.fr/risques/travail-horaires-atypiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>).

● **Addictions**. INRS, 2021 (<https://www.inrs.fr/risques/addictions/ce-qu-il-faut-retenir.html>).

Première journée de l'association **ASTRA**, Association de santé psychique et travail

AUTEUR :

M.A Gautier, département Études et assistance médicales, INRS

Le 14 octobre 2022 s'est tenue la première journée de l'association **ASTRA** (Association de santé psychique et travail). Cette dernière, née en 2021, est le résultat de la collaboration, au sein du service des pathologies professionnelles et de l'environnement (SPPE) de l'Hôpital Raymond-Poincaré à Garches, de **Stéphanie Nann** et **Lucia Romo**, docteures en psychologie et du **Dr Clément Duret**, médecin du travail et responsable du service, qui ont souhaité réunir les différents acteurs de la santé psychique autour des situations d'atteinte de la santé psychique au travail. L'association a pour ambitions de diffuser les connaissances portant sur ces thèmes et d'améliorer les prises en charge pluridisciplinaires, ainsi que de créer des liens entre le secteur de la ville et les services de prévention et de santé et au travail.

Cette première journée s'est déroulée selon un mode hybride (à l'Hôpital de Garches et en distanciel). L'auditoire était composé de médecins et d'infirmiers en santé au travail, de psychologues et psychiatres exerçant en ville et d'assistantes sociales.

La première intervention, faite par **C. Duret**, présentait le **protocole ETAPE** : « un hôpital de jour pour le bilan des épuisements professionnels ». Ce protocole se définit comme global et a pour objectif principal une expertise en santé au travail, en visant l'amélioration de la qualité du bilan, et l'orientation et la prise en charge des travailleurs/patients (prioritairement des soignants) en situation d'épuisement professionnel. Le protocole, réalisé en hospitalisation de jour, se déroule en quatre étapes. Avant son hospitalisation, le travailleur/patient doit remplir des échelles évaluant son état de santé (anxiété, dépression, *burnout*, résilience, estime de soi, schémas de personnalité),

des questionnaires sur sa situation professionnelle et écrire une description courte du contexte. Ensuite, il est hospitalisé une journée, avec 3 autres travailleurs/patients qui sont également pris en charge pour la journée. Durant la matinée, ils consultent chacun la psychologue, le psychiatre, le médecin du travail et l'assistante sociale du SPPE. L'après-midi, ils suivent une séance de psycho-éducation sur l'anxiété, la dépression, l'épuisement ou les traumatismes. Par la suite, une orientation leur est proposée selon leur situation médico-professionnelle et leur situation psychique. Cela peut être, par exemple, l'appui pour un arrêt de travail, pour une inaptitude médicale ou une réorientation professionnelle. En parallèle peuvent être instaurés un suivi psychothérapeutique individuel ou de groupe, ou encore une prise en charge par un psychiatre. Ainsi, chaque travailleur/patient bénéficie d'une prise en charge personnalisée selon sa situation : pour celui ayant déjà un suivi médical adapté, ce seront les actions médicoprofessionnelles qui seront proposées prioritairement alors que pour celui ayant un suivi insuffisant ou inexistant, la prise en charge psychologique sera prédominante (thérapies cognitivo-comportementales – TCC – individuelles, suivi en groupe...). Des bilans d'orientation psychothérapeutiques plus poussés peuvent aussi être proposés. Une consultation au SPPE sera également programmée après 3 mois, ainsi que la réévaluation de chaque situation après 6 mois.

Une présentation du **groupe REBONDIR** a ensuite été faite par **S. Nann** et **E. Rebuffé**. **REBONDIR** : « expérience d'un groupe intégratif pour des personnes en situation d'épuisement professionnel » ou encore « comment rebondir après un épuisement professionnel » est un programme thérapeutique de groupe créé

par le SPPE. Son objectif général est de développer la pratique de soin des travailleurs en état d'épuisement professionnel en leur proposant une initiation à différentes techniques thérapeutiques. L'apprentissage et l'utilisation d'outils de TCC génèrent une dynamique de changement, permettant des conditions favorables au retour au travail et prévenant la rechute. Il s'agira ensuite de protocoliser ce programme afin de le généraliser dans une pratique de soin. De façon plus précise, pour le travailleur/patient, il s'agit de lui proposer les conditions favorables pour un mouvement intrapsychique en créant une dynamique de groupe favorisant son apprentissage de nouvelles façons de faire, et de lui permettre de comprendre les mécanismes de son épuisement professionnel ainsi que de répondre à la question « *pourquoi moi ?* ». Le programme REBONDIR s'organise en groupes de 8 travailleurs/patients au maximum, accompagnés de 2 à 3 thérapeutes, qui se réunissent pour 8 sessions. Les travailleurs/patients participent à un entretien de pré-admission afin de valider leur engagement et de créer les prémices de l'alliance thérapeutique. Les groupes sont ainsi constitués de travailleurs/patients ayant sollicité le SPPE pour un accompagnement. Ces patients, qui sont tous des travailleurs, sont soit en activité professionnelle, soit en arrêt de travail, ou certains à temps partiel thérapeutique. Ils ont des âges et des professions différents et souffrent d'un état d'épuisement professionnel. La variété dans la composition des groupes est importante afin de favoriser l'apprentissage de ces derniers ainsi que la compassion et l'empathie. L'orientation thérapeutique des séances de groupe est basée sur les TCCE (Thérapie Cognitivo-Comportementale Émotionnelle dite de 3^e vague). Le programme utilise différentes « méthodes » :

- la psycho-éducation, dont le but est de comprendre le processus menant à l'épuisement professionnel et les imbrications qu'il y a entre l'environnement de travail et des éléments de personnalité ;
- les TCC pour permettre aux travailleurs/patients une prise de distance avec leurs pensées et leurs émotions en les sensibilisant à la restructuration cognitive, à la résolution de problèmes, aux techniques d'affirmation de soi, à la relaxation ;

- les TCCE pour les aider à changer la relation qu'ils peuvent avoir avec leurs pensées automatiques, leurs émotions, en utilisant la méditation ;

- une initiation au protocole *Acceptation and Commitment Therapy* (ACT) qui permet de travailler sur les processus centraux responsables de l'épuisement professionnel (ruminant, baisse de l'estime de soi) en utilisant les techniques permettant la prise d'une distance psychologique par rapport aux pensées automatiques (défusion) et une réflexion sur les valeurs et l'action engagée ;

- et enfin un travail utilisant la thérapie basée sur un protocole d'auto-compassion qui agit sur les processus de l'épuisement professionnel tels que la culpabilité, le perfectionnisme, en s'ouvrant à l'auto-compassion et à l'amour de soi.

Le bilan de fin de ce programme thérapeutique est globalement positif pour les travailleurs/patients : ils expriment leur satisfaction vis-à-vis des thérapeutes et de la prise en charge, ils se sentent mieux outillés et ont davantage confiance en l'avenir.

Un protocole de recherche est en cours pour évaluer ce programme REBONDIR qui utilise des techniques de TCCE avec comme hypothèses que les travailleurs/patients auraient une diminution rapide de leur symptomatologie dès la fin du programme, une diminution du nombre de schémas précoces inadaptés et une augmentation de leur niveau de pleine conscience.

Une présentation sur « *l'auto-compassion comme moyen de prévention du burnout* » a ensuite été faite par **L. Romo** et **S. Nann**. Cette intervention s'inspire de livres qui ont « *changé leur vie et leurs pratiques* ». Le premier s'intitule « *S'aimer* » de Kristin Neff (2013) et a pour concept principal « *l'auto-compassion plus efficace que l'auto-valorisation* ». Il se compose de trois dimensions : la douceur et le respect envers soi, une connexion aux autres dans la souffrance et l'acceptation de la souffrance (opposée au déni). En pratique, au lieu de combattre une situation pénible, il est préférable de la reconnaître, d'accepter sa douleur et d'y répondre avec bienveillance et compréhension. L'auto-compassion représente le fondement de la compassion pour autrui. Le second livre, « *L'auto-*

compassion » de Christophe Germer, développe également le concept d'auto-compassion comme étant l'acceptation de tout ce qui surgit en chacun, instant après instant, agréable ou désagréable. En effet, c'est l'attitude de chacun à l'égard de la douleur qui détermine à quel point il souffrira : « *la douleur est inévitable, la souffrance est facultative* ». Il s'agit de s'accorder à soi-même la même bienveillance que l'on accorde à autrui. Les oratrices citent également deux poèmes pouvant aider dans cette démarche : « *La maison d'hôtes* » du poète perse Rûmî et « *Bonté* » de la poétesse américaine Naomi Shihab Nyel.

Une dernière partie a présenté les résultats, pour le moment non publiés, d'**un baromètre de plus de 600 individus en population générale**. Ce baromètre a pu être réalisé grâce à la participation conjointe de l'université de Paris Nanterre, avec les doctorants **G.Pais** et **C. Touze**, et le professeur de psychologie social **O. Zerhouni** de l'Université de Rouen. Parmi ces 600 personnes, ont été retenues celles qui avaient la perception d'être actuellement concernées par un *burnout*. Elles ont alors répondu à une série de questionnaires évaluant notamment leurs scores de *burnout* (*Maslach Burnout Inventory* – MBI – et *Copenhagen Burnout Inventory* – CBI), d'anxiété et de dépression, de résilience et de traumatisme. Ces résultats seront publiés ultérieurement. Ils apportent un éclairage intéressant sur la perception du *burnout*, sa corrélation avec des questionnaires standardisés, mais aussi les limites de certains questionnaires. La comparaison de ces résultats en population générale avec la population dite « clinique », correspondant aux patients consultant le SPPE et la plupart du temps en arrêt de travail, sera intéressante pour estimer la prévalence de ces atteintes et ainsi identifier d'éventuels leviers de prévention de la décompensation.

Des questions complémentaires peuvent être posées par l'intermédiaire de l'adresse électronique de l'Association : asso.astraz022@gmail.com

Abonnez-vous à HYGIÈNE & SÉCURITÉ DU TRAVAIL

LA REVUE TRIMESTRIELLE TECHNIQUE DE L'INRS

Des articles d'analyse et de synthèse

Des actualités juridiques et normatives

Des outils pratiques et des méthodes

Pour vous aider à mettre en œuvre la prévention des risques professionnels en entreprise



Dossier DU NOUVEAU DANS LA PRÉVENTION DES RISQUES CHIMIQUES

- Les produits chimiques au travail: 7-12
- Chromium VI: des réglementations récentes et préconisations: 7-12
- Regime de travail: 7-12
- Styrene et acrylate: 7-12
- Styrene et acrylate: 7-12
- Styrene et acrylate: 7-12

En 2015, nous actualisons régulièrement la prévention des risques chimiques, qui concerne surtout les 16 secteurs d'activité. Au niveau européen, la chimie est la deuxième industrie la plus polluante et la plus consommatrice d'énergie et d'eau. Elle est donc soumise à une réglementation stricte et complexe. En France, la loi de 2003 a permis de mettre en place un système de gestion des risques chimiques (SGRC) qui a permis de mieux protéger les travailleurs et l'environnement. Ce dossier est le point de départ pour les professionnels de la prévention des risques chimiques. Il est composé de plusieurs articles qui abordent les différents aspects de la réglementation et des pratiques de prévention. Les articles sont regroupés en deux sections: les actualités juridiques et normatives, et les outils pratiques et des méthodes.

ETUDES & SOLUTIONS

Le fait de travailler dans une entreprise... (Text describing the importance of safety in the workplace)

Activité	Prévalence	Incidence	Impact
Industrie	10,2%	12,5%	15,8%
BTP	8,5%	10,1%	12,3%
Commerce	5,3%	6,7%	8,9%
Santé	3,1%	4,2%	5,6%
Services	2,8%	3,5%	4,7%
Transport	1,9%	2,4%	3,2%
Éducation	1,5%	1,9%	2,5%
Administration	1,2%	1,5%	2,0%
Artisanat	0,8%	1,0%	1,3%
Autres	0,5%	0,6%	0,8%

Notes techniques

Parce que les réglementations... (Text describing technical notes on chemical risks)



100% (Total)

- Industrie: 45%
- BTP: 30%
- Commerce: 15%
- Santé: 5%
- Services: 2%
- Transport: 1%
- Éducation: 1%
- Administration: 1%
- Artisanat: 1%
- Autres: 1%

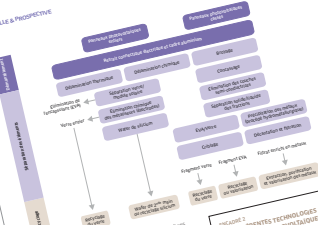
Les fiches HST

COMMENT ESTIMER LES RISQUES DE MULTI-EXPOSITIONS AUX AGENTS CHIMIQUES?

En milieu professionnel, comment évaluer les risques de multi-expositions aux agents chimiques? (Text describing the methodology for estimating risks)

Utiliser Méta-Pré pour améliorer la prévention du risque chimique

Méta-Pré est un logiciel qui permet d'évaluer les risques de multi-expositions aux agents chimiques. Il est basé sur une méthode scientifique et permet de prendre en compte les interactions entre différents agents chimiques. Méta-Pré est un outil essentiel pour les professionnels de la prévention des risques chimiques.



LES DIFFÉRENTES TECHNOLOGIES DE SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE

Les technologies de sécurité professionnelle sont essentielles pour protéger les travailleurs des risques chimiques. Elles comprennent des équipements de protection individuelle (EPI), des systèmes de ventilation, des dispositifs de confinement, etc. Ces technologies sont en constante évolution et doivent être régulièrement mises à jour pour garantir la sécurité des travailleurs.

Pour vous abonner

hst.fr

ATTENTION! (Text about subscription terms)

Brochures, dépliants, affiches, documents en ligne...



Réf. INRS AD 884

Trois affiches « Produits chimiques, attention ! lisez l'étiquette »
(bidon, personnage, yeux)
60x80 cm



Réf. INRS AD 885



Réf. INRS AD 886

RISQUES PSYCHOSOCIAUX | Solutions de prévention

Prévenir les risques de violence dans les commerces et les services

Des agressions verbales ou physiques aux braquages, les violences subies par les vendeurs et hôtes d'accueil peuvent entraîner des atteintes à la santé physique ou mentale (stress post-traumatique, anxiété, dépression).

○ Agissez en amont. Sur les causes des incidents et des actes violents.

- Identifiez avec vos salariés les tâches les plus à risque afin de les éviter.
- Décrivez une situation (type de clients, horaire, lieu) qui se présente fréquemment et indique les mesures à prendre pour la prévenir.
- Adoptez la méthode de travail adaptée à ces horaires d'affluence.
- Organisez l'équipe : signez d'attente, organisez les horaires d'affluence.
- Laissez des collègues de confiance pour que le personnel puisse intervenir en cas d'urgence.

...

Prévenir les risques de violence dans les commerces et les services

Risques psychosociaux

Des agressions verbales ou physiques aux braquages, les violences subies par les vendeurs et hôtes d'accueil peuvent entraîner des atteintes à la santé physique ou mentale (stress post-traumatique, anxiété, dépression).

Réf. INRS ED 6493, 2 p.

RISQUES INFECTIEUX | Solutions de prévention

Prévenir les risques infectieux dans les établissements d'accueil de jeunes enfants

Les nombreux contacts au quotidien avec les jeunes enfants, potentiellement malades ou porteurs d'agents biologiques pathogènes, exposent les salariés à des risques infectieux. La contamination peut se faire notamment lors des changes (gastro-entérite), du mouchage (grippe, bronchiolite), des petits soins, etc., principalement par des mains souillées ou par l'intermédiaire de gouttelettes respiratoires émises par l'enfant.

○ Invitez les salariés à respecter au quotidien des gestes d'hygiène simples

- Recommandez de pratiquer un lavage ou une friction hydroalcoolique des mains :
 - en arrivant et en partant du travail ;
 - avant les repas ;
 - après être allé ou allatée ou après y avoir accompagné un enfant.
- Agissez collectivement avec un produit désinfectant : change, mouchage d'un enfant, manipulation de linge souillé.
- Pour cela, mettez à disposition des salariés :
 - du savon et des serviettes à usage unique, pour le lavage des mains ;
 - des solutions hydroalcooliques, en veillant à ce qu'elles soient tenues à distance des enfants ;
 - des serviettes individuelles à usage unique pour les espaces de change.

...

Prévenir les risques infectieux dans les établissements d'accueil de jeunes enfants

Risques infectieux

Les nombreux contacts au quotidien avec les jeunes enfants, potentiellement malades ou porteurs d'agents biologiques pathogènes, exposent les salariés à des risques infectieux. La contamination peut se faire notamment lors des changes (gastro-entérite), du mouchage (grippe, bronchiolite), des petits soins, etc., principalement par des mains souillées ou par l'intermédiaire de gouttelettes respiratoires émises par l'enfant.

Réf. INRS ED 6487, 2 p.

Solutions de prévention

Complémentaires à l'évaluation des risques, ces 5 nouvelles fiches sont une aide pour construire et mettre en œuvre le plan d'action de prévention des risques et de protection des salariés. Elles ont été rédigées avec l'aide des services prévention des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF) et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

RISQUES LIÉS AUX ADDICTIONS | Solutions de prévention

Prévenir les pratiques addictives dans le cadre professionnel

Certains facteurs liés au travail comme le stress, le travail en horaires atypiques, l'isolement, etc., peuvent favoriser la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, etc.). En cas d'accident, l'état d'ébriété du salarié n'exonère pas systématiquement l'employeur de sa responsabilité. Il est nécessaire d'associer une démarche de prévention collective des pratiques addictives dans le cadre professionnel à la prise en charge des cas individuels.

○ Agissez sur les situations de travail favorisant les consommations de substances psychoactives

- Mettez en œuvre des mesures de prévention au sein des salariés professionnels favorisant les pratiques addictives : stress, travail en horaires atypiques (travail de nuit, le week-end, horaires irréguliers), rythme élevé de travail soutenu (plus de 48 h par semaine), pont de charges horaires, travail en noir, matériel usé, etc.
- Dans les entreprises concernées, mettez en œuvre des actions destinées à limiter l'accès aux substances psychoactives lors de leur fabrication, de leur vente ou de leur distribution (industrie pharmaceutique, commerces, branches, etc.).
- Prenez contact avec votre service de prévention et de santé au travail. Ce dernier pourra vous donner des conseils et modalités de prévention des consommations d'alcool et de drogue sur le lieu de travail.

...

Prévenir les pratiques addictives dans le cadre professionnel

Risques liés aux addictions

Certains facteurs liés au travail comme le stress, le travail en horaires atypiques, l'isolement..., peuvent favoriser la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis...). En cas d'accident, l'état d'ébriété du salarié n'exonère pas systématiquement l'employeur de sa responsabilité. Il est nécessaire d'associer une démarche de prévention collective des pratiques addictives dans le cadre professionnel à la prise en charge des cas individuels.

Réf. INRS ED 6500 2 p.

RISQUES BIOLOGIQUES | Solutions de prévention

Limiter l'exposition aux agents biologiques lors des opérations de collecte, de tri et de traitement des déchets

Les agents biologiques (bactéries, champignons, virus, etc.) sont présents dans les déchets et leur environnement. Ils peuvent entraîner des effets sur la santé lorsque inhalés, ingérés ou portés sur la bouche ou par contamination à l'occasion de blessures. Les agents biologiques se développent particulièrement sur la matière organique (déchets alimentaires, végétaux...) en présence d'humidité, à température ambiante ou haute. Il convient de limiter ces risques en agissant prioritairement à la source.

○ Agissez à la source pour limiter la prolifération des agents biologiques

- Évitez ou réduisez l'exposition aux déchets, sur les processus de traitement, de tri et de traitement des déchets et leur environnement. Le personnel doit porter des vêtements de protection appropriés (combisuits, lunettes, gants, etc.).
- Utilisez le principe de séparation des déchets : trier les déchets avant de les déposer dans les bennes.
- Utilisez des conteneurs adaptés au tri et au tri, privilégiez les bennes à couvercles fermés et les conteneurs à pédale.
- Nettoyez les zones de travail et les zones de stockage des déchets, en particulier les zones de stockage des déchets alimentaires, des déchets végétaux, etc.
- Nettoyez les zones de travail et les zones de stockage des déchets, en particulier les zones de stockage des déchets alimentaires, des déchets végétaux, etc.
- Nettoyez les zones de travail et les zones de stockage des déchets, en particulier les zones de stockage des déchets alimentaires, des déchets végétaux, etc.

...

Limiter l'exposition aux agents biologiques lors des opérations de collecte, de tri et de traitement des déchets

Risques biologiques

Les agents biologiques (bactéries, champignons, virus...) sont présents dans les déchets et leur environnement. Ils peuvent entraîner des effets sur la santé lorsqu'ils sont inhalés, ingérés en portant les mains à la bouche ou par contamination à l'occasion de blessures. Les agents biologiques se développent particulièrement sur la matière organique (déchets alimentaires, végétaux...) en présence d'humidité, à température ambiante ou haute. Il convient de limiter ces risques en agissant prioritairement à la source.

Réf. INRS ED 6498, 2 p.

RISQUES CHIMIQUES ET BIOLOGIQUES | Solutions de prévention

Améliorer la qualité de l'air dans les locaux de travail du tertiaire

La réduction des sources de polluants et un renouvellement de l'air adapté permettent de diminuer l'exposition aux agents chimiques et de lutter contre la transmission d'agents biologiques infectieux (bactéries, virus, champignons, etc.).

○ Intervenez en amont, sur la réduction des émissions de polluants dans les locaux

- Choisissez des matériaux de construction, des produits de décoration et des meubles à faible émission de polluants (formaldéhyde, solvants, isocyanates, vernis, collas, adhésifs, etc.).
- Réparez tout problème technique existant (fuites, ventilation) pour limiter les émissions de polluants, allant de la terre à l'air (travaux émanant de l'air conditionné).
- Identifiez et évaluez les zones d'humidité (pluie, infiltration, condensation, joints fissurés) qui favorisent le développement de micro-organismes et agissent sur la qualité de l'air.
- Limitez l'exposition aux produits d'entretien et aux produits lors des phases de nettoyage : évitez le recours aux pulvérisateurs, privilégiez un nettoyage humide des sols et mobilier, évitez le produit pendant et après le nettoyage.
- Réparez les équipements ou activités polluantes (photocopieurs, imprimantes, etc.) dans des locaux dédiés à usage salarié, avec une ventilation adaptée.

...

Améliorer la qualité de l'air dans les locaux de travail du tertiaire

Risques chimiques et biologiques

La réduction des sources de polluants et un renouvellement de l'air adapté permettent de diminuer l'exposition aux agents chimiques et de lutter contre la transmission d'agents biologiques infectieux (bactéries, virus, champignons...).

Réf. INRS ED 6497, 2 p.



Pourquoi et comment analyser les accidents du travail ?

Ce dépliant, destiné notamment aux TPE-PME, rappelle pourquoi il est nécessaire d'analyser les accidents du travail en entreprise, et présente de façon synthétique les 7 grandes étapes de la démarche d'analyse d'un accident.

Réf. INRS ED 6492, dépliant 4 volets.



Les postures sédentaires

Un enjeu de santé au travail

Dans de nombreux secteurs d'activité, la posture assise est une posture de travail couramment rencontrée. Or, associée à une très faible dépense énergétique et maintenue dans le temps, cette posture sédentaire peut représenter un facteur de risque de nombreuses pathologies. Destinée au préventeur, la brochure aide à identifier les postures sédentaires, à connaître leurs effets sur la santé et à prévenir les risques professionnels associés.

Réf. INRS ED 6494, 20 p.



Aide à domicile. Santé au travail : passez à l'action ! (Mise à jour)

Ce dépliant présente les principaux risques liés aux activités d'aide à domicile ainsi que les mesures de prévention à mettre en œuvre.

ED 6477, dépliant 3 volets.

Conditions d'utilisation de l'aspiration haut débit par les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires



L'aspiration à haut débit est un dispositif d'aspiration en bouche d'un grand volume d'air sur une période de temps donnée, conçu pour limiter la quantité d'aérosol diffusée lors des soins dentaires. Son utilisation répond à une diversité d'usages et doit s'assortir, pour une utilisation efficace et limitant le risque pour la santé des utilisateurs, de la performance du système et de son confort d'utilisation sur différents plans (physique, sonore, visuel). Pour identifier des besoins futurs en matière de prévention des risques professionnels associés à l'utilisation de l'aspiration haut débit et alimenter des études portant sur le captage des aérosols dans les soins dentaires, il est nécessaire de disposer d'une connaissance des pratiques et du ressenti des chirurgiens-dentistes et assistants dentaires en matière de facteurs motivant, compliquant ou s'opposant à l'utilisation de tels systèmes. Pour cela, l'INRS va conduire une étude par questionnaire auprès de ces professionnels.

Objectif de l'étude

- Connaître les conditions d'utilisation de l'aspiration haut débit lors des soins dentaires et recueillir la satisfaction et le confort associés à son utilisation.

Méthodologie

Répondre à un questionnaire en ligne pour :

- les chirurgiens-dentistes ou étudiants en chirurgie dentaire :

(https://manager-enquetes.inrs.fr/SurveyServer/s/pro-acy/Aspiration_HV_praticiens/praticiens.htm) ;

- les assistants dentaires, y compris en contrat de professionnalisation :

(https://manager-enquetes.inrs.fr/SurveyServer/s/pro-acy/Aspiration_HV_assistantes/assistantes.htm) .

La participation au questionnaire est anonyme (pas de donnée nominative, pas de traçage de l'adresse IP) et sa durée de remplissage est inférieure à 5 minutes.

Les résultats seront restitués, courant du 1^{er} semestre 2023, via les revues de l'INRS et la presse professionnelle du milieu dentaire.

Entreprises recherchées

- Les cabinets dentaires, services de soins dentaires hospitaliers, centres de santé dentaire (gérés par l'assurance maladie, mutualiste ou associatif).
- Les services de prévention et de santé au travail peuvent être un relais de diffusion du questionnaire auprès de leurs adhérents concernés.

Responsable d'étude à contacter :

Aude Cuny-Guerrier

Tél. : 03 83 50 85 48

aude.cuny@inrs.fr

Département Homme au Travail, INRS

1, rue du Morvan,

CS 60027,

54519 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Prévention des polyexpositions dans les fromageries : étude des bioallergènes, des agents chimiques et biologiques



La France est l'un des plus gros producteurs mondial de fromages, avec plus de 500 établissements employant plus de 20 000 salariés. Ces derniers peuvent être exposés à des polluants biologiques et chimiques, de nature et de concentration encore mal connues. En particulier, les travailleurs de ce secteur peuvent souffrir de symptômes allergiques, principalement attribuables à des agents biologiques.

L'INRS sollicite la participation d'entreprises de fromagerie pour acquérir des données sur les expositions aux agents chimiques, biologiques et aux allergènes potentiellement présents dans leur atmosphère de travail.

Objectifs de l'étude

- Étudier les polyexpositions biologiques et chimiques potentielles des salariés de ce secteur ;
- Caractériser les allergènes présents dans l'atmosphère des lieux de travail et dans les produits manipulés, ainsi que le potentiel sensibilisant de l'environnement de travail ;
- Étudier les moyens de prévention disponibles, notamment la ventilation, en vue de réduire l'exposition des travailleurs aux polluants et bioallergènes.

Méthodologie

● Les entreprises souhaitant participer seront contactées par les responsables de l'étude pour définir le cadre de la campagne de mesures. Celle-ci se déroulera sur trois journées et reposera sur des prélèvements atmosphériques réalisés en des lieux définis et sur des durées pouvant atteindre 8 heures. Avec l'accord des salariés concernés, une partie de ces prélèvements atmosphériques sera réalisée pour évaluer des situations d'exposition individuelles, en équipant ces personnels de capteurs ; les techniques utilisées sont prévues pour occasionner le minimum de perturbations de leurs

activités. Des échantillons de fromages pourront également être collectés, avec l'accord de l'entreprise, afin d'établir un lien entre les composés présents dans les fromages et ceux retrouvés dans l'atmosphère. Ces éléments seront complétés par une étude du système de ventilation. Les échantillons recueillis seront analysés à l'INRS ou à l'INRAE¹ (UMRF² d'Aurillac) en fonction du type de prélèvement. Un rapport de synthèse sera remis à l'entreprise. Une réunion de restitution pourra également être organisée, si l'entreprise et ses salariés le souhaitent.

Entreprises recherchées

- Des entreprises appartenant au secteur des fromageries, qu'elles soient industrielles ou en cave artisanale.

Responsables d'étude à contacter :

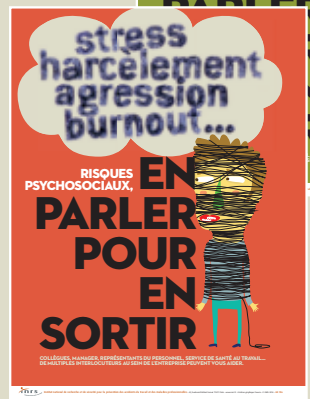
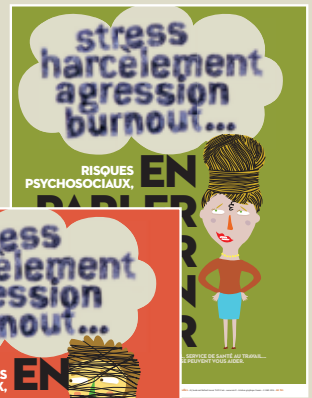
*Patricia Battais ou Sullivan Lechêne,
Tél. : 03 83 50 86 87 ou 03 83 50 21 41
patricia.battais@inrs.fr ou sullivan.lechene@inrs.fr
Département Ingénierie des procédés, INRS
1, rue du Morvan,
CS 60027,
54519 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex*

¹ Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement

² Unité mixte de recherche sur le fromage

stress
harcèlement
agression
burnout...

RISQUES PSYCHOSOCIAUX, EN PARLER POUR EN SORTIR



Affiches génériques :
Réf. A 785 et A 786



Affiches sur les idées reçues : Réf. A 787 à A 793



Guide : Réf. ED 6250



Dépliant : Réf. ED 6251

» Découvrez nos publications sur les risques psychosociaux sur www.inrs.fr/RPS

2

CONNAISSANCES ET RÉFÉRENCES

P. 27 VU DU TERRAIN

P. 61 SUIVI POUR VOUS

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

AUTEUR :

J.S. Claude, infirmier en santé au travail – Institut Pasteur

EN
RÉSUMÉ

Au sein d'une entreprise de sous-traitance automobile, une campagne d'aide au sevrage tabagique est réalisée à l'initiative de l'infirmier en santé au travail (IDEST). Elle s'accompagne d'une étude de suivi de cohorte (102 salariés) pour illustrer le rôle de l'IDEST et mettre en évidence d'éventuels freins au sevrage. Le suivi s'est déroulé sur une période de 13 mois au cours desquels un rendez-vous mensuel est organisé au sein du service de prévention et de santé au travail de l'entreprise. Les résultats montrent qu'un accompagnement au long terme, réalisé par un IDEST, augmente la proportion de personnes sevrées par rapport à un sevrage effectué sans accompagnement. La consommation conjointe de tabac et de cannabis semble être un frein important dans le sevrage.

MOTS CLÉS

Addiction /
Toxicomanie /
Substance
psychoactive /
Tabac / Cannabis /
Infirmier

Les données issues du Baromètre Santé publique France (SpF) 2019 font apparaître des résultats encourageants sur la consommation de tabac. Le nombre de fumeurs quotidiens baisse, passant de 28,5 % en 2014 à 24,0 % en 2019, notamment chez les femmes (20,7 % vs 26 % en 2010). Cependant, la prévalence tabagique reste globalement plus élevée en France que dans de nombreux autres pays occidentaux [1].

Dans les années 1950, les effets nocifs de la consommation tabagique, dont les effets cancérigènes, ont été mis en évidence. Aujourd'hui, le tabagisme reste la première cause de décès évitable dans le monde devant les accidents de circulation et les pathologies environnementales. Les grandes évolutions réglementaires ont principalement été menées dans le sens de la dissuasion de consommer du tabac. Depuis le début des années 1990, de nombreuses campagnes d'information

et de promotion de la santé ont été développées progressivement.

La loi n° 91-32 datant du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Évin, est aujourd'hui la loi la plus connue en termes de réglementation sur le tabac et l'alcool. Elle modifie en profondeur la norme sociale en matière de tabagisme et entraîne une diminution de la consommation. Elle renforce considérablement le dispositif législatif : en favorisant la hausse du prix des cigarettes ; en posant le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs ; en interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits dérivés ; en interdisant toute distribution gratuite ; en interdisant toute opération de parrainage liée au tabac ; en régulant la vente ; en autorisant, sous certaines conditions, les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

constituer partie civile devant les tribunaux.

Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Il est entré en vigueur le 1^{er} février 2007, sauf dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants, pour lesquels l'interdiction est entrée en vigueur le 2 janvier 2008. Il redéfinit les normes s'appliquant aux lieux qui peuvent être expressément réservés aux fumeurs. Ces lieux, appelés couramment fumeurs, doivent être fermés et ventilés spécifiquement, sans possibilité d'y délivrer de prestations.

La loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, instaure l'obligation pour les industriels du tabac de mettre en place des paquets sans les logos et en mettant en avant des photos et messages de sensibilisation aux risques issus de la consommation de tabac. Elle permet également aux médecins du travail et aux infirmiers de prescrire des substituts nicotiques. En complément de l'évolution réglementaire, plusieurs politiques nationales ont inclus, dans leurs objectifs, la diminution du tabagisme en France.

Dans le troisième Plan santé travail, la prévention des pratiques addictives favorise la transversalité santé au travail – santé publique. Le quatrième Plan santé travail implique également les services de prévention et de santé au travail (SPST) dans la prévention des addictions sur le milieu de travail.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 vise à répondre aux grands défis que rencontre le système de santé français, notamment

la prise en charge des maladies chroniques et leurs conséquences. Pour cela, il s'articule autour de quatre axes complémentaires dont l'axe prévention « *mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie* ».

Dans le troisième Plan cancer, qui s'est achevé fin 2019, l'axe « *réduire les inégalités et les pertes de chance, une priorité du plan cancer* » inclut l'objectif de réduction du tabagisme. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 « *appelle à la mobilisation de tous pour en finir avec le tabac* ».

Le lien entre la consommation de tabac et l'apparition de problème respiratoire a déjà été montré dans de nombreuses études, notamment la publication du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) en 2009 [2]. Le référentiel de sémiologie respiratoire du collège des enseignants de pneumologie en fait aussi mention [3].

Dans ce contexte, et suite à la sollicitation de la direction d'une entreprise de la sous-traitance automobile, un infirmier d'entreprise a organisé une campagne de sensibilisation et d'accompagnement au sevrage du tabac. Cette campagne a été l'occasion de mettre en place une étude prospective sur 13 mois. L'objectif général de cette dernière est de comparer les résultats issus d'un suivi d'une cohorte lors du sevrage tabagique ayant bénéficié d'un accompagnement par un infirmier en santé au travail (IDEST), avec les résultats dans la population générale. Les objectifs secondaires sont de chercher si une co-consommation de cannabis et/ou des horaires de travail pouvaient exercer une influence sur le sevrage tabagique.

MÉTHODOLOGIE

La campagne de sensibilisation s'est déroulée de juillet 2018 à août 2018 et avait pour but d'aider les fumeurs à arrêter de fumer et de limiter les nuisances liées au tabac pour les non-fumeurs. L'étude prospective sur l'accompagnement au sevrage qui s'en est suivie a débuté avec le « Mois sans tabac » de 2018 pour se terminer à la fin du « Mois sans tabac » de 2019. L'entreprise concernée emploie environ 500 salariés dont 60 % travaillent en 3x8 et 40 % en horaires de jour. Le médecin du travail, salarié d'un service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI), était présent (lors de cette étude) à hauteur de 10 % d'équivalent temps plein. Cet accompagnement est effectué par l'IDEST et a été adapté à partir des recommandations (figure 1) de la Haute Autorité de santé (HAS) (encadré 1) sur une période de 13 mois, allant de novembre 2018 à novembre 2019 inclus. L'IDEST avait préalablement été formé au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), ainsi qu'au suivi addictologique. En plus des formations reçues, il a bénéficié de plusieurs temps d'échange avec un médecin du travail sur l'approche de l'accompagnement au sevrage tabagique en entreprise.

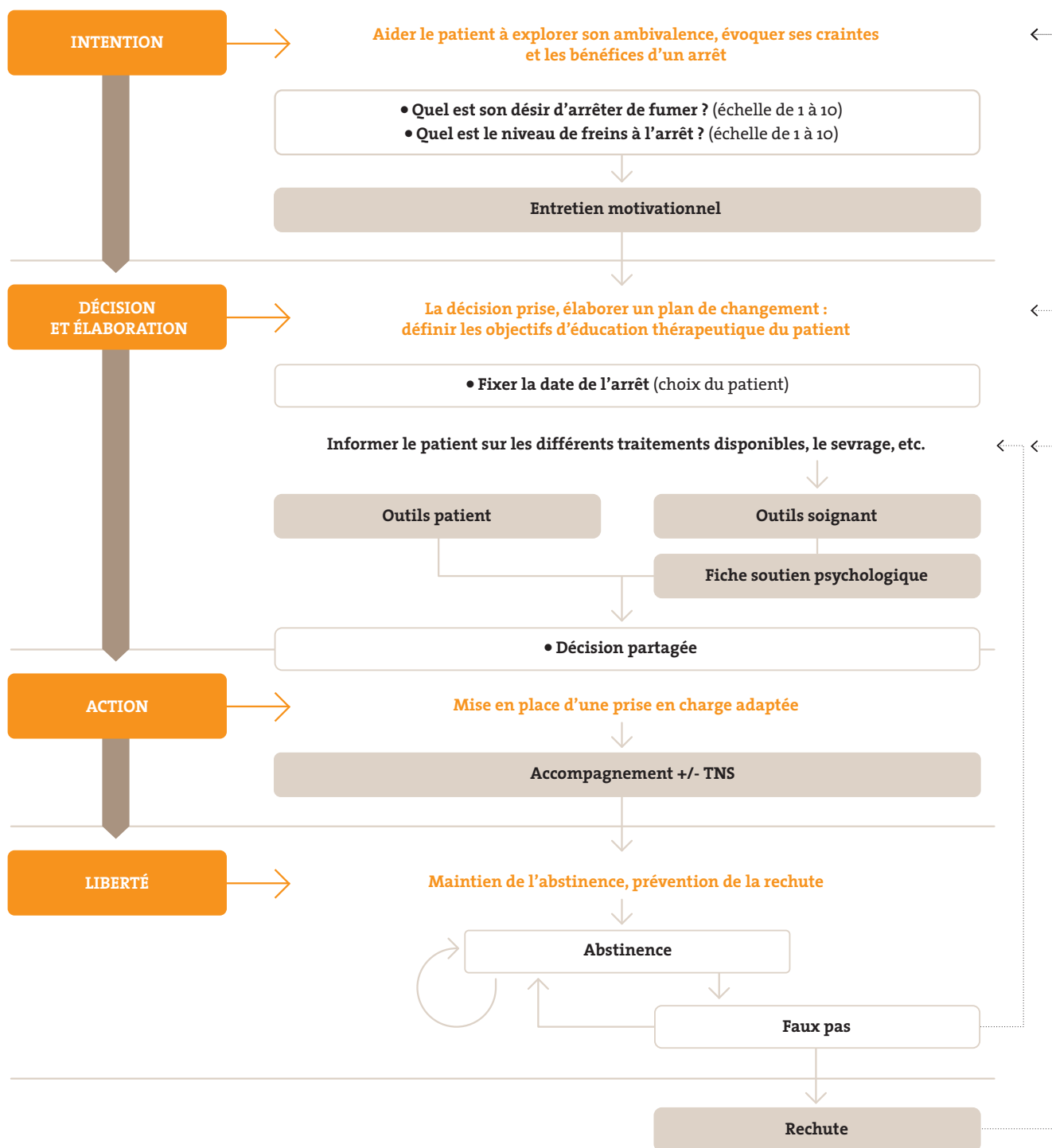
LE SEVRAGE TABAGIQUE

Dans ce travail, le suivi du sevrage tabagique repose sur des entretiens mensuels avec des questionnaires, des entretiens motivationnels et la prescription de substituts nicotiques.

TYPES DE QUESTIONNAIRES

Lors du premier entretien, les

Figure 1 : Parcours du patient travailleur désireux d'arrêter de fumer [4].



↓ Encadré 1

► RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ POUR L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC

En 2014, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié une recommandation de bonne pratique intitulée « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ». Ces recommandations s'adressent aux professionnels de santé, dont les médecins du

travail et les infirmiers. Elles portent notamment sur :
 ● la manière de dépister la consommation de tabac ;
 ● l'évaluation initiale : niveau de dépendance au tabac, évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives, évaluation des co-consommations, conseil d'arrêt ;

● l'évaluation de la motivation à l'arrêt ;
 ● l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac : traitements recommandés en première intention, stratégie thérapeutique, prise en charge des symptômes de sevrage, modalités du suivi, gestion de la rechute ;
 ● Situations particulières :

femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, maladies cardio-vasculaires, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer, diabète, comorbidités psychiatriques, polyconsommation... Ces recommandations peuvent être téléchargées sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

salariés ont répondu aux questionnaires suivants :

- le test de Fagerström ([annexe 1 p. 38](#)) qui évalue la dépendance à la nicotine. Il a été reproposé aux participants de manière semestrielle, uniquement pour ceux qui fumaient encore au moment des entretiens de suivi ;

- le test Lagrue et Légeron ([annexe 2 p. 39](#)) qui mesure la motivation à l'arrêt du tabac. Il a été reproposé aux salariés de manière mensuelle, uniquement à ceux qui fumaient encore au moment des entretiens ;

- le questionnaire CAST ([annexe 3 p. 40](#)) qui repère les consommations problématiques de cannabis (et concerne donc uniquement les usagers de cette substance). Ce test a été reproposé de manière bimestrielle, uniquement pour les salariés qui consommaient encore du cannabis au moment des entretiens.

Le test de Lagrue et Légeron a été choisi pour son intérêt de projection dans le futur. Il a paru important de voir si la variation de la motivation est la conséquence du risque d'échec auto-évalué sur 4 semaines et/ou sur 6 mois. Cette information permettait également de discuter avec le salarié lors de l'entretien motivationnel du choix de ces réponses.

À la mise en place de l'étude, un partenariat avec le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de secteur a été établi pour pouvoir orienter les salariés consommant du cannabis qui souhaiteraient bénéficier d'un accompagnement au sevrage de cette substance psychoactive.

Enfin, la consommation de café est évaluée de manière semestrielle.

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

« On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a

soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres ». Cette phrase des *Pensées* de B. Pascal résume l'objectif de l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il a été créé par deux psychologues, W. Miller, qui exerce et enseigne à l'université du Nouveau-Mexique, et S. Rollnick, qui travaille dans le département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (Pays de Galles). Leur ouvrage [8], paru en 1991 et traduit en 2006, a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ».

Chaque rendez-vous de suivi commence par la passation du ou des questionnaires puis d'un échange sur le ressenti et les attentes du salarié. Il est possible que le salarié exprime directement une incompréhension de certains éléments (par exemple « *je sais que ce n'est pas bon de fumer, mais je prends quand même une cigarette* »), ce qui ouvre directement l'entretien motivationnel.

Dans le cas contraire, après avoir fait le retour sur les résultats du questionnaire, l'entretien motivationnel est proposé systématiquement par le biais de deux questions : « *Avez-vous des attentes spécifiques pour ce rendez-vous ?* » et « *Avez-vous rencontré des difficultés depuis le dernier rendez-vous ?* ».

De manière à maintenir une reproductibilité de la démarche, il a été respecté une trame préétablie basée sur les recommandations présen-

tées dans le livre *L'entretien motivationnel* [8] ([annexe 4 p. 41](#)).

PRESCRIPTION DE SUBSTITUT NICOTINIQUE

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au *Journal officiel* du 27 janvier 2016, élargit le droit de prescription de substitut nicotinique aux médecins du travail, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes. À la fin de chaque rendez-vous, une prescription de substitut nicotinique est proposée en fonction des besoins et du ressenti du salarié. L'indication du substitut nicotinique se fait selon la quantité de tabac fumé quotidiennement.

La substitution nicotinique est proposée systématiquement pour les personnes fumant plus de 10 cigarettes par jour. L'indication des patchs se fait en prenant en compte le nombre de cigarettes fumées par jour, la durée entre le lever et la première cigarette et le souhait du salarié de bénéficier d'un patch nicotinique ou d'un autre dispositif de substitut nicotinique ([tableau I](#)). La quantité totale de nicotine administrée sur 24 heures ne dépasse jamais la quantité quotidienne fumée le jour de la visite.

Le choix de prescriptions mensuelles de substitut nicotinique a été établi afin d'assurer le suivi régulier du salarié et de lui donner la possibilité d'adapter rapidement le substitut en fonction de son ressenti. La présence de l'IDEST tous les jours de la semaine dans l'entreprise permet d'avoir un contact non formalisé très régulièrement avec les salariés. De ce fait, il n'a pas été choisi de mettre en place le suivi hebdomadaire, au début, de manière formelle, comme recommandé par la HAS, car les salariés

Tableau I

➤ MATRICE DÉCISIONNELLE POUR LE CHOIX DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES [9]

Fume	<10 /jour	11 – 20/jour	21 – 30/jour	>30/jour
Moins de 5' après le lever	Patch moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + patch moyen + Formes orales	Patch grand + patch moyen + Formes orales
Moins de 30' après le lever	Patch moyen + Formes orales	Patch grand ou moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + patch moyen + Formes orales
Entre 30' et 60' après le lever	Formes orales	Patch grand ou moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + Formes orales
Plus de 60' après le lever	Rien ou Formes orales	Patch moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + Formes orales

peuvent être reçus sans rendez-vous à tout moment.

MISE EN PLACE DU SUIVI

La littérature actuelle met en évidence l'impact positif d'un suivi au long-cours dans la réussite du sevrage tabagique ; en particulier Prochaska et Di Clemente [4] avec le modèle transthéorique des changements de comportements repris par la HAS en 2014. Ce suivi est encore plus important quand celui-ci est réalisé au plus proche du lieu de vie des personnes. De ce fait, l'étude présente vise à questionner l'intérêt pour l'IDEST de se positionner dans cette démarche.

Chaque rendez-vous formel se déroule mensuellement de la même façon, sur une durée de 13 mois. Le salarié est reçu à l'infirmerie. Après avoir rempli les questionnaires prévus, le salarié exprime son ressenti et ses difficultés. L'IDEST lui donne l'interprétation de ses réponses aux questionnaires et le salarié peut bénéficier d'un entretien motivationnel, d'une durée de 30 à 45 minutes. Lors des rendez-vous du 6^e et du 12^e mois, la visite permet d'échanger sur l'évolution de la consommation et sur l'évolution des résultats aux tests.

À tout moment, si le salarié en ressent le besoin, il lui est possible de passer voir l'IDEST pour discu-

ter. À l'issue de ces visites, une prise de contact à deux semaines maximums est effectuée. Elle a lieu de manière informelle ou formelle par contact téléphonique ou lors d'une rencontre dans l'entreprise. Ces contacts ne se substituent pas aux rendez-vous mensuels mais s'y ajoutent.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

L'inclusion des salariés dans l'étude s'est effectuée sur le respect des critères suivants :

- être présent sur le site pendant la période de l'étude ;
- toute personne volontaire majeure et tabagique ayant envie de réduire ou d'arrêter de fumer ;
- accepter de passer de manière mensuelle au service de santé au travail.

Le fait d'accepter ou non l'entretien motivationnel n'entraîne aucune conséquence sur l'inclusion ou l'exclusion dans l'étude. Les salariés n'ayant pas participé à tous les rendez-vous ont été automatiquement exclus de l'étude.

ANALYSE DES DONNÉES

Les données recueillies lors des entretiens ont été anonymisées et retranscrites partiellement dans un fichier Excel pour analyse statistique. Les verbatims ont été retrans-

crits sur un document Word.

L'analyse quantitative de type statistique avec le test χ^2 d'indépendance a été réalisé sur le logiciel Prisme®.

Une analyse qualitative a été faite concernant les domaines évoqués dans les entretiens motivationnels. Les verbatims ont été analysés par thématique dans le but d'apporter un niveau de compréhension supplémentaire des résultats.

RÉSULTATS

PERSONNES INCLUSES DANS L'ÉTUDE

Les personnes participantes à cette étude l'ont été sur la base du volontariat, et souhaitaient réduire ou arrêter leur consommation de tabac. Au départ, il y a eu 118 volontaires, parmi eux 5 ont arrêté de venir et 11 ont refusé de participer en raison de crainte sur l'anonymat. Au total la cohorte de suivi est composée de 102 salariés.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

La cohorte est composée de 94 hommes (âge moyen de 40 ans) et 8 femmes (âge moyen de 40,5 ans). Trente-huit salariés ont de 18 à 35 ans inclus, 28 sont âgés de 36 à 49

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

ans inclus et 36 ont 50 ans et plus. Il s'agit de 60 ouvriers, 23 employés, 12 professions intermédiaires et 17 cadres. En ce qui concerne le rythme de travail, 87 salariés sont en horaires postés en 3x8 et 15 salariés en horaires de jour. Soixante salariés sont en contrat à durée déterminée (CDD)/Intérim et quarante-deux en contrat à durée indéterminée (CDI)/contrat à durée indéterminée intermittent (CDII). Parmi les 102 travailleurs, 86 consomment uniquement du tabac dont 22 ont déjà essayé d'arrêter

dans les douze mois précédents, tandis que 16 salariés consomment du tabac et du cannabis dont 2 ont déjà essayé d'arrêter dans les douze mois précédents. La répartition selon le nombre de cigarettes fumées par jour est la suivante : 3 personnes fument entre 1 et 5 cigarettes par jour, 11 personnes fument entre 6 et 10 cigarettes par jour, 45 personnes fument entre 11 et 15 cigarettes par jour, 27 personnes fument entre 16 et 20 cigarettes par jour et 16 personnes fument entre 21 et 30 cigarettes par jour. Aucune

personne ne fume plus de 30 cigarettes par jour.

PREMIER ENTRETIEN

L'ensemble des personnes participantes à l'étude ont accepté de répondre aux questionnaires. Ainsi, le premier entretien a donné lieu au total à 102 tests Fagerström (figure 2), 102 tests Lagrue et Légeron (figure 3) et 16 tests CAST (test réalisé uniquement pour les consommateurs de cannabis) (figure 4 page suivante). L'entretien motivationnel est proposé à l'en-

Figure 2 : Niveau de dépendance au tabac des salariés selon les réponses au test Fagerström à T0, 6 mois et 12 mois.

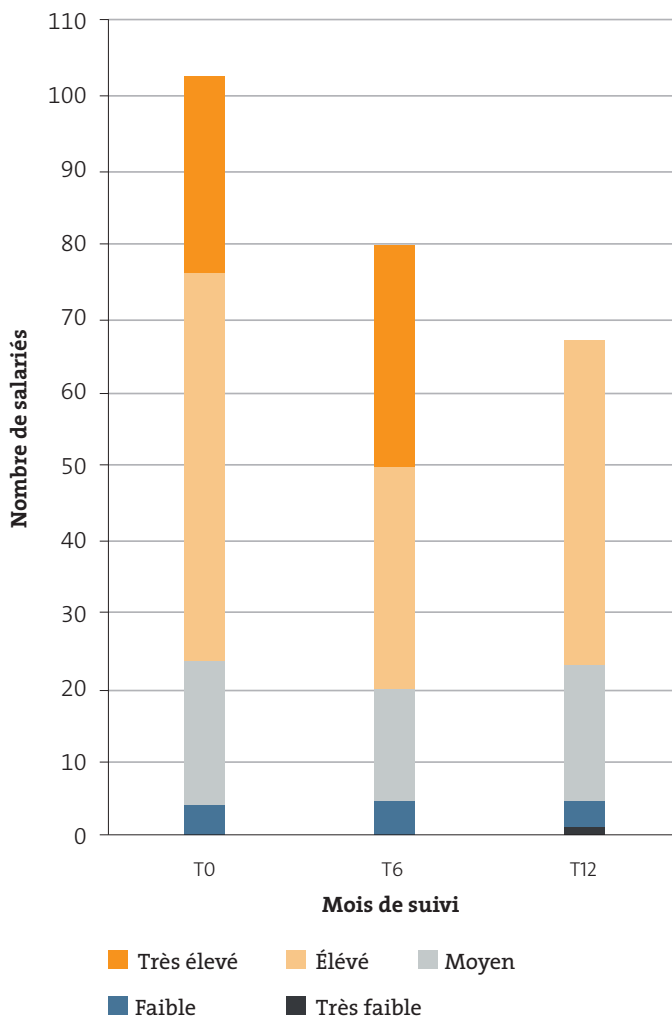


Figure 3 : Niveau de motivation à l'arrêt du tabac des salariés selon les réponses au test de Lagrue et Légeron à T0, 6 mois et 12 mois.

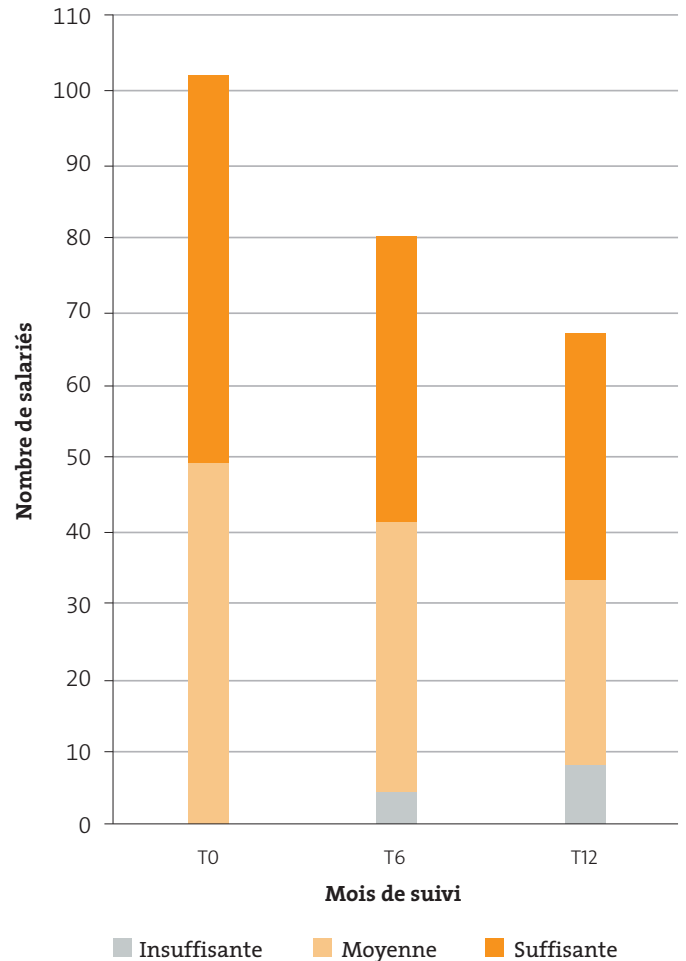
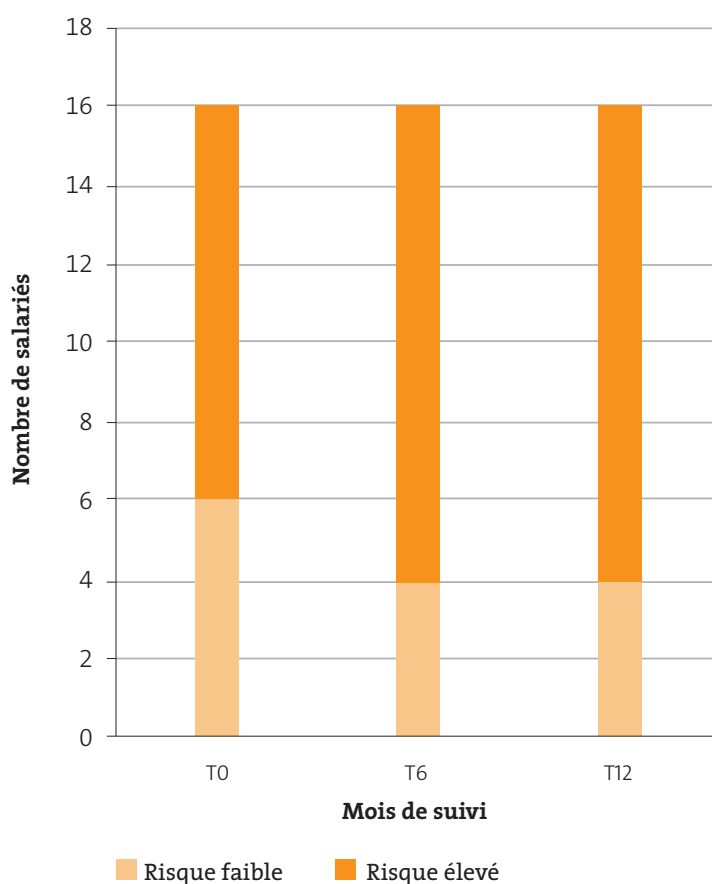


Figure 4 : Niveau d'usage problématique du cannabis des salariés selon les réponses au questionnaire CAST à T0, 6 mois et 12 mois.



semble des salariés et a été accepté par 79 salariés.

Le résultat moyen au test de Fagerström est de 6,67 avec un écart-type de 1,4. Sur les mêmes personnes, le test de Lagrue et Légeron a une moyenne de 13,96 avec un écart-type de 4,2. Le résultat moyen au test CAST est de 9,8 avec un écart-type de 5,1. La population répondante a donc une addiction moyenne au tabac avec un niveau de motivation hétérogène pour arrêter de fumer. Concernant les personnes ayant une co-consommation avec le cannabis, le niveau moyen d'addiction au cannabis est élevé.

Lors des entretiens motivationnels, il ressort trois thématiques principales incitant les salariés à vouloir arrêter de fumer : l'argent (63 récurrences) [prix du tabac + intéressement en lien avec absentéisme], la santé (19 récurrences) et la qualité de vie (10 récurrences).

Les principaux freins exprimés à l'arrêt du tabac sont les interactions sociales (38 récurrences) et l'arrêt de co-consommation (35 récurrences) [cannabis ou autres substances].

Les substituts nicotiques ont été proposés à 88 salariés (ceux fumant plus de 10 cigarettes par

jour) parmi eux, 75 ont acceptés. Sept salariés fumant moins de 10 cigarettes par jour ont demandé spontanément des substituts nicotiques.

ENTRETIEN DES 6 MOIS

Tous les salariés de la cohorte sont venus à l'entretien des 6 mois. Parmi eux, 22 salariés ne fumaient plus depuis plus d'une semaine. En revanche aucun des salariés concernés n'avait arrêté la consommation de cannabis. Ainsi il y a eu 80 tests Fagerström (figure 2), 80 tests Lagrue et Légeron (figure 3) et 16 tests CAST (figure 4). L'entretien motivationnel est choisi par 87 salariés. Il est à noter que 20 salariés l'ont demandé à chaque rendez-vous mensuel pendant ces 6 premiers mois de suivi.

Le résultat moyen au test de Fagerström est de 6,65 avec un écart-type de 1,3. Sur les mêmes personnes, le test de Lagrue et Légeron a une moyenne de 12,97 avec un écart-type de 4,2. Pour les co-consommateurs tabac – cannabis, le résultat moyen au test CAST est de 10,1 avec un écart-type de 5.

Lors des entretiens motivationnels, les trois thématiques principales citées lors du premier entretien comme motivation pour arrêter sont toujours présentes et une thématique est apparue : l'argent (60 récurrences) [prix du tabac + intéressement en lien avec absentéisme] ; la santé (24 récurrences) ; la qualité de vie (16 récurrences) ; le suivi facile (14 récurrences).

Les principaux freins à l'arrêt du tabac cités lors du premier entretien sont toujours présents : les interactions sociales (32 récurrences) et l'arrêt de co-consommation (31 récurrences) [cannabis ou autres substances].

À ce stade de l'étude, 40 salariés ont déjà tenté d'arrêter au moins 1 fois. Parmi eux, 23 salariés ont repris leur consommation de tabac. Trente-neuf salariés bénéficient d'un traitement par substituts nicotiques, dont 7 ont arrêté de fumer.

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

ENTRETIEN DES 12 MOIS

Tous les salariés de la cohorte sont venus à l'entretien du 12^e mois. Parmi eux, 35 ne fumaient plus depuis plus d'une semaine. En revanche aucun des salariés concernés n'avait arrêté la consommation de cannabis. Ainsi, il y a eu 67 tests Fagerström (*figure 2*), 67 tests Lagrue et Légeron (*figure 3*) et 16 tests CAST (*figure 4*). L'entretien motivationnel est choisi par 78 salariés. Il est à noter que 18 salariés ont demandé cet entretien motivationnel à chaque rendez-vous mensuel depuis le 6^e mois. Parmi eux, 12 l'avaient déjà demandé mensuellement pendant les 6 premiers mois de suivi.

Le résultat moyen au test de Fagerström est de 5,76 avec un écart-type de 1,0. Sur les mêmes personnes, le test de Lagrue et Légeron a une moyenne de 12,50 avec un écart-type de 4,9. Pour les co-consommateurs tabac – cannabis, le résultat moyen au test CAST est de 10,3 avec un écart-type de 5,1.

Lors des entretiens motivationnels, les quatre thématiques principales citées lors de l'entretien des 6 mois comme motivation pour arrêter sont toujours présentes : l'argent (50 récurrences) [prix du tabac + intéressement en lien avec absentéisme] ; la santé (34 récurrences) ; la qualité de vie (33 récurrences) et le suivi facile (22 récurrences).

Les principaux freins à l'arrêt du tabac cités lors du premier entretien sont toujours présents : les interactions sociales (22 récurrences) et l'arrêt de co-consommation (21 récurrences) [cannabis ou autres substances].

À ce stade de l'étude, 66 salariés ont tenté d'arrêter au moins 1 fois. Parmi eux, 24 salariés ont repris leur consommation de tabac. Vingt-deux salariés bénéficient d'un trai-

tement par substitut nicotinique dont 12 ont débuté le traitement dans les 3 derniers mois.

BILAN DE LA CAMPAGNE

À la fin de l'étude, la consommation de tabac des participants a été comparée entre To et l'entretien du 12^e mois. La population se répartie en :

- 35 personnes ayant complètement arrêté de fumer à la fin de l'étude (32 hommes et 3 femmes) ;
- 21 personnes ayant arrêté de fumer pendant plus de 1 mois (20 hommes et 1 femme) ;
- 3 personnes ayant arrêté de fumer pendant moins de 1 mois (3 hommes) ;
- 23 personnes ayant diminué leur consommation de tabac sans avoir arrêté (22 hommes et 1 femme) ;
- 20 personnes n'ayant pas diminué leur consommation de tabac (17 hommes et 3 femmes).

Cette répartition montre que 59 personnes ont tenté, au moins une fois, d'arrêter de fumer au cours de l'étude. Parmi eux, 24 ont repris leur consommation avant la fin de l'étude.

Le phénomène de *craving* (impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant un besoin irrésistible de consommation de tabac dans le cas présent) a été observé chez 44 salariés, soit 75 % des personnes ayant essayé d'arrêter au moins une fois (avec ou sans reprise). Parmi les 43 salariés n'ayant jamais pu arrêter de fumer, 33 ont décrit un phénomène de *craving*, soit environ 77 %.

Aucun salarié ayant une co-consommation tabac-cannabis n'a arrêté le tabac. Les verbatims lors des entretiens motivationnels font apparaître la co-consommation de cannabis comme le frein principal à l'arrêt du tabac. Malgré la proposition de rendez-vous avec un addictologue du CSAPA, aucun

rendez-vous n'a été pris durant la période de l'étude.

Par ailleurs, la consommation de café, importante lors de l'inclusion, s'est réduite de 4 tasses par jour durant l'étude.

DISCUSSION

LES BIAIS

Parmi les salariés volontaires pour arrêter ou réduire leur consommation de tabac, certains n'ont pas souhaité participer à l'étude (n = 11). Les motifs avancés étaient : un échec précédent au sevrage avec reprise d'un tabagisme après l'arrêt du suivi, le manque de disponibilité pour se prêter à l'étude, une mauvaise expérience avec les CSAPA. L'absence de groupe témoin (c'est-à-dire de groupe suivi en service de soin type CSAPA avec ou sans prescription de substitut nicotinique) oblige l'enquêteur à utiliser des données publiées et donc n'ayant pas la même période d'étude. De ce fait, le contexte sociétal et la prise de conscience collective peuvent impacter la comparaison. Le statut d'appartenance de l'infirmier à la même société que les salariés a pu provoquer une réticence de certains salariés à exprimer librement leurs ressentis sur leur consommation et envie d'arrêter.

Afin de rester pragmatique dans les éventuelles actions pouvant être effectuées après l'étude, il a été choisi de restreindre la recherche de potentiels freins aux horaires de travail et à la co-consommation tabac-cannabis.

L'étude ainsi que sa phase de préparation ont été structurées par deux personnes. Le raisonnement utilisé n'a pu être critiqué et donc peut entraîner une vision non contradictoire. L'analyse a été effectuée par un seul enquêteur, avec des ques-

tionnaires reconnus par les professionnels de santé travaillant en addictologie. Cependant les résultats obtenus ont été soumis à un groupe de relecture (1 praticien universitaire – praticien hospitalier (PU-PH) en médecine du travail, 4 médecins du travail extérieurs à l'entreprise, 3 médecins généralistes, dont un ayant un diplôme universitaire (DU) d'addictologie, 1 psychologue du travail, 1 psychologue clinicienne, 1 ergonome et 5 infirmiers en santé au travail) afin de valider ceux-ci. Dans le cas où il serait envisagé de refaire l'étude, il serait intéressant de distinguer les personnes qui souhaitent bénéficier d'une aide avec des traitements nicotiques de substitution de ceux qui ne le souhaitent pas et d'accentuer le cadre de l'étude sur les co-consommations (tabac-alcool ; tabac-café ; tabac-cannabis ; ...).

BÉNÉFICES D'UN ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE

Le phénomène de *craving* a été observé chez 77 salariés durant la période de l'étude. Ce phénomène a engendré quarante-cinq consultations supplémentaires qui se sont intercalées au suivi programmé. La réponse apportée lors de l'apparition de *craving* était basée sur deux éléments. Le premier est de rassurer le salarié sur l'apparition de ce phénomène. Et le second est d'aider le salarié à trouver un moyen de détourner son attention sur un autre élément (activité, sortie, sport, appel à la plateforme Tabac info service). Il s'agit donc d'un élément important à prendre en compte dans l'accompagnement proposé aux salariés.

Les résultats obtenus montrent que 80 % des salariés ont effectué des changements de leur consommation tabagique. Si on compare les taux d'arrêts définitifs de la pré-

sente étude (34 %) avec ceux de la HAS (3 à 5 %) [4], le fait de proposer un accompagnement par un personnel de santé présent dans l'entreprise couplé à la prescription de substitut nicotinique permet d'augmenter significativement les chances de réussite par rapport à une démarche isolée et sans prescription. Dans sa thèse, Poirel retrouve un taux voisin (2 personnes sur un groupe de 5 personnes) lors d'un accompagnement par le médecin généraliste [10]. Cette étude n'est cependant pas très significative par le nombre restreint de patients suivis et le contexte de la mise en place du suivi (suivi mis en place en lien avec une hospitalisation ou un problème de santé). Cependant la bibliographie menée dans le cadre de ce travail n'a pas permis d'autres comparaisons dans un cadre de suivi hors des locaux hospitaliers.

L'étude menée en 2014 par Le Faou et Magdelaine [11] au niveau de l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) met en évidence l'intérêt de l'entretien motivationnel dans l'accompagnement au sevrage tabagique ainsi que l'importance de l'infirmier dans le suivi. L'étude a été réalisée sur un groupe de 34 personnes par envoi de questionnaire anonymisé. Les fumeurs avaient bénéficié d'un accompagnement au sevrage tabagique avec une première consultation externe par l'infirmière référente. Celle-ci permet, d'une part, d'accueillir plus rapidement les patients en demande de sevrage et, d'autre part, d'intensifier le suivi, en alternance avec les médecins, afin d'obtenir un sevrage durable et prévenir la rechute. Les patients étaient adressés par un médecin des hôpitaux universitaires Paris-Ouest lors d'une consultation, d'une hospitalisation, ou encore par un médecin de ville, un méde-

cin du travail ou un pharmacien. Enfin, il pouvait s'agir d'une démarche personnelle ou d'une demande de l'entourage.

L'INTÉRÊT DE L'INFIRMIER EN SANTÉ AU TRAVAIL

Plusieurs études montrent l'intérêt d'un accompagnement au long cours pour entretenir le sevrage tabagique, en particulier lors de prescription de substitut nicotinique [10] ou lors de la mise en place d'entretien motivationnel [12]. La présence permanente d'un IDEST sur le lieu de travail est un atout notamment par la simplicité d'accès (absence de la contrainte de prise de rendez-vous, confiance à l'égard de l'IDEST...). Ainsi, dans l'étude, 43 travailleurs sont venus consulter l'IDEST en dehors de tout rendez-vous programmé ; 12 salariés ont demandé au moins quatre entretiens supplémentaires au suivi mensuel dont 3 sont venus à un rythme mensuel en plus du suivi prévu.

De plus, la possibilité donnée à l'IDEST de prescrire des substituts nicotiques facilite l'adhésion au processus de sevrage.

La relation de proximité entre les salariés et l'IDEST en entreprise permet la mise en place d'une relation de confiance rapide et donc une facilité d'échange lors des entretiens motivationnels, ce contexte étant favorable à un changement d'habitude du salarié sur sa consommation de tabac. Cette relation de proximité permet également des contacts informels entre le salarié et l'IDEST, permettant un accès facile en cas d'apparition de difficultés.

Il est à noter également que, l'IDEST étant dans l'entreprise, il connaît mieux qu'un intervenant extérieur les conditions de travail.

Comme le montre la *figure 2* (p. 32), le niveau de dépendance

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

à la nicotine baisse, passant de 76 salariés ayant un niveau élevé ou très élevé à 44 salariés sur les douze mois de l'étude. La baisse est plus importante après six mois de suivi. Il est donc intéressant de pouvoir proposer un suivi sur une longue période afin d'augmenter les chances de réussite du sevrage.

FREINS À L'ARRÊT DU TABAC

Dans l'étude présente, il apparaît que la co-consommation tabac-cannabis est surreprésentée dans la population étudiée (15,7 %) par rapport à la population générale (11,3 %) [13]. Aucun salarié de cette catégorie n'a réduit ou arrêté de fumer malgré un score de motivation comparable (13,46 contre 13,96) avec l'ensemble des travailleurs suivis. Malgré le faible nombre de salariés concernés, le test du χ^2 fait apparaître que dans des conditions identiques d'accompagnement au sevrage tabagique, la consommation conjointe de cannabis entrave le sevrage tabagique. En effet, selon les dires des salariés, ces derniers ne souhaitent pas réduire leur consommation de cannabis malgré la proposition d'un accompagnement spécifique au sevrage de cette substance. L'absence d'addictologie facilement accessible a peut-être influencé le comportement des salariés, qui n'ont pu demander de consultation avec le spécialiste. Toutefois, cette tendance mériterait d'être confirmée par d'autres études.

Le travail posté est surreprésenté dans la population étudiée (85,29 % des participants à l'étude) par rapport à l'ensemble des salariés de l'entreprise (59,77 %). Parmi les 87 salariés en travail posté de l'étude, 30 (34,5 %) ont arrêté totalement de fumer. Ils sont 5 (33 %) à avoir arrêté de fumer parmi les 15 tra-

vailleurs en horaires de jour. Il n'y a pas de grande différence de proportionnalité entre les deux groupes. Cela semble indiquer que, dans cette étude, les horaires de travail n'influent pas sur le processus de sevrage tabagique. De plus, les verbatims recueillis ne font pas apparaître les horaires de travail comme un facteur influent.

CONCLUSION

Une étude de suivi de sevrage tabagique a été mise en place dans une entreprise du secteur de la sous-traitance automobile par l'IDEST. L'instauration d'un suivi régulier par ce dernier sur une période de 13 mois (avec la possibilité d'entretiens plus fréquents pour ceux qui le désiraient) de 102 travailleurs a permis à 35 d'entre eux d'arrêter totalement de fumer et à 24 autres de tenter, au moins 1 fois, d'arrêter. Parmi les 16 salariés qui avaient une co-consommation de tabac et de cannabis aucun n'a arrêté la consommation de tabac et aucun n'a sollicité une consultation avec le service du CSAPA de secteur.

Dans la population étudiée, le travail en horaires postés ne semble pas être un frein à l'arrêt de la consommation de tabac.

Une consultation d'addictologues dans les SPST pourrait être envisagée, ou à défaut des professionnels de la santé au travail formés en addictologie, pour améliorer la prise en charge des addictions avant qu'elles n'entraînent des conséquences importantes sur la santé des salariés.

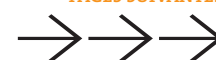
La reproduction de l'étude dans un autre contexte géographique et économique serait intéressante pour consolider les résultats obtenus.

POINTS À RETENIR

- La possibilité pour les infirmiers de santé au travail de prescrire des substituts nicotiques favorise leur implication dans le sevrage tabagique des salariés demandeurs.
- La recherche du phénomène de *craving* est à prendre en compte dans le suivi proposé.
- La co-consommation tabac-cannabis semble être un frein au sevrage tabagique.
- Dans cette étude, le travail en horaires postés ne semble pas être un frein au sevrage tabagique.
- La proximité du personnel du SPST en entreprise est un facteur favorisant la démarche d'accompagnement au sevrage tabagique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | ANDLER R, RICHARD JB, GUIGNARD R, QUATREMÈRE G ET AL. - Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019 ; 15 : 271-77.
- 2 | Personal Habits and Indoor Combustions. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human. Volume 100E. Lyon : International Agency for Research on Cancer (IARC) ; 2012 : 592 p.
- 3 | BOHADANA A, BOISSINOT E, BONAY M, BRAMBILLA C ET AL. - Référentiel de Sémiologie Respiratoire. Collège des Enseignants de Pneumologie, 2009 (http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2014/12/Referentiel_National_Semiologie_Respiratoire_30_MAI_101.pdf).
- 4 | Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de Santé (HAS), 2014 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours).
- 5 | HEATHERTON TF, KOZLOWSKI LT, FRECKER RC, FAGERSTRÖM KO - The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991 ; 86 (9) : 1119-27.
- 6 | AUBIN HJ, LAGRUE G, LÉGERON P, AZOULAI G ET AL. - Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). Construction et validation. *Alcoolologie Addictologie.* 2004 ; 24 (4) : 311-16.
- 7 | LEGLEYE S, KARILA L, BECK F, REYNAUD M - Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use.* 2007 ; 12 (4) : 233-42.
- 8 | MILLER WR, ROLLNICK S - L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris : InterÉditions ; 2006.
- 9 | Mémo substituts nicotiniques. Accompagner son patient dans un arrêt de tabac avec les TSN. Rennes : ARS Bretagne ; 2019 : 8 p.
- 10 | POIREL C - Perception par les patients du sevrage tabagique avec recours à une infirmière addictologique de proximité en comparaison avec une prise en charge hospitalière initiale : étude qualitative par entretiens semidirigés. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Nancy : Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy ; 2016 : 111 p.
- 11 | MAGDELAIN C, LE FAOU AL - Le rôle de l'infirmière dans l'aide au sevrage tabagique. *Soins.* 2018 ; 63 (823) : 16-21.
- 12 | ADAMSON SJ, SELLMAN JD - Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008 ; 69 (4) : 589-93.
- 13 | Les niveaux d'usage de cannabis en France en 2020. Note 2021-6. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), 2021 (<https://www.ofdt.fr/publications/collections/resultats/note-cannabis-barometre-sante/>).



ANNEXE 1 LE QUESTIONNAIRE

Test de Fagerström [5]

1. **Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?**
 - Dans les 5 premières minutes.....3 pts
 - 6 à 30 minutes.....2 pts
 - 31 à 60 minutes.....1 pt
 - Plus de 60 minutes.....0 pt

2. **Trouvez-vous qu'il est difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinéma, bibliothèque) ?**
 - Oui 1 pt
 - Non 0 pt

3. **À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?**
 - À la première du matin..... 1 pt
 - À une autre 0 pt

4. **Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?**
 - Moins de 10 cigarettes..... 0 pt
 - 11 à 20 cigarettes..... 1 pt
 - 21 à 30 cigarettes..... 2 pts
 - Plus de 30 cigarettes..... 3 pts

5. **Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?**
 - Oui 1 pt
 - Non 0 pt

6. **Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de rester dans le lit toute la journée ?**
 - Oui 1 pt
 - Non 0 pt

Interprétation du niveau de dépendance :

- Entre 0 et 2 → pas de dépendance
- Entre 3 et 4 → dépendance faible
- Entre 5 et 6 → dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 → dépendance forte ou très forte

ANNEXE 2 LE QUESTIONNAIRE

Test de Lagrue et Légeron [6]

1. **Pensez-vous que dans 6 mois ?**
 - Vous fumerez toujours autant ? 0 pt
 - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2 pts
 - Vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes ? 4 pts
 - Vous aurez arrêté de fumer ? 8 pts

2. **Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?**
 - Pas du tout 0 pt
 - Un peu 1 pt
 - Beaucoup 2 pts
 - Énormément 3 pts

3. **Pensez-vous que dans 4 semaines ?**
 - Vous fumerez toujours autant ? 0 pt
 - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2 pts
 - Vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes ? 4 pts
 - Vous aurez arrêté de fumer ? 8 pts

4. **Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?**
 - Jamais 0 pt
 - Quelquefois 1 pt
 - Souvent 2 pts
 - Toujours 3 pts

Interprétation du niveau de motivation :

- **INSUFFISANTE** → Score entre 0 et 6 inclus
- **MOYENNE** → Score entre 7 et 13 inclus
- **SUFFISANTE** → Score supérieur à 13

ANNEXE 3 LE QUESTIONNAIRE

Test CAST [7]

1. **Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

2. **Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

3. **Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

4. **Des amis ou de la famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

5. **Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?**
 - Jamais 0 ps
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

6. **Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident...) ? Lesquels ?**
 - Jamais 0 pts
 - Rarement 1 pts
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

Interprétation du niveau de risque de dépendance :

- **ABSENCE** → Score entre 0 et 2 inclus
- **FAIBLE** → Score 3 et 6 inclus
- **ÉLEVÉ** → Score supérieur ou égale à 7

ANNEXE 4 TRAME ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Afin de permettre une reproduction expérimentale, il a été utilisé une trame pour réaliser les entretiens motivationnels. L'entretien est semi-directif et se compose uniquement de questions ouvertes pour réorienter le discours du salarié et le recentrer sur le cheminement de la trame.

La trame est organisée comme suit :

RETOUR SUR EXPÉRIENCE

Au cours du temps, le salarié peut exprimer librement son ressenti sur son vécu par rapport à sa consommation. Les réussites sont mises en valeur. Les revers ne sont pas pointés comme des échecs mais comme des passages amenant le salarié à mieux se connaître vis-à-vis de sa consommation.

RESTITUTION DES RÉSULTATS DES TESTS DU JOUR

Les résultats sont restitués en expliquant le barème d'évaluation propre au test. Cela permet de confronter le salarié à une réalité objectivable sur sa relation au tabac et au cannabis.

ATTENTE DU SALARIÉ

À la suite de la restitution, il est demandé au salarié d'exprimer ses attentes, que ce soit à court, moyen ou long terme. Cette étape est essentielle afin de mettre en avant la nécessité d'arrêter de fumer.

ASPECT BLOQUANT

Si le salarié continue de fumer à ce jour, il est important de l'amener à réfléchir sur les éléments, qui selon lui, sont bloquants dans l'arrêt de sa consommation.

OBJECTIF POUR LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS

L'objectif est énoncé par le salarié. Il doit être établi de manière SMART :

- Spécifique
- Mesurable
- Atteignable
- Réaliste
- Temporel



Les expositions aux produits chimiques cancérrogènes en 2017

Résultats de l'enquête SUMER*

AUTEURS :

E. Rosankis, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES),
et **M. Léonard**, Inspection médicale, Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) Grand Est.

EN RÉSUMÉ

En 2017, d'après l'enquête SUMER, 11 % de l'ensemble des salariés, soit près de 2,8 millions de personnes, ont été exposés à au moins un produit chimique cancérrogène au cours de la dernière semaine travaillée. À champ constant (secteur privé et hôpitaux publics), la proportion de salariés exposés à au moins un produit cancérrogène, après avoir baissé de 4 points entre 2003 et 2010, est restée stable entre 2010 et 2017. Les ouvriers travaillant dans des activités de maintenance ou dans le secteur de la construction sont les plus concernés, y compris par la multi-exposition. Les expositions sont plus fréquentes chez les hommes, les jeunes et les salariés des très petites entreprises. Les cancérrogènes les plus souvent cités sont les gaz d'échappement diesel, les fumées de soudage, les huiles minérales entières, les poussières de bois et la silice cristalline.

MOTS CLÉS

Enquête SUMER / Cancérrogène / CMR / Produit chimique / Risque chimique / Produit cancérrogène mutagène et reprotoxique

↓ Encadré 1

Le questionnaire SUMER 2017 permet de recenser les expositions des salariés à 94 produits chimiques, qu'il s'agisse de substances, comme le trichloroéthylène, ou de familles de produits comme les tensioactifs. Pour chaque salarié enquêté, le médecin du travail père, au cours de la der-

nière semaine travaillée, les expositions directes à certains produits comme l'amiante ainsi que les expositions aux produits générés par le processus de travail, comme les fumées dégagées par la métallurgie, mais aussi les expositions indirectes liées aux pollutions dans l'environnement proche du poste de travail. En 2017, 32 % de l'ensemble des salariés suivi par les médecins du travail et de prévention en France (encadré 1), soit 8 millions de

> L'ENQUÊTE SUMER

L'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (SUMER), élaborée par le ministère chargé du Travail (Direction de l'animation de la recherche et des statistiques -DARES- Direction générale du travail -DGT) en partenariat avec la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP, ministère de la Fonction publique), contribue à l'amélioration de la santé des salariés et de la prévention par la connaissance des expositions professionnelles. Les données, recueillies tous les 7 ans depuis 1994, fournissent à l'État et aux partenaires sociaux des informations détaillées qui permettent de cadrer les priorités des politiques de prévention, aux entreprises des repères pour leur évaluation des risques, aux services de prévention et de santé au travail (SPST) des outils pour élaborer leurs projets de service, et

aux chercheurs des données pour mener des études. Ce dispositif repose sur l'expertise des médecins du travail volontaires, qui remplissent, avec le salarié, un questionnaire sur les expositions professionnelles pendant l'examen médical. Un autoquestionnaire que le salarié remplit seul permet également d'appréhender, depuis 2003, la façon dont il vit sa situation de travail.

D'avril 2016 à septembre 2017, 1 240 médecins ont participé à la collecte avec leur équipe pluridisciplinaire, auprès de 26 500 salariés tirés au sort et répondants, représentant près de 25 millions de salariés. Le champ de l'enquête SUMER 2016-2017 est étendu à tous les secteurs (privé, Mutualité sociale agricole - MSA - et fonction publique) et toutes les régions avec la participation des départements d'outre-mer : Réunion, Guyane, Martinique et Guadeloupe.

* Ce texte fait l'objet de deux articles dans DARES Focus : « Les expositions aux produits chimiques cancérrogènes en 2017 » et « Zoom sur 4 produits chimiques cancérrogènes en 2017 ».

Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2017

Résultats de l'enquête SUMER

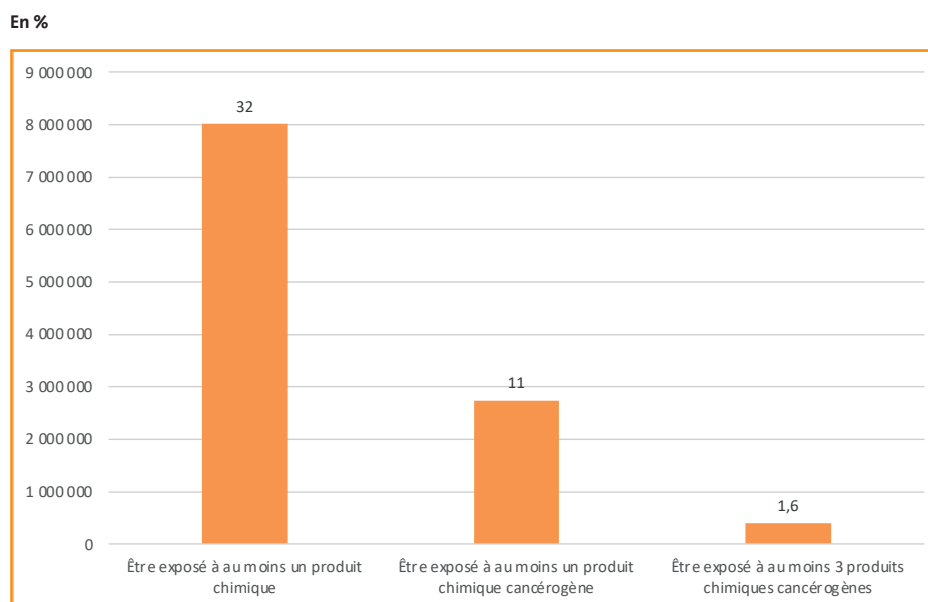
salariés, ont été exposés à au moins un produit chimique dans le cadre de leur travail lors de la dernière semaine travaillée (figure 1).

Parmi ces 94 produits chimiques, 28 sont classés cancérogènes avérés ou probables par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) en « groupe 1 » ou « groupe 2A » et/ou par l'Union européenne en « catégorie 1A » ou « catégorie 1B ».

En 2017, 2 730 000 salariés, soit 11 % de l'ensemble, ont été exposés à au moins un produit chimique cancérogène au cours de la semaine précédant l'enquête (tableau I page suivante), ce qui correspond à 4 500 000 situations d'expositions du fait de la multi-exposition d'une partie de ces salariés (encadré 2). Les 5 produits chimiques cancé-

↓ Figure 1

Effectifs et pourcentages de salariés exposés au risque chimique au cours de la dernière semaine travaillée



Lecture : 32 % des salariés sont exposés à au moins un produit chimique au cours de la dernière semaine travaillée, ce qui représente 8 millions de salariés.

Champ : ensemble des salariés ; France métropolitaine et DOM.

Source : DGT-DARES, enquête SUMER 2017.

↓ Encadré 2

> LES PRODUITS CHIMIQUES CANCÉROGÈNES

Dans le cadre de l'enquête SUMER, le médecin du travail relève les produits chimiques auxquels a été exposé le salarié sur la dernière semaine travaillée. Cette méthode permet de se référer à une situation concrète récente mais conduit à sous-évaluer le nombre de salariés dont les expositions sont liées à des activités ponctuelles ou irrégulières, qui ont moins de chances d'avoir eu lieu au cours de cette période que les activités régulières. Sont ici considérées cancérogènes les substances classées par le CIRC [1] en « groupe 1 » (l'agent ou le mélange est cancérogène pour l'homme) ou « groupe 2 : 2A » (probablement cancérogène pour l'homme) ainsi que celles classées par l'Union européenne (UE) en « catégorie 1 A » (substances dont le potentiel cancérogène

pour l'être humain est avéré) ou « catégorie 1 B » (substances dont le potentiel cancérogène pour l'être humain est supposé). Chaque classification ne liste pas de manière identique les produits chimiques cancérogènes : ainsi les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales entières, le plomb et ses dérivés ne figurent pas dans la liste de l'UE. Leur croisement permet donc d'être au plus près de l'ensemble des produits chimiques reconnus comme cancérogènes au plan scientifique. Comme les intitulés du questionnaire de l'enquête SUMER sur les produits chimiques ne correspondent pas systématiquement aux intitulés de la liste du CIRC ou de l'UE, des choix ont été opérés. Une famille de produits chimiques est conservée quand plusieurs produits de cette

famille sont cancérogènes, les expositions sont alors en partie majorées. C'est le cas par exemple pour les huiles minérales entières ou pour les amines aromatiques. En revanche, d'autres familles n'ont pas été retenues comme cancérogènes car l'utilisation de produits cancérogènes n'y est pas majoritaire. Les expositions sont alors en partie minorées. Les choix retenus ont été motivés par la volonté d'établir une vision large des situations d'exposition aux produits chimiques cancérogènes ; par construction, ils ont leurs limites et peuvent être questionnés. Cependant les contours de cette analyse sont très proches de la réalité des expositions aux produits chimiques cancérogènes dans les entreprises.

> TABLEAU A : FRÉQUENCE D'EXPOSITION SELON LA LISTE CHOISIE

	Nombre de salariés exposés à au moins un produit chimique cancérogène	Proportion de salariés exposés à au moins un produit chimique cancérogène (en %)	Nombre de situations d'expositions à un produit chimique cancérogène
CIRC, 1 et 2A	2 688 000	10,9	4 455 000
Règlement européen CLP, 1A et 1B	757 000	3,1	1 970 000
Combinaison des deux	2 733 000	11	4 500 000

Champ : ensemble des salariés ; France métropolitaine et DOM.

Source : DGT-DARES, enquête SUMER 2017.

↓ **Tableau I**

➤ **PROFIL DES SALARIÉS EXPOSÉS AUX AGENTS CHIMIQUES CANCÉROGÈNES EN 2017, LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE**

	Effectifs	En %
Ensemble	2 733 300	11,0
Dont : salariés exposés à 3 produits chimiques et plus	1 977 600	72,4
Catégories socio-professionnelles		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	118 200	2,8
Professions intermédiaires	366 000	7,3
Employés administratifs (public/privé)	33 100	1
Employés de commerce et de service	295 300	5,3
Ouvriers qualifiés	1 552 800	34,8
Ouvriers non qualifiés/agricoles	367 900	16,7
Sexe		
Hommes	2 362 600	18,9
Femmes	370 700	3
Âge		
Moins de 25 ans	214 700	12,2
25 à 29 ans	343 300	13,2
30 à 39 ans	726 700	12,2
40 à 49 ans	695 600	10,4
50 à 59 ans	631 000	10,1
60 ans ou plus	122 000	8,1
Statut		
Apprenti	47 800	13,4
Stagiaire	3 400	13,8
Intérimaire	133 000	19,8
CDD	132 100	7,8
CDI	1 866 400	10,6
Agent à statut	78 600	17,1
Fonctionnaire	472 000	11,8
Taille d'établissement		
1 à 9 salariés	833 400	13,4
10 à 49 salariés	765 200	12,7
50 à 199 salariés	496 000	8,1
200 à 499 salariés	171 200	8,6
500 salariés ou plus	465 100	10,5
Secteurs d'activité		
Agriculture	37 600	11,9
Industrie	582 600	18,3
Construction	493 300	35,7
Tertiaire	1 619 800	8,1
Les familles professionnelles ayant la plus grande proportion de salariés exposés		
Ouvriers qualifiés de la réparation automobile	220 300	90,2
Ouvriers qualifiés travaillant par formage de métal	88 500	81,1
Ouvriers qualifiés de la maintenance	90 000	60,3
Ouvriers qualifiés du gros œuvre du bâtiment	160 900	60,1
Ouvriers non qualifiés de la mécanique	42 500	58,2
Ouvriers qualifiés de la mécanique	54 200	53,9
Ouvriers qualifiés des travaux publics, du béton et de l'extraction	63 800	53
Ouvriers qualifiés du second œuvre du bâtiment	219 500	48,6
Ouvriers qualifiés travaillant par enlèvement de métal	38 000	46,7

Champ : ensemble des salariés ; France métropolitaine et DOM.
Source : DGT-DARES, enquête SUMER 2017.

rogènes les plus souvent présents sont, par ordre décroissant, les gaz d'échappement diesel, les fumées de soudage, les huiles minérales entières, les poussières de bois et la silice cristalline (**tableau II page suivante**).

DES EXPOSITIONS PLUS FRÉQUENTES POUR LES OUVRIERS, NOTAMMENT DANS LA CONSTRUCTION ET LA MAINTENANCE

Les ouvriers sont les plus exposés puisqu'ils représentent plus des deux tiers des salariés exposés à au moins un cancérogène chimique, alors qu'ils ne constituent que 29 % de l'ensemble des salariés. Cette exposition concerne les ouvriers qualifiés (35 % d'entre eux) davantage que les ouvriers non qualifiés (17 %) [2]. Parmi les quatre grands secteurs d'activité, celui de la construction est le plus concerné, avec 36 % de ses salariés exposés, suivi de l'industrie (18 %), de l'agriculture (12 %), puis du tertiaire (8 %). Parmi les familles professionnelles, ce sont les ouvriers qualifiés de la réparation automobile, du formage de métal, de la maintenance et du gros œuvre du bâtiment qui ont la plus grande proportion de salariés exposés [3].

LES HOMMES PLUS FORTEMENT EXPOSÉS AINSI QUE LES JEUNES

Les hommes sont beaucoup plus fréquemment exposés aux cancérrogènes chimiques que les femmes puisqu'ils représentent neuf salariés exposés sur dix ; 19 % des hommes sont concernés, contre 3 % des femmes salariées.

Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2017
Résultats de l'enquête SUMER

↓ Tableau II

➤ LES EXPOSITIONS AUX PRODUITS CHIMIQUES CANCÉROGÈNES EN 2017

Nom du produit	Classification CLP UE	Classification CIRC	Effectifs	%
Gaz d'échappement Diesel	/	1	995 100	4
Fumées de soudage	/	1	528 700	2,1
Huiles minérales entières	1B	1	497 100	2
Poussières de bois (bois bruts, stratifiés, contreplaqués, médium...)	1A	1	444 200	1,8
Silice cristalline	/	1	358 400	1,5
Plomb et dérivés	/	2A	202 300	0,8
Formaldéhyde (sauf résines, colles)	1B	1	185 900	0,8
Fibres céramiques réfractaires	1B	2B	123 800	0,5
Amiante (toutes variétés confondues)	1A	1	121 800	0,5
Hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés	1B	2B	112 900	0,5
Chrome et dérivés, sauf inox	1A	1	112 100	0,5
Nickel et dérivés	1A	1	103 100	0,4
Amines aromatiques	1A- 1B	1 à 3	105 300	0,4
Cytostatiques	/	1 à 3	91 900	0,4
Dichlorométhane	2	2A	78 300	0,3
acrylamide	1B	2A	69 400	0,3
Goudrons de houille et dérivés, huiles et brais (y compris les fumées)	1A	1	59 800	0,2
Benzène (sauf carburants)	1A	1	52 100	0,2
Cobalt et dérivés	1B	2B	36 300	0,2
Fumées dégagées par les procédés de la métallurgie et de l'électrometallurgie (hauts-fourneaux, fonderie, électrolyse, traitement des surfaces...)	/	1	34 700	0,1
Résines formophénoliques, urée-formol, mélamine-formol	/	C1	34 500	0,1
Diméthylformamide (DMF)	/	2A	35 900	0,1
Trichloroéthylène	1B	1	28 600	0,1
Fumées de vulcanisation	/	1	25 700	0,1
Cadmium et dérivés	1B	1	22 500	0,1
Carbures métalliques frittés	/	2A	19 800	0,1
Perchloroéthylène (syn : tétrachloroéthylène)	2	2A	15 900	0,1
Arsenic et dérivés	1A	1	3 500	0

Champ : ensemble des salariés ; France métropolitaine et DOM.
Source : DGT-DARES, enquête SUMER 2017.

Les jeunes sont plus concernés : 12 % des moins de 25 ans sont exposés, contre 8 % pour les plus de 60 ans. Les intérimaires et les agents à statuts sont particulièrement touchés (respectivement 20 % et 17 %) viennent ensuite les

apprentis (13 %), contre 11 % pour les salariés en CDI. Cela s'explique notamment par le fait qu'apprentis et intérimaires sont essentiellement des jeunes ouvriers, travaillant dans les secteurs les plus exposants. En outre,

les activités confiées aux jeunes apprentis et aux intérimaires sont souvent à risque, comme le nettoyage des zones empoussiérées dans l'industrie du bois ou les vidanges dans la réparation automobile. Cette forte exposition des plus jeunes est un élément majeur à prendre en compte afin d'améliorer la prévention dès le début de la carrière du salarié et préserver sa santé tout au long de son activité professionnelle (encadré 3 page suivante).

LES TRÈS PETITS ÉTABLISSEMENTS PLUS CONCERNÉS

Les salariés des petits établissements (moins de 10 salariés) (TPE) sont plus fortement exposés à au moins un produit chimique cancérigène (13 % contre 9 % dans les établissements de 200 à 499 salariés). Facteur aggravant, les politiques formalisées de prévention sont moins développées dans les petites unités. C'est dans les établissements de moins de 10 salariés que l'absence de protection collective mise à disposition est la plus importante avec 56 % des situations d'expositions (figure 2 page suivante).

UNE MULTI-EXPOSITION FRÉQUENTE

Parmi l'ensemble des salariés exposés à au moins un produit chimique (tous produits confondus), 45 % des salariés sont multi-exposés à au moins 3 produits chimiques, ce qui peut accroître les risques pour la santé du fait d'effets « cocktail » pas toujours bien connus [4, 5]. Cela concerne 72 % des salariés exposés

➤ PRÉVENTION DES RISQUES D'EXPOSITION AUX AGENTS CHIMIQUES CANCÉROGÈNES

La démarche de prévention des risques liés aux agents chimiques cancérigènes est encadrée par le Code du travail. Elle s'appuie notamment sur les principes généraux de prévention (article L.4121-2) et les dispositions particulières concernant les agents chimiques dangereux cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction – CMR - (R.4412-59 et suivants).

Quand un risque d'exposition à un agent chimique cancérigène a été mis en évidence, l'employeur doit tout d'abord chercher à supprimer ce risque.

Si le risque ne peut être supprimé, la substitution d'un agent chimique cancérigène de catégorie 1A ou 1B au sens du règlement (CE) n°1272-2008, dit « CLP », est obligatoire sauf impossibilité technique. Lorsque la suppression ou la substitution ne sont pas réalisables, la production et l'utilisation de l'agent chimique cancérigène doivent s'effectuer en système clos.

À défaut, l'employeur doit mettre en œuvre des mesures de prévention technique et organisationnelle de façon à ce que le niveau d'exposition soit aussi bas que techniquement possible. Ainsi, l'employeur doit chercher à mettre en place en priorité les mesures de prévention les plus efficaces.

Du point de vue de la prévention technique, l'employeur doit donc privilégier les mesures de prévention collective. Il doit tout d'abord adapter les procédés de travail de façon à éviter ou minimiser le dégagement d'agents chimiques cancérigènes. Lorsque, malgré l'adaptation des

procédés, un tel dégagement a lieu, tout agent chimique cancérigène émis dans l'atmosphère, quelle que soit sa forme, doit être capté au plus près de sa source d'émission et au fur et à mesure de sa production. Plus la source d'émission sera encoffrée, meilleur sera le captage (exemple : sorbonne plutôt que bras aspirant articulé). En complément, s'il n'est techniquement pas possible de capter à leur source la totalité des polluants, les polluants résiduels sont évacués par la ventilation générale.

Les équipements de protection individuelle (EPI) ne peuvent à eux seuls être suffisants. Ils viennent donc compléter les autres dispositifs. En effet, leur efficacité dépend de nombreux facteurs, dont leur adaptation aux risques, leur parfait ajustement à la morphologie du travailleur, le respect des règles d'usage...

Par exemple, le port non systématique des EPI (parce que perçu comme contraignant) ou le port prolongé de l'EPI, dépassant sa durée d'efficacité, diminuent la protection escomptée.

Du point de vue de la prévention organisationnelle, l'employeur doit, entre autres, limiter les quantités d'agent chimique cancérigène sur le lieu de travail, limiter le nombre de salariés exposés et les durées d'exposition (exemple : automatisation), faire appliquer les mesures d'hygiène, prévoir les situations d'urgence, informer les travailleurs sur les risques et les former à l'application des mesures de prévention.

à au moins un produit chimique cancérigène. L'exposition à au moins 3 produits chimiques cancérigènes lors de la dernière semaine travaillée concerne 400 000 salariés (1,6 % de l'ensemble). La multi-exposition concerne les mêmes profils de salariés que la mono-exposition.

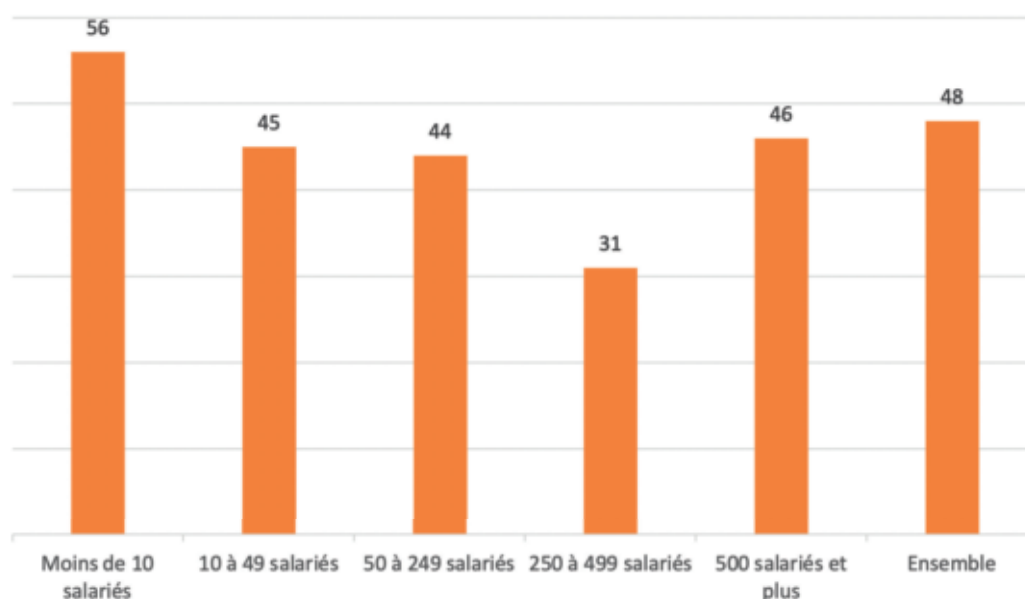
UNE EXPOSITION AUX AGENTS CANCÉROGÈNES STABLE DEPUIS 2010

À champ constant (secteur privé et hôpitaux publics) et à partir d'une liste similaire de produits cancérigènes, la proportion de salariés exposés à au moins un produit cancérigène, après avoir baissé de 4 points entre 2003 et 2010, est

Figure 2

L'absence de protection collective par situation d'exposition selon la taille de l'établissement

En %



Lecture : dans les établissements de moins de 10 salariés, dans 56 % des situations d'exposition il n'y a pas de protection collective déclarée.

Champ : ensemble des salariés ; France métropolitaine et DOM.

Source : DGT-DARES, enquête SUMER 2017.

Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2017

Résultats de l'enquête SUMER

restée stable entre 2010 et 2017 (10 % des salariés) (figure 3) [6, 7]. Cependant, l'évolution de ces expositions apparaît très variable selon les produits.

1. Afin de comparer les résultats de 2017 avec ceux des enquêtes SUMER 2003 et 2010, on se restreint aux salariés du secteur privé, de la Mutualité sociale agricole et des hôpitaux publics en France métropolitaine.

À titre d'exemple, le nombre de salariés du secteur privé en France métropolitaine¹ exposés au perchloroéthylène et au trichloroéthylène diminue fortement, en lien avec les évolutions réglementaires et technologiques, dont la suppression du perchloroéthylène dans les pressings (tableau III).

Parmi les 28 produits chimiques cancérogènes, la fréquence et le niveau d'exposition varient de façon importante. Quatre d'entre eux se distinguent par leur fréquence ou leur dangerosité, tout en étant représentatifs de la variété des types d'exposition.

Tableau III

ÉVOLUTIONS DU NOMBRE DE SALARIÉS EXPOSÉS ENTRE 2003 ET 2017 AU PERCHLORÉTHYLÈNE ET AU TRICHLORÉTHYLÈNE

	2003	2010	2017
Perchloréthylène	47 400	28 300	12 900
Trichloréthylène	153 600	59 100	23 400

Champ : ensemble des salariés du secteur privé, des hôpitaux publics et de la Mutualité sociale agricole ; France métropolitaine.

Source : enquêtes SUMER 2003, 2010 et 2017.

LES GAZ D'ÉCHAPPEMENT DIESEL : LE PRODUIT CANCÉROGÈNE LE PLUS FRÉQUENT AU TRAVAIL

Les gaz d'échappement diesel ont été classés par le CIRC comme

« cancérogènes pour l'homme » en 2012, notamment du fait de leur teneur élevée en hydrocarbures aromatiques polycycliques [1]. Les expositions aux gaz d'échappement diesel restent celles qui touchent le plus grand nombre de salariés : 995 100 en 2017, soit 4 % de l'ensemble.

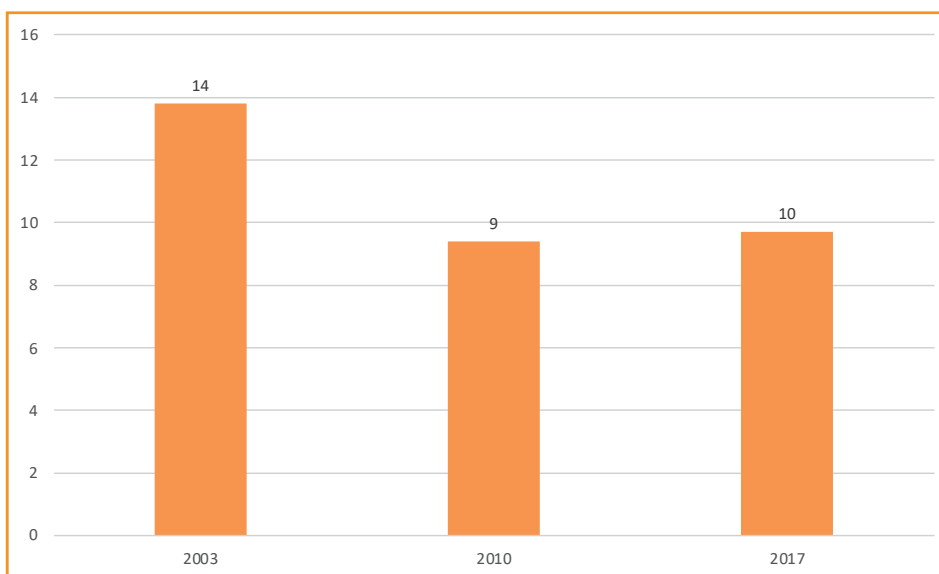
Les hommes (7,5 %), les ouvriers qualifiés (14 %) et surtout les ouvriers travaillant dans la réparation automobile, sont particulièrement concernés (tableau IV).

Vingt pour cent des salariés exposés le sont sur des durées longues (20 heures ou plus par semaine) et 9 % à une intensité forte ou très forte. Pour plus d'un tiers des salariés exposés, aucune mesure de protection collective n'est signalée et les équipements de protection collective, en dehors de la ventilation générale, ne sont présents que pour 16 % d'entre eux. Par exemple, nombre de garages automobiles ne sont pas encore équipés de système d'aspiration à la source des gaz d'échappement. Ainsi, entre 2003 et 2017, à champ constant (secteur privé et hôpitaux publics), il n'y a pas eu d'augmentation de l'aspiration à la source, laquelle ne concerne que 9 % des salariés (tableau V), tandis que, sur la même période, la ventilation générale a progressé de 8 points, passant

Figure 3

Être exposé à au moins un produit chimique cancérogène au cours de la dernière semaine travaillée de 2003 à 2017.

En %



Lecture : en 2003, 14 % des salariés sont exposés à au moins un produit chimique cancérogène au cours de la dernière semaine travaillée.

Champ : ensemble des salariés du secteur privé et des hôpitaux publics ; France métropolitaine et DOM.

Source : DGT-Dares, enquête SUMER 2017.

↓ Tableau IV

➤ ZOOM SUR 4 PRODUITS CHIMIQUES CANCÉROGÈNES EN 2017

En %	Gaz d'échappement diesel				Silice cristalline				Amiante				Formaldéhyde			
Salariés exposés	4				1,5				0,5				0,8			
Sexe																
Hommes	7,5				2,7				0,9				0,7			
Femmes	0,5				0,2				0,1				0,8			
Catégorie socioprofessionnelle																
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,4				0,2				0,1				0,6			
Professions intermédiaires	1,8				1				0,5				0,7			
Employés administratifs (public/privé)	0,6				0				0,2				0,1			
Employés de commerce et de service	1,6				0,1				0				1,3			
Ouvriers qualifiés	14,4				5,5				1,7				1,0			
Ouvriers non qualifiés/agricoles	6,2				2,4				0,4				0,3			
Secteurs d'activité																
Agriculture	9,9				1				0,1				0			
Industrie	2,4				2,8				0,7				1,1			
Construction	6,1				12,3				3,1				0,3			
Tertiaire	4,0				0,5				0,3				0,7			
Durée d'exposition																
Sans indication de durée	8,1				5,2				12,9				12,3			
Moins de 2 heures	32,8				38,6				64,7				46,3			
De 2 à 10 heures	26,5				28,6				9,2				28,2			
De 10 à 20 heures	12,8				8,6				3,3				8,3			
20 heures ou plus	19,9				19,2				10,0				5,0			
Intensité de l'exposition																
Non déclarée	24,9				15,2				33,5				45,2			
Très faible	31,4				21,1				45,9				29,1			
Faible	35,3				47,7				11,6				19,9			
Forte	8,2				13,4				7,9				5,9			
Très forte	0,3				2,5				1,0				0,0			

Lecture : en 2017, 4% de l'ensemble des salariés et 7,5% des hommes salariés sont exposés aux gaz d'échappement diesel.

Champ : ensemble des salariés ; France métropolitaine et DOM.

Source : DGT-DARES, enquête SUMER 2017.

↓ Tableau V

➤ ÉVOLUTION DES PROTECTIONS COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES DES 4 PRODUITS CHIMIQUES

En %	Gaz d'échappement diesel			Silice cristalline			Amiante			Formaldéhyde		
	2003	2010	2017	2003	2010	2017	2003	2010	2017	2003	2010	2017
Protections collectives												
Aucune	46,1	40,0	43,5	39,1	47,0	46,0	43,2	38,9	26,7	32,0	17,2	38,2
Ventilation générale	14,4	19,7	22,3	12,1	12,1	18,6	9,9	7,6	13,6	25,5	28,8	29,6
Aspiration à la source	8,3	8,7	9,0	14,0	9,6	9,9	1,9	7,8	4,6	12,9	14,2	14,5
Vase clos	0,3	0,3	0,3	1,3	2,0	1,7	3,5	2,1	3,2	3,1	2,8	0,4
Autre	3,0	6,2	6,6	4,8	8,7	6,3	9,1	14,7	17,7	2,2	10,2	2,6
Protections individuelles												
Cutanée	9,5	15,4	17,1	29,1	34,4	47,3	35,9	40,4	61,7	66,5	60,2	73,4
Respiratoire	4,4	11,5	12,4	38,5	63,3	51,1	47,9	65,9	68,1	29,0	25,0	29,3
Oculaire	4,3	11,2	10,0	26,4	30,1	38,1	20,6	23,5	51,2	28,5	31,7	20,5

Champ : ensemble des salariés du secteur privé et des hôpitaux publics ; France métropolitaine et DOM.

Source : DGT-DARES, enquêtes SUMER 2003, 2010 et 2017.

Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2017

Résultats de l'enquête SUMER

de 14 à 22 %. Les protections individuelles respiratoires ont également augmenté de 8 points mais ne concernent en 2017 que 12 % des salariés.

L'EXPOSITION À LA SILICE CRISTALLINE : TOUJOURS D'ACTUALITÉ

Le CIRC a reconnu la silice cristalline comme cancérogène dès 1996 et l'UE en 2017. L'inhalation de poussières de silice cristalline peut entraîner, après un long délai de latence, l'apparition d'une pneumoconiose, la silicose évoluant vers une insuffisance respiratoire chronique avec d'autres complications possibles [8].

Historiquement, ce sont surtout les salariés des mines et carrières, et ceux affectés au creusement de tunnels, qui ont souffert de cette pathologie. De nouvelles situations d'expositions ont été signalées, avec des concentrations élevées de silice, par exemple lors de la découpe et du ponçage de pierres reconstituées utilisées pour les plans de travail de cuisine ou de salles de bains [8, 9].

En 2017, 360 000 salariés sont exposés à la silice soit 1,5 % de l'ensemble. Ce sont surtout des hommes, ouvriers qualifiés et non qualifiés, travaillant dans la construction (tableau IV).

Pour près de 70 % des salariés concernés, les durées d'exposition sont de moins de 10 h et les intensités sont faibles.

Aucune protection collective n'est présente pour près de la moitié des salariés exposés. Ces équipements existent dans 19 % des cas en dehors de la ventilation générale qui, à elle seule, n'est pas

suffisante pour préserver la santé des salariés. Depuis 2003, pour les salariés du privé et des hôpitaux publics, la ventilation générale a augmenté de 6 points passant de 12 à 19 %. La protection individuelle respiratoire est mise à disposition de 51 % des salariés et a progressé de 12 points entre 2003 et 2017 (tableau V).

L'EXPOSITION À L'AMIANTE TOUJOURS PRÉSENTE

En 2017, le nombre de salariés exposés à l'amiante est de 121 800 (0,5 % de l'ensemble, 2 % dans le secteur privé).

Les hommes, les ouvriers qualifiés et les salariés travaillant dans la construction sont les plus concernés. Certains sont des professionnels du retrait de l'amiante (déflocage, décalorifugeage...). D'autres, plus nombreux, ont une exposition ponctuelle lors de rénovations de bâtiments (électriciens, plombiers, couvreurs...).

Les salariés exposés à l'amiante le sont plutôt sur de courtes durées et à des intensités faibles (tableau IV). Entre 2003 et 2017, pour les salariés du privé et des hôpitaux publics, la protection a progressé puisque la part des salariés ne disposant d'aucune protection collective est passée de 43 % à 27 % soit une baisse de 16 points. Les protections individuelles respiratoires ont augmenté de 20 points (de 48 à 68 %), les protections cutanées de 26 points et les protections oculaires de 30 points. L'augmentation des protections a davantage concerné les protections individuelles que les collectives (tableau V).

LE FORMALDÉHYDE : DES EXPOSITIONS COURTES ET DE FAIBLE INTENSITÉ

Le formaldéhyde est utilisé dans de nombreux secteurs, notamment dans la fabrication de certaines résines (industrie du bois, du papier, de la construction...) et comme désinfectant en milieu de soins. Il peut provoquer l'apparition de cancers nasopharyngés, en cas d'exposition longue et intense.

En 2017, 186 000 salariés sont exposés au formaldéhyde (0,8 % de l'ensemble des salariés). Sept salariés exposés sur dix travaillent dans le secteur privé. Sont surtout concernées les employés de commerce et de service (1,3 % de salariés exposés). Pour ce produit les femmes sont autant exposées que les hommes (0,8 % contre 0,7 %). Les expositions ont plutôt des durées courtes et des intensités faibles (tableau IV). Les médecins du travail signalent la présence de protection collective pour 18 % de ces salariés (hors ventilation générale) ; les salariés disposent principalement de protections individuelles cutanées (73 %). À champ constant (salariés du privé et hôpitaux publics) entre 2003 et 2017, l'absence de protections collectives progresse de 32 % à 38 % pour les salariés exposés. Par ailleurs, les protections cutanées augmentent de 67 à 73 % (tableau V).

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | CIRC, coll. Monographies du CIRC sur l'évaluation des risques de cancérogénicité pour l'homme (<http://monographs.iarc.fr/FR/Classification/index.php>).
- 2 | MAUROUX A ET AL - Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. *Synthèse Stat'*. 2021 ; n° 37.
- 3 | HAVET N ET AL - Inégalités de l'exposition aux produits chimiques cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) en milieu professionnel : les enseignements de l'enquête SUMER, Rapport final de recherche pour la DARES, dans le cadre de l'appel à projet "Risques du Travail : autour de SUMER 2010", août 2014.
- 4 | FRÉRY N, MOISAN F, SCHWAAB Y, GARNIER R - Expositions des salariés à de multiples nuisances cancérogènes en 2010. *Bull Épidem Hebdo*. 2017 ; 13 : 242-49.
- 5 | LAFON D, PILLIÈRE F, CAMPO P, MEYER JP - Risques liés aux multiexpositions. Conférence INRS 2012 sur la recherche en santé au travail. Suivi pour vous TD 189. *Doc Méd Trav*. 2012 ; 131 : 109-16.
- 6 | LÉONARD M., CAVET M - Les expositions aux risques chimiques cancérogènes en 2010. *DARES Analyses*. 2013 ; n° 054.
- 7 | MEMMI S, ROSANKIS E, SANDRET N, DUPRAT P ET AL. - Comment ont évolué les expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017. *DARES Analyses*. 2019 ; 041 : 1-14.
- 8 | Dangers, expositions et risques relatifs à la silice cristalline. Avis de l'ANSES. Rapport d'expertise collective. Édition scientifique. Maisons Alfort ; 2019 : 524 p.
- 9 | HAZARD ALERT - Worker Exposure to Silica during Countertop Manufacturing, Finishing and Installation. OSHA and NIOSH, 2015 : 8 p. (www.cdc.gov/niosh/docs/2015-106/pdfs/2015-106.pdf?id=10.26616/NIOSH-PUB2015106)



Conférence internationale

6-9 JUIN 2023

**Espace Prouvé,
Nancy, France**



Les opérateurs de machines, tenues ou guidées à la main, peuvent être exposés à des vibrations ou des chocs mécaniques qui se propagent dans la main et le bras. Sur le long terme, l'utilisation régulière de ces machines vibrantes est susceptible de provoquer des maladies au niveau des artères, des nerfs, ou bien encore des articulations du membre supérieur.

La 15^{ème} conférence internationale sur les vibrations main-bras se tiendra à Nancy (France). Elle est organisée sous le patronage

du Comité Consultatif International sur les vibrations main-bras. Elle réunira des scientifiques de différentes spécialités qui feront état des dernières connaissances dans le domaine des vibrations main-bras afin de mieux comprendre et prévenir leurs effets sur la santé des travailleurs. Cette conférence s'adresse aux scientifiques et aussi aux médecins du travail, chargés de prévention, fabricants de machines, métrologues, groupes de normalisation ou agences gouvernementales..

INSCRIPTION : hand-arm-vibration2023.inrs.fr

CONTACT : ichav2023@inrs.fr

Contexte de contamination des soignants par la Covid-19. Enquête descriptive nationale, avril 2020 – décembre 2021

AUTEURS :

G. Pellissier¹, C. Olivier^{1,2}, J.-B. Brunet¹, E. Bouvet², D. Abiteboul^{1,3}, I. Lolom^{1,4}, E. Rouveix^{1,5},
pour le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES)

EN RÉSUMÉ

Deux mille neuf cent quarante-trois professionnels de santé contaminés par le SARS-CoV-2 ont répondu à une enquête par questionnaire en ligne sur les circonstances de leur contamination. Des différences importantes, notamment dans l'utilisation de masques de protection, ont été relevées au cours de l'enquête. Ces différences sont à mettre en relation avec la disponibilité variable de ces équipements et l'évolution des recommandations et protocoles utilisés.

MOTS CLÉS

Personnel soignant / Enquête / Crise sanitaire / Agent biologique / Risque biologique / Milieu de soins

Le 1^{er} cluster d'infections à SARS-CoV-2 a été identifié à Wuhan, Chine, en décembre 2019.

La maladie s'est propagée rapidement et a affecté tous les continents. Un premier confinement a été mis en place, en France, de mars à mai 2020 et, en quatre vagues successives, de mars 2020 à septembre 2021, l'épidémie de Covid-19 a conduit à 460 000 hospitalisations et 116 000 décès [1]; une 5^e vague a été enregistrée de novembre 2021 à mai 2022.

Les professionnels de santé sont rapidement apparus comme particulièrement exposés au risque de contracter la Covid-19, tant à l'hôpital qu'en ville ou dans les structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce risque, confirmé dans de nombreux pays, varie en fonction de la dynamique locale de l'épidémie et des mesures de prévention mises en œuvre [2 à 4]. Dans ce contexte, Santé publique France (SpF) a mis en place une surveillance nationale des cas de Covid-19 chez les personnels de santé en

établissements de santé. Entre le 1^{er} mars 2020 et le 10 mai 2022, les établissements participants ont rapporté 135 660 cas de professionnels de santé infectés par le SARS-CoV-2, avec cinq pics de contamination correspondants aux cinq vagues épidémiques successives [5].

En complément, le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES) lançait une étude nationale, soutenue par SpF, l'Institut national recherche et de sécurité (INRS) et la Haute Autorité de santé (HAS), afin de décrire les situations d'exposition des professionnels de santé infectés. L'objectif principal de cette enquête qualitative était de contribuer à identifier les situations et facteurs à risque de contamination dans le contexte de cette épidémie et ainsi aider à l'amélioration de la prévention de ce risque pour les soignants. Une analyse des données obtenues lors de la 1^{ère} vague épidémique a été publiée en 2021 [6]. Sont rapportés ici l'ensemble des résultats de l'étude.

1. Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES), UFR de Médecine Bichat, Paris
2. Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis
3. Département Études et assistance médicales, INRS
4. CHU Bichat Claude Bernard, GHU Nord Université de Paris, Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP)
5. CHU Ambroise Paré, GHU Paris Saclay, Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP)

Contexte de contamination des soignants par la Covid-19. Enquête descriptive nationale, avril 2020 – décembre 2021

MÉTHODES

L'enquête, descriptive, a été conduite du 17 avril 2020 au 31 décembre 2021, à l'aide d'un questionnaire mis en ligne sur le site internet d'un prestataire hébergeur de données de santé après une phase de test et la diffusion d'une annonce dans les réseaux professionnels du GERES, des ordres professionnels, des sociétés savantes et des institutions partenaires. L'enquête s'adressait à tous les personnels de santé infectés, quelle que soit leur fonction, au contact des patients : infirmier, aide-soignant, médecin, kinésithérapeute, technicien de laboratoire, pharmacien, manipulateur radio, brancardier, ambulancier, psychologue, diététicienne, dentiste... Chaque professionnel pouvait répondre au questionnaire quel que soit son lieu (établissement de santé, EHPAD, secteur médico-social, cabinet, officine, laboratoire d'analyses de biologie médicale...) et son mode d'exercice (public/privé, libéral/salarié...). Le questionnaire était renseigné par les professionnels atteints eux-mêmes avec, si besoin, l'aide des médecins qui les prenaient en charge (médecin du travail, infectiologue, équipe opérationnelle d'hygiène...).

Les répondeurs devaient avoir eu un diagnostic de Covid-19 posé à partir d'examens biologiques (résultat positif d'une PCR ou d'une sérologie) et/ou basé sur des critères clinico-radiologiques évocateurs. Les professionnels diagnostiqués avant le début de l'enquête pouvaient également renseigner le questionnaire. Une adresse électronique spécifique avait été créée pour répondre aux questions durant le temps de l'enquête.

Les données collectées, anonymisées, portaient notamment sur les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, profession), le type d'établissement et d'activité, les tâches réalisées, les moyens de protection à disposition, tout particulièrement les masques, ainsi que l'existence d'éventuels contacts professionnels ou extra-professionnels avec des cas de Covid-19 diagnostiqués ou suspectés dans les deux semaines précédant la date de début des symptômes. Un questionnaire d'enquête modifié a été utilisé à partir du 1^{er} mai 2021 afin de tenir compte de l'évolution de l'épidémie et de la prévention (apparition de variants, cas de réinfection, vaccination des personnels de santé).

La liste des activités considérées comme étant les plus à risque de transmission du SARS-CoV-2 a été définie à partir des recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) de mars et avril 2020, relatives aux situations, actes ou manœuvres nécessitant le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2 [7, 8]. Il s'agit des actes invasifs ou manœuvres au niveau de la sphère respiratoire ou ORL, susceptibles d'exposer à une aérosolisation de particules infectantes, nécessitant le port d'un appareil de protection respiratoire de type FFP2, notamment : prélèvement nasopharyngé, pose de sonde nasogastrique, examen de la cavité buccale et ORL, examen ophtalmologique, manœuvres sur les voies respiratoires (nébulisation, aspiration, intubation, extubation...).

Une analyse des données a été faite globalement et par période d'enquête : phase 1 (date de début des symptômes entre le 1^{er} janvier

et le 31 juillet 2020), phase 2 (date de début des symptômes entre le 1^{er} août 2020 et le 1^{er} mai 2021) et phase 3 (date de début des symptômes à partir du 1^{er} mai 2021 et jusqu'au 31 décembre 2021).

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES PROFESSIONNELS INFECTÉS

RÉSULTATS GLOBAUX

Au 31 décembre 2021, 2943 questionnaires ont été inclus. La plupart des questionnaires (90,2 %) avaient été complétés par le professionnel lui-même et 9,8 % avec l'aide d'un tiers, le plus souvent un médecin de santé au travail (35,0 % des cas).

Le sex-ratio des répondants était de 0,26. Leur répartition par tranche d'âge était relativement homogène : 8 % avaient plus de 60 ans, 23,5 % de 50 à 60 ans, 24,5 % de 40 à 50 ans, 26,1 % de 30 à 40 ans, 17,9 % moins de 30 ans.

Les infirmiers, les médecins et les aides-soignants représentaient 69,7 % des participants (figure 1). La majorité d'entre eux (1980, 67,3 %) exerçait exclusivement en établissement de santé, dont 81,3 % en établissement public ou en établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) (figure 2). Les régions les plus représentées étaient l'Île-de-France, le Grand Est, l'Auvergne-Rhône-Alpes et la Bourgogne-Franche-Comté, avec respectivement 26,0 % ; 13,3 % ; 13,0 % et 10,4 % des cas.

Les dates de début des symptômes se sont étalées de janvier 2020 à novembre 2021, avec un pic principal de survenue en mars 2020 avec 1578 cas (53,6 %) et un deuxième pic beaucoup plus modeste en octobre 2020 avec 172 cas (5,8 %) (figure 3 page 56).

Figure 1 : Catégories professionnelles des participants à l'enquête, infectés par la Covid-19 (N = 2943)

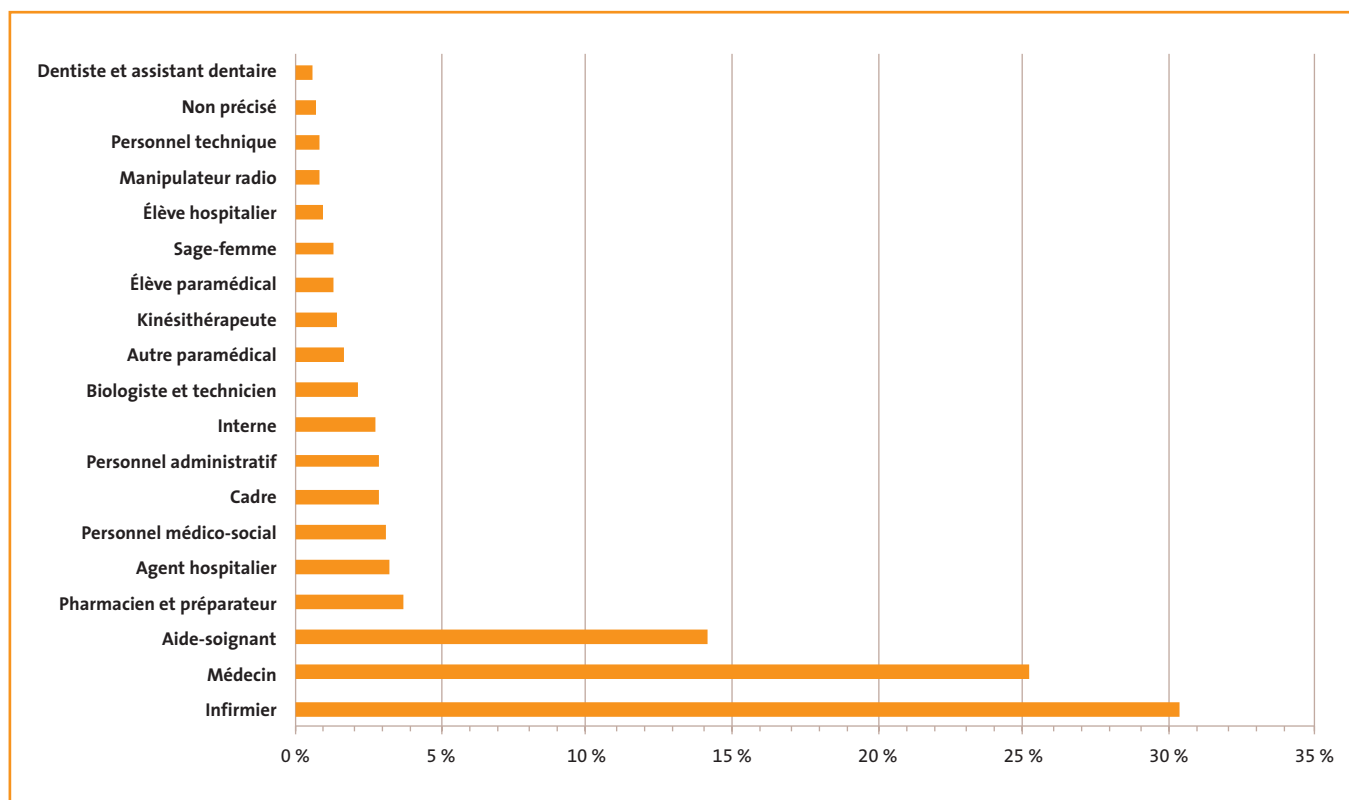
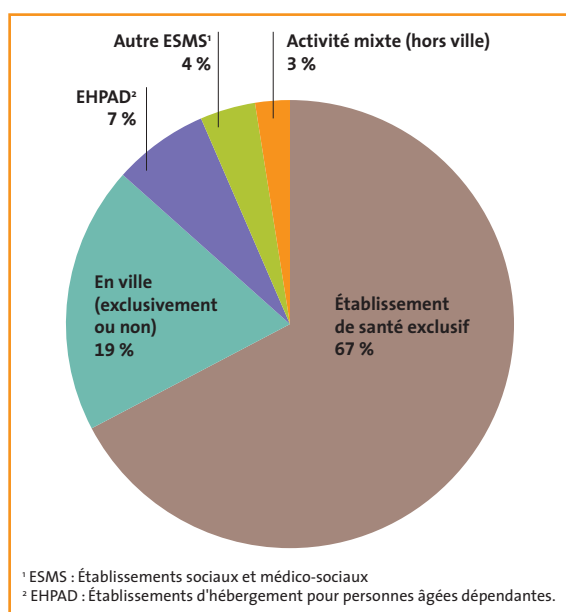


Figure 2 : Secteurs d'activité des professionnels participant à l'enquête, infectés par le SARS-CoV-2 (N = 2943)



SELON LES PHASES D'ENQUÊTES

Le nombre de questionnaires renseignés au cours de la 1^{ère} phase (date de début des symptômes entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2020) et de la 2^e phase (date de début des symptômes entre le 1^{er} août 2020 et le 1^{er} mai 2021) était respectivement de 2 509 et 423. Pour la phase 3 (date de début des symptômes à partir du 1^{er} mai 2021 et jusqu'au 31 décembre 2021), seuls 11 questionnaires ont pu être inclus, malgré 163 connexions et 60 questionnaires enregistrés.

Les caractéristiques des professionnels ayant participé aux différentes phases d'enquête (répartition par sexe, profession, modalités d'exercice) sont assez comparables et sont présentées dans le [tableau I page suivante](#).

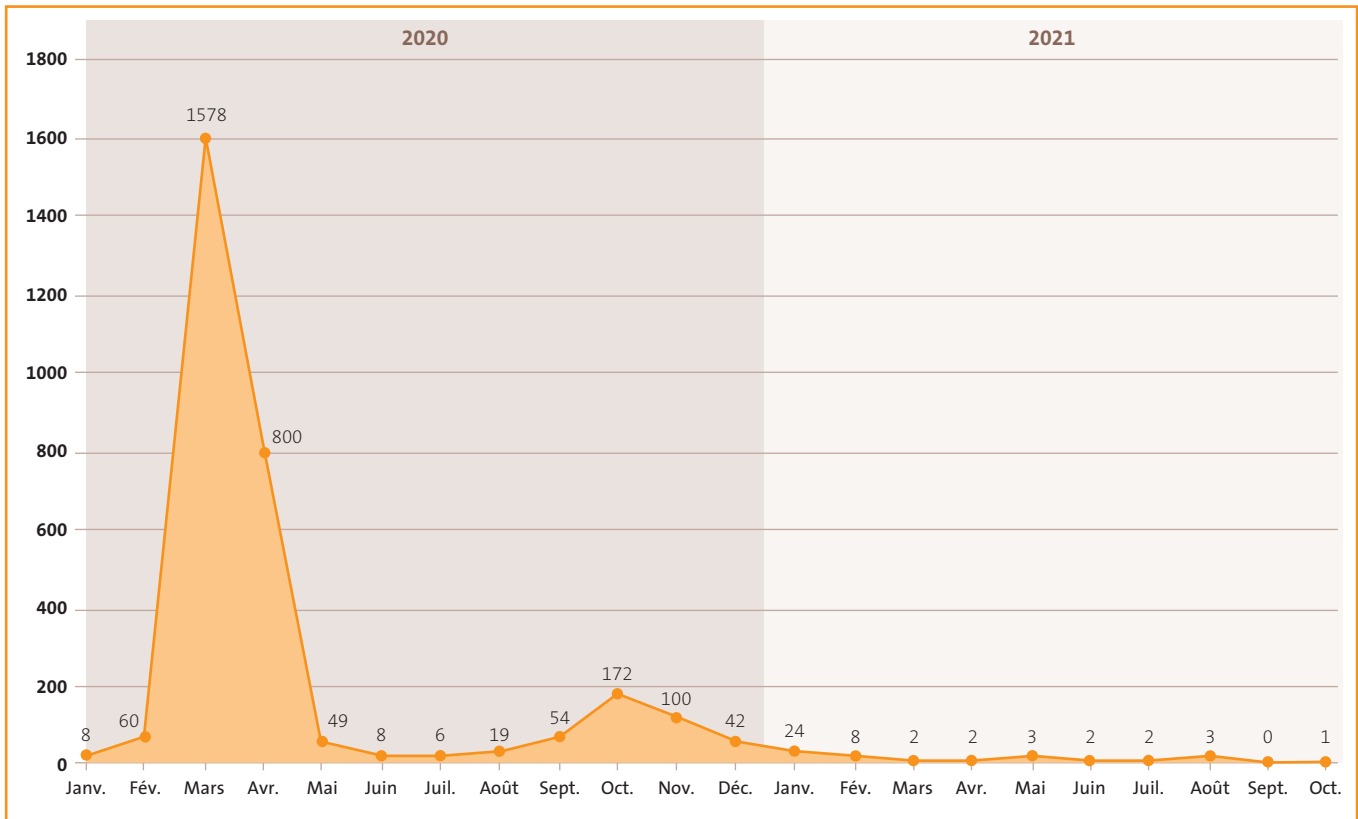
SITUATIONS D'EXPOSITION AU COURS DES PHASES 1 ET 2 D'ENQUÊTE

LORS DES SOINS

La proportion de professionnels appliquant les mesures barrières était plus élevée dans la 2^e phase de l'enquête comparé à la 1^{ère} phase concernant le port de masque FFP2 ou chirurgical. Lors des entretiens en vis-à-vis à moins d'un mètre 99,6 % des personnels portait un masque vs 64,2 % pendant la phase 1. S'agissant des prélèvements nasopharyngés, le taux de port du masque est passé de 93,5 % des personnels (dont 65 % portait un FFP2) à 100 % (dont 81,4 % portait un FFP2). À l'occasion des manœuvres à risque sur les voies respiratoires telles qu'intubation, aspiration, fibroscopie bronchique,

Contexte de contamination des soignants par la Covid-19. Enquête descriptive nationale, avril 2020 – décembre 2021

Figure 3 : Distribution mensuelle des dates de début des symptômes chez les participants à l'enquête (N = 2943)



kinésithérapie respiratoire..., 100 % des personnels portait un masque lors de la phase 2 vs 91,8 % lors de la phase 1. Le taux de port d'APR FFP2 était supérieur dans ces indications mais n'atteignait pas 100 % (phase 1 = 42,6 % vs phase 2 = 64,9 %). Il faut noter également que pendant la phase 2, aucun professionnel ne travaillait sans masque lors de ces gestes, contrairement à la phase 1.

EN DEHORS DU CONTACT AVEC LE PATIENT

Le port du masque était également mieux respecté pendant la phase 2 lors de contacts avec des collègues soignants infectés par le SARS-CoV-2 (69,5 % vs 34,6 %) et avec les familles de patients atteints de Covid-19 (91,5 % vs 73,7 %). Lors des pauses en salle de repos, le port du masque est resté

↓ **Tableau I**

➤ **CARACTÉRISTIQUES DES PROFESSIONNELS RÉPONDANTS AU COURS DES TROIS PHASES D'ENQUÊTE**

	Phase 1 n=2509 (%)	Phase 2 n=423 (%)	Phase 3 n=11 (%)
Sexe des répondants			
Femme	1972 (78,6)	314 (74,2)	6 (54,5)
Homme	502 (20,0)	96 (22,7)	1 (9,1)
NP*	35 (1,4)	13 (3,1)	4 (36,4)
Profession			
Infirmier	779 (31,0)	112 (26,5)	4 (36,4)
Médecin	597 (23,8)	142 (33,6)	2 (18,2)
Aide-Soignant	345 (13,8)	68 (16,1)	2 (18,2)
Autre	768 (30,6)	99 (23,4)	3 (27,3)
NP*	20 (0,8)	2 (0,5)	--
Modalité d'exercice			
Établissement de santé	1700 (67,8)	271 (64,1)	9 (81,8)
Autre	809 (32,2)	152 (35,9)	2 (18,2)

*NP: non précisé

↓ **Tableau II**

➤ **PORT DE MASQUE LORS DES SITUATIONS D'EXPOSITION DES PROFESSIONNELS RÉPONDANTS LORS DES 1^{ÈRE} ET 2^E PHASES D'ENQUÊTE, N (%)**

	Phase 1 (n=1978)	Phase 2 (n=423)	P
AU CONTACT DU PATIENT			
<i>Entretien à une distance < 1 m</i>	(n=1850)	(n=271)	<10 ⁻⁶
FFP2	184 (9,9 %)	34 (12,5 %)	
Chirurgical ou FFP2	1004 (54,3 %)	236 (87,1 %)	
Pas de masque	662 (35,8 %)	1 (0,4 %)	
<i>Prélèvement nasopharyngé</i>	(n=323)	(n=70)	0,006
FFP2	210 (65,0 %)	57 (81,4 %)	
Chirurgical ou FFP2	92 (28,5 %)	13 (18,6 %)	
Pas de masque	21 (6,5 %)	0	
<i>Manœuvres sur les voies respiratoires (établissements de santé)</i>	(n=772)	(n=57)	0,0009
FFP2	329 (42,6 %)	37 (64,9 %)	
Chirurgical ou FFP2	380 (49,2 %)	20 (35,1)	
Pas de masque	63 (8,2 %)	0	
EN DEHORS DU CONTACT AVEC LE PATIENT			
<i>Contacts sans masque avec un/des soignants ayant une infection confirmée à Covid-19 pendant ses symptômes ou durant les 72h les précédant</i>			<10 ⁻⁶
Oui	704 (28,1)	48 (11,4)	
Non	869 (34,6)	294 (69,5)	
NSP*	936 (37,3)	81 (19,1)	
<i>Contacts avec les familles de patients Covid+ sans masque</i>			<10 ⁻⁶
Oui	149 (5,9)	12 (2,8)	
Non	1850 (73,7)	387 (91,5)	
NSP*	510 (20,3)	24 (5,7)	
<i>Contacts non professionnels avec un cas suspecté ou confirmé d'infection à Covid-19</i>			<10 ⁻⁶
Oui	321 (12,8)	90 (21,3)	
Non	1490 (59,4)	267 (63,1)	
NSP*	698 (27,8)	66 (15,6)	
<i>Prise de repas en salle de repos avec les collègues</i>			0,15
Oui	1800 (71,7)	285 (67,4)	
Non	687 (27,4)	135 (31,9)	
NSP*	22 (0,9)	3 (0,7)	
<i>Port de masque lors des pauses en salle de repos</i>			<10 ⁻⁶
Toujours	282 (11,2)	164 (38,8)	
Parfois	852 (34,0)	197 (46,6)	
Jamais	1168 (46,6)	36 (8,5)	
NSP*	207 (8,3)	26 (6,1)	
<i>Participation à des réunions professionnelles physiques à plusieurs dans une salle</i>			<10 ⁻⁴
Oui	1387 (55,3)	185 (43,7)	
Non	1080 (43,0)	234 (55,3)	
NSP*	42 (1,7)	4 (0,9)	

*NSP: Ne sait pas

minoritaire : 38,8 % lors de la phase 2 vs 11,2 % lors de la phase 1.

Un pourcentage plus faible de professionnels dans la 2^e phase de l'enquête a déclaré participer à des réunions professionnelles physiques dans une salle (43,7 % vs 55,3 %). La prise de repas en salle de repos avec les collègues restait largement pratiquée (67,4 % vs 71,7 %).

Les contacts non professionnels avec un cas suspecté ou confirmé d'infection à Covid-19 ont été plus largement déclarés par les professionnels dans la 2^e phase (21,3 % vs 12,8 %). Le **tableau II** récapitule les données sur les situations d'exposition des répondants pour les deux 1^{ères} phases de l'enquête.

EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ VS EN VILLE

Concernant le port du masque lors des situations à risque au contact des patients, se retrouvent, dans ces deux secteurs d'activité, les tendances décrites précédemment (**tableau III**). Dans la 1^{ère} phase d'enquête, la proportion de port de masque allait de moins de 50 % en ville pour les entretiens en face à face à 93 % en établissement de santé pour les situations à risque explorées. Le port de masque (chirurgical ou FFP2 et FFP2 exclusivement) était moins répandu en ville qu'en établissement de santé, pour la plupart des situations à risque.

Dans la 2^e phase, le port de masque est quasi systématique, tant en établissement de santé qu'en ville pour les situations à risque étudiées. Le port de masque FFP2 exclusivement reste cependant en général moins répandu en ville.

SITUATIONS D'EXPOSITION AU COURS DE LA 3^E PHASE D'ENQUÊTE

Le trop faible nombre de participants inclus au cours de cette

Contexte de contamination des soignants par la Covid-19. Enquête descriptive nationale, avril 2020 – décembre 2021

↓ **Tableau III**

> PORT DE MASQUE LORS DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU CONTACT DU PATIENT DES PROFESSIONNELS RÉPONDANTS LORS DES 1^{ÈRE} ET 2^E PHASES D'ENQUÊTE, EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET EN VILLE, N (%)

	Établissement de Santé	Ville
ENTRETIEN FACE À FACE (DISTANCE < 1 M)		
Phase 1	(n=1299)	(n=348)
Chirurgical ou FFP2	705 (54,3 %)	130 (37,4 %)
FFP2	139 (10,7 %)	33 (9,5 %)
Pas de masque	455 (35,0 %)	185 (53,2 %)
Phase 2	(n=190)	(n=58)
Chirurgical ou FFP2	163 (85,8 %)	45 (77,6 %)
FFP2	26 (13,7 %)	7 (12,1 %)
Pas de masque	1 (0,5 %)	6 (10,3 %)
EXAMEN DE LA CAVITÉ BUCCALE ET ORL		
Phase 1	(n=236)	(n=176)
Chirurgical ou FFP2	116 (49,2 %)	85 (48,3 %)
FFP2	72 (30,5 %)	24 (13,6 %)
Pas de masque	48 (20,3 %)	67 (38,1 %)
Phase 2	(n=35)	(n=41)
Chirurgical ou FFP2	24 (68,6 %)	34 (82,9 %)
FFP2	11 (31,4 %)	7 (17,1 %)
Pas de masque	0	0
AUTRES SITUATIONS D'EXPOSITION*		
Phase 1	(n=1245)	(n=74)
Chirurgical ou FFP2	567 (45,5 %)	36 (48,6 %)
FFP2	589 (47,3 %)	21 (28,4 %)
Pas de masque	89 (7,1 %)	17 (23,0 %)
Phase 2	(n=144)	(n=6)
Chirurgical ou FFP2	46 (31,9 %)	3 (50,0 %)
FFP2	93 (64,6 %)	3 (50,0 %)
Pas de masque	5 (3,5 %)	0

* Prélèvement nasopharyngé, pose de sonde nasogastrique, pose ou retrait de masque à oxygène, pose ou retrait de sonde nasale, acte de nébulisation, aspiration, intubation ou extubation, manipulation de dispositif de ventilation, kinésithérapie respiratoire, soins dentaires.

phase (n=11) ne permet pas d'exploiter les résultats et de les mettre en perspective avec ceux des phases précédentes. Une vaccination contre la Covid-19 avait été réalisée chez 6 d'entre eux. Pour 7 d'entre eux, le port en continu de masque était effectif au cours de leur exercice dans leur structure,

mais 5 d'entre eux ont déclaré prendre des repas en salle de repos avec des collègues.

DISCUSSION

La courbe d'apparition des symptômes des répondants à l'enquête, avec deux pics en mars et en octobre 2020, est proche de la courbe de la situation française pour les deux premières vagues de l'épidémie [9], avec une 1^{ère} vague qui s'est développée dans la période de janvier à juillet 2020, avec un pic en avril, une 2^e vague dans la période août à décembre 2020, avec un pic en novembre, puis une 3^e vague manifestée au printemps 2021, avec un pic en avril. Il en est de même pour la répartition géographique des participants, qui correspond dans plus de 60 % des cas aux régions les plus touchées en France métropolitaine par les vagues successives dans la période : Île-de-France, Grand Est, Bourgogne Franche-Comté et Auvergne-Rhône-Alpes. Les infirmiers, médecins et aides-soignants sont les plus représentés (près de 70 % des participants à l'enquête). Ils comptaient pour 49 % des cas dans la surveillance nationale des professionnels en établissements de santé infectés par le SARS-CoV-2 [5].

Le taux d'utilisation des masques était très variable selon les situations à risque et les modalités d'exercice dans la 1^{ère} phase de l'enquête, plus faible en ville qu'en établissements de santé. Les raisons évoquées pour le non-port de masque ou l'utilisation de masques chirurgicaux plutôt que d'APR FFP2 étaient avant tout liées aux situations de pénurie de ces matériels, conduisant à les réserver pour les situations identifiées comme les plus à risque, ainsi qu'aux recommandations et protocoles variables appliqués pour la prise en charge

des patients dans les premiers mois de l'épidémie. Des situations d'exposition en dehors des soins directs aux patients ont également été assez fréquemment rapportées : réunions ou prise de repas avec les collègues, contacts sans masque avec des cas suspects ou confirmés d'infection à Covid-19, dans le cadre professionnel ou extra-professionnel.

La seconde vague de l'épidémie s'est déroulée dans un contexte profondément modifié par les opérations de dépistage systématique des professionnels infectés dans les établissements, la disponibilité généralisée des masques de protection et l'évolution des recommandations destinées aux professionnels de soins en ce qui concerne les mesures barrières applicables dans les différents contextes d'exercices professionnels [10]. Pour les situations à risque au contact du patient, le taux de port de masques chirurgicaux ou FFP2 est devenu proche de 100 %, tant en établissements de santé qu'en ville, même si le taux de port d'APR FFP2 exclusivement, qui a progressé, est resté plus faible en ville.

Concernant les situations d'exposition professionnelle en dehors des soins, une proportion près de trois fois moindre (11,4 % vs 28,1 %) de contacts sans masque avec des soignants infectés par la Covid-19 est déclarée par les participants à la phase 2 de l'enquête. Une proportion deux fois moindre de répondants (2,8 % vs 5,9 %) a déclaré des contacts sans masque avec les familles de patients ayant la Covid-19. La proportion de répondants ayant déclaré porter toujours un masque lors des pauses en salle de repos est plus de trois fois supérieure dans la phase 2 (38,8 % vs 11,2 %). Le pourcentage de répondants ayant déclaré

participer à des réunions professionnelles physiques est également plus faible (43,7 % vs 55,3 %). Le pourcentage de répondants ayant déclaré prendre des repas en salle de repos avec les collègues a peu évolué, passant de 71,7 % dans la phase 1 à 67,4 % dans la phase 2. Le pourcentage de répondants ayant déclaré des contacts non professionnels avec un cas suspecté ou confirmé d'infection à Covid-19 a, en revanche, presque doublé dans la phase 2 (21,3 % vs 12,8 %).

Le faible nombre de participants à la 3^e phase d'enquête suit la tendance mensuelle de recrutement observée à partir de mars 2021, à l'issue du pic de la 2^e vague, et n'a pas été augmenté malgré une nouvelle annonce de la phase 3 faite dans les réseaux professionnels. Il tient certainement d'une part à l'impact positif de la vaccination des soignants et, d'autre part, à une lassitude de leur part à participer aux nombreuses enquêtes qui les sollicitaient en plus de leur charge de travail.

Les facteurs de risque de contamination des soignants par le SARS-CoV-2 ont été décrits : contacts proches ou prolongés avec des proches, d'autres soignants ayant la Covid-19 ou des patients, réalisation de procédures à risque d'aérosolisation sans équipement de protection adapté [11, 12]. Il reste cependant difficile de distinguer les contaminations faisant suite à une exposition professionnelle ou communautaire.

Les répondants ne constituent pas, du fait même de la méthodologie de l'enquête basée sur le volontariat et sur du déclaratif, un échantillon représentatif des professionnels de santé contaminés. Par ailleurs, l'enquête étudie les circonstances potentielles de contamination des professionnels ayant répondu à

l'enquête, sans préjuger de leur causalité que les participants eux-mêmes n'étaient, le plus souvent, pas en mesure d'identifier avec précision. L'enquête avait mis en évidence les problèmes liés à l'insuffisance du port de masques de protection adaptés aux risques de contaminations professionnelles pendant la première vague de l'épidémie. Les raisons évoquées le plus souvent étaient le manque de matériel disponible et l'absence de recommandations relatives au port de masque hors prise en charge d'un patient suspect ou atteint de la Covid-19 au début de l'épidémie. Le contexte de contamination des soignants semble avoir été dans cette période largement professionnel : soit transmission patient-soignant, soit entre soignants avant que ne soit préconisé le port en continu du masque chirurgical par les soignants, notamment en salle de réunion ou de repos. Les contacts extra-professionnels (communautaires) semblent avoir été, à cette époque, un facteur de risque plus secondaire.

CONCLUSION

L'enquête, débutée très tôt lors de l'épidémie, a permis d'objectiver les situations à risque rencontrées par les soignants et les autres personnels liés aux soins, même s'il reste difficile de distinguer les contaminations faisant suite à une exposition professionnelle ou communautaire. Lors de la 1^{ère} vague, les éléments marquants ont surtout été l'indisponibilité des masques et l'absence de recommandations relatives au port de masque, hors prise en charge d'un patient suspect ou atteint de la Covid-19. Les données suggèrent que l'exposition professionnelle a joué un rôle important dans la contamination des

personnels. Lors de la 2^e vague, le contexte de contamination apparaît faiblement en rapport avec la disponibilité des masques, les moyens et mesures de protection étant disponibles et appliqués en regard du risque de transmission entre patient et soignant. De nombreuses situations professionnelles restaient cependant à risque de transmission entre soignants : prise de repas, réunions ou échanges sans masque avec la famille ou des collègues. La transmission communautaire semble avoir joué un rôle plus important.

POINTS À RETENIR

- Une enquête par questionnaire a cherché à identifier les circonstances de contamination par le SARS-CoV-2 des professionnels de santé entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021.
- Parmi les 2 943 personnels soignants ayant répondu, 53,6 % ont été contaminés en mars 2020.
- Entre janvier et juillet 2020, l'absence de recommandations relatives au port de masque, hors prise en charge d'un patient suspect ou atteint de la Covid-19, et l'indisponibilité des masques ont été les éléments marquants.
- Entre janvier et juillet 2020, bien que les masques aient été portés dans les situations les plus à risques, les données suggèrent que l'exposition professionnelle a joué un rôle important dans la contamination des personnels.
- Entre août 2020 et mai 2021, malgré la mise à disposition de moyens de protection, de nombreuses situations professionnelles restaient à risque de transmission entre soignants : prises de repas en commun, réunions, échanges sans masque avec les familles ou les collègues.
- Entre août 2020 et mai 2021, les données suggèrent que la transmission communautaire a également joué un rôle plus important, mais l'enquête ne permet pas de distinguer l'origine précise des contaminations.

Contexte de contamination des soignants par la Covid-19. Enquête descriptive nationale, avril 2020 – décembre 2021

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | COSTEMALLE V, GAINI M, HAZO JB, NAOURI D - En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins. In : France, portrait social. Édition 2021. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 2021 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432509?sommaire=5435421>).
- 2 | GÓMEZ-OCHOA SA, FRANCO OH, ROJAS LZ, RAGUINDIN PF ET AL. - COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol.* 2021; 190 (1): 161-75.
- 3 | CHOU R, DANA T, BUCKLEY DI, SELPH S ET AL. - Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. *Ann Intern Med.* 2020; 173 (2): 120-36.
- 4 | NGUYEN LH, DREW DA, GRAHAM MS, JOSHI AD ET AL. - Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health.* 2020; 5 (9): e475-e483.
- 5 | PAUMIER A, BEN HMDENE G, VAUX S, OLIVIER C ET AL. - Professionnels en établissements de santé infectés par le SARS-CoV-2: le bilan après deux ans de pandémie. *Méd Mal Infect Form.* 2022; 1 (2): S68.
- 6 | OLIVIER C, BRUNET JB, BOUVET E, ABITEBOUL D ET AL. - Contexte de contamination des soignants par le SARS-CoV-2 pendant la première vague de l'épidémie. *Vu du terrain TF 287. Réf Santé Trav.* 2021; 165: 77-83.
- 7 | Coronavirus SARS-CoV-2: Rationalisation de l'utilisation des masques respiratoires pour les professionnels de santé en période épidémique. Avis du 10 mars 2020. Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), 2020 (<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=830>).
- 8 | LEPPELLETIER D, GRANDBASTIEN B, ROMANO-BERTRAND S, AHO S ET AL. - What face mask for what use in the context of COVID-19 pandemic? The French guidelines. *J Hosp Infect.* 2020; 105 (3): 414-18.
- 9 | Santé publique France. COVID-19: point épidémiologique hebdomadaire n° 62 du 6 mai 2021. Santé publique France, 2021 (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-6-mai-2021>).
- 10 | GAGNEUX-BRUNON A, PELISSIER C, GAGNAIRE J, PILET S ET AL. - SARS-CoV-2 infection: advocacy for training and social distancing in healthcare settings. *J Hosp Infect.* 2020; 106 (3): 610-12.
- 11 | PARIS C, TADIÉ E, HESLAN C, GARY-BOBO P ET AL. - Risk factors for SARS-CoV-2 infection among health care workers. *Am J Infect Control.* 2022; 50 (4): 375-82.
- 12 | CONTEJEAN A, LEPORRIER J, CANOÛ E, FOURGEAUD J ET AL. - Transmission Routes of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Among Healthcare Workers of a French University Hospital in Paris, France. *Open Forum Infect Dis.* 2021; 8 (3): ofab054.

REMERCIEMENTS

- À Santé publique France, la HAS et l'INRS pour leur soutien à l'enquête.
- Aux ordres professionnels, sociétés savantes et institutions partenaires pour la diffusion de l'annonce de l'enquête dans leurs réseaux professionnels.
- À tous les professionnels de santé qui ont participé à l'enquête.

Risques et ressources du travail émotionnel : actualités, enjeux pour la prévention, perspectives théoriques et méthodologiques

Université Lumière Lyon 2, Centre Max Weber, GESTES* et INRS

Lyon, 19-20 mai 2022

EN RÉSUMÉ

AUTEURS :

E. Draï, département Homme au travail, INRS, T. Bonnet et J. Ardagna, Université Lyon 2 - Centre Max Weber.

Ce colloque international était organisé par l'Université Lumière Lyon 2 avec le soutien du GIS GESTES (Groupe d'intérêt scientifique relatif au Groupe d'étude sur le travail et la santé au travail), du Centre Max Weber (Unité mixte de recherche UMR 5283) et de l'INRS. Relatif à un sujet central aujourd'hui dans toutes les activités de travail qui exigent un travail des émotions, il a permis d'identifier quatre domaines d'apports ou d'enjeux de cette notion : d'abord en matière de définition et de terminologie, ensuite en termes de méthodes de recherche mais aussi d'intervention, particulièrement pour la prévention, et enfin en matière politique et éthique relatifs à l'utilisation du concept.

MOTS CLÉS

Charge psychique / Risque psychosocial / Astreinte psychique / RPS / Organisation du travail / Qualité de vie au travail / QVT

* Groupe d'étude sur le travail et la santé au travail.

Ce colloque avait pour objectif de discuter le concept de travail émotionnel, ses apports et ses limites au regard de la santé au travail. Ce concept, proposé par la sociologue américaine Arlie Hochschild dès 1983, consiste à évoquer, à façonner ou à réprimer ses sentiments, dans la vie quotidienne et dans le travail, afin de modeler et maîtriser les sentiments d'autrui, notamment des clients. Il rend compte d'une part des activités de travail où l'usage des émotions est opéré à des fins productives en particulier dans les relations de service (travail traduit par *labor*) mais aussi du travail émotionnel qui est opéré plus généralement en société pour cadrer et normaliser l'expression de ses émotions – notamment par l'éducation (travail traduit par *work*).

Dans un contexte de développement des activités de service où les compétences émotionnelles sont appréciées comme source de régulation de situations sensibles et de performance, et alors que les exigences émotionnelles figurent depuis une dizaine d'années aux premiers rangs des facteurs de risques psychosociaux, il semblait intéressant pour la prévention de faire le point sur la portée du concept, par ailleurs objet de publications notables cette année en France.

Dans la communication d'ouverture « **Du travail émotionnel à la régulation collective des affects** », Marc Lorio, CNRS-IDHES (*Institutions et dynamiques historiques de l'économie et de la société*), est reparti des théories disponibles et de ses propres travaux,

Risques et ressources du travail émotionnel : actualités, enjeux pour la prévention, perspectives théoriques et méthodologiques

en particulier sur la fatigue et le stress au travail à partir de l'étude des métiers de chauffeur de bus, d'infirmière, de policier ou encore de diplomate. Il a rappelé l'histoire mais aussi la place des émotions et du travail émotionnel dans les métiers aujourd'hui, avec toute leur ambivalence. Les colorations émotionnelles distinctes qu'il observe rendent compte d'un travail de normalisation qui varie et se régule de façon plus ou moins importante selon les environnements et les parcours des travailleurs.

Dans son intervention « **D'un travail sans émotions à un travail de ses émotions ?** », *Héloïse Haliday (psychologie clinique et psychopathologie, Université de Bourgogne)* a présenté une recherche menée à partir d'entretiens et de *focus group* auprès de directeurs d'hôpitaux français pendant la crise de la Covid-19. À l'inverse des normes émotionnelles exprimées par ces managers, professionnels relativement esseulés en particulier en situation de crise, qui leur imposent de paraître forts et rationnels pour leurs équipes, la chercheuse s'interrogeait sur la possibilité d'exprimer et travailler en groupe (tensions, conflits éthiques...). Le but est de reconnaître les difficultés et favoriser une prise en charge des doutes et des angoisses au service de l'organisation hospitalière.

Dans « **L'apprentissage du travail émotionnel des professionnels de l'identification de victimes de catastrophes : entre dispositif institutionnel, collectif de travail et gestion individuelle** », *Bérangère Tarka (anthropologue, Institut des Sciences sociales du Politique (ISP), Université Paris Nanterre)* revient sur la recherche, réalisée dans le cadre d'un doctorat en socio-anthropologie, qui

concernait une unité opérationnelle technique et scientifique de la police nationale, l'Unité Police d'identification des victimes de catastrophes (UPIVC), activable en France, comme à l'étranger, pour identifier formellement les victimes en cas de catastrophe de masse (tremblement de terre, tsunami, *crash* d'avion, accident ferroviaire, attentat...). Elle s'est fondée sur l'observation participante de deux sessions de formation initiale des professionnels et des entretiens semi-directifs auprès de l'équipe ayant œuvré à l'identification des victimes des attentats de Paris de novembre 2015. Cette communication montre l'apprentissage de la « bonne distance » et de l'empathie comme conditions de réalisation du travail relationnel entre les familles des victimes et les professionnels de la police mais aussi l'importance du collectif de travail comme rempart et soutien face aux débordements émotionnels individuels sur le terrain.

Angelo Soares, sociologue, Département d'Organisation et ressources humaines de l'École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, et passeur initial en France du concept de travail émotionnel a évoqué dans son intervention « **Les émotions et le travail émotionnel dans les enquêtes de terrain** ». Il a livré quelques observations tirées de ses trente ans de recherche et d'interventions dans le domaine des émotions au travail. Il a d'abord rappelé à quel point les enquêtes de terrain constituent des temps de rencontres émotionnelles qui imposent un travail émotionnel de la part du chercheur. Alors que les émotions ont souvent été niées par les chercheurs, les enquêtes sont toujours traversées par différents rapports sociaux (de classe, de

genre, d'âge, d'ethnie notamment) qui suscitent des émotions de part et d'autre. Pour le chercheur, il importe généralement de neutraliser autant que possible ses affects, en contrôlant au moins l'expression émotionnelle affichée. Cela constitue une condition de l'établissement de la confiance et d'une sécurité de la relation favorable à la communication et au recueil de données. Toutefois, selon les sujets évoqués et les personnes rencontrées (enfants, vécus violents...), l'intensité du travail émotionnel peut être plus prononcée. Celui-ci est d'autant plus difficile que les récits ou les actes auxquels le chercheur est exposé ou associé sont révoltants : sexisme, racisme et autres violences ou discriminations. Il peut arriver alors au chercheur d'être affecté et de rompre avec sa neutralité, l'important étant d'en être conscient, la recherche étant toujours un travail de transformation, au moins du chercheur.

Marine Delaunay et Béatrice Jacques, enseignantes-chercheuses au Centre E. Durkheim (UMR 5116) ont évoqué « **Le travail émotionnel des patients experts en cancérologie : une ressource pour la démocratie sanitaire ?** ». Leur recherche porte sur l'accompagnement de malades par d'anciens patients, professionnalisés et intégrés dans le protocole de soins au sein d'une clinique spécialisée, dans une région où l'Agence régionale de santé (ARS) soutient le recrutement de patients partenaires depuis 2021. Fruit d'une longue immersion et de nombreux entretiens en lien avec les projets et acteurs relais locaux et nationaux, elles montrent la centralité du travail émotionnel dans le processus de professionnalisation des aidants. Si « *l'émotion se trouve au départ de toute expérience* » (Dewey), les

auteurs observent la bascule dans le « métier » suite à leur expérience de malade puis l'important travail de mise à distance et de contrôle des émotions pour assurer leur activité en soutien aux malades et en complément des soins reçus. Le statut et la rémunération de ces patients experts oscillent entre les niveaux d'aide-soignante et d'infirmière. Leur valorisation tient aujourd'hui surtout à la reconnaissance du travail émotionnel soutenant la rencontre avec les malades, sur lequel repose leur activité.

Si le travail émotionnel peut constituer une ressource, il impose également des contraintes. Partant de deux études ethnographiques menées entre 2012 et 2018 puis 2020 et 2021 (ANR COVID-ETHIC), *Thomas Denise (sociologue, Université de Lorraine) et Clément Tarantini (anthropologue, Institut Pasteur, Paris)* ont proposé une analyse des logiques qui structurent le travail émotionnel en réanimation et dans le contexte particulier de la pandémie de COVID-19. Dans leur communication « **Quand les émotions affectent le travail : regards croisés sur les services de réanimation avant et pendant la pandémie de COVID-19 en France** », ils ont décrit le cadre ordinaire du travail émotionnel, caractérisé à la fois par le contrôle des interactions avec les proches des malades mais également la gestion de l'incertitude médicale. À cet égard, ils ont détaillé le travail mené avec chaque patient et auprès des familles (mise à distance, empathie...) et sur les représentations individuelles et collectives des soignants pour faire face aux aléas de la médecine réanimatoire. Puis, avec la pandémie, ils ont observé la modification de ce cadre de travail émotionnel, marqué notamment par les protocoles restrictifs de visites des proches et l'accès

aux défunts (25 % de cas de décès). Les prises en charge de « fin de vie », mais aussi des morts, ont fait des soignants les derniers témoins des malades. La pandémie a pu générer des formes de souffrance au travail, du fait d'un travail émotionnel favorisant un sentiment d'illégitimité et une mise à l'épreuve de l'éthique professionnelle, contribuant ainsi à la précarisation du travail et à la défection des soignants. Les contraintes pesant sur le travail émotionnel sont sorties renforcées par ces situations de crise.

La communication « **Conditions d'employabilité dans le secteur social et médico-social et risques émotionnels** » présentée par *Corinne Saint-Martin, sociologue (Université Toulouse Jean Jaurès, CERTOP UMR 5044)*, rendait compte d'une exploration de risques professionnels et de l'apprentissage du travail émotionnel dans les parcours de professionnalisation des éducateurs et assistantes sociales. Une des forces de l'étude était de s'appuyer sur des enquêtes quantitatives à une échelle régionale (Occitanie). Les parcours de formation et d'emplois des professionnels du travail social révèlent une accumulation progressive et une valorisation des apprentissages en matière relationnelle et émotionnelle. Pourtant les logiques managériales et de recrutement actuelles (« travailleur social unique », polyvalence, transversalité sectorielle) tendent à s'éloigner de ces apprentissages, dans un modèle potentiellement antagoniste : « accompagner un dossier ou des personnes ? ». Les risques psychosociaux qui se développent dans le secteur peuvent ainsi être interrogés en relation avec cette tendance à l'invisibilisation toujours plus affirmée du travail relationnel et

du travail émotionnel. Des explorations qualitatives pourraient prolonger cette hypothèse avec une analyse détaillée du travail et de la santé des travailleurs sociaux à l'échelle organisationnelle.

Céline Carrier, médiateur juriste Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) accréditée, a présenté « **La médiation et la gestion émotionnelle en prévention des risques professionnels** ». La médiation se définit comme un processus de communication et de coopération, basé sur trois conditions essentielles : l'accord sur le(s) désaccord(s), la pratique de la communication non violente et la gestion des émotions. Relativement méconnue en dehors du domaine judiciaire et familial, la médiation peut s'opérer de façon organisationnelle en prévention des risques professionnels, appliquée à un collectif de travail avec pour objet l'organisation elle-même. En tant qu'IPRP et en matière de conflits et de conditions de travail, le médiateur peut proposer des missions de diagnostics (état des lieux) et d'accompagnement ou d'appui participatif à la coopération mais aussi de conseil en communication. Son intervention peut se faire soit sur l'appel direct de l'employeur, à défaut de compétences internes à l'entreprise (article L. 4644-1 du Code du travail), soit en prestation de service pour un service de prévention et de santé interentreprises. En cette qualité, le médiateur est tenu alors par une obligation de confidentialité (article 226-13 du Code pénal), ayant accès aux documents de santé et de sécurité de l'entreprise.

Dans la communication « **Sens de l'émotion : les angles morts de l'activité policière** », *Hélène Monier (Centre de recherche sur*

Risques et ressources du travail émotionnel : actualités, enjeux pour la prévention, perspectives théoriques et méthodologiques

l'entreprise, EA 7477, Burgundy School of Business (BSB) Université Bourgogne Franche Comté) a présenté le projet de recherche appelé « TIGRE » (Travail d'Investigation en Gestion des Risques Émotionnels), mené en partenariat avec le Centre de recherche de l'école nationale supérieure de la police (CR ENSP). Cette recherche-action, fondée sur l'immersion du chercheur dans des services policiers (police technique et scientifique, investigation opérationnelle du numérique, division financière, division criminelle, répression du banditisme, office anti-stupéfiants, groupe anti-terroriste) pendant 26,5 jours et nuits de mai à juin 2021, a analysé : 1) les émotions vécues par les policiers, 2) leurs pratiques de régulations émotionnelles aux niveaux individuel, collectif et organisationnel, et leur rapport au sens au/du travail. L'intervenante fait apparaître l'importance de deux émotions constituant des « angles morts » du travail : l'intérêt et la frustration, conduisant les policiers à fournir un travail « invisible » et non discuté sur les affects relatifs à l'activité dans son ensemble. Les résultats de cette recherche, soutenue par la Direction de la police, ont été repris pour engager un travail pluridisciplinaire de prévention des risques psychosociaux (RPS) et de qualité de vie au travail (QVT).

Carine Perrot (étudiante, Université Paris Cité) et Sandrine Blanché (Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail – ARACT – Nouvelle Aquitaine) ont proposé une intervention sur « **Un espace d'articulation entre les émotions et les autres composantes du travail : les espaces de discussion sur le travail** ». L'espace de discussion sur le travail (EDD ou EDT) se présente comme un espace où se mène un travail d'articulation

au sens d'un ajustement continu défini par le sociologue A. Strauss. Elles ont donné l'exemple du retour d'expérience d'un accompagnement du personnel d'une résidence autonomie pour séniors dans laquelle les salariés ont de multiples arrêts maladie, notamment pour *burnout*, et subissent un climat dégradé avec un collectif de travail fragilisé. La mise en place et l'animation d'EDT ont été consacrées à deux thématiques : médiation des conflits et co-construction du projet d'établissement. Dans ce cadre, seules les émotions ayant un ancrage avec les activités sont acceptées et considérées. Se parler du travail grâce aux EDT a ici permis d'exploiter les émotions et d'opérer un travail émotionnel collectif pour le réguler.

Soline Blanchard (Institut d'études du travail de Lyon, Centre Max Weber, Université Lumière Lyon 2, Lyon) et Morgane Kuehni (Haute école de travail social et de la santé, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne, Suisse) ont présenté une étude sur « **Réguler sa peur : les personnels hospitaliers en temps de COVID-19** ». Basée sur 30 entretiens semi-directifs, cette étude s'est intéressée aux expériences de travail du personnel soignant et de support d'un hôpital de Suisse romande durant la première vague de COVID-19. Elles ont analysé la façon dont ces travailleurs et travailleuses ont perçu et réagi aux risques professionnels induits par la prise en charge de la pandémie. La peur de la contamination – pour soi mais aussi pour ses proches – a été une émotion largement partagée, que les personnels hospitaliers ont tenté de canaliser en déployant de multiples stratégies dans leurs différentes sphères de vie. Les risques d'exposition infectieuse sont apparus indissociables

des risques psychosociaux du fait notamment d'une disponibilité extensive et d'exigences émotionnelles accrues liées à l'incertitude et au travail réalisé pour maîtriser sa peur et celle des autres. Les risques professionnels ont pénétré la sphère intime de façon inédite et ont profondément affecté les relations sociales, révélant la fragilité des frontières et les difficultés d'articulation des temps professionnels et personnels.

Avec une communication intitulée « **Se "protéger" derrière une orange rouge ? Le travail émotionnel des artistes-clowns à l'hôpital** », *Claire Bodelet* a développé les résultats de sa thèse, soutenue en 2020 à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), portant sur la professionnalisation des clowns à l'hôpital et réalisée en convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE) au siège de l'association pionnière et leader en France dans ce domaine d'activité, le Rire médecin. À partir d'une enquête ethnographique menée dans deux hôpitaux (services de pédiatrie générale, urgences, oncologie et neurologie pédiatriques), elle a montré en quoi les émotions sont tout autant une ressource qu'une contrainte pour le travail de ces artistes. À l'hôpital, les émotions servent aux clowns à « sentir » les situations pour mieux y répondre, et alimenter le numéro en train de se faire (elles sont « moteur d'écriture »). Mais certaines d'entre elles comportent aussi le risque de ralentir, déstabiliser, voire paralyser l'action. Sur ce deuxième volet des émotions, il importe de comprendre comment les clowns s'y prennent pour « évoquer ou façonner, ou tout aussi bien réprimer un sentiment » de façon à rester efficaces dans leur travail. Sur ce point elle montre en

quoi l'organisation du travail mise en place par l'association qui recrute les clowns ne répond pas qu'à des enjeux de coordination mais vise aussi à assurer l'endurance émotionnelle de ces artistes. En s'intéressant à la façon dont le travail émotionnel est effectivement accompli à l'hôpital, il est constaté que les temps d'interaction avec les patients sont encadrés par une série d'étapes, institutionnalisées par l'hôpital et l'association, qui jouent un rôle fondamental dans la régulation des émotions.

Bastien Pereira Besteiro (Université Jean Monnet de Saint-Étienne et Centre Max Weber, UMR 5283) a présenté un travail de recherche sur le secteur de l'aide à domicile intitulé « **Une injonction à la sollicitude ? Le Care entre reconnaissance du travail relationnel et prescription du travail émotionnel** ». Dans son enquête de terrain, considérant la manière dont les intervenantes à domicile présentent leur travail, il a été surpris par le peu de références au registre de la sollicitude. Si certaines expriment leur attachement à la dimension relationnelle de la démarche d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, dans le récit de leur expérience, la majorité des enquêtées vont plutôt se référer aux dimensions plus techniques et physiques de leur activité. Certaines aides à domicile néanmois mobilisent le discours que leur hiérarchie porte sur la « bienveillance » et la « bienveillance » suivant des normes managériales exogènes à la réalité de leur métier. Les normes de sollicitude pouvant être interprétées par les travailleuses comme un moyen de leur attribuer la seule responsabilité de la « bienveillance » des personnes vulnérables, la psychodynamique du travail invite à

considérer le « rejet » des composantes affectives du travail relationnel comme l'expression d'une stratégie collective de défense. Cette stratégie invite à comprendre les discours sur l'activité comme appels à une reconnaissance de la pénibilité, tant physique que psychologique.

Ludovic Gaussoit (sociologie, Groupe de recherches sociologiques sur les sociétés contemporaines, Université de Poitiers) a présenté les résultats d'une recherche collective sur « **Le travail émotionnel à l'épreuve du cancer colorectal. Entre expérience de la maladie et prévention familiale** ». Parce que le diagnostic d'un cancer colorectal (mais aussi d'adénome avancé) avant 65 ans expose les apparentés du premier degré (parents, fratrie, enfants) à un risque de développer ce cancer au cours de leur vie, la Haute Autorité de santé (HAS) invite les apparentés à une coloscopie préventive. Le cancer se vivant « en famille », la recherche s'est basée sur des entretiens semi-directifs en face à face réalisés auprès de 33 soignés et de 31 aidants (1h30 en moyenne), en plus de 11 entretiens téléphoniques auprès d'apparentés à risque. L'expérience du cancer entraîne en effet chez les soignés comme chez leurs proches, un travail émotionnel de gestion des sentiments suscités par l'épreuve de la maladie. Ce travail qui consiste à réprimer, évacuer, taire ses émotions ou bien informer, rassurer, dédramatiser auprès des proches est un élément du travail domestique de santé, porté surtout par les femmes, au côté du travail relationnel mais aussi organisationnel et de soin. La communication met en évidence la place et la force de ce travail émotionnel en prévention pour favoriser un climat le moins anxiogène possible au sein de la

famille. Elle montre la place dans l'aidance du travail émotionnel profane qui vient renforcer le travail émotionnel professionnel des soignants.

Dans l'intervention « **Burnout et inégalités dans le travail émotionnel** », **Angelo Soares**, rend compte de l'importance des inégalités devant le travail émotionnel, en particulier du fait des rapports sociaux de genre, de classe, d'origine. À travers plusieurs études de cas, il a montré les fréquentes possibilités d'accentuation des émotions mais aussi de renforcement des exigences émotionnelles liées à l'accumulation de facteurs de discrimination (genre, couleur de peau, orientation sexuelle LGBTQ+...) que l'on ignore ou banalise souvent. Pour les intéressés, ce travail émotionnel est particulièrement coûteux et les expose à des risques psychosociaux importants. Parmi les observations, peut être cité l'exemple de cette infirmière noire qui prend sur elle quand elle entre dans une chambre et qu'un patient blanc lui rétorque « *je n'ai pas sonné pour la cuisine* ». Cas fréquent de travail émotionnel avec une dissonance, elle « avale » la remarque raciste et poursuit avec le sourire. Angelo Soares attire l'attention sur la faiblesse de prise en compte de la consubstantialité des rapports sociaux dans la littérature sur le travail émotionnel et l'importance de saisir l'ensemble des exigences qui peuvent s'accumuler dans le travail émotionnel, rendant ce dernier intensif et inégal.

Fanny Darbus (sociologue, Université de Nantes) et Émilie Legrand (sociologue, Le Havre Normandie Université) ont présenté une communication intitulée « **Le sur-travail émotionnel et l'habileté relationnelle pour faire**

Risques et ressources du travail émotionnel : actualités, enjeux pour la prévention, perspectives théoriques et méthodologiques

face aux flux de clientèle : le cas d'un salon de coiffure ». Cette monographie est tirée d'une enquête (SANTPE) financée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) entre 2018 et 2021. Elle a consisté à mener des monographies d'entreprise (n = 30) dans 3 secteurs (coiffure, restauration et bâtiment) à travers des entretiens avec les employeurs et les salariés en sus de temps d'observation (directes et participantes). Le salon de coiffure étudié, fonctionnant sans rendez-vous dans une galerie commerciale, génère un flux incessant et inmaîtrisable de clients. Dès lors, les coiffeurs et coiffeuses doivent gérer simultanément deux types de public : ceux qui se font coiffer et ceux qui attendent de l'être, souvent pendant plus d'une heure, en manifestant alors des signes d'impatience voire des comportements méprisants. La présence de ces deux publics, induite par l'organisation du travail, appelle un sur-travail émotionnel lequel désigne l'engagement émotionnel au-delà du prescrit ordinaire de l'activité de coiffure. Ce travail sous tension qui empêche la recherche d'un travail bien fait et l'attention aux clients pénalise surtout les femmes salariées. Leurs collègues masculins se servent eux davantage de l'humour et de la flatterie pour divertir et abaisser les tensions. L'étude montre particulièrement les inégalités d'exigences et de ressources en matière de travail émotionnel avec un coût élevé ayant des répercussions en termes de *turn-over* et d'absentéisme pour le personnel féminin. Elle montre aussi l'importance du collectif et ici de sa mixité pour garantir une régulation des émotions des clients comme du personnel.

Une table-ronde a permis d'échanger autour des « **Aspects métho-**

dologiques et éthiques de la recherche dans la perspective du travail émotionnel en santé au travail ». Le travail émotionnel étant un moyen d'accès aux exigences émotionnelles et à leur régulation, la première question portait sur les méthodes d'enquête et d'intervention utilisées par les invités, représentants de quatre disciplines distinctes (sociologie, psychologie, ergonomie et gestion). **Aurélijeantet (sociologue, Université Paris 3, Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris)** a indiqué d'emblée que les émotions – souvent considérées comme difficiles à appréhender car fugaces, individuelles... – imposent des méthodes de recueil variées au premier rang desquelles figurent les observations et les entretiens car les émotions sont observables et se mettent aussi en mots (en faisant attention toutefois d'éviter la reconstruction *a posteriori*). Le travail émotionnel qui reconsidère le statut et la valence des émotions est lui plus difficile à saisir. Pour le chercheur, une co-affectation est fréquente. Il s'agit de la documenter notamment par un journal de terrain. **Julien Bernard (sociologue, Université de Paris Nanterre et laboratoire Sophiapol – sociologie, philosophie et anthropologie politique)** a appelé à se méfier des apparences en interprétant trop rapidement les signes physiques des émotions, potentiellement polysémiques. Il a rappelé l'importance d'un éventail de méthodes de recherche pour croiser les données : observation (directe/participante), entretiens, analyse documentaire, carnet de terrain... L'important est de comprendre le contexte et le cadre affectif de la personne, de l'activité, du groupe et de la situation. **Corinne Van De Weerd, (psychologue ergonomiste, INRS)** complète les observations

et les entretiens exploratoires et semi-directifs par la méthode de l'auto-confrontation (simple et collective) basée sur le visionnage et l'analyse d'une séquence filmée d'activité mais aussi par des questionnaires avec des échelles de Likert pour évaluer la valence et l'intensité des émotions exprimées. **Delphine Van Hoorebeke (maître de conférences en gestion, à l'Université de Toulon)** ajoute, aux méthodes précédemment citées, l'intérêt de la netnographie (ethnographie appliquée à internet), une méthode qui adapte les techniques de recherche ethnographiques aux communications en ligne, très utile pour étudier le travail de communautés d'utilisateurs et de bénévoles sur internet qui « ne travaillent pas : ils s'amuse » ! La seconde question de la table ronde portait sur les enjeux politiques ou éthiques des approches en termes de travail émotionnel. **Aurélijeantet** a répondu que la reconnaissance du travail émotionnel est éminemment politique dans la mesure où celui-ci reste peu reconnu et valorisé. Étudier les émotions ne signifie pourtant pas réification et instrumentalisation de celles-ci. Au contraire, affirmer le travail émotionnel est un moyen de discuter voire critiquer la normalisation et la standardisation des émotions utilisées dans l'économie ou les services. Par ailleurs, il ne s'agit pas de penser qu'une personne ou une situation peut se réduire à une expression affective dans un contexte donné. Des conditions sont à prévoir vis-à-vis des intéressés. Mettre à jour des stratégies défensives en lien avec la peur, par exemple, suppose un accompagnement pour permettre une prise de conscience. **Julien Bernard** a insisté sur l'utilité de la mise en confiance et l'intérêt d'exprimer les émotions dans la limite de la

souffrance potentielle des enquêtés. L'important étant de distinguer entre le travail émotionnel propre à la trajectoire personnelle et professionnelle des individus et ceux liés aux enjeux productifs ou marchands de l'activité. **Corinne Van De Weerd** a fait part de sa posture de psychologue donnant la possibilité d'exprimer les émotions négatives avec un accueil de cette souffrance, le but de l'intervention étant de comprendre l'origine de ces affects et d'agir sur les éléments d'organisation du travail mis en cause pour transformer la situation de travail. **Delphine Van Hoorebeke** a évoqué le problème sur internet de l'exacerbation des émotions avec des possibilités rapides de déviance ou de dérive. Du côté de la recherche, elle a attiré l'attention sur le développement au sein de l'université de règles éthiques produites par des comités d'éthique qui imposent leurs conditions, avec notamment des protocoles et exigences nom-

breuses à l'égard des personnes enquêtées (ex : définition de besoin en psychologues ou en psychiatres pour des conséquences négatives de la recherche sur les émotions). Par contraste, peu de protocoles existent concernant l'accompagnement et la prise en charge des chercheurs exposés au dévoilement de certaines informations (cas de violence ou d'agression, maladies...) et aux émotions associées. Les sujets de recherche n'étant pas nécessairement « légers », un consentement est nécessaire de part et d'autre. **Dominique Lhuillier** était invitée à conclure le colloque. Repartant de son parcours de recherche, elle a témoigné de nombreuses observations de travail émotionnel, part importante d'un travail productif invisible de nombreux salariés (mais aussi de personnes placardisées). Elle a rappelé l'importance de s'interroger sur « ce que fait le sujet du travail qu'il fait » mais a mis en garde contre une psychologisation

éventuelle pouvant apparaître dans la centration et le traitement des émotions au travail en lieu et place d'une analyse de la situation de travail et de sa complexité. Elle a appelé ainsi à ne jamais réduire le travail ni aux caractéristiques internes des travailleurs ni aux caractéristiques externes de la tâche. Présentant ensuite sa réflexion personnelle sur le concept de travail de santé (hérité de A. Strauss), construction permanente dans le travail et hors travail, elle a suggéré que le travail émotionnel pouvait être considéré comme une part du travail de santé. Le travail émotionnel supposant de passer des éprouvés aux mots, elle a rappelé l'importance de la symbolisation et de la socialisation au travail et a insisté sur la mobilisation des ressources du collectif sans quoi il n'y a pas d'efficience du travail de santé.

Infirmier de santé au travail : de la santé préventive à la reconnaissance de praticien en santé au travail

14^{es} Journées d'études et de formation du GIT*
Nantes, 8-10 juin 2022

EN
RÉSUMÉ

Ces journées ont permis de présenter la loi du 2 août 2021, l'exposition aux reprotoxiques et la grossesse, le rôle des infirmiers en santé au travail durant la pandémie. Ont également été abordés le handicap et le maintien dans l'emploi avec l'évolution de la réglementation. Enfin, ont été traités des sujets concernant directement les infirmiers avec les pratiques avancées et la question : qui prend soin des infirmiers ?

AUTEUR :

B. Juillard, Groupement des infirmiers de santé au travail (GIT).

MOTS CLÉS

Infirmier /
Crise sanitaire /
Grossesse / Produit
reprotoxique /
Handicapé /
Maintien dans
l'emploi /
Réglementation /
Santé au travail /
Femme enceinte

* Groupement des
infirmiers de santé
au travail.

SÉANCE INAUGURALE

P. Chamboredon (Conseil de l'Ordre national des infirmiers – ONI) a rappelé que, lors de la pandémie de Covid-19, les infirmiers de santé au travail (IST) se sont trouvés, eux aussi, en première ligne. Ils se sont fortement mobilisés pour l'accueil des salariés, la mise en place des protocoles sanitaires, les conseils prodigués aux travailleurs et aux employeurs. Plus tard, certains ont réalisé des tests de dépistage et des vaccins. Une enquête de l'ONI a montré une augmentation des risques psychosociaux dans la profession. Les infirmiers ont notamment craint de rapporter le virus au sein de leur foyer. Leur investissement a été souvent peu ou mal reconnu. L'IST assure ses missions conformément au Code de déontologie des infirmiers, au Code de la santé publique et au Code du travail. Le cadre législatif a évolué avec la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021. L'accent est notamment mis sur la prévention primaire et la lutte contre la

désinsertion professionnelle. Les IST se voient confier de nouvelles missions, dont certaines sur protocoles, pour pallier la pénurie de médecins du travail. L'élargissement des missions, préconisé par la loi, nécessite une montée en compétences et donc une universitarisation de la formation (Masters 1 et 2) pour une évolution vers la pratique avancée (IPA – infirmier en pratique avancée) pour les infirmiers qui le souhaitent. L'ONI considère que la montée en compétence des IST doit s'accompagner d'une meilleure reconnaissance financière. Il plaide pour l'accès des IST au statut de salariés protégés afin de leur permettre d'exercer leur profession en toute indépendance, comme les médecins du travail.

C. Piron (Direction générale du travail) a rappelé que la santé au travail est pilotée par le ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion, en collaboration avec les partenaires sociaux. Les médecins inspecteurs régionaux coordonnent, animent, contrôlent la qualité et la conformité des

Infirmier de santé au travail : de la santé préventive à la reconnaissance de praticien en santé au travail

services de prévention et de santé au travail (SPST). Qu'ils soient interentreprises (SPSTI) ou autonomes, ceux-ci sont régis par le droit privé et financés par les entreprises.

Pour faire face à la pénurie de médecins, des IST ont été embauchés dans les SPSTI. Leur nombre est en pleine croissance ; autant d'infirmiers que de médecins sont présents dans certains services, parfois davantage. Les SPSTI sont passés d'une approche purement médicale à une approche pluridisciplinaire dans laquelle chacun doit trouver sa place pour une collaboration efficace. Avec la loi du 2 août 2021, le médecin perd le droit de regard sur l'embauche de l'infirmier avec lequel il va travailler. Des missions de santé publique sont confiées aux SPST et peuvent être réalisées par les IST. Par ailleurs, leur rôle dans la prévention de la désinsertion professionnelle est renforcé. L'activité du médecin du travail est recentrée sur les situations complexes, non déléguables. Il conserve la visite d'aptitude et réalise la visite de fin de carrière afin de transmettre au médecin traitant les préconisations pour le suivi ultérieur. Il peut déléguer, sous sa responsabilité, certaines visites à d'autres médecins ou à des infirmiers, dans le cadre de protocoles écrits. L'infirmier exerce ses missions propres (rôle propre) et celles déléguées (rôle prescrit). Les examens complémentaires n'apparaissent plus dans le décret du 26 avril 2022** car ils font partie du rôle propre de l'infirmier (Code de la santé publique). L'article L. 4623-1 du Code du travail donne au médecin la possibilité de confier le suivi d'un salarié à l'IST avec un protocole (pour une addiction par exemple). L'État doit

garantir le suivi de chaque salarié en fonction des risques réels qu'il encourt. En France, le système de santé au travail se démedicalise et tend à se rapprocher de celui des autres pays européens, mais cela ne peut être au détriment du salarié. Dorénavant, les travailleurs indépendants ont également accès aux SPST.

La période de la pandémie a nécessité de nouvelles organisations : les téléconsultations ont notamment pris de l'ampleur. C'est à l'IST de décider s'il réalise les visites d'information et de prévention (VIP) sous cette forme. Il doit s'assurer du consentement du salarié et de la confidentialité de l'entretien. La formation des IST ne se limite pas aux VIP. Elle doit intégrer d'autres connaissances, notamment les risques professionnels. Les décrets concernant la formation seront publiés en 2023.

REPROTOXIQUES ET GROSSESSE : PRÉVENTION À TOUS LES STADES DE LA REPRODUCTION POUR LES HOMMES ET LES FEMMES

S. Malard (INRS) a rappelé que de nombreuses femmes en âge de procréer sont exposées à de multiples risques professionnels (contraintes organisationnelles, horaires atypiques, contraintes thermiques, rayonnements, charge physique, risques chimiques et biologiques notamment) qui peuvent avoir un retentissement sur une grossesse. Des textes prévoient la protection des salariées avec un changement de poste temporaire sans diminution de salaire ; les mesures doivent être prises le plus tôt possible.

Cependant, selon l'enquête nationale périnatale de 2016, 30 % des grossesses sont déclarées à l'employeur au cours du 3^e mois, et un quart des grossesses n'arrive pas à terme. Il est important d'informer, en amont, sur les risques, les mesures préventives, les dispositions réglementaires. Il faut encourager les femmes à contacter le SPST avant une grossesse, afin d'évaluer les risques et de prendre les mesures nécessaires le plus tôt possible. Les employeurs doivent également être sensibilisés à cet enjeu majeur et l'inscrire dans le document unique ; ils gagneront en réactivité pour soustraire les femmes aux risques non maîtrisés. Les IST ont un rôle capital à jouer.

Concernant spécifiquement le risque chimique, l'intervenant a rappelé que certaines substances peuvent rester plusieurs jours dans l'organisme, notamment selon le produit, la dose et la durée ou encore la période d'exposition. Certains produits sont nocifs pour les cellules germinales. Il faut tenir compte des fenêtres de vulnérabilité car une même substance n'aura pas les mêmes effets si l'exposition a lieu avant la conception ou pendant la grossesse. Les risques augmentent avec la dose et la durée d'exposition. Les perturbations sont d'autant plus graves qu'elles se produisent à certaines périodes particulièrement sensibles du développement du fœtus (formation d'un organe). Enfin, des effets différés sont possibles.

L'article R. 4624-19 du Code du travail dispose que « toute femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante est, à tout moment si elle le souhaite, orientée sans délai vers le médecin du travail ». Bien souvent

** décret n° 2022-679 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail.

elle ignore cette possibilité, d'où l'importance de l'information en amont.

Pour comprendre les risques chimiques en entreprises et proposer des actions de prévention, l'IST dispose d'outils :

- le document unique ;
- les fiches de données de sécurité (FDS) ;
- le règlement européen, dit CLP pour *Classification, Labelling, Packaging* (Classification, Étiquetage et Emballage) des substances et des mélanges, entré en vigueur le 20 janvier 2009, est applicable dans tous les pays européens. Il précise les classes de danger physique, environnemental et sanitaire, en particulier la toxicité spécifique pour certains organes, la mutagénicité sur les cellules germinales, la toxicité pour la reproduction ;
- l'agence européenne des produits chimiques (*European Chemicals Agency – ECHA*) propose une base de données gratuite (le site Internet est en anglais) ;
- les fiches DEMETER (Documents pour l'évaluation médicale des produits toxiques vis-à-vis de la reproduction) sur le site internet de l'INRS, accessibles avec le nom de la substance ou le numéro CAS. Il s'agit de tableaux de synthèse qui précisent les niveaux de preuve des effets. Rédigées pour les acteurs de la santé au travail, ces fiches contiennent notamment les informations sur les dangers de près de 170 substances pour la reproduction et proposent des conduites à tenir à destination des médecins du travail ;
- les recommandations de la Société française de médecine du travail / de santé au travail ;
- les fiches de la base de données Reprotox (papantes).

CRISE SANITAIRE ; L'INFIRMIER DE SANTÉ AU TRAVAIL AU CŒUR DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION

G. Decroix (*Mutuelle d'assurance du corps de santé français – MACSF*)

a rappelé que la crise sanitaire liée à la Covid-19 a fortement impacté les entreprises. Les pratiques professionnelles ont été bouleversées : beaucoup de déprogrammation de soins et de consultations, parfois du travail en mode dégradé qui favorise les erreurs. Les salariés étaient inquiets, ils ont été touchés de manière différente : travail maintenu avec crainte d'être contaminé ou de rapporter le virus dans le foyer familial, chômage partiel, télétravail obligatoire tout en assurant la garde des enfants, perte d'emploi pour certains. Les employeurs ont dû protéger le collectif de travail, mettre en place des indicateurs, rédiger des protocoles à partir d'une feuille blanche. Les infirmiers, dans les entreprises, ont informé, conseillé les salariés et les employeurs. Ils ont contribué à la recherche des cas contacts, assuré la surveillance des salariés en télétravail et confinés. Cette situation était difficile car les IST manquaient d'informations. Les scientifiques, confrontés à une nouvelle maladie, publiaient des données au fur et à mesure de l'avancée de leurs travaux. Le Code de la santé publique précise les prérogatives de l'État. L'article L. 3131-1, modifié par la loi du 31 mai 2021, stipule notamment que : « *En cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la Santé peut, par arrêté motivé, dans l'intérêt de la santé publique et aux*

seules fins de prévenir et de limiter les conséquences de cette menace sur la santé de la population, prescrire :

1° *Toute mesure réglementaire ou individuelle relative à l'organisation et au fonctionnement du système de santé ;*

2° *Des mesures de mise en quarantaine ou de placement et de maintien en isolement, dans les conditions prévues au I des articles L.3131-12 et L.3131-13 ».*

Par ailleurs, l'article L. 3131-4 dispose notamment que : « *Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales imputables à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 ou L. 3134-1 est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales mentionné à l'article L. 1142-22.* » (ONIAM).

Ainsi, l'infirmier est tenu de mettre en œuvre les demandes du ministère chargé de la Santé (tests, vaccinations), l'État en assumant les conséquences négatives éventuelles. L'IST peut être mis en cause pour des conseils insuffisants ou excessifs, le relai d'informations non prouvées scientifiquement, la rédaction de faux certificats de vaccination, des dérogations injustifiées, des erreurs de vaccination, la violation du secret professionnel. Lors des téléconsultations, il doit obtenir l'accord du salarié et s'assurer de la faisabilité de l'entretien en toute confidentialité. L'infirmier n'a pas le droit d'inciter des personnes à refuser

Infirmier de santé au travail : de la santé préventive à la reconnaissance de praticien en santé au travail

la vaccination. En effet, selon l'article L.1111-2 de la loi Kouchner du 4 mars 2002 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L.1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».

Concernant l'assurance des salariés au cours du télétravail, il a été rappelé qu'une blessure peut être reconnue comme un accident de travail selon l'article L. 1222-9 du Code du travail : « L'accident survenu sur le lieu où est exercé le télétravail pendant l'exercice de l'activité

professionnelle du télétravailleur est présumé être un accident de travail ». Le juriste attire l'attention sur les urgences en cas de télétravail : un salarié, à son domicile, ne se connectant pas à l'heure prévue pour la réunion nécessite de s'assurer qu'il n'est pas victime d'un malaise. Il est légitime que l'entreprise s'en préoccupe : il est sur son temps de travail, son lieu de travail ; des protocoles doivent être rédigés pour la conduite à tenir.

N. Debonne (Groupe Rockwool) a partagé son expérience d'IST lors de la crise sanitaire. Il a été confronté à une grande solitude, avec beaucoup de difficultés pour obtenir des informations. Le service interentreprises était fermé, le médecin non joignable, l'ARS collectait le nombre de cas Covid-19, mais ne donnait pas de marche à suivre. Il a contacté les salariés à leur domicile, établi la liste des personnes à risques, rédigé des protocoles pour la reprise de l'activité (mesures de sécurité renforcées, suivi et gestion des cas contact), préparé un tutoriel pour la conduite à tenir pour les salariés cas contact, réalisé des tests... Les échanges avec un collègue d'une autre entreprise étaient enrichissants et permettaient de confronter les vécus. Il retient de cette période une meilleure confiance en lui, le regard positif des collaborateurs de l'entreprise, des contacts locaux précieux, la richesse de travailler en réseau et, surtout, le sentiment d'exercer un beau métier avec des valeurs fondamentales.

D. Pellé (Mutualité sociale agricole – MSA) a exposé la mise en place de la téléconsultation dans le secteur agricole. Lors du confinement au printemps 2020, les agriculteurs se sont trouvés en difficulté. Les ouvriers agricoles étrangers

étant bloqués aux frontières, les agriculteurs ont fait appel à des personnes au chômage issues de la restauration ou de l'industrie aéronautique ne connaissant ni ce milieu, ni les risques afférents. Des visites d'information et de prévention initiale ont dû être réalisées par le biais de la téléconsultation. La trame des entretiens a été validée par le médecin du travail ; elle comprenait, entre autres, une information sur les risques professionnels spécifiques et sur les mesures de prévention contre la Covid-19. Les employeurs ont apprécié la mise en place de la téléconsultation : elle leur a permis de remplir leurs obligations légales sans perte de temps, les salariés ne s'absentant pas une demi-journée pour la visite. La MSA a reconnu l'efficacité du système, avec une diminution de l'absentéisme des salariés. Les IST ont rencontré des difficultés : la saturation du réseau informatique, l'absence de confidentialité des entretiens pour le salarié mais aussi pour le professionnel de santé télétravaillant à son domicile.

A. Harriss (Society of occupational medicine – Société de médecine du travail) a présenté son expérience de la crise sanitaire en Angleterre. Le Royaume-Uni est composé de l'Angleterre, de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord ; chaque entité dispose de ses propres règles et protocoles. En Angleterre, les magasins qui n'étaient pas de première nécessité ont été fermés au printemps 2020. Le 25 mars 2020, la loi sur la lutte contre le coronavirus a été mise en place, mais elle était peu respectée. Le 14 octobre 2020, elle a été complétée : quatre niveaux de gravité ont été définis. Une quarantaine à l'hôtel a été instituée pour les voyageurs arrivant de pays

à haut risque sanitaire. La notion de « bulle » familiale ou sociale est apparue ; elle est définie par un groupe de 6 personnes : foyer familial, ou regroupement social pour éviter l'isolement. Les quatre niveaux de gravité étaient associés à des mesures particulières :

- **Niveau 1** : les membres de différentes bulles peuvent se retrouver à l'extérieur avec une distanciation de 2 mètres, les supermarchés, bars et restaurants restent ouverts, les déplacements sont autorisés, avec des mesures barrières (masques...) pour les personnes vulnérables ;

- **Niveau 2** : le télétravail est encouragé, seul le travail indispensable est assuré en présentiel (santé, alimentation...), les personnes qui ne sont pas autorisées à travailler sont au chômage, l'État finançant 80 % des salaires. Les déplacements restent autorisés, les rassemblements à l'extérieur sont limités à 6 personnes, les bars restent ouverts ;

- **Niveau 3** : à l'extérieur, rassemblement de 6 personnes maximum ; à l'intérieur, uniquement la bulle familiale ou sociale, seuls les déplacements essentiels sont autorisés ;

- **Niveau 4** : confinement, pas de transport en commun sauf pour les personnes assurant un travail essentiel.

L'Angleterre a fait face à une augmentation fulgurante des cas de Covid-19. Le système de santé est arrivé à un point de rupture avec une pénurie de lits, un personnel débordé, dont une part importante a présenté un syndrome post-traumatique. Parmi le personnel soignant, de nombreux décès ont été comptabilisés, surtout parmi la population d'origine noire ou asiatique ; aucune explication n'a été trouvée. Il a été constaté moins de décès parmi le personnel des services de réanimation, certainement grâce à une meilleure ventilation des locaux, une attribution

d'équipements de protection individuelle (EPI) plus conséquente. Le gouvernement a dû relever plusieurs défis, dont l'achat massif de masques et gants, qui parfois se sont révélés de mauvaise qualité. L'enseignement a été réorganisé : seuls les enfants des salariés occupant des emplois de première nécessité ont été scolarisés en présentiel ; pour les autres, les cours étaient dispensés à distance. Les élèves du secteur public ont été défavorisés par rapport à ceux du secteur privé à cause du manque de moyens. En début de pandémie, les annonces quotidiennes avec des informations parfois contradictoires et le peu de connaissance des scientifiques ont entraîné une anxiété dans la population. Le personnel soignant est vieillissant, une partie a fait valoir ses droits à la retraite. Il s'avère difficile de le remplacer, un appel est fait vers l'étranger. Les infirmiers de sécurité et de santé au travail et les médecins ont collaboré avec les équipes au sein des entreprises, que ce soient les ingénieurs, les services hygiène, sécurité, environnement (HSE), RH, les représentants syndicaux. Les infirmiers ont été réquisitionnés pour effectuer des tests, vacciner, assurer un soutien psychologique. Ils ont également participé à un réseau de soutien pour les collégiens et lycéens. Actuellement, un groupe travaille sur le Covid long.

HANDICAP ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI : L'INFIRMIER DE SANTÉ AU TRAVAIL COORDINATEUR DU PARCOURS DU SALARIÉ

J.L. Phelippon (Maison départementale des personnes handicapées – MDPH – de Loire Atlantique) a rappelé que l'article L.5213-1 du

Code du travail stipule que : « *est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* ». L'article L.5213-2 du même Code précise les différentes orientations professionnelles possibles : un établissement, un service d'aide par le travail, le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle. Les mineurs âgés d'au moins 16 ans peuvent bénéficier de ces dispositifs ; l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Le décret du 5 octobre 2018 a simplifié la procédure de RQTH. Dorénavant, l'attribution est sans limitation de durée pour les pathologies non évolutives. Les demandes sont adressées aux MDPH qui accueillent, informent et accompagnent les personnes en situation de handicap. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne et d'une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de ces personnes. L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) est un dispositif ayant pour objectif d'inciter les employeurs privés et publics à embaucher des travailleurs en situation de handicap dans une proportion de 6 % de leurs effectifs ; l'article L. 5212-3 du Code du travail précise la liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH). Une RQTH doit s'accompagner d'une orientation vers le marché du travail, ou vers un centre de rééducation par le travail ou vers un établissement d'aide par le travail.

Infirmier de santé au travail : de la santé préventive à la reconnaissance de praticien en santé au travail

F. Vernon (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées – AGEFIPH) a présenté l'AGEFIPH qui a été créée par la loi du 10 juillet 1987 : celle-ci collecte et gère les contributions versées par les entreprises de 20 salariés et plus n'atteignant pas le taux d'emploi légal de 6 % de travailleurs handicapés. Elle a signé avec l'État et de nombreuses entités (Pôle Emploi, Caisse primaire d'assurance maladie – CPAM...) une convention nationale pluriannuelle multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés. L'AGEFIPH favorise la construction et la sécurisation des projets professionnels, elle contribue à l'intégration dans l'emploi. Elle participe au maintien dans l'emploi avec des aides financières pour l'aménagement d'un poste ou l'achat de matériel. Elle facilite l'accès à la formation. L'AGEFIPH répond aux besoins de la personne en situation de handicap et en particulier aux questions : quelle est la situation du salarié ? Est-ce que la collectivité est gagnante en coût financier et humain ? Elle peut faire appel à des experts pour les déficiences afin d'identifier les moyens de compensations pérennes, en particulier pour les déficits sensoriels. Le guide régional de l'AGEFIPH informe les personnes en situation de handicap sur les services, l'accompagnement et les aides financières pour favoriser leur insertion professionnelle. Elle propose aux entreprises des services et aides financières pour recruter et maintenir dans l'emploi les salariés handicapés. Les liens entre les MDPH et l'AGEFIPH facilitent les démarches pour les personnes en situation de handicap : RQTH, attribution de la carte d'invalidité et de l'allocation adulte handicapé (AAH).

L. Amiot (Cap Emploi) a présenté Cap Emploi qui exerce une mission de service public et s'adresse aux salariés des secteurs public, privé et aux travailleurs indépendants qui souhaitent une reconversion professionnelle. Il joue également un rôle prépondérant, pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour l'accès ou le maintien dans l'emploi. Il travaille en réseau avec l'AGEFIPH, les MDPH, Pôle Emploi. L'accès est gratuit pour les personnes et les employeurs. Un diagnostic est réalisé pour chaque demande. Les conseillers Cap Emploi disposent d'un outil : l'EPASST (Étude préalable à l'aménagement et à l'adaptation des situations de travail). Cap Emploi accompagne ainsi vers l'emploi, soutient à la prise de poste. Il peut intervenir à tout moment : à la suite de l'aggravation du handicap, d'une maladie, ou de l'évolution du poste de travail, quel que soit le statut du travailleur (secteur public, privé, indépendant), pour toute personne en activité ou en arrêt de travail. Il accompagne dans les démarches de RQTH. Plusieurs mois sont nécessaires pour finaliser un projet (8 à 9 en moyenne). Les solutions de maintien dans l'emploi peuvent être matérielles (siège, bureau...), techniques (logiciel...), organisationnelles (planning, temps partiel...), humaines (tutorat renforcé pour les problèmes cognitifs).

A. Deschamps (centre de développement de la santé au travail – CEDEST, Institut de santé au travail du Nord de la France – ISTNF) est infirmière coordinatrice de maintien dans l'emploi dans un SPSTI : elle coordonne la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (cellule PDP) dont le but est d'anticiper les situations d'inaptitude et de faciliter le reclassement. Les

articles 18 à 29 du titre III de la loi du 2 août 2021 concernent l'accompagnement des personnes en situation de handicap et la lutte contre la désinsertion professionnelle. L'article L4622-8 du Code du travail dispose notamment que : « ... le médecin du travail peut déléguer, sous sa responsabilité et dans le respect du projet de service pluriannuel, certaines missions prévues au présent titre aux membres de l'équipe pluridisciplinaire... ». Dans son service, quel que soit le statut du salarié (CDD, CDI, intérimaire, travailleur indépendant, apprenti sous contrat, avec ou sans RQTH, en activité ou en arrêt de travail), la cellule PDP intervient à la demande du médecin du travail, qui rédige une fiche de liaison avec l'accord du salarié en précisant les restrictions, les besoins d'aménagement de poste, la nécessité d'un reclassement en externe ou d'une réorientation professionnelle. L'IST contacte le salarié, réalise les demandes d'intervention, établit une fiche de suivi, envoie la synthèse au médecin qui peut alors ajuster les préconisations. En interne, la cellule PDP coopère avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire du SPSTI ; en externe, elle collabore avec de nombreux interlocuteurs : entreprise, CARSAT, CPAM, Cap Emploi, Pôle Emploi, médecin traitant, Fonds d'action sociale du travail temporaire (FASTT). L'essai encadré permet de favoriser le retour à l'emploi en testant la capacité à travailler au même poste, avec ou sans aménagement, à un nouveau poste ou à préparer une reconversion professionnelle. Sa durée est de 14 jours ouvrables en continu ou fractionnables ; le salarié est en arrêt et conserve ses indemnités journalières. La convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) est un outil de

l'assurance maladie qui s'adresse aux personnes ne pouvant pas reprendre leur emploi après un arrêt de travail. Elle permet une réaccoutumance au métier, l'apprentissage d'un nouveau métier dans la même entreprise ou dans une autre entreprise. La CRPE est renouvelable (3, 6, 9 mois) et limitée dans le temps avec une durée maximale de 18 mois. Elle est conclue entre l'employeur, la CPAM ou la Caisse générale de la sécurité sociale (CGSS) selon le cas, et le salarié.

APPROCHE HOLISTIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL POUR LA PROMOTION DU TRAVAIL DÉCENT

L. Lerouge (Centre national de la recherche scientifique – CNRS) a apporté une approche riche de réflexions sur le plan humain, philosophique, juridique, sociétal, économique et environnemental. Si la santé est un droit inaliénable, alors pourquoi la santé au travail ne le serait-elle pas ? Pour reconnaître ce droit, il faut un positionnement mondial porté par l'Organisation internationale du travail (OIT). Malgré la charte européenne de 1989, de nombreuses disparités persistent au sein de l'Union Européenne.

PRATIQUES AVANÇÉES EN SANTÉ AU TRAVAIL

N. Rauch (GIT, Réseau des infirmiers enseignants en santé au travail – RIEEST) et V. Bâcle (RIEEST) ont soutenu la possibilité pour les IST de devenir infirmiers en pratique avancée – IPA. L'article R. 5623-14 du décret du 30 janvier 2012 dispose notamment que

«...le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers... ». La loi du 8 août 2016 et son décret d'application du 27 décembre 2016 ont instauré les VIP. La loi du 2 août 2021 élargit le champ d'actions des infirmiers. Les IST sont de plus en plus impliqués, avec de plus en plus de responsabilités. Ils doivent monter en compétences afin d'assurer au mieux leurs missions ; la formation doit être universitaire et diplômante. L'infirmier praticien développe de nouvelles activités, l'infirmier clinicien effectue des actes médicaux délégués avec une expertise clinique. Le GIT et le RIEEST ont été auditionnés ensemble avant la parution de la loi de 2021 mais leurs propositions n'ont pas été prises en considération. Des IPA exercent dans 12 pays, dont l'Espagne, la Finlande ou encore l'Irlande. L'IST fait le lien entre le travail et la santé. L'IPA est en capacité d'utiliser ses connaissances scientifiques afin de poser un diagnostic mais il doit accepter les responsabilités inhérentes au jugement clinique et à la prise de décision. Les intervenantes se réfèrent aux 14 besoins fondamentaux décrits par Virginia Henderson. Ceux-ci permettent de suivre une trame, de soulever des hypothèses, de poser un diagnostic infirmier, de prodiguer des conseils de prévention et d'éducation à la santé. Dans la prise en charge globale du salarié, l'IPA évalue les problèmes physiques, psychologiques, sociaux, culturels. Il conseille, éduque dans le respect du Code de déontologie et de l'éthique. Ces soins relèvent du rôle propre des IST. La loi du 2 août 2021 donne la possibilité aux IST de réaliser des visites de reprise. Cependant, ceux-ci doivent s'interroger. Ils ont une responsabilité

vis-à-vis du salarié, de l'entreprise. Ont-ils les compétences requises ? Même si l'infirmier exerce sous la responsabilité du médecin, il reste responsable de ses actes.

L'IPA est force de proposition, pilote de projet. Il identifie les ressources utiles, conçoit et met en œuvre, recherche, analyse et produit des données, cherche à améliorer ses compétences, utilise le savoir, valorise ses pratiques. Sa fonction repose sur la formation à l'analyse clinique, la recherche, la capacité à mener des projets. Le programme de formation s'oriente vers un Master 1 commun à tous les IDE, quel que soit leur lieu d'exercice, comprenant les modules éthique, législation, langue vivante, santé publique, méthode de travail, méthode de recherche, avec un stage de 2 mois. Le Master 2 serait spécifique à la santé au travail avec une langue vivante, les bases fondamentales de la recherche, le management, la formation par partage d'expérience entre pairs, les pathologies professionnelles, un stage de 4 mois.

QUI PREND SOIN DE LA SANTÉ DES INFIRMIERS DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

G. Decroix (MACSF) a rappelé les points réglementaires qui concernent les missions des IST. Les IST prennent soin de la santé des travailleurs, dans le respect de leur Code de déontologie, du Code de la santé publique et du Code du travail. Ils sont souvent les premiers interlocuteurs des salariés, des chefs de service et des employeurs. Ils sont multitâches : VIP, accueil des urgences, actions en milieu de travail, formations (secourisme par exemple), participations au comité social et économique – CSE... Certains exercent

Infirmier de santé au travail : de la santé préventive à la reconnaissance de praticien en santé au travail

en SPSTI, d'autres en entreprise rattachés à la cellule HSE ou au service ressources humaines (RH). Les employeurs leur confient, parfois, des activités purement RH ou HSE, font pression sur eux pour obtenir des renseignements médicaux. L'IST, n'étant pas reconnu salarié protégé comme le médecin du travail, peut se trouver en porte à faux et en difficulté pour se positionner. L'IST doit être vigilant et se conformer à l'évolution des lois et des décrets le concernant. L'article R. 4312-63 du Code de la santé publique stipule que : « *En aucune circonstance l'infirmier ne peut accepter, de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où il exerce, il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité* ». L'article R. 4312-64 du Code de la santé publique, applicable depuis le 28 novembre 2016 précise que : « *L'infirmier salarié ne peut, en aucun cas, accepter que sa rémunération ou la durée de son engagement dépendent, pour tout ou partie, de normes de productivité, de rendement horaire ou de toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité ou à la sécurité des soins* ». Il peut être reproché à l'IST un non-respect des protocoles, une orientation tardive vers le médecin. Il est important que les protocoles soient écrits, datés, signés par le médecin et l'infirmier et réactualisés régulièrement. Une mise en cause est possible, pour un défaut de prudence, jamais pour un excès.

D. Blaise (Entreprise SOCOPA) a fait part de son expérience en service autonome. En effet, dans un SPSTI, l'infirmier œuvre au sein de l'équipe pluridisciplinaire avec les problématiques que peuvent engendrer les décisions de la

direction ou le manque d'effectif médical. En entreprise, sa situation est particulière : il a passé un contrat directement avec l'employeur des salariés dont il a la charge. Il doit rester neutre, factuel, sans porter de jugement de valeur, tout en adoptant le langage professionnel et les règles propres de l'entreprise. Il s'intéresse aux postes de travail, réalise rigoureusement la veille sanitaire. Il doit connaître toutefois ses limites. L'intervenante a rappelé quelques principes fondamentaux de l'IST : un salarié n'est pas un patient, l'IST a une obligation de moyen, pas de résultat et enfin, la déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle ne sont pas de son ressort. C'est l'employeur qui est responsable de la santé des salariés et doit trouver l'équilibre entre la production et la qualité de vie au travail (QVT). La logique de production et la santé ne doivent pas être opposées : un salarié est plus performant en sécurité et sans pathologie ni douleur.

M. Lootan (Assistance médicale & santé au travail – PmSm) a voulu brosser un portrait de l'infirmière. L'intervenante a choisi d'utiliser le féminin car cette profession est essentiellement féminine. Elle décrit une professionnelle qui fait preuve de courage, de patience ; qui prend soin des autres, combat pour bien soigner. Elle est discrète, disponible, a le sens de la pédagogie. Son sens de l'observation lui permet de déceler les difficultés, elle peut être source de proposition pour le service ou l'entreprise. Elle sait s'exprimer, s'adapter à chacun : salarié, chef de service, institution. Elle maîtrise les outils informatiques, fait preuve de méthode pour organiser son travail. Elle prend en charge les salariés avec des risques psychosociaux,

tout en étant elle-même exposée à ces risques. Les salariés attendent à la porte du bureau du médecin, pas à celle de l'infirmière. Ils entrent, bien souvent, sans frapper, sans se soucier si elle est au téléphone, s'il y a quelqu'un dans son bureau. Souvent son travail réel présente des écarts avec le travail prescrit, des glissements de tâches sont possibles (RH, assistante sociale...). De nouvelles tâches peuvent être confiées à l'IST (sur protocole par exemple) et, quelques années plus tard, le législateur les inscrira dans la loi (VIP par exemple). Certaines IST partagent leur temps de travail entre la fonction d'infirmier et celle de préventeur, ce qui peut engendrer des difficultés car un membre de la cellule HSE n'a pas la même position qu'une IST. Elle doit se protéger, se positionner, faire respecter son travail. Elle est disponible pour les urgences, mais doit poser un cadre pour le reste. Elle dit ce qu'elle fait, rappelle le cadre légal. Elle est force de proposition, en capacité d'évoluer, se forme tout au long de sa carrière. Toutes ces qualités et activités confèrent aux infirmières le droit d'accéder au statut d'IPA, le droit d'être reconnues salariées protégées.

F. Lohéac (Intervention prévention travail et santé – IPTES), psychologue du travail et chef de projet en organisation, s'intéresse à ce que chacun met en œuvre pour faire face aux contraintes du travail, aux modalités que chacun met en place pour transformer la souffrance en plaisir. Elle constate que les traits de caractère demandés aux infirmières sont juxtaposables à ceux que l'on attribue aux femmes. Elle fait référence au livre de Pascale Molinier, « *L'énigme de la femme active : égoïsme, sexe et compassion* ». La société attend

des femmes qu'elles soient à l'écoute, compatissantes et sensibles aux besoins matériels et psychologiques de leur entourage. Fabienne Lohéac met en évidence une confusion entre ces qualités stéréotypées de la femme et celles attendues chez l'infirmière. Cette dernière est vue comme une héroïne exerçant un métier compassionnel.

L'individu arrive incomplet à l'âge adulte ; la construction de son identité s'élabore sur la scène familiale, amicale, sociale, professionnelle au travers du regard porté sur lui. L'humain a besoin de se sentir utile, il est en quête de reconnaissance. Les chômeurs sont en moins bonne santé mentale. Toutes les situations ne sont pas égales : des métiers sont plus propices à la créativité, certains engendrent des contraintes de temps, de cadence, de normes de production. À l'heure actuelle, certaines professions habituellement occupées par des hommes accueillent des femmes ; mais le *ratio* est loin d'être proportionnel. Il subsiste un certain déséquilibre comme chez les infirmiers(ères). La représentation de cette profession dans la société rend la reconnaissance plus difficile car le travail de prévention n'est pas toujours visible. Si la reconnaissance vient du regard de l'autre, il faut aussi être fier de son activité. Quatre niveaux de reconnaissance sont décrits par l'intervenante :

- existentielle : cette personne existe, je m'intéresse à elle, je prends soin d'elle, je la respecte ;
- jugement de beauté par les pairs : bel ouvrage avec le respect des règles de l'art, des règles du métier. Le professionnel, jugé sur la qualité du travail, fait partie d'une communauté ;
- le résultat du travail : achevé, inachevé, suffisant, insuffisant ;
- le salaire.

Il ne suffit pas de décréter un travail en équipe pluridisciplinaire pour qu'une coopération existe. Le groupe est formé par les personnes du service mais le travailler ensemble repose sur la volonté de chacun. Les règles communes sont élaborées en prenant en compte les parties technique, sociale (relations), le langage éthique (arbitrage), la reconnaissance du travail réalisé. Même si un objectif commun est recherché, chaque acteur doit conserver son autonomie. Les tensions sont résolues au sein du collectif. La verbalisation du ressenti est importante. Le manque d'anticipation, de réponse, de concertation, les difficultés non reconnues favorisent les difficultés relationnelles et entretiennent le manque de reconnaissance. Il en est de même pour le manque de confiance, l'absence de règles communes. L'infirmier doit s'adapter aux différentes consignes s'il exerce avec plusieurs médecins. Ses missions sont en lien avec le cadre légal mais aussi avec la diminution du nombre de médecins. L'IST est exposé à un certain nombre de risques, en particulier le glissement de tâches. Il doit savoir se positionner en s'appuyant sur les différents codes qui régissent la profession.

RETROUVEZ
tous les articles publiés
dans la revue sur le site
www.rst-sante-travail.fr



Recevez le sommaire
électronique
à la sortie
de chaque numéro

En pratique



→ Ce numéro en PDF

- Abonnez-vous à la revue papier
- Abonnez-vous au sommaire électronique de la revue
- Proposez un article
- Voir les autres numéros
- Recommandations aux auteurs

Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement

56^e congrès de la SELF*
Genève, 6-8 juillet 2022

EN RÉSUMÉ

En écho aux différentes évolutions du monde du travail, ce congrès de la Société d'ergonomie de langue française (SELF) a voulu mettre l'accent sur les travaux portant sur la vulnérabilité des sociétés actuelles face aux risques sanitaires, industriels, naturels, sociaux ou technologiques. Plus précisément, il avait pour ambition de fédérer des réflexions menées en ergonomie et dans des disciplines proches, autour de la manière dont les institutions, les entreprises, les collectifs de travail, les communautés et les individus anticipent ces phénomènes, s'y adaptent et œuvrent pour les surmonter.

AUTEURS :

C. Van de Weerd, J. Marc, B. Paty, département Homme au travail, INRS.

MOTS CLÉS

Crise sanitaire /
Risque émergent /
Risque psychosocial /
RPS / Organisation du travail /
Conditions de travail /
Ergonomie /
Reproduction

* Société d'ergonomie de langue française.

Le congrès était articulé autour de 4 conférences plénières, 20 sessions thématiques, 10 ateliers et 13 symposiums, ainsi que de plusieurs espaces et animations scientifiques (expositions photos, jeux, quizz, pièce de théâtre, stands...). Au travers des différentes communications, rencontres et autres formes d'échanges, la communauté d'ergonomes a montré sa capacité à rester en prise avec les réalités du monde du travail et à poursuivre son ouverture vers d'autres disciplines ayant également le travail au centre de leurs préoccupations.

Ce compte rendu ne vise pas à rendre compte de manière exhaustive de l'ensemble du congrès, mais à faire ressortir certains thèmes abordés qui peuvent présenter un intérêt particulier pour les préventeurs et services de prévention et de santé au travail. Les sessions portant sur les situations de

vulnérabilité sélectionnées pour cet article s'articulent autour de trois questions :

- à quelle échelle intervenir sur la gestion des risques professionnels ? Et comment ?
- quels développements pour la fiabilité et la sécurité des systèmes ?
- comment agir ensemble et durablement sur les situations de vulnérabilité numérique, sociale, économique, démocratique, écologique... ?

Après l'ouverture du congrès par **B. Barthe (Université de Toulouse)** et **R. Weissbrodt (Haute École de santé, Valais)**, la première conférence plénière, consacrée à « **La participation et au dialogue social** », a montré l'importance d'un dialogue social efficace pour une approche ergonomique holistique dans l'avenir du travail. **J.S. Bonny (CHU d'Abidjan, Côte d'Ivoire)** a explicité l'enjeu d'instaurer et de maintenir un dialogue social de qualité entre

Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement

les représentants des gouvernements, les employeurs et les travailleurs pour le développement des organisations d'un point de vue institutionnel. Il a mentionné que la qualité de ce dialogue est conditionnée par le fait de disposer d'organisations fortes et indépendantes, une volonté politique affirmée d'engager ce dialogue, le respect des droits fondamentaux et un soutien institutionnel approprié. Il a précisé que l'ergonomie favorise une approche holistique dans laquelle toutes les conditions sont prises en compte : physique, cognitive, sociale, organisationnelle et environnementale.

Ensuite, **H. Hamzaoui (Organisation internationale du travail – OIT)** a rappelé que, depuis maintenant 100 ans, l'OIT participe activement à l'organisation de ce dialogue social. Elle s'associe à l'ergonomie pour réfléchir aux changements que le monde du travail connaît aujourd'hui et aux manières d'y répondre. L'intervenant a ainsi indiqué que la récente « *déclaration sur l'avenir du travail* » de l'OIT a pour objectif de répondre aux changements profonds du monde du travail, impulsés par les innovations technologiques, l'évolution démographique, le changement climatique et la mondialisation. Ainsi, dans l'optique de réduire les vulnérabilités au travail, l'OIT a choisi de mettre en avant quatre orientations pour ces prochaines années :

- l'égalité de genre ;
- l'apprentissage tout au long de la vie ;
- la protection sociale universelle ;
- l'accompagnement lors des transitions (par exemple lors de crises sanitaires).

De son côté, **M. Poy (Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle – ICSI, France)** a amené des précisions sur la définition de ce qu'on doit entendre par « vulnérabilité ».

Cette expression peut être vue comme une conséquence qui se manifeste chez les personnes dans les systèmes en tant que forme de fragilité préalable, ou bien comme une condition inhérente aux systèmes, c'est-à-dire un phénomène faisant partie d'un processus d'équilibration toujours instable. Pour lui, la vulnérabilité et la résilience constituent deux facettes d'une même pièce, rapportées à la capacité d'adaptation face aux risques émergents. Les défis de l'ergonomie consistent à réduire les vulnérabilités, mais aussi à penser la résilience des systèmes afin d'augmenter les capacités d'anticipation. L'enjeu essentiel est d'agir sur le système non pas uniquement de façon réactive, mais aussi, et surtout de façon préventive. Face à la vulnérabilité des personnes et des systèmes, causée, entre autres, par un environnement de travail complexe, l'alternance de cycles temporels de plus en plus courts, l'émergence de risques professionnels nouveaux ou encore l'évolution de la pyramide des âges, la recherche de solutions se situe au niveau de la lutte contre les vulnérabilités et non pas sur la focalisation sur l'individu et ses caractéristiques. Les liens existant entre l'ergonomie et la santé peuvent permettre à cette discipline de participer activement à cet apport.

K. De Meester (Fédération des entreprises de Belgique), livrant son point de vue de représentant d'un syndicat patronal européen, a mis particulièrement l'accent sur l'évolution du travail et ses impacts pour les entreprises et les travailleurs. La question est de mettre en place des organisations qui permettront d'augmenter la capacité des travailleurs à s'organiser et à s'adapter face à cette évolution constante, grâce à une approche globale et holistique, et notamment à travers le dialogue

social, mais aussi d'autres leviers comme la formation et la gestion des ressources humaines.

Quant à **A. Ponce de Castillon (Institut Syndical Européen, ETUI – European Trade Union Institute)**, elle a donné à voir combien les technologies émergentes et les organisations du travail mouvantes ont un impact sur les travailleurs et quels en sont les enjeux. Les technologies, telles que le traitement linguistique, les exosquelettes ou les robots collaboratifs sont produites pour assister l'être humain dans la réalisation de certaines tâches. De nouveaux comportements humains se sont développés avec l'introduction de ces technologies nouvelles. L'interaction homme-machine est profondément modifiée, car les technologies et les humains sont de moins en moins séparés. Dans ce contexte, de nombreux défis sont à relever. L'ergonomie trouve toute sa place parmi les disciplines ayant l'objectif d'anticiper l'avenir, d'aider les salariés dans leur travail et de préserver leur santé. Les pistes qui s'orientent vers la concertation sociale en vue d'une meilleure anticipation des évolutions à venir s'inscrivent dans ce schéma. L'intervenante a illustré son propos par un exemple de dialogue social dans le cas de l'intelligence artificielle afin de montrer que des actions de concertations sociales sont possibles.

Une session consacrée aux « **Vulnérabilités psychosociales** », présidée par **C. Van De Weerd (INRS)**, a abordé ce thème sous l'angle de la mise en œuvre d'actions pour lutter contre le harcèlement, le *burnout*, les conduites addictives, ou encore les violences au travail. Un point commun aux communications présentées concerne l'approche particulièrement intégrative de la prévention.

Elle fait intervenir divers acteurs et mobilise des moyens partagés, intégrés, pour donner lieu à une articulation des actions menées. Dans cette session, **I. Garnier et R. Blick (Addhoc Conseil)** ont montré que le cadre réglementaire et juridique ne suffit pas toujours pour éviter la manifestation d'actes générant de la souffrance au travail. L'intérêt de mener une prévention des risques psychosociaux a été souligné. Un exemple d'enquête menée sur le harcèlement a permis d'illustrer le rôle joué par des facteurs individuels, mais aussi, et surtout, des facteurs organisationnels du travail. La présentation de ce travail a permis de mettre l'accent sur l'importance de développer des mesures de prévention qui soient les plus collaboratives et intégratives possible.

Toujours dans le cadre de la prévention des risques psychosociaux, une étude réalisée par un collectif représenté par **L. Rochat (Unisanté, Suisse)** a révélé que le *burnout*, même s'il n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle, est quasi exclusivement pris en charge par des médecins. Or l'étude fait ressortir la pertinence de recourir à des réponses multiples de type pluridisciplinaire pour faciliter le retour au travail et permettre d'agir en prévention.

De même, **S. Fettah (Université de Picardie Jules Verne)** considère la variété des situations pour prévenir les conduites addictives et agir de façon intégrative. Il montre que les représentations sociales et professionnelles jouent un rôle essentiel dans la façon de percevoir et de traiter les conduites addictives. Des pistes ont été données pour faire changer ces représentations et adapter les mesures de prévention en tenant compte de la variété des pratiques et des situations.

C. Van De Weerdt (INRS) a présenté

un travail mené avec **L. Le Douce (Caisse nationale de l'assurance maladie)** pour apporter un éclairage ergonomique pour la prévention des violences externes en services d'urgences hospitalières. Dans un contexte d'augmentation des violences externes à l'hôpital et ailleurs, la prévention est d'autant plus importante à développer. Un outil est proposé pour articuler différentes mesures préventives et surtout, les intégrer en prenant en compte plusieurs dimensions. Quatre dimensions sont considérées, de nature préventive, organisationnelle, collective et temporelle. Cet outil est destiné à aider les préventeurs dans l'élaboration de leur démarche de prévention intégrative, qui, comme cela a été montré dans les quatre communications de cette session, constitue un gage de réussite.

Dans la continuité, un symposium consacré à la « **Prévention des risques reproductifs et à la conciliation travail-maternité** » était organisé par **I. Probst (Haute École de santé Vaud, Lausanne)**. L'idée générale qui ressort de ce symposium est le nombre élevé de législations nationales qui établissent des politiques de prévention des risques professionnels spécifiques à la grossesse et à la période périnatale. En effet, durant ces périodes, la salariée, l'issue de la grossesse et l'enfant sont particulièrement vulnérables à certaines expositions chimiques, physiques, biologiques et psychologiques. Les travaux présentés montrent que si ces législations – comportant souvent des aménagements de poste voire un retrait de l'activité de la travailleuse enceinte ou allaitante – apparaissent globalement efficaces, elles demeurent toutefois difficiles à appliquer pour certains milieux

de travail. Par ailleurs, même appliquées, ces mesures de prévention différenciées pour la grossesse et la maternité peuvent être sources de tensions dans les équipes, voire exacerber des discriminations de genre. Après un rappel des différents enjeux et de l'intérêt de disposer d'actions de prévention efficaces et favorables à l'égalité de sexe et de genre, les cinq communications présentées ont proposé différents éclairages de ces enjeux en se basant sur des recherches ou des interventions récentes dans divers milieux de travail (secteur de la santé, service de secours ou d'autres milieux) de pays francophones (France, Québec, Suisse).

En s'appuyant sur ses propres données et sur des connaissances récentes, **C. Vaillancourt (Institut national de recherche scientifique au Québec)** a apporté sa compréhension des effets de facteurs environnementaux (polluants, contaminants, pandémies, inondations, stress, dépression, agents pathogènes, médicaments) sur la fonction endocrinienne placentaire et le développement du fœtus. Elle s'est appuyée notamment sur des données reliant bio-signatures placentaires et santé des femmes enceintes. Plus précisément, à partir de données d'une cohorte australienne de 2011, l'auteur a pu montrer qu'avoir vécu un stress durant la grossesse (une catastrophe naturelle telle qu'une inondation) affectait significativement l'expression de gènes placentaires.

De son côté, la communication d'**A.R. Gravel (Université TÉLUQ, Québec)** a présenté une démarche québécoise participative de prévention en milieu professionnel destinée à favoriser une maternité « sans danger ». L'auteure a montré qu'en plus d'éliminer les situations de travail à risque durant la

Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement

grossesse, cette démarche favorisait un mieux-être psychologique au travail et une bonne performance organisationnelle.

Dans son intervention, **A. Abderhalden-Zellweger (Unisanté, Suisse)** a présenté les apports et limites d'une consultation spécialisée en médecine du travail entre 2015 et 2021 auprès de 312 employées enceintes. À la suite de cette consultation, 260 employeurs avaient été contactés pour réaliser des analyses de risque et des aménagements de poste et, au total, 40 % des employées pour qui il a été possible de contacter l'employeur avaient pu retourner au travail dans des conditions aménagées. Les effets bénéfiques de cette consultation ont été discutés non seulement sous l'angle de la prévention des risques professionnels, mais plus largement sous celui de la conciliation entre travail et grossesse.

Par la suite, **D. Corbaux (Service départemental métropolitain d'incendie et de secours - SDMIS)** a abordé la grossesse, la parentalité, la santé génésique au sein du métier de sapeur-pompier, traditionnellement masculin, à travers une enquête par questionnaire portant sur 428 femmes sapeurs-pompiers. Sa discussion a porté sur une carence d'informations disponibles pour cette population à propos de la maternité, sur l'application de mesures spécifiques pour accompagner favorablement la période de grossesse, le retour à l'activité, la parentalité, mais aussi le collectif de travail pour répondre aux contraintes du métier. Enfin, la dernière communication de **V. Bustamante (Centre hospitalier universitaire vaudois - CHUV, Suisse)** a présenté un projet-pilote mis en œuvre en 2019 par le pôle ergonomie de l'Unité santé et sécurité au travail du CHUV. Ce dernier visait les femmes enceintes occupant

un poste informatisé au CHUV. L'objectif était d'identifier les éléments de l'activité et du poste permettant de favoriser le maintien en activité tout au long de la grossesse, étant entendu que sur ces postes, la grossesse peut engendrer diverses symptomatologies (fatigue, jambes lourdes, lombalgie...) pouvant générer des difficultés pour l'activité, voire des périodes d'incapacité de travail.

Les échanges et débats lors du symposium ont porté sur les limites associées aux actions de prévention pour réduire les risques pour la maternité sur les lieux de travail et sur la prise en compte d'un contexte social plus vaste.

Un atelier portant sur « **Les émotions** », co-organisé par **R. Dickason (Université Gustave Eiffel, Paris)**, **A.M. Guénette (Haute École spécialisée de Suisse occidentale - HES-SO, Suisse)**, **J. Perriard (Aide à la résolution de conflits, ARC, Suisse)**, **J. Arnoud (Université Paris Est Créteil)**, et **N. Vukašinović (Haute École de gestion, Suisse)** a permis d'interroger les aspects émotionnels du travail sous un format original. L'atelier avait un double objectif : faire discuter les participants autour des émotions manifestées par des salariés en situation de travail, et également autour des émotions ressenties par les ergonomes-intervenants (qui manifestent leurs émotions ou les retiennent). La présentation d'une vidéo d'une opératrice à son poste de travail, ayant généré des émotions fortes chez elle en situation d'auto-confrontation (donc en différé), a amené des discussions. Les questionnements ont porté sur la gestion des émotions de l'autre, mais aussi sur la réaction émotionnelle de l'intervenant témoin de cette scène. Il apparaît que cette question suscite des débats et

que l'atelier a constitué une occasion de mettre en évidence des pratiques d'ergonomes très différenciées sur le plan de l'expression des émotions et sur les stratégies personnelles déployées pour réguler ses émotions et celles d'autrui. Les participants ont exprimé une volonté que les émotions soient davantage prises en compte dans les études sur le travail, même si elles sont de plus en plus reconnues depuis la dernière décennie.

Une pièce de théâtre a été présentée aux congressistes, qui s'intitule « **D'arrache corps** » et porte sur la souffrance et le plaisir au travail. La compagnie El Salto a particulièrement réussi à allier approches artistiques et scientifiques pour montrer comment les arts de la scène (théâtre et cirque) et les recherches en psychodynamique du travail pouvaient se rencontrer et créer un éveil puissant sur le travail et ses évolutions. Cette pièce démarre avec la situation d'un salarié qui vient d'être embauché au sein d'une usine de fabrication de saucisses. Il entre dans l'univers goûteux et désenchanté d'une fabrique en pleine transition suite à son rachat par une multinationale. Se dessine alors une allégorie du travail acerbé et déraisonnable qui conduit le spectateur à s'interroger sur ce vécu de travailleurs mis en mouvement, qui avancent sans savoir s'ils s'engagent trop ou pas assez.

La session sur « **L'évaluation des risques spécifiques** » a amené à se questionner sur les processus en jeu dans la réalisation de l'activité et du besoin de faire évoluer les aspects méthodologiques d'approche et d'analyse. En effet, l'ergonomie, qui prône une approche globale et systémique depuis ses origines, est-elle en mesure de porter le regard sur

l'activité, la fluidité de son processus, et d'élargir sa focale d'analyse à une échelle macroscopique ? Les cas parfaitement illustratifs portant sur la préparation des traitements en radiothérapies externes, sur l'activité de guides en haute montagne et sur la prise en compte du « risque plomb », permettent de considérer l'évaluation des risques dans son caractère intégrateur et global. Ces cas permettent également de considérer les mesures préventives les plus adaptées en faisant intervenir un ensemble d'acteurs parfois pluridisciplinaire pour atteindre un meilleur niveau de santé et de sécurité des travailleurs. Par exemple, en prévenant les discontinuités de l'activité de travail et en améliorant la fluidité, en prenant en compte les aspects psychosociaux de la relation entre guides de haute montagne et clients, en plus des spécificités des situations et des grands changements climatiques, et en mobilisant toute une équipe de santé, il est possible d'agir efficacement sur la prévention des risques professionnels.

Le symposium coordonné par **M. Laberge (Université de Montréal, Canada)**, consacré au thème « **Genre et intersection des vulnérabilités** », a mis l'accent sur les écarts importants qui peuvent exister en matière d'égalité professionnelle dans le travail. Une première étude de cas a révélé des différences importantes de parcours professionnels selon le genre entre médecins généralistes notamment dans des zones désertifiées, les femmes connaissant plus fréquemment une fragmentation de leur parcours relativement aux hommes. La deuxième étude de cas a porté sur le thème du handicap et des barrières que peuvent rencontrer certaines personnes dans le cadre de leur travail, surtout lorsqu'il est associé à

d'autres caractéristiques pouvant amener à des discriminations. Sont citées les discriminations intersectionnelles (cumul de plusieurs motifs de discrimination) particulièrement prégnantes chez les femmes issues de l'immigration. Une troisième étude de cas a concerné une population de jeunes apprentis à risque d'exclusion sur le plan économique et social. Des propositions pour réduire ce risque ont été décrites, comme celles privilégiant l'instauration d'un solide climat de confiance, la valorisation des savoir-faire. Une quatrième étude de cas a fourni des informations sur les représentations liées à la masculinité qui peuvent amener des femmes à avoir des difficultés à s'insérer dans des milieux de travail à dominance masculine. Une cinquième étude de cas a permis d'interroger les pratiques et la posture des ergonomes vis-à-vis de ces inégalités exposées à travers les différentes études de cas. Il ressort des débats avec la salle que favoriser l'inclusion de personnes ayant des profils variés profite à tous les acteurs du monde du travail. Les iniquités perpétuées ou nouvelles appellent à intégrer de nouveaux concepts et de nouveaux modèles d'intervention. De plus, le symposium a amené à se questionner sur ce que l'ergonomie peut changer dans sa pratique et ses applications. L'exemple cité relatif à l'adaptation de la méthode d'auto-confrontation révèle qu'il est possible d'utiliser cette méthode de façon pertinente en l'adaptant au public participant, même si celui-ci présente un risque d'exclusion et un manque de confiance en lui.

La présentation du film-reportage intitulé « *Les femmes de l'eau* » (accessible en ligne), fruit d'une collaboration entre le groupe GAS (Genre, Activité, Santé), le projet ANR-PRCI-ITAPAR (Agence

nationale de la recherche-projet de recherche collaborative entre entités publiques dans un contexte international-Innovations et transformations pour l'activité de prévention de risques professionnels) et le professeur et réalisateur brésilien Roberto Novaes, a apporté un regard ethnographique à cette session. Ce film donne la parole à des femmes sur l'activité de travail de pêche au Brésil et les conditions dans lesquelles l'activité est exercée. Plusieurs sujets forts y sont abordés, comme la division sexuée du travail, l'invisibilité des femmes, la dévalorisation de leur travail, mais aussi la fierté d'être indépendante, les savoir-faire, l'écart entre travail produit et représenté, l'approche intégrative pour maintenir le travail et la santé, le rapport à l'environnement qui rompt avec le rapport de domination. Le film soulève des questions qui engagent les perspectives d'intervention au-delà de l'échelle de l'activité. Il interpelle les choix sociétaux relevant, notamment, d'options technologiques (amenant à une pollution de l'eau). Les échanges ont mis en évidence le lien entre vulnérabilités au travail et gestion des risques professionnels, mais aussi les réflexions sur les moyens d'intervenir. Le réalisateur insiste sur le pouvoir d'éducation que permettent un film et sa diffusion. La vidéo semble aller encore plus loin quand elle permet de questionner la vulnérabilité numérique, sociale, économique, démocratique, écologique... pour réfléchir aux moyens d'agir ensemble et durablement. Son visionnage, ainsi que le débat introductif et les discussions qui ont suivi, ont donné à voir comment les images sur le travail permettent d'interroger la recherche, avec un objectif partagé entre les acteurs, et d'établir un dialogue à

Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement

propos d'une certaine conception de la démarche scientifique.

La session « **Soutenir la participation et le dialogue** » animée par **I. Rousselot (Conseil général du Département de la Seine-Saint-Denis)** a porté principalement sur les espaces de débats et leur organisation. Après avoir connu une phase d'essoufflement depuis les lois Auroux des années 80, les espaces de discussion sur le travail font l'objet d'un regain d'intérêt dans les travaux d'ergonomie avec deux hypothèses. La première est qu'ils favorisent des discussions sur le travail dont il est raisonnable de penser qu'elles sont bénéfiques aux salariés. La seconde est que ces espaces de débat contribueraient à des aménagements organisationnels qui engageraient la chaîne hiérarchique. Cette session s'est proposée d'illustrer ces points de vue à travers trois communications. La première a dressé un bilan de sept années d'implantation d'espaces de discussion au sein d'une entité bancaire. La deuxième et la troisième ont présenté l'intérêt d'outiller ces temps d'échange particuliers par l'introduction d'objets intermédiaires comme des simulations d'activités ou des maquettes, pour structurer la participation au sein des espaces de débats. Il ressort de ces communications que ces espaces de débats étaient favorables à la résolution de problèmes, particulièrement lorsque ces problèmes mobilisaient une multitude d'acteurs. De même, l'utilisation d'objet intermédiaire facilitait la structuration des débats en les contenant autour du thème de débat commun. Son introduction favorise aussi l'implication de la chaîne hiérarchique, particulièrement dans des projets de conception. Il reste toutefois que cette implication, au-delà

d'un projet de conception ou d'un problème bien circonscrit, reste problématique. D'une manière générale, les espaces de débat sont souvent utilisés dans une logique de confrontation sur des problèmes locaux à des fins de développement de l'autonomie des équipes plutôt que dans une logique « d'exploration » des fonctionnements organisationnels. Ainsi, l'adressage des sujets et des propositions exposés dans ces débats semble moins spontanément intégrer les « managers de managers » qui sont rarement interpellés par ces débats. Si ces « managers de managers » peuvent être sollicités dans un deuxième temps sur la base des conclusions de ces espaces de débat, le dialogue social entre les différents échelons du management s'essouffle rapidement, car moins nourri. En effet, si le dialogue sur le travail accroît le pouvoir d'agir des équipes, il ne manque pas de lever régulièrement la question de l'adaptation du cadre organisationnel ou stratégique de l'action locale.

Une session animée par **B. Cahour (directrice de recherche CNRS – Télécom Paris – Institut Polytechnique de Paris)** sur le thème « **Intermittences, insertions et vulnérabilités** » a traité de la vulnérabilité et de la précarité des conditions de travail et de l'emploi de cinq types de populations selon trois approches. Dans la première approche, la question du contrôle des risques par les acteurs a été débattue pour deux populations : les livreurs à deux roues et les artistes de rue. Cette approche est abordée à la fois du point de vue de leur « nécessaire » engagement dans la production et du point de vue des conditions de travail précaires. Chez les livreurs à deux roues, ces conditions de travail

sont connues, mais peu prévisibles et contrôlables (planification de leurs livraisons pilotée par un algorithme et conditions de circulation variables), alors que pour les artistes de rue, celles-ci sont souvent inconnues, mais contrôlables par le développement de l'expérience individuelle. La deuxième approche portait sur l'intérêt d'employer une démarche orientée vers les compétences. Elle a été illustrée au travers de deux autres cas : celui de salariés en réinsertion et de jeunes salariés encore non autonomes financièrement. Les approches centrées sur les problèmes proposés initialement se sont montrées inopérantes pour ces deux populations. Les deux présentations ont mis en avant qu'une mauvaise formulation du besoin pouvait engendrer des solutions qui menaient sur des « voies de garage » : la reprise d'un emploi, mais sans possibilité de développement, et une « éducation financière » pour des jeunes salariés qui cherchent plus à intégrer les contraintes de la vie associées à leurs désirs d'autonomie. Seul un basculement d'une approche focalisée « problème » vers une approche basée sur les « compétences » a permis d'envisager des pistes d'actions futures plus favorables. Une dernière approche a été également mise en avant lors de cette session, qui se veut technologique, via l'utilisation de données issues du *Big Data* pour faire une évaluation des risques de décrochage professionnel de certains salariés. Les résultats recueillis grâce à l'emploi de cette démarche devraient permettre aux médecins du travail d'affiner leurs diagnostics et conseils. Sur le plan des méthodes, il ressort deux points qui méritent d'être soulignés. Le premier a trait à l'utilisation de photos pour amorcer les entretiens et faciliter l'expression du vécu des artistes de rue.

Le second concerne l'émergence de la possibilité d'usage du *Big Data* dans l'évaluation des risques professionnels.

Une session animée par **V. Boccara (Université Paris Saclay)** sur « **Les fiabilités des systèmes complexes** » a présenté cinq communications dont la majorité apporte un nouveau regard sur la gestion de la fiabilité des systèmes complexes. Les réflexions se sont fixées sur les grands systèmes (nucléaire, hôpitaux...) dans lesquels de nombreux acteurs, qui n'ont pas nécessairement les mêmes moyens, les mêmes contraintes, ni les mêmes objectifs, doivent coopérer pour maintenir un certain niveau de production du système technique. La question de la fiabilité renvoie ici à une possibilité de déstabilisation du système. Deux communications questionnent l'identification précoce de facteurs de vulnérabilités. La première s'appuie sur une approche par entretiens. Il s'agit de questionner les réactions de plusieurs acteurs locaux (simple citoyen, élu, président de commune) sur leur vécu probable, de situations de crise et leurs réactions possibles face à un scénario de crise qui leur est proposé. La seconde s'appuie sur l'usage de « cas » vécus restitués dans l'opérationnalisation des formations à la sécurité. Cette dernière méthode permet de révéler rapidement des « configurations redoutées [...] sources de complexité subjective » avec des risques de « *se voir entraîné dans un domaine de moindre compétence où il [l'acteur] serait confronté à des aspects du contrôle de ce processus qu'il ne serait pas en mesure de maîtriser* ». À l'inverse, cette méthode met aussi en évidence des configurations favorables à un travail en sécurité. Une autre communication relate de nouvelles

failles de sécurité amenées par la *supply chain* (chaîne d'approvisionnement) dans les systèmes complexes ultra-sûrs. Généralement, la sécurité de ces systèmes passe par un contrôle total de l'ensemble de la chaîne de fonctionnement ; or l'approche sous forme de *supply chain* amène une nécessaire articulation d'acteurs à la fois indépendants dans leur mode de fonctionnement, mais interdépendants pour certaines opérations. Toutefois, cette coordination-coopération entraîne avec elle des risques dans les articulations entre les différents acteurs et étapes qui la constituent. Enfin, les deux dernières communications portent des regards critiques sur le terme « résilience ». Cette notion s'appuie sur les indispensables adaptations organisationnelles à envisager afin d'assurer une continuité d'action des organisations en situation de crise. Pour faire face à celles-ci, cette approche veut dépasser certaines limites portées par les démarches de prévention des risques en favorisant l'anticipation et l'automobilisation de ressources internes. Les auteurs mettent toutefois en avant le risque de déplacer les exigences d'adaptation de l'organisation vers les compétences des acteurs avec le risque de « *laisser les acteurs de terrain se débrouiller avec des situations inédites* ». Cet élément est justement repris dans la dernière communication qui souligne les atteintes à la santé du personnel soignant face aux successions de crises internes des hôpitaux depuis plusieurs années. Certes l'activité de l'hôpital est maintenue, mais les questions du coût humain et de la possibilité de tenir dans le temps qui y sont associées sont posées. Sous des approches différentes, les cinq communications ont décrit des possibilités d'adaptation et de résilience face aux systèmes considérés,

qui sont utiles et transférables à d'autres situations.

Une session animée par **B. Barthe (Université de Toulouse)** était consacrée au thème « **Santé et performance à l'hôpital** ». Deux communications ont été présentées. Elles étaient intitulées : « Des genèses instrumentales aux genèses organisationnelles » et « Concevoir le travail en horaires atypiques : proposition d'une démarche innovante en milieu hospitalier ». La première présentation de **C. Poret (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire – IRSN)** a permis d'exposer l'articulation de deux programmes de recherche menés au sein du Laboratoire de recherche en sciences humaines et sociales de l'IRSN. Le premier programme s'inscrit dans une réflexion déjà portée dans la session portant sur « la fiabilité des systèmes complexes ». Il s'intéresse aux organisations transversales (processus, *supply chains*...) et au caractère complexe de la performance (sûreté, sécurité, qualité...) dans ces organisations qui se caractérisent par une fragmentation de l'activité. Le second programme analyse la façon dont les technologies sont intégrées dans l'activité des acteurs et dans quelle mesure elles permettent à cette activité de se développer, aux niveaux individuel et collectif. Les résultats présentés montrent que les effets de l'introduction d'une nouveauté technique vont au-delà du seul niveau des acteurs qui sont à son contact direct au quotidien, mais parcourent et déstabilisent l'ensemble des acteurs directement ou indirectement exposés à son usage ou à ses conséquences. Alors que des questions sur l'appropriation individuelle de ces nouvelles technologies auraient pu être posées, celles qui l'ont été portaient plus sur

Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement

l'influence des perturbations organisationnelles de l'hôpital dans le processus d'appropriation des outils par les acteurs. *M. Cheyrouze et B. Barthe (Université de Toulouse)* ont réalisé la deuxième présentation qui s'appuie sur l'analyse d'une demande portant sur un changement de système d'horaire atypique au sein d'un hôpital. La méthode retenue est relative à une démarche de conception partagée innovante qui a permis de confronter les représentations d'une multitude d'acteurs (aides-soignants, infirmiers, médecins, DRH...) sur les réalités du travail. Les résultats montrent que la démarche a permis aux différents acteurs du service d'accéder à la réalité du travail de chacun, de co-construire des solutions et d'en poser les conditions de réussite. Cette approche a, par ailleurs, permis d'obtenir l'ouverture d'un dialogue inédit sur la réalité du travail au sein des équipes soignantes et a davantage valorisé l'activité des infirmiers à l'origine de la demande que le changement d'horaires lui-même.

La session « **Travail de managers** » présidée par *F. Barcellini (Conservatoire national des arts et métiers – CNAM)* présentait cinq communications. Trois d'entre elles concernaient directement des interventions relatives au rôle du management dans la gestion des risques psychosociaux (RPS) (*L. Karsenty, CNAM, et P. Pisani, Société Informatique MSA ; J. Marc, INRS ; C. Violleau, B. Dugué et J. Petit, Université de Bordeaux*). Une communication concernait la problématique de la détection et la gestion des risques pour la santé (dont les RPS) par une équipe de direction dont la tâche primaire reste le suivi de la production

(*S. De Gasparo, Laboratoire ATEMIS – analyse du travail et des mutations dans l'industrie et les services ; F. Barcellini*). Enfin, une dernière traitait des articulations entre management et conflits de genre (*E. Laneyrie, Groupe de recherche en psychologie sociale – GREPS*). Sur les interventions portant sur le rôle du management dans la gestion des RPS, les présentations ont mis en avant trois « angles morts » ou « points aveugles ». Traditionnellement, les approches ergonomiques essaient d'identifier des problèmes d'organisation du travail par le biais de l'analyse d'activité, le travail d'intervention portant alors sur la mise en place de méthodologies collaboratives permettant de mettre en débat les difficultés rencontrées pour identifier de nouvelles marges de manœuvre organisationnelles. Dans le cadre des trois présentations portant sur les relations entre malaise des managers et santé des collaborateurs, sur l'impact des espaces de discussion sur les conditions de travail des managers et sur le travail de direction, les approches de mise en débats ont toutefois rencontré des limites. Pour la première situation, le statut de l'opérateur comme expert de son travail est mis en discussion. En effet, dans la situation présentée par *L. Karsenty et P. Pisani*, de nombreux problèmes d'organisation avaient pour origine un manque de compétences managériales individuelles des dirigeants (réunions sans ordre du jour, sans compte rendu...). La deuxième situation exposée questionne la place des espaces de débat dans une activité déjà extrêmement chargée. *C. Violleau, B. Dugué et J. Petit* identifient le temps nécessaire à l'instauration d'une mise en débat vécu par les managers comme une contrainte intenable de

travail supplémentaire qui s'ajoute à leur activité ordinaire. Enfin, *S. De Gasparo et F. Barcellini* ont présenté une intervention portant sur le travail de direction au sein d'une institution publique. Cette intervention partait de l'hypothèse que l'équipe dirigeante avait des objectifs communs avec l'équipe de production, ce qui ne semblait pas être le cas. En effet, la définition de la tâche des dirigeants est floue, mais se doit de répondre à un ensemble de contraintes externes fortes et peu négociables qui ont des répercussions sur les équipes de production (budget, limitation de personnel...). Les actions d'amélioration des conditions de travail sont toutefois acceptées tant qu'elles restent compatibles avec l'ensemble des contraintes externes. Par ailleurs, même si ce mode de gestion est source de tension au sein des équipes de production, l'engagement de la responsabilité des dirigeants sur des questions de santé au travail, dont ils ont la responsabilité, reste administrativement très difficile, ce qui fige les situations de tension et constitue aussi une cause d'atteinte à la santé. Dans sa présentation sur la détection et la gestion des risques par l'encadrement, *J. Marc* reprend partiellement ces résultats en signalant que l'évaluation des risques pour la santé que l'on peut attendre dans un document unique est moins fiable que l'on pourrait s'y attendre et fortement dépendante des personnes qui relatent et évaluent ces risques. Dans le cas des encadrants, plusieurs freins à ce report peuvent être identifiés : manque de connaissances, écart avec ce qui est prioritairement attendu d'eux, temps nécessaire pour l'évaluation et la prise en charge de certains risques pour la santé (notamment les RPS)... Par ailleurs,

l'aveu d'une atteinte à la santé personnelle ou des membres de l'équipe peut être identifié comme un échec individuel et constituer un obstacle pour l'évolution de carrière. Enfin, la présentation d'**E. Laneyrie** portait sur des conflits de genre pour les femmes voulant tenir durablement une position de « cheffe » en cuisine. Ce conflit de genre s'exprime ici par la difficulté pour une femme d'évoluer à un poste de commandement, culturellement attribué à des hommes. L'étude montre que, pour tenir cette position, des sacrifices sont nécessaires, au point d'aller jusqu'à gommer certaines particularités de la condition féminine comme celle d'être enceinte et de pouvoir mettre au monde des enfants.

L'ensemble des communications peut être consulté à l'adresse : <https://ergonomie-self.org/publications/actes-des-congres/>

Le prochain congrès de la SELF aura lieu en 2023 à La Réunion, sous un format hybride, afin de réfléchir à des problématiques en lien avec l'actualité et notamment le développement durable.

CONCLUSION

Ce congrès a réuni de nombreuses personnes issues de disciplines différentes, avec des fonctions diverses liées à la recherche ou aux applications, mais ayant en commun d'apporter, sous l'angle ergonomique, des réponses face aux vulnérabilités des sociétés actuelles. Ainsi, ce thème de la vulnérabilité qui était mis en avant dans le congrès n'a pas seulement été abordé à un niveau individuel – le plus évident – mais également à un niveau méso et macro, mettant alors en évidence l'intérêt de l'ergonomie pour agir à ces différents niveaux : prévention des risques professionnels, réduction des situations critiques, amélioration de systèmes et d'organisation de travail... Le congrès a rendu visibles les réseaux d'acteurs en ergonomie, le dynamisme et la coopération des associations et des chercheurs.

ORGANISER LA MAINTENANCE POUR INTERVENIR EN SÉCURITÉ



Mardi 4 avril 2023

**SUR PLACE
ET EN DIRECT
SUR INTERNET**
INSCRIPTION
OBLIGATOIRE

**Maison de la RATP
Espace du Centenaire – 189 rue de Bercy – 75012 Paris**

Les activités de maintenance sont particulièrement accidentogènes et exposent les salariés à des contraintes professionnelles et des risques variés. Quant aux organisations du travail de maintenance, elles sont complexes et impliquent de nombreux personnels appartenant à de multiples entreprises : services de maintenance internes, techniciens contractants et sous-traitants, personnels de production, salariés des loueurs ou constructeurs des équipements...

Outre les risques présentés par les équipements et ambiances de travail, ce sont également ceux liés aux

interférences, à la coactivité, la coordination et la succession de ces différents acteurs qu'il s'agit de prévenir.

Cette journée technique mettra l'accent sur les risques et la prévention de ces situations, au travers de présentations d'experts et d'acteurs d'entreprise, relatives au cadre réglementaire, bonnes pratiques et retours d'expérience. Elle s'adresse ainsi aux chargés de prévention, chefs d'entreprise, responsables de maintenance, chargés d'affaires et responsables des achats, souhaitant développer leur connaissance de ces risques et de la prévention dans ce domaine.

Inscription sur : **organiserlamaintenance.inrs.fr**

Contact : organiserlamaintenance@inrs.fr

Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous

Colloque du Conservatoire national des arts et métiers

Paris, 29-30 septembre 2022



EN
RÉSUMÉ

AUTEUR

S. Guyot, département Homme au travail, INRS.

Ce compte-rendu propose une synthèse de plusieurs communications du colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » qui s'est tenu fin septembre 2022 au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) de Paris. Ce colloque a été l'occasion de partager les résultats, d'une part, d'une recherche-action conduite par des chercheurs du CNAM en partenariat avec des acteurs nationaux et régionaux, et d'autre part, de recherches récentes d'autres intervenants, portant également sur les questions de santé au travail et au chômage. Les travaux présentés s'inscrivent dans la perspective de la prévention de la désinsertion professionnelle en emploi et au chômage.

MOTS CLÉS

Maintien dans l'emploi / Retour au travail

Ce colloque – organisé par le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) – traite de la problématique de la santé, non seulement au travail mais également au chômage. Il a réuni des chercheurs de diverses disciplines, des institutionnels ainsi que des associations et des syndicats.

Cette manifestation est revenue sur les résultats d'une recherche-action menée par deux laboratoires du CNAM, le Laboratoire interdisciplinaire de sociologie économique (LISE) et le Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD). Cette recherche a pour objet l'analyse diachronique des parcours croisés de travail (comportant des temps de chômage) et de santé. Ces travaux s'inscrivent dans la perspective de la prévention de la désinsertion professionnelle en emploi et au chômage et ont été soutenus financièrement

par l'Association de gestion du fond pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les partenaires « terrains » sont Pôle Emploi, Cap Emploi, une Mission locale, Territoire zéro chômeurs de longue durée (TZCLD) et l'association nationale Solidarité nouvelle face au Chômage. L'équipe de recherche est pluridisciplinaire (psychologie, sociologie, philosophie). Sur deux ans et demi, plus d'une centaine d'entretiens individuels et plusieurs focus-groupes ont été réalisés ainsi que l'expérimentation de dispositifs collectifs de chômeurs, des ateliers « santé et chômage » conduisant à la production de connaissances scientifiques mais aussi d'actions de transformation (dont il est fait ici les premiers échos).

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

LA RECHERCHE-ACTION TRAVAIL – CHÔMAGE – SANTÉ

PLACE DE LA SANTÉ DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DE L'EMPLOI

Carole Tuchsirer, CNAM – LISE.

Alors que la santé a toujours été un sujet de vives préoccupations pour les acteurs de terrain, elle est largement demeurée un point aveugle des politiques publiques de l'emploi de ces cinq dernières décennies. Plusieurs tentatives ont pourtant été amorcées. Dans les années 80, l'accompagnement global des jeunes au chômage a été conçu sur l'idée que les mesures classiques segmentaient les différents problèmes (logement, santé, formation, emploi...) plutôt qu'elles ne les considéraient dans leur globalité. La mise en place des missions locales a consisté à penser l'accompagnement dans toutes ses facettes en réunissant dans un lieu unique des professionnels de différents domaines. Si ces structures ont perduré, en revanche, le dispositif d'accompagnement global a fait, lui, long feu. Il faudra attendre la fin des années 90, avec la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (29 juillet 1998) et la loi de programmation pour la cohésion sociale (18 janvier 2005), pour qu'émergent à nouveau les problématiques sociales et médico-sociales dans les politiques de l'emploi et de l'insertion. La question des moyens pour trouver le « bon niveau » d'accompagnement (et traiter ces aspects de santé) reste toutefois en suspens. Plusieurs doctrines se sont opposées. La première invoque la santé comme un frein périphérique à l'emploi. Cette doctrine va donner lieu à une externalisation des problèmes sociaux vers

d'autres institutions que celles en charge de l'emploi. L'adoption du RSA (revenu de solidarité active) en 2008 en est un des exemples : le type d'accompagnement des bénéficiaires est dépendant de leur proximité à l'emploi et, selon les situations, pris en charge par des structures différentes (Pôle emploi, aide sociale, Conseil départemental...). La seconde doctrine, plus récente, se substitue complètement à la précédente et s'inscrit dans la logique du « *work first* ». La *garantie jeunes* (réservée aux jeunes présentant de multiples précarités) est constitutive de cette approche. L'idée sous-jacente est que la levée des freins à l'emploi ne doit pas retarder la remise au travail ; les problématiques sociales (santé, logement, formation...) trouvant solutions *a posteriori*, au cours de l'accompagnement vers l'emploi. Or, la réalité est plus complexe et les acteurs du service public de l'emploi peinent à construire des réponses globales satisfaisantes. Selon C. Tuchsirer, l'expérimentation Territoires zéro chômeurs de longue durée¹ donne matière à réflexion. Elle montre, d'une part, qu'il est possible de (re) travailler quand on part des capacités des individus sans faire de la productivité du travail un préalable à l'emploi, et d'autre part, que les activités de travail peuvent parfois valoir activités de santé quand travailler (autrement) procure du bien-être.

En matière de politiques publiques, territoriales, quelles sont les actions nécessaires que la recherche-action a permis de pointer ? Parmi elles, l'intérêt de la création d'offres d'emploi à temps partiel modulable est notable (notamment pour les demandeurs d'emploi à la santé fragile) dans des emplois durables qui, seuls, offrent les protections

sociales suffisantes en termes de formation et de santé. Ce sont en effet ceux qui ont des emplois précaires qui également ne prennent pas d'arrêts maladie répétés ou de longue durée, de crainte de perdre leur emploi. Entre autres actions, il s'agit également d'adapter les conditions d'emplois aux besoins et aux capacités productives des personnes fragilisées dans leur santé. La coordination des services de l'emploi et de la santé apparaît aussi comme une nécessité face notamment aux manques de lisibilité des différents dispositifs. Enfin, les accompagnements pluridisciplinaires menés simultanément par les différents acteurs impliqués au niveau local mériteraient d'être plus largement développés.

HISTOIRES CROISÉES DE TRAVAIL – CHÔMAGE ET DE SANTÉ

Dominique Gelpé, Direction régionale Nouvelle Aquitaine de Pôle emploi, CNAM – CRTD.

C'est dans la perspective de comprendre les interactions entre travail, chômage et santé dans les trajectoires professionnelles qu'ont été menés les entretiens dans le cadre de la recherche-action du CNAM. L'analyse des parcours des interviewés a permis de dégager trois grands types d'interaction. Le premier type renvoie à des *parcours de santé sacrifiés jusqu'à la rupture*. Il concerne généralement, des personnes en emplois longs qui se maintiennent à leur poste malgré des douleurs chroniques, des conditions psychosociales délétères d'exercice de leur activité ou une maladie chronique parfois identifiée tardivement. Ces parcours, qui débouchent pour la moitié des personnes sur un *burnout*, ont très souvent pour issue un ou plusieurs arrêts maladie de longue

1. L'expérimentation TZCLD, lancée en 2017, est portée par une association ayant pour but de lutter contre le chômage de longue durée à l'échelle des territoires. Elle donne la possibilité aux personnes privées durablement d'emploi qui le souhaitent de trouver un travail qui corresponde à leur situation et leurs compétences. Les bénéficiaires de cette expérimentation sont pour 30 % en situation d'handicap.

durée qui engendrent à leur tour un licenciement pour inaptitude, par rupture conventionnelle ou (plus rare) économique. Le chômage peut être l'occasion d'une récupération physique puis progressivement d'une restauration d'un bien-être physique, psychique et social, souvent en lien avec de nouvelles normes personnelles de santé, ou au contraire entraîner une dégradation de la santé. Le soutien des proches est déterminant dans les différentes configurations observées ; tout comme la perception qu'ont les personnes de leur chance de retrouver facilement un emploi, notamment en raison de leur âge. Le second type de parcours se caractérise par une *dégradation de la santé mentale sur fond d'emplois précaires*. Ces trajectoires sont marquées par un nomadisme professionnel fait d'une succession de contrats courts entrecoupés par des périodes de chômage. À chaque emploi, c'est une place sociale qui est de nouveau à retrouver. Ce recommencement sans fin engendre dévalorisation, démobilitation, sentiment d'insécurité couplé à celui d'injustice, se surajoutant souvent à des situations objectives de déclassement professionnel. Ce type de parcours de précarité subi entraîne une dégradation continue du bien-être avec parfois des troubles ou des problèmes de santé physique ou psychique. Le troisième type de parcours se définit par un *défaut d'insertion professionnelle* (également sociale) *chronique*, tenant à un manque de structuration individuelle ou d'étayage familial dès le plus jeune âge. Il est souvent accompagné d'une errance géographique. À une forte imbrication entre périodes de travail et chômage, s'associent fréquemment un fort isolement social et des conduites

addictives. La fragilité psychique déjà présente chez ces individus est propice à l'apparition puis l'aggravation de troubles de santé.

Dans ces différents types de parcours, la situation de chômage peut permettre de restaurer un meilleur état de santé, quand les individus s'engagent dans une activité de mise à l'épreuve du réel et reconstruisent ainsi progressivement un pouvoir d'agir. À l'inverse, quand cette activité est bloquée, l'état de santé peut se dégrader avec des risques de décompensation somatique et l'apparition de troubles anxieux et dépressifs prononcés.

Dans son intervention, D. Gelpe développe différentes actions à destination des professionnels des services publics de l'emploi pour intégrer les questions de santé dans leur accompagnement. Elles invitent notamment à penser la personne dans sa globalité intégrant les représentations subjectives de son vécu actuel et de son histoire ainsi que le niveau de confiance qu'elle a en elle-même, sa capacité à agir, son avenir... Dans ce cadre, les catégories d'âge ainsi que les inégalités de genre face à la santé au travail, à la situation de chômage et au recouvrement d'un emploi constituent des éléments déterminants.

Lors d'une table ronde, **Dominique Lhuillier (CNAM – CRTD)** prolonge ces préconisations en présentant d'autres actions qui concernent plus particulièrement l'entreprise et le marché de l'emploi. Ainsi, les résultats de la recherche-action appellent-ils à récuser le clivage travailleur/chômeur : les chômeurs sont des travailleurs sans emploi. Les expériences de chômage se multipliant dans les parcours professionnels, il est nécessaire de sensibiliser, dans l'entreprise,

aux démarches de transition vers un nouvel emploi (accompagnement à la construction d'un projet professionnel, du bilan de compétences, droits au chômage...), que ces transitions aient lieu lorsque les travailleurs sont encore en poste ou bien après une période de chômage. Agir en prévention de l'usure au travail, de la fragilisation de la santé par le travail fait naturellement partie des actions pour soutenir les parcours professionnels et assurer un travail durable pour tous. D'autres axes sont à engager comme une évolution vers des méthodes de recrutement plus respectueuses dans les entreprises, un renforcement de l'information et de la formation des employeurs sur le handicap, les problèmes de santé, les aides à l'embauche des personnes RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), l'accueil et l'aménagement de poste, et une intégration plus systématique des séquelles de la maladie, de la fatigabilité et des temps de soin à l'occasion des prises d'emploi. Il y a lieu, enfin, de mettre l'accent sur la prévention de la désinsertion professionnelle de l'ensemble des travailleurs qu'ils soient en emploi ou en recherche d'emploi. Dans cette perspective, cela amène à considérer autant les risques psychosociaux au travail que ceux propres à la situation de chômage (isolement, stigmatisation, difficultés d'accès aux droits...).

LE TRAVAIL DE SANTÉ

Dominique Lhuillier, CNAM – CRTD.

La santé comme objet d'une construction permanente est l'approche défendue par D. Lhuillier, empreinte de celle de Canguilhem : elle est un équilibre qui compose avec la « *menace de la maladie* » et contraint à inventer de nouvelles manières de

Colloque « Vivre en santé au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

vivre, fonction du contexte et des épreuves de la vie. Sa construction relève de la mobilisation des individus dans le développement de leur propre santé (sans qu'ils en aient nécessairement conscience) ouvrant à la libération des potentialités ; elle ne se réduit pas à l'exécution de prescriptions médicales. C'est en ce sens que doivent être entendus les termes de « travail de santé » ; non comme le travail des soignants, ou encore l'activité du malade dans l'interaction avec ces derniers, mais comme le travail entrepris par chacun pour négocier entre les exigences des milieux de vie et les exigences de sa santé.

Le travail de santé répond à un double objectif. Il est à la fois adaptatif – il sert à prévenir la dégradation de la santé et au-delà, la perte de « l'employabilité » ou de « l'attractivité » –, et développemental – il vise à recouvrer un pouvoir d'agir sur soi-même et son environnement. Il recouvre des activités de soins tenant du *cure* (se soigner, accéder aux soins) et du *care* (prendre soin), s'exerçant tout au long de la vie, tant dans l'emploi qu'au chômage et dans les sphères familiales ou domestiques. Ces activités peuvent être prises dans des enjeux interdépendants, parfois ambivalents comme chercher à restaurer une santé fragilisée par le travail et s'engager dans une démarche de retour vers ce même travail qui a « abîmé ».

En situation de chômage, le travail de santé soutient l'activité de recherche d'emploi faite de pression, d'évaluation, et de découragement. Pour résister à cette épreuve dont le terme est incertain, les chômeurs cherchent comment tenir dans la durée de ce temps chômé, surtout lorsque leur santé est déjà fragilisée. Dès

lors, ce travail peut prendre différentes formes. En premier lieu, un *réinvestissement du corps* : l'écouter, prendre conscience de ce qu'il ne peut plus, mais aussi tester ce qui est possible en mobilisant des techniques corporelles renouvelant la manière de se servir de son corps. En second lieu, un *travail réflexif* sur son histoire, ses aspirations abandonnées ou empêchées, son propre désir... porté par une quête de sens sur son rapport antérieur au travail, à la santé. Il peut conduire là aussi à des prises de conscience sur ses envies ou sur le genre de travail qui concilierait soin de sa santé et accès à une utilité et reconnaissance sociales. En troisième lieu, une *mise à l'épreuve de sa capacité à agir sur le monde*. Cela peut passer par l'investissement de soi dans des activités manuelles ou créatives. Quand elles ne sont pas seulement occupationnelles, ces activités choisies permettent de découvrir ses potentialités, de canaliser ses efforts, de voir les résultats de son action... et ainsi de restaurer une estime de soi souvent altérée par les expériences du chômage et de la maladie. Faire le programme de ses journées, se prescrire des démarches, planifier des temps de recherche d'emploi... peuvent être des moyens de reprendre la main sur le temps, de retrouver une organisation et des cadres temporels souvent ébranlés par la perte d'emploi et la maladie. La *temporalisation du temps* concourt ainsi, en quatrième lieu, au travail de santé. Enfin, un *travail d'emplacement et de recomposition des différentes sphères de vie*. Il consiste à entretenir ou à reconstruire des liens avec autrui, détériorés par le chômage et la souffrance. Trouver comment « faire sa place » peut être aidée par l'inscription dans

des groupes où partager des activités (sportives, bénévoles, citoyennes...), ou encore des groupes de pairs (associations de chômeurs, de malades...).

Comment peut-on favoriser les conditions du développement de ce travail de santé ? On retiendra parmi les pistes esquissées, celle concernant la reconnaissance et la valorisation des savoirs de l'expérience. Trop souvent, les chômeurs, mais aussi les malades, sont enfermés dans des représentations disqualifiantes les réduisant à leurs empêchements. Il s'agirait de sortir de l'approche par les fragilités différentielles pour aller au contraire vers la reconnaissance des capacités et la valorisation des activités développées gageant un réinvestissement du futur. Ce peut-être pour les chômeurs, reconnaître le travail engagé dans la réévaluation d'un projet professionnel, les stratégies de recherches d'emploi, la mobilisation de soi dans les épreuves... Plus largement, c'est reconnaître le rôle central que jouent les activités de construction de ressources internes et externes dans le travail de santé (travail réflexif sur son parcours, réexamen de ses priorités, réalisation d'activités bénévoles, expériences de découverte de nouveaux métiers...), favoriser leur développement et non les empêcher au motif d'une disponibilité exigée par la recherche d'emploi. Dans la valorisation de ces savoirs de l'expérience, il y a également la valorisation des activités domestiques et familiales qui doit amener à réévaluer la division genrée du travail, souvent accentuée au chômage. Enfin, partager et développer l'ensemble de ces savoirs suppose des lieux de transmission et d'échange ; aussi D. Lhuillier rappelle l'intérêt de la construction de collectifs de chômeurs.

TRAVAIL, CHÔMAGE ET « CONDUITES ADDICTIVES »

Gilles Amado, CNAM – CRTD

« *Se doper pour travailler* » – du titre de l'ouvrage dirigé par R. Crespin, D. Lhuillier et G. Lutz – illustre, selon l'intervenant, l'ambivalence de l'usage des substances psychoactives. Elles sont tout à la fois des ressources et des handicaps : des ressources, dans la mesure où elles peuvent avoir une fonction de soutien face aux épreuves du travail et de la vie personnelle, grâce à leurs « vertus » anesthésiantes, stimulantes, et curatives ; mais aussi des handicaps, lorsque leur usage conduit à une vie sous emprise. Aussi, importe-t-il de sortir de la formule de « conduites addictives » pour parler plus volontiers d'emprise.

À partir des résultats de la recherche-action, G. Amado souligne les différents rôles tenus par la consommation de produits psychoactifs chez les salariés et les chômeurs. Tout d'abord, ce peut être une condition à l'insertion dans des milieux professionnels où l'usage de substances est vu comme un moyen de socialisation renforçant les liens de fraternité ou comme une habitude mondaine (par exemple la cocaïne dans les milieux financiers). Ensuite, cela peut permettre de tenir le rythme, de « s'armer » contre la souffrance engendrée par des conditions de travail ou d'emploi trop éprouvantes ou bien encore de décompresser. Le déclassement professionnel, l'intensification du travail, les tensions interprofessionnelles, l'ennui, la recherche de perfection ou de maîtrise, les épreuves liées aux changements de fonctions ou de métiers, les craintes de ne pas être à la hauteur ou de ne pas être à la bonne place... sont quelques-unes des

situations professionnelles – avec la perte d'emploi et le chômage – qui peuvent conduire à l'usage de ces psychotropes. À l'inverse, plusieurs facteurs sont susceptibles de déclencher une sortie de leur consommation : la crainte du licenciement pour les salariés, la prise de conscience de leurs effets destructeurs, l'expérience des excès et les accidents de santé qui en découlent, la distance qui se creuse avec les autres, l'horizon temporel qui se réduit...

Le travail de santé vise ici à se dégager de la consommation de ces substances en cherchant à transformer les milieux de vie de sorte à renforcer les activités de lien entre les individus.

Parmi les pistes d'action proposées dans le cadre de la recherche-action, quatre axes sont particulièrement développés. Le premier tient à la mise en débat de l'usage de ces substances auprès des jeunes dans les établissements scolaires ; la formation des personnels encadrants est essentielle pour permettre d'identifier en toute bienveillance ceux en prise avec ces problèmes. Cet intérêt envers les jeunes encore scolarisés pourrait paraître en marge des questions de travail et de chômage. Or, des recherches récentes de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) ont montré les effets de la consommation précoce du cannabis sur les périodes de chômage. Les personnes déclarant avoir débuté leur consommation à l'âge de 16 ans (ou avant) ont deux fois plus de probabilité de vivre une période de chômage à l'âge adulte, que celles n'en ayant jamais consommé. Le deuxième axe concerne particulièrement les chômeurs et leur accompagnement. La consommation de

substances psychoactives reste encore un sujet tabou, peu abordé par les conseillers des services publics de l'emploi auprès des chômeurs. Il y a ici des voies de progrès pour ouvrir plus largement la parole des chômeurs, et aider également à repérer des appuis parmi leur entourage amical et familial. On connaît, par ailleurs, l'importance de la pair-aidance (aide mutuelle que s'apportent des personnes concernées par une problématique commune) comme ressource du collectif, qu'il nécessite de faciliter. Le troisième axe relève de l'importance de mener des actions concertées au sein de l'entreprise, associant managers, Direction des ressources humaines (DRH), Comité social et économique (CSE) et médecins du travail afin de mettre en place des dispositifs d'aide à la réinsertion dans l'entreprise des salariés en difficultés, ou de prise en charge. Des enquêtes anonymes sur les conditions de travail permettraient également de repérer les situations dégradées susceptibles d'entraîner des comportements d'usage de produits psychoactifs, pour agir en prévention. En ce sens, une vigilance particulière est sans doute à apporter aux situations de télétravail, qui, selon certaines enquêtes, sont associées à une augmentation de 41 % de la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes chez les salariés, et de 47 % chez les managers. Mettre en place au sein des entreprises des dispositifs d'alerte et de soutien des salariés confrontés à des difficultés dans le travail apparaît ici tout à fait essentiel. Il en est de même de l'information et de la sensibilisation des managers sur les coûts psychique, social et économique du mal-être au travail.

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

SANTÉ, HANDICAP, TRAVAIL ET CHÔMAGE

RELATIONS ENTRE SANTÉ ET CHÔMAGE : PERSPECTIVES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Pierre Meneton, INSERM U1142, Laboratoire d'informatique médicale et d'ingénierie des connaissances en e-santé (LIMICS).

Dans sa communication, P. Meneton présente plusieurs données françaises qui suggèrent un lien entre état de santé et chômage. C'est en premier lieu les résultats obtenus dans la cohorte SUVIMAX (Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants) suivie entre 1995 et 2007 qui montrent une surmortalité attribuable au chômage : la mortalité (ajustée notamment sur l'âge mais aussi sur plusieurs autres facteurs de risque communs) est près de trois fois plus élevée chez les chômeurs que chez les salariés en emploi. Cette observation est concordante avec les résultats issus d'une étude française plus ancienne réalisée à partir des données de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) et avec ceux de la plupart des études faites dans d'autres pays.

Toutefois, les liens entre santé et chômage demeurent complexes. Plusieurs facteurs – l'âge, le sexe, le contexte familial, la position sociale, les conditions de travail passées, l'accompagnement social du chômage, le régime de sécurité sociale, l'accès aux soins... – interviennent dans ces relations. C'est sur l'influence de deux de ces facteurs – la position sociale et les conditions de travail – que porte la seconde partie de la communication de P. Meneton. Les résultats présentés proviennent de travaux récents (non encore publiés)

exploitant les données de la cohorte CONSTANCES suivie depuis 2012 jusqu'à aujourd'hui. Dans ces travaux, la position sociale est définie sur la base d'un indicateur global incluant : le niveau d'éducation, la profession, le revenu professionnel, la profession du conjoint et un score de précarité (EPICES – Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé). L'indicateur des conditions de travail passées est, quant à lui, établi en considérant à la fois les contraintes organisationnelles, les expositions aux facteurs physiques, chimiques, biologiques... et les risques psychosociaux liés au travail. Seules les périodes de chômage passées ou actuelles de six mois et plus ont été considérées dans l'étude. Les résultats montrent une association très forte entre une position sociale défavorisée, des conditions de travail mauvaises et le fait de se retrouver ou de s'être retrouvé au chômage. Des analyses complémentaires ont permis d'isoler l'effet propre du chômage de ceux liés à la position sociale et aux conditions de travail, tous deux étant de forts déterminants de l'état de santé. Elles se sont portées plus particulièrement sur trois types de comportements à risque pour la santé (le tabagisme, la consommation d'alcool et la sédentarité) et sur des problèmes de santé déclarés (dépression, obésité, troubles du sommeil, maladies cardiovasculaires). Les résultats mettent en évidence de fortes associations entre périodes de chômage (passées ou actuelles) et les 3 comportements à risque, en tenant compte des conditions de travail et de la position sociale qui ont elles-mêmes une grande influence. Concernant les problèmes de santé, des associations fortes sont trouvées entre obésité, troubles de sommeil et maladies

cardiovasculaires, d'une part, et périodes passées de chômage, d'autre part. Quant à la dépression, elle est associée tout à la fois à des périodes passées et actuelles de chômage. En croisant avec les données de la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) fournissant le nombre de trimestres déclarés au chômage pour chaque participant à la cohorte, il s'avère que plus la période de chômage a été longue dans le passé, plus l'effet est marqué sur les comportements à risque et sur les problèmes de santé.

Sur le plan de la santé, est-il « préférable » d'exercer un travail même dans des conditions particulièrement pénibles plutôt que de se retrouver au chômage ? C'est ce que suggèrent les analyses pour, par exemple, les cas d'infarctus du myocarde. Le fait d'avoir été au chômage par le passé augmente le risque d'un infarctus même lorsque l'environnement de travail était mauvais.

P. Meneton achève sa communication en revenant sur des résultats de l'enquête décennale de l'INSEE en 2003 portant sur l'accès aux soins. Ceux-ci mettaient en exergue que le chômage n'était déterminant ni du nombre de visites médicales annuelles, ni de la consommation de médicaments de type antihypertenseurs ou antidiabétiques. Seul l'était le fait d'avoir une couverture médicale complète. Reste à savoir si cette observation est toujours valable 20 ans après.

En conclusion, les études réalisées en France suggèrent que le fait d'être au chômage majore de manière significative la morbidité et la mortalité en sus des effets de la position sociale et des conditions de travail en augmentant notamment l'exposition aux facteurs de risque comportementaux.

RESTER EN ACTIVITÉ. QUAND LA SANTÉ DEVIENT ENVAHISSANTE POUR LES « TRAVAILLEURS HANDICAPÉS »

Florent Schepens, Université Bourgogne-Franche-Comté – Laboratoire de sociologie et d’anthropologie et Maylis Sposito-Tourier, Observatoire régional de santé (ORS) de Bourgogne-Franche-Comté.

Les intervenants proposent d’essayer une sociologie du « devenir travailleur handicapé », partant de l’hypothèse qu’on devient travailleur handicapé à l’issue d’un processus à l’interface d’une trajectoire de handicap et d’une carrière de travailleur. Si sa carrière est impactée par la trajectoire de son handicap, le travailleur en revanche s’approprie sa maladie (ou accident) et ses séquelles. Les résultats présentés ici s’appuient sur une recherche qualitative en cours relative à la santé au travail des personnes « handicapées » (avec ou sans RQTH), portée par l’ORS et financée par l’AGEFIPH et la FIRAH (Fondation internationale pour la recherche appliquée sur le handicap). Elle repose sur l’analyse d’une cinquantaine d’entretiens avec des travailleurs handicapés et avec des proches et des employeurs. La démarche a été complétée par la constitution de groupes dans lesquels les analyses ont été présentées et discutées.

Avant de présenter les trois temps du processus au terme duquel le travailleur fait sien l’identité de travailleur handicapé, F. Schepens et M. Sposito-Tourier rappellent utilement que le handicap fait peser sur le travailleur non seulement un risque de précarité économique (avec des emplois aménagés plus faiblement rémunérés et des perspectives de carrière limitées), mais aussi une « honte

sociale ». La menace de l’inutilité voire de la faute morale plane sur ceux qui ne répondent pas aux attentes du monde du travail. Ces spectres se retrouvent dès le premier temps du processus décrit par les intervenants. Tout d’abord, le travailleur est empêché par l’accident, la maladie, la douleur... de travailler comme avant. Pour rester employable, il va mettre en place des stratégies d’accommodement dont la nature va largement dépendre de sa classe socioprofessionnelle : les classes populaires tiennent au travail en étant « dur au mal » (grâce notamment à l’automédication) alors que les classes supérieures, elles, privilégient la prévention. Mais ces stratégies pour « se présenter comme quelqu’un d’ordinaire sans pour autant toujours dissimuler sa déficience » appellent des sacrifices : la santé pour les uns, la vie sociale pour les autres (le repos, le sport adapté... empiétant sur le temps hors travail). Le travail, même s’il devient de plus en plus aliénant, reste important pour le travailleur qui s’espère toujours dans une invalidité temporaire. Lorsque ces stratégies ne suffisent plus à faire face, le travailleur va reconnaître un handicap ou une situation de handicap, en le rendant visible aux autres. Ce n’est pas pour autant qu’il endosse l’identité de travailleur handicapé. Celle-ci est encore considérée comme mortifère, renvoyant à ses fragilités et annihilant toute projection dans le futur. Le handicap reste alors un élément extérieur à l’individu. Se maintenir au travail, c’est à ce moment du processus, à la fois être toujours utile à la société et conserver l’espoir d’un retour « à la normale ». Toutefois, l’évolution du handicap peut ne plus permettre de masquer les difficultés à rester au travail dans des conditions

similaires de celles des valides. Le travailleur peut devoir accepter de devenir travailleur handicapé (et pas seulement en situation de handicap) car cela justifie son désajustement à la situation de travail commune et l’autorise à ne pas se comporter comme un valide sur le long terme. En acceptant « cette humanité dégradée », le travailleur s’accorde les moyens de redéfinir la norme de travail et de retrouver du temps pour la vie. Son énergie n’est plus toute entière orientée vers son employabilité, elle peut être mobilisée vers d’autres sphères personnelles, familiales et sociales comme les travailleuses handicapées de l’étude en font le récit. De la classe sociale, du genre, de la présence de proches aidants... dépend les ressources que chaque travailleur pourra engager à chacune des étapes de ce processus et de leur durée respective.

INSTABILITÉ DES PARCOURS PROFESSIONNELS ET SORTIES DU MARCHÉ DU TRAVAIL POUR LES FEMMES HANDICAPÉES

Mathéa Boudinet, Centre de recherche pour les inégalités sociales – Laboratoire interdisciplinaire d’évaluation des politiques publiques.

La communication porte sur les résultats d’une recherche sociologique visant à appréhender les mécanismes liés au genre et au handicap dans les sorties du marché de travail. Celle-ci a été menée entre avril 2020 et juin 2022 sous la direction d’Anne Revillard dans le cadre d’un projet intitulé « Handicap, genre et précarité professionnelle »². Des entretiens biographiques s’intéressant au parcours professionnel ont été réalisés auprès de 41 femmes et 9 hommes handicapés (handicap moteur, déficience visuelle,

² Ce projet a été financé par la FIRAH, en partenariat avec la MAAF et la Croix-Rouge française et avec le cofinancement de l’AGEFIPH.

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

maladie chronique, polyhandicap) âgés de 24 à 61 ans. Une exploitation particulière a été également réalisée de la vague 2018 de l'Enquête emploi en continu de l'INSEE afin d'étudier les situations des hommes et des femmes handicapés sur le marché du travail et de l'emploi.

Du volet quantitatif de l'étude, plusieurs points saillants ressortent. Même si de manière générale les femmes sont moins en emploi que les hommes, l'écart est moins important entre les hommes et les femmes dans la population handicapée que dans la population valide. La structure familiale (présence d'enfants de moins de 10 ans dans le ménage) a par ailleurs un effet genré sur la participation au marché du travail. Plus important au sein de la population valide, cet effet est toutefois aussi constaté chez les personnes handicapées. Toutes choses égales par ailleurs, les hommes handicapés vivant avec des enfants de moins de 10 ans ont une probabilité de 36 % d'être en emploi plutôt que de ne pas l'être alors que cette probabilité ne s'élève qu'à 22 % pour les femmes handicapées. Ces résultats conduisent à s'interroger sur les mécanismes à l'œuvre dans les parcours des personnes handicapées, qui peuvent par ailleurs expliquer leur faible taux d'emploi. Les analyses d'entretiens mettent en évidence plusieurs éléments expliquant l'instabilité des parcours professionnels des personnes handicapées et leurs sorties du marché du travail, temporaires ou définitives. Parmi ceux-ci (dont les enjeux de compatibilité du handicap avec les différentes formes d'emploi et les discriminations), l'étude s'intéresse plus particulièrement aux tensions entre l'emploi et les autres formes de travail : le travail

de santé, le travail de handicap et le travail domestique. Par travail de santé, il est entendu ici les activités relatives aux soins et à la gestion de la santé à l'échelle individuelle ; le travail de handicap renvoie quant à lui aux activités relatives à la dimension sociale du handicap, notamment à l'adaptation de la personne aux contraintes imposées par son environnement (actions de mise en accessibilité de l'environnement, gestion des tâches administratives relatives aux politiques du handicap, gestion du personnel aidant présent au quotidien...). Ces deux formes de travail influencent les possibilités d'emploi ; le travail domestique joue plus encore dans les parcours des femmes handicapées du fait de la division sexuée du travail. M. Boudinet donne plusieurs exemples de l'articulation que peuvent prendre ses différents types de travail dans les parcours ; ils se distinguent par les variations en nature et volume de ces activités et par les formes de division sexuée du travail. Le premier exemple montre une continuité du parcours professionnel rendu possible par une délégation du travail domestique et un volume réduit du travail de handicap. L'investissement du conjoint dans les tâches familiales quotidiennes facilite l'emploi, même si le travail de santé et de handicap peut occuper à des degrés divers. Le second exemple illustre les situations de retrait temporaire du marché du travail liées à une division inégalitaire des tâches domestiques entre conjoints. Les responsabilités familiales et le travail qui en découle attribués à la femme vont avoir un impact concret sur le déroulement de sa trajectoire professionnelle ; le retrait reste toutefois provisoire jusqu'à ce qu'une compatibilité soit trouvée

entre les contraintes des horaires professionnels et les exigences de la vie domestique. En revanche, le dernier exemple rend compte de l'articulation difficile entre, d'une part, un temps important consacré au travail de santé et de handicap, et d'autre part, une lourde charge domestique là aussi due à une division sexuée du travail. Que le retrait du marché du travail soit considéré ou non comme contraignant par les interviewés, la possibilité de s'investir dans un emploi dépend largement de l'allègement des différentes tâches dans les autres sphères d'activité. L'ensemble de ces résultats appelle à prendre en compte les enjeux d'articulation des différents temps liés à ces formes de travail et de genre.

TABLE RONDE : LA PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE, RETOUR AU TRAVAIL – PISTES POUR L'ACTION ET PRÉCONISATIONS

Cette table ronde a réuni *Mathilde Icard, directrice du Centre de gestion de la fonction publique territoriale du nord et présidente de l'association des DRH des grandes collectivités* ; *Noëlle Lasne, médecin du travail* ; *Pascale Levet, professeure associée à l'Institut d'administration des entreprises - Université Lyon 3*, et, *Dominique Baradat, ARACT Nouvelle Aquitaine*

M. Icard revient sur les raisons qui ont fait s'engager le Centre de gestion de la fonction publique territoriale (FPT) du Nord, au côté d'autres partenaires (Université de Lille, Établissement public de santé mentale de Lille-Métropole, Fonds

pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique – FIPHFP), dans un autre dispositif de recherche-action du CNAM sous l'intitulé « *Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien en activité : la prise en compte de la santé mentale dans les politiques RH* ».

La principale de ces raisons tient au taux élevé d'agents (40 %) en arrêt de travail de longue durée, pour troubles psychologiques, évalué par le conseil médical³ piloté par le Centre de gestion en charge de l'instruction des dossiers de longue maladie. Ce pourcentage, qui ne pouvait pas manquer d'interpeller, appelait à poser un diagnostic étayé afin de faire évoluer les politiques de santé au travail et les dispositifs de prévention collective. Mais intervenir sur ces questions et agir en prévention de la désinsertion professionnelle implique également de considérer le contexte particulier de la FPT et certaines de ses caractéristiques. Dans ce contexte, on note plusieurs points :

- les forts enjeux de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences liés à des départs massifs à la retraite dans les cinq prochaines années dans la FPT (communes, intercommunalités, départements, régions). À cet horizon, un tiers des personnels pourrait faire valoir leurs droits à la retraite ;
- des emplois qui, pour 70 %, sont des emplois d'exécution, en contact direct avec le public ;
- des questions de santé au travail longtemps déléguées à des experts ;
- l'auto-assurance par les collectivités les conduisant à gérer elles-mêmes l'indemnisation des arrêts de travail de leurs agents sans mécanisme d'incitation à mettre en place des actions de prévention... Dans les spécificités de la FPT, on

3. Le Conseil médical est l'instance issue de la fusion des deux instances médicales que sont le Comité médical et la Commission de réforme, depuis la parution du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022.

4. La création des CSE ne concerne pas la Fonction publique.

retiendra la position fonctionnelle des centres de gestion : les collectivités de moins de 350 agents cotisent obligatoirement auprès de ces centres pour avoir accès à une plateforme RH. Ceux-ci ne sont donc pas les employeurs directs des agents et n'ont pas d'autorité directe sur les organisations de travail des collectivités. Par ailleurs, le système d'auto-assurance peut inciter les plus petites collectivités à moins s'investir dans la santé au travail de leurs agents ; le remplacement des agents absents pouvant être compensé par des recrutements rendus possibles par l'activation d'assurance prise auprès d'opérateurs privés.

La recherche-action menée avec le CNAM s'est révélée une opportunité pour faire avancer plus encore le projet de ce centre de gestion. Au travers de ce dispositif, plusieurs groupes ont été constitués : employeurs de petites et grandes collectivités, représentants du personnel siégeant dans les instances, experts en santé et agents en arrêt de longue durée. Des ressources ont été élaborées à l'intention des agents et des employés, présentées aux élus par des binômes constitués par des représentants du personnel et des élus ; un carnet de liaison a notamment été créé pour les agents et les professionnels de santé dans lequel l'ensemble du parcours professionnel de l'agent est indiqué, et y figure si l'agent le souhaite des éléments de santé ; la création d'une commission santé mentale rattachée au Comité d'hygiène sécurité et des conditions de travail (CHSCT)⁴... Au-delà des productions, cette démarche collective a permis de mettre en mouvement les différents acteurs autour des enjeux de santé au travail et maintien en emploi.

P. Levet présente les grandes lignes

d'un projet portant sur le travail et le cancer du sein dans les entreprises et les collectivités, conduit avec le soutien de la Direction générale du travail, l'Institut national du cancer, l'AGEFIPH et le FIPHFP. La conduite du projet s'est appuyée sur les méthodes d'innovation ouverte telles que les *Living lab*. Ces laboratoires vivants sont fondés sur la collaboration de tous les acteurs à chaque étape d'un projet. Ils ont pour but de favoriser l'intelligence collective et de permettre d'expérimenter rapidement les solutions proposées par les acteurs pour répondre à leurs besoins concrets. L'itération est une autre des caractéristiques des *Living Lab* : les résultats produits par ces laboratoires sont continuellement transférés aux membres du projet pour générer de nouvelles idées.

Dans le cadre de ce projet particulier, les objectifs étaient :

- d'expérimenter des dispositifs innovants afin de permettre aux salariés souhaitant travailler pendant ou après un cancer de pouvoir le faire ;
- et de partager ces connaissances pour faire progresser les politiques et les pratiques en matière de maintien en emploi.

Le projet dans sa phase exploratoire a débuté en 2019, auprès de 6 entreprises de taille intermédiaire. Les salariés concernés étaient invités non pas à témoigner mais à partager leurs savoirs d'expérience du travail avec ou après leur maladie. Bâties à partir de ces apports, 10 expérimentations ont été proposées dans des entreprises volontaires (de toutes tailles) en 2020/2021 : par exemple, sur les modalités que pourrait prendre « *l'organisation (d'un droit) à la connexion* » pendant l'arrêt maladie ; ou encore sur les alternatives possibles à l'arrêt de travail

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

complet pour ceux voulant pouvoir « faire un travail de santé » lorsqu'il leur semble qu'ils disposent d'une « capacité productive »... En conclusion de son intervention, P. Levet zoome sur deux expérimentations ayant donné lieu à des productions. La première d'entre elle a amené à l'élaboration d'un « référentiel pour un maintien raisonnable » ayant pour but de sécuriser des situations pouvant faire l'objet d'accommodement de travail, définies de manière concertée entre le salarié, le manager et les experts que sont les services de prévention et de santé au travail et les services des ressources humaines. La seconde expérimentation a mené à la conception d'un outil numérique pour appuyer la production et la mobilisation des savoirs d'expérience du travail avec ou après un cancer.

Comment les indépendants et les dirigeants de très petites entreprises (TPE) se posent-ils les questions de leur propre santé ? Quels impacts peuvent-elles avoir du point de vue de la stratégie, du fonctionnement et de l'organisation du travail dans leur structure ? Quels modes de régulation ces acteurs mettent-ils en place pour continuer à travailler et assurer la pérennité de leur entreprise lorsqu'ils sont atteints de maladies chroniques ? De quels dispositifs auraient-ils besoin pour y faire face ?... Ces interrogations font partie de celles qui ont orienté le projet conduit par D. Baradat et l'ARACT Nouvelle Aquitaine, avec plusieurs partenaires (l'Union des entreprises de proximité, la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, l'AGEFIPH) dans le cadre du Plan régional de santé au travail. Elles revêtent une importance certaine quand on sait notamment qu'une entreprise sur trois

s'affiche en cessation d'activité deux ans après que le dirigeant ait découvert qu'il est atteint d'un cancer. Les indépendants font d'ailleurs partie des populations ciblées dans la loi santé au travail du 2 août 2021. Plus de 2 600 indépendants et dirigeants de TPE ont répondu à l'enquête menée par l'ARACT sur un territoire où cette population représente 94,6 % des entreprises. Quelques-uns de ces résultats sont présentés dans cette table ronde. Parmi les répondants, 43 % reconnaissent avoir connu des problèmes de santé. Mais surtout, près de 30 % de ces dirigeants disent ne pas avoir anticipé les effets qu'une maladie pourrait avoir sur la conduite de leur entreprise. Les aspects financiers n'y sont pas étrangers en raison des coûts des assurances prévoyance. La méconnaissance des acteurs qui pourraient les aider dans leur démarche en est également une des raisons : pour la majorité des personnes interrogées, le seul interlocuteur vers lequel ils se tournent est leur médecin généraliste. À la question de savoir ce qui leur serait nécessaire pour mieux gérer les impacts des problèmes de santé sur leur activité, un sur deux réclame des aides financières ; et dans une moindre mesure un accompagnement organisationnel pour leur permettre de continuer à travailler. C'est sur cette dernière piste qu'a travaillé particulièrement l'ARACT, avec plusieurs professions (boulangers, infirmiers, dentistes...). Il s'est agi de définir avec elles quelles étaient les activités que les entrepreneurs se voyaient possible de déléguer à des tiers. Ce sont principalement les activités liées à la facturation, à l'administration et la gestion de la structure qui ont été évoquées et qui, si elles étaient par ailleurs prises en charge, permettraient

d'alléger le travail des exploitants face à la maladie. Déjà des professions se sont emparées de ces résultats pour œuvrer à des actions. Des acteurs des politiques publiques sont également impliqués dans ces réflexions.

Les enregistrements vidéo de ces deux journées sont disponibles sur le site du CNAM : <https://lise-cnrs.cnam.fr/le-laboratoire/evenements-et-actualites-de-la-recherche-concernant-le-lise/vivre-en-sante-au-travail-et-au-chomage-l-affaire-de-tous-1344465.kjsp>

Pathologies psychiatriques et travail

Journée de la Société française de santé au travail (SFST)

Paris, 7 octobre 2022

EN RÉSUMÉ

AUTEURS :

S. De Capitani di Vimercate, interne en médecine du travail, A. Schaller, B. Siano, département Études et assistance médicales, INRS

Cette journée de la Société française de santé au travail (SFST) a été consacrée aux pathologies psychiatriques afin d'apporter une meilleure connaissance sur ces pathologies aux professionnels de la santé au travail et leur donner des pistes pour leur pratique quotidienne. Les rappels cliniques de certaines pathologies psychiatriques, avec un focus sur les possibles répercussions sur la vie professionnelle, ont précédé une présentation sur le positionnement du médecin du travail face à ce type de patients et son rôle d'accompagnement. Une intervention spécifique a porté sur les troubles de la personnalité. Enfin, la problématique de l'insertion et du maintien en emploi des patients ayant une pathologie psychiatrique a mise en avant les partenaires et structures à mobiliser.

MOTS CLÉS

Santé mentale /
Psychopathologie /
Maintien dans
l'emploi /
Conditions
de travail /
Désinsertion
professionnelle

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES INVALIDANTES : RAPPELS CLINIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES. RÉPERCUSSIONS SUR LA VIE PROFESSIONNELLE DES TROUBLES COGNITIFS INHÉRENTS AUX PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET À LEURS TRAITEMENTS

EXEMPLE DE LA BIPOLARITÉ

S. Gard (Centre Expert Bipolaire, Centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux) a rappelé les définitions de la bipolarité et des termes de « manie », « hypomanie », « état mixte ». L'état mixte se caractérise par la coexistence au même moment des symptômes des deux pôles, c'est-à-dire qu'il y a l'agitation et l'excitation de la phase maniaque mais, en même temps, le désespoir de la dépression, état le plus inquiétant du point de vue du risque suicidaire. Les symptômes principaux des phases maniaque et

dépressive sont très symétriques ; 5 dimensions sont concernées : émotions, pensées, comportement, motivations et sensorialité. Dans la phase maniaque, les émotions sont exacerbées et dominées par l'euphorie et il y a une forte labilité émotionnelle. La pensée est caractérisée par des idées de grandeur, parfois même des idées délirantes mégalomaniaques. Les pensées sont très rapides, se bousculent les unes les autres (tachypsychie) engendrant distractibilité, difficulté de concentration. D'un point de vue comportemental, le patient présente une logorrhée. Au niveau motivationnel, il y a une dispersion de projets. Pour ce qui concerne la sensorialité, il peut il y avoir une hyperesthésie avec l'accentuation de certaines sensations comme une sensibilité particulière aux sons ou à la musique. À l'inverse, durant la phase de dépression, les émotions sont dominées par l'anxiété et la tristesse, avec une anhédonie importante (perte de plaisir et de toute sensation agréable). Les pensées sont souvent ralenties et

sombres, avec des troubles de l'attention et de la mémoire. Le comportement est marqué par une fatigue importante, les actes de la vie quotidienne peuvent être très difficiles à réaliser. Il existe une perte de motivation et une sensibilité sensorielle affaiblie. Souvent, dans cette période, il y a aussi des idées noires, voire suicidaires. Le trouble de l'humeur bipolaire concernerait 2,4 % de la population mondiale. Le risque de surmortalité est augmenté par le risque suicidaire et le risque d'altération de la santé somatique explique les conduites addictives, fréquentes chez cette population.

Les conséquences socioprofessionnelles touchent surtout l'insertion professionnelle, avec plus de chômage et d'absentéisme et moins de productivité chez la personne touchée, avec un nombre moyen de journées de travail perdues par an plus élevé que dans le trouble dépressif. Le trouble bipolaire serait la 7^e cause de handicap dans le monde. La rémission fonctionnelle est difficile à atteindre dans la durée : les 2/3 des patients n'arrivent pas à retrouver un fonctionnement correct un an après un épisode maniaque. Même dans les phases dites « inter-critiques », des symptômes résiduels, souvent dépressifs, mais aussi des troubles cognitifs persistants (30 à 60 % des patients) peuvent être présents. Quatre grands types de troubles cognitifs sont répertoriés : les troubles de la mémoire, particulièrement impactant sur l'activité professionnelle, les troubles de l'attention, les troubles des fonctions exécutives (c'est l'ensemble des fonctions qui permettent de s'adapter à quelque chose qui n'est pas habituel) et la vitesse de traitement de l'information. Au total le patient peut avoir des difficultés à entretenir une conversation ou à

apprendre une information (problèmes d'encodage) qui aggravent souvent l'autodépréciation et l'autoculpabilité chez ces patients, ce qui augmente le risque de nouvelle rechute dépressive.

L'intervenant a présenté la prise en charge pluridisciplinaire qu'il recommande et les centres experts sur la bipolarité, permettant de proposer aux patients la remédiation cognitive : réentraînement sous forme de séances de groupe lors desquelles chaque participant partage ses difficultés ; des tâches à domicile sont proposées pour mettre en place des stratégies au quotidien. Cette remédiation aurait des bénéfices en terme de qualité de vie et de réinsertion professionnelle. Les patients bipolaires peuvent être adressés dans ces centres experts par les médecins du travail.

EXEMPLE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

P. Brazo (Centre Esquirol, CHU de Caen) a décrit cette maladie à début assez précoce (entre 15 et 25 ans chez les hommes et 25 et 35 ans chez les femmes) qui concernerait 1 % de la population. Il s'agit d'une maladie handicapante et chronique, avec une perte des capacités cognitives et de relation. Les patients ont souvent déjà un métier et sont insérés dans la société au moment du diagnostic. Ils ont tendance à mentir à leur entourage, notamment professionnel, sur la maladie ou, par exemple, sur la raison d'attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), craignant un licenciement ou encore par « honte » de la maladie. En effet, l'image de « fou » dangereux, violent, incontrôlable, véhiculée souvent par la littérature ou le cinéma a conduit, selon l'intervenante, à une stigmatisa-

tion du patient qui souffre de schizophrénie. Il existe aussi une auto-stigmatisation chez ces patients : ceux-ci ont la sensation de souffrir d'une maladie « honteuse », avec des répercussions importantes sur l'estime de soi.

Un tiers des patients est bien stabilisé sous traitement mais il existe toujours un risque de rechute car il y a une vulnérabilité élevée vis-à-vis du stress. Le taux de mortalité est extrêmement important (augmenté de 4 fois par rapport à la population générale) et la réduction de l'espérance de vie est estimée à 10-20 ans. Les symptômes de la maladie se classent principalement en 4 groupes : les symptômes positifs, les symptômes négatifs, les symptômes de désorganisation et les troubles cognitifs. Les symptômes positifs sont les hallucinations et les idées délirantes (qui sous-tendent l'élaboration d'une réalité propre au patient, différente de la réalité commune). Parmi les symptômes négatifs, sont notables l'apathie, l'aboulie et le retrait social. Les symptômes de désorganisation peuvent se manifester à différents niveaux, avec des troubles du cours de la pensée, troubles de la logique et du langage. Selon les recherches actuelles, les troubles cognitifs peuvent précéder les symptômes (échec scolaire). L'incapacité à s'adapter à la vie quotidienne est un facteur majeur de désinsertion professionnelle chez ces patients. La « cognition » est l'ensemble des processus permettant de traiter l'information, d'acquérir des connaissances sur le monde et de réguler ses actions. Il y a deux types de cognitions : la neurocognition et la cognition sociale. Le profil d'atteinte cognitive diffère chez chaque patient. L'atteinte à la neurocognition se traduit par une perte de points de quotient intel-

lectuel (QI), des troubles des capacités exécutives et une atteinte des capacités attentionnelles et mnésiques. Les troubles de mémoire atteignent la mémoire de travail (calcul mental), la mémoire épisodique et sémantique, tandis que la mémoire procédurale est globalement conservée. Les troubles de la cognition sociale concernent la « capacité sociale » : capacité à se construire des représentations mentales des relations avec les autres et à les utiliser de façon souple pour guider le comportement social, la capacité à interagir et communiquer avec les autres. Au total, la schizophrénie est une maladie chronique, pour laquelle les soins comprennent fondamentalement les traitements médicamenteux ainsi que la réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive et une bonne intégration sociale et professionnelle.

SALARIÉS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIQUE INVALIDANTE : QUEL POSITIONNEMENT ET ACCOMPAGNEMENT PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

C. Duret (Centre de Pathologie professionnelle et environnementale de Garches) a proposé une réflexion sur le positionnement du médecin du travail ou du service de prévention et de santé au travail (SPST) pour la prise en charge de salarié porteur d'une pathologie psychique, s'agissant d'une situation fréquente. Environ 15 à 20 % de la population générale sera touchée par un problème de santé mentale dans sa période de vie active. Toutes les pathologies psychiques peuvent avoir des conséquences d'intensité différente sur l'employabilité

d'un salarié. Il est important de connaître les grands axes de ces conséquences. Le premier est l'impact des symptômes eux-mêmes sur le fonctionnement interne du salarié. Il s'agit des atteintes cognitives, de l'anxiété, les motivations et les conséquences sur le comportement. Il pourra aussi y avoir des impacts sur le lien au travail, avec les collègues et l'encadrement. Les médications et les absences maladies pourront avoir des conséquences sur les parcours de carrière. Évidemment, un impact sur le poste de travail ou des conflits dans le travail pourront également survenir. Les liens managériaux et RH auront toute leur importance, avec la question de la solidité de la personne recrutée. Une synthèse par pathologie a ensuite été réalisée, en commençant par **l'épisode dépressif caractérisé**. L'origine peut en être parfois professionnelle, avec une double peine pour le salarié qui a été très investi dans son travail (conséquences sur la santé et sur l'emploi). Le risque évalué en population générale est de 20 % sur une vie. Les symptômes impactant le plus la capacité de travail sont notamment : fatigue et fatigabilité, tristesse, aboulie, indécision, atteinte de l'estime de soi (cercle vicieux), atteintes cognitives (les plus handicapantes au quotidien), dont les troubles de la concentration. Le lien avec les collègues et leur soutien sont variables. Il est important de les évaluer pour chaque salarié afin de savoir si le maintien dans l'activité est possible à l'instant t. S'il n'y a pas de ressources, l'arrêt de travail est nécessaire. Les symptômes dépressifs vont être générateurs d'absences, ponctuelles puis prolongées. Le risque sur l'emploi est important, avec un retrait des missions d'intérêt (on ne peut

plus compter sur la personne). L'isolement est important et il existe un risque de désinsertion sociale avec la possibilité de ne plus trouver d'emploi du fait de la sévérité des symptômes et d'évolution vers l'invalidité. L'invalidité de deuxième catégorie posée rapidement présente un réel risque de désinsertion. Pour **l'anxiété**, l'orateur a conseillé de s'intéresser aux symptômes sans caractériser une pathologie, en dehors des phobies spécifiques (exemple du cordiste qui a peur de la hauteur). Les symptômes ayant un impact sur la capacité de travail sont notamment : les ruminations centrées sur le travail (avec impossibilité de déconnecter du travail en rentrant chez soi), l'atteinte de l'estime de soi, la fatigue cognitive et la fatigue globale, les troubles du sommeil (impossibilité de récupérer), l'indécision, le contrôle excessif (impacte beaucoup le travail, empêche toute pensée), les difficultés à déléguer et collaborer. Les personnes anxieuses peuvent manifester des symptômes à type d'irritabilité. L'anxiété peut engendrer des absences même si les salariés feront tout pour les éviter (car cela génère de l'anxiété). En général, les reprises sont difficiles car l'exposition à la cause a été suspendue, d'où l'importance de la visite de pré-reprise pour anticiper les différentes tâches. Le risque principal sur l'emploi est plutôt la stagnation mais tout dépend de l'intensité des symptômes : à l'extrême, une inaptitude médicale peut être décidée. Il est important de connaître le niveau d'anxiété en dehors des crises pour évaluer ce risque. Ont ensuite été abordées **la schizophrénie et les autres psychoses** qui présentent une intégration plus faible dans le monde du travail. Le premier épisode psychotique représente

souvent la sortie du milieu de travail. Les délires paranoïaques débutent généralement vers 40-45 ans quand les personnes sont intégrées dans le monde du travail. Elles arrivent alors chez le médecin du travail à l'occasion d'une décompensation. Dans les psychoses, les symptômes ont tous un fort impact sur la capacité de travail. Cependant, il y a une question d'équilibre du moment : les personnes avec un traitement adapté peuvent rester équilibrées pendant 10 ans et leur pathologie passer inaperçue dans le monde du travail. Le médecin du travail s'engage, quand il a l'information, sur un contrat de soins. Il est à leur disposition mais les informe sur les risques de décompensation, notamment s'ils ne suivent pas leur traitement. L'atteinte du lien avec la réalité est le principal risque au travail. Il s'agit de pathologies avec une fatigue cognitive et une fatigue globale dues à la maladie elle-même et aux traitements. D'autres symptômes peuvent impacter le travail : interprétations, méfiance, retrait des tâches. Le lien avec les collègues est très altéré en raison de bizarrerie, repli, idées paranoïaques et de persécution. Il y a un poids important sur le collectif et sur le manager. Il faut lui expliquer qu'il doit être bienveillant mais mettre un cadre rigoureux (ne pas tolérer des absences par exemple), et quand il doit adresser le salarié au médecin. Les psychoses sont génératrices d'absences, d'abord ponctuelles puis plus importantes. Au bout d'un an à un an et demi d'arrêt, s'il n'y a pas de stabilisation avec un traitement adapté (pathologie sévère), l'invalidité peut être adaptée, notamment si la personne est toujours dans l'entreprise (prévoyance). Le risque sur l'emploi est très important. Dans

le trouble bipolaire, l'intégration dans le monde du travail est meilleure, parfois jusqu'à la retraite, parfois jusqu'à 50-55 ans quand les troubles cognitifs deviennent plus importants. Les symptômes ayant un fort impact sur la capacité de travail sont les troubles du sommeil, l'hyperactivité improdutive, les multiples actions de travail sans terminaison, les projets grandioses, les prises de décision rapides et risquées. Le lien avec les collègues est bon en période peu symptomatique ; inquiétude et fatigue de l'environnement peuvent survenir en période de décompensation. Cette pathologie est génératrice d'absences, ponctuelles, généralement courtes, puis importantes. Le risque sur l'emploi existe également et dépend du lien avec le collectif.

L'orateur a ensuite abordé les enjeux pour le médecin du travail. Le psychiatre gère le soin ; le médecin du travail est l'interlocuteur fondamental dans l'emploi et fait le lien entre le monde de la ville, du soin, et celui du travail. Pour le soin, le travail est un facteur consolidant et de maintien mais la médecine de ville connaît mal le travail, les expositions spécifiques du salarié et les relais internes. Le médecin du travail est ainsi le pivot entre la médecine de soin et le monde du travail : il vérifie que le salarié est engagé dans un suivi, la compatibilité actuelle de sa santé avec son travail, conseille un arrêt de travail en phase aiguë. Il va également orienter et conseiller sur le parcours médicoprofessionnel. Pour y parvenir, le point crucial est le lien avec le salarié, permettant d'être perçu comme un soutien, d'obtenir plus d'informations médicales et d'améliorer la prise en charge médico-sociale. Pour établir ce lien, il est nécessaire d'éviter les pièges relationnels (jugement de

valeur, promesse difficile à tenir...) et d'utiliser des outils relationnels (écoute active, position de non jugement, explications, information). Le respect du secret médical doit être absolu. En revanche, avec l'accord du salarié, des échanges sont possibles avec le manager sur les conséquences de la pathologie, l'aménagement de poste de travail, les tâches qui posent problème et lui conseiller de solliciter une visite à la demande de l'employeur si la situation se dégrade. Pour les collègues de travail, il est nécessaire de rappeler le respect de l'intimité du salarié.

GESTION D'UNE « PERSONNALITÉ DIFFICILE » EN MILIEU DU TRAVAIL : QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ET QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DE PRISE EN CHARGE DE TELS TROUBLES ?

M. Vacheret (Centre hospitalier de Libourne) a décrit la personnalité comme ce qui caractérise ou définit chaque personne. Elle résulte d'une intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions, de cognitions, fondée sur des modes de fonctionnement face à l'environnement et d'interactions vécues depuis l'enfance. La personnalité, qui apparaît à l'adolescence, est acquise à l'âge adulte. La signature comportementale se définit par le tempérament, d'origine génétique, et le caractère, lié à l'apprentissage et aux éléments de vie de chacun. Les troubles de la personnalité (TP) posent un souci pour l'individu et dans ses interactions avec les autres. Des schémas omniprésents de perceptions, de comportements, de réactions et

de relations entraînent une souffrance importante pour la personne mais aussi un problème de lien avec l'autre. Les TP sont décrits selon des processus émotionnels, cognitifs et comportementaux, fixés et persistants dans le temps, sans lien avec un événement, une décompensation, une prise de substances... Cette modalité durable des conduites dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, est envahissante et rigide et est source d'une souffrance ou d'une altération du comportement.

L'approche catégorielle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques (DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e Édition) est utilisée, mais, pour l'intervenante, une approche dimensionnelle est à privilégier car elle permet de mieux identifier les traits de caractère de l'individu. Les 10 troubles de la personnalité peuvent être classés en 3 groupes (A, B et C). Dans chaque groupe, les différents types partagent certains traits de personnalité essentiels, mais chaque trouble a ses propres caractéristiques distinctives :

- les troubles du groupe A ont pour traits communs une apparence ou un comportement étrange ou excentrique : chez l'individu paranoïaque, la méfiance et la suspicion sont dominantes, avec un sentiment de tromperie (les autres sont malveillants...), avec des doutes injustifiés, une susceptibilité et une psychorigidité. La personne schizoïde souffre d'un désintérêt pour les autres, d'un repli sur soi, est inhibée et a des croyances et des pensées magiques. La personne schizotypique souffre également de repli et de pauvreté des affects, accompagnés de bizarreries et d'excentricités ;

- les troubles du groupe B ont pour traits communs une apparence ou un comportement excessif, émotionnel ou erratique : la personne antisociale est intolérante à la frustration, impulsive et agressive, dangereuse et transgressive, avec une absence de culpabilité, indifférente aux autres. L'individu *borderline* (trouble de la personnalité limite) est très impulsif, souffre d'instabilité relationnelle, avec un sentiment de vide chronique et d'angoisse abandonnique ; auto-agressif, il adopte des conduites à risque. La personne histrionique est très égocentrique, utilise une séduction inappropriée, le théâtralisme, l'hyperexpressivité, avec une superficialité des affects. Enfin, la personne narcissique souffre d'une hypertrophie du moi, de mégalomanie, elle manque d'empathie et exploite et méprise les autres ;

- les troubles du groupe C ont pour traits communs l'anxiété ou la crainte : la personnalité évitante souffre d'une dévalorisation de soi, évite les contacts, vit en appréhension constante et dans l'angoisse du rejet et du jugement, et est inhibée. La personne dépendante est soumise, recherche du soutien de façon excessive en ayant du mal à prendre des décisions, des responsabilités, à exprimer un désaccord. La personnalité obsessionnelle est perfectionniste, méticuleuse, psychorigide, conformiste, a des difficultés à déléguer, doute, est anxieuse.

Le médecin du travail peut identifier les traits psychologiques de personnalité qui peuvent poser problème, notamment au travail. Le diagnostic et les soins appartiennent aux spécialistes. Il s'agit de l'aider à comprendre ce qui lui arrive de façon bienveillante, car, fréquemment, il ne se sait pas atteint d'un TP, mais ce sont ses

collègues qui se plaignent et lui « collent » une étiquette. L'intérêt est de le convaincre qu'identifier ses troubles lui permettra d'être moins en souffrance avec son fonctionnement pathologique. Il ne faut pas oublier de tenir compte du contexte (deuil...), de la culture (ne pas parler la langue...) dans un TP. Le diagnostic différentiel est important dans l'identification d'un TP (comorbidités, intoxication, maladie mentale...). En revanche, l'entretien ne doit jamais être réalisé en période de crise du patient, lors de prise de substances ou d'événements traumatiques. Tous les troubles du groupe A peuvent être prémorbides de maladies psychotiques chroniques. Par ailleurs, de nombreuses comorbidités existent avec un TP : alcoolisme, prise de stupéfiants... Le risque de mise en danger de la personne est donc à prendre en compte également.

Dans tous les cas, les principes d'accueil du patient sont de sécuriser les lieux (en cas de comportement agressif...), d'offrir une écoute empathique et bienveillante, de s'adapter à l'interlocuteur, de communiquer de façon claire, loyale et adaptée, centrée sur les émotions (réassurance, calme, neutralité bienveillante...). L'intervenante cite un ouvrage de référence : « *Comment gérer les personnalités difficiles* » de F. Lelord et C. André. À travers de multiples études de cas, les auteurs insistent sur le fait que gérer une personne souffrant de TP consiste à essayer de changer ses comportements et non sa vision du monde ; de comprendre ses craintes et ses appréhensions derrière ses comportements difficiles, et non de penser qu'il s'agit de mauvaise volonté, sans la juger ni lui faire la morale ; d'accepter un changement progressif voire partiel, et, surtout, ne jamais

« rentrer dans son jeu ». Idéalement, il faudrait lui proposer des situations qui respectent ses besoins, voire privilégier une activité professionnelle qui peut transformer son TP en qualité (une personne obsessionnelle peut parfaitement s'épanouir à un poste de contrôle par exemple).

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES, INSERTION ET MAINTIEN EN EMPLOI : PARTENAIRES ET STRUCTURES À MOBILISER

LE RÔLE DU SERVICE SANTÉ AU TRAVAIL : EXEMPLE DU DISPOSITIF AMEST (ACCOMPAGNEMENT AU MAINTIEN EN EMPLOI - SANTÉ TRAVAIL) AU CHU DE BORDEAUX

A. Gonzalez (Centre hospitalier universitaire de Bordeaux)

a indiqué que l'enjeu, au sein du service de santé au travail (SST) du personnel hospitalier du CHU de Bordeaux, avait été de mettre en place le dispositif AMEST (Accompagnement au Maintien en Emploi - Santé Travail), permettant de maintenir en emploi un agent confronté à une situation de handicap physique, psychique, mental ou cognitif, en incluant le service des ressources humaines et tous les acteurs, même extérieurs, dans un parcours cohérent tout en préservant le secret médical. L'expérience montre que plus l'entourage est riche et diversifié autour de l'agent, plus les risques de rechute diminuent.

L'agent est l'acteur central de son parcours de maintien dans l'emploi. La collaboration entre les différents intervenants du parcours ne peut se faire qu'avec son accord

et c'est lui-même qui fait le lien entre eux. Une pluralité d'acteurs existe : le SST (médecins du travail, infirmiers et psychologues en santé au travail, ergonomes, préventeurs hygiène et sécurité), la Direction des ressources humaines (unité et conseillers mobilité santé, référents santé de site, conseillers mobilité carrière, assistantes sociales...), l'encadrement de proximité et supérieur, le collectif de travail (équipes/collègues) et les intervenants extérieurs (médecin traitant, psychologue/psychiatre, autres spécialistes...).

Il est souhaitable que l'agent signale le plus précocement possible sa problématique de reprise ou de maintien en emploi auprès de ces personnes ressources. S'il décide d'entrer dans le dispositif, sous réserve de la validation par le médecin du travail, un entretien initial lui présente la démarche et son cadre éthique. Sa situation médicopsychosociale est évaluée et une identification des contraintes et des ressources est réalisée. L'intérêt d'un échange entre le SST et le service des ressources humaines, si besoin et toujours avec l'accord de l'agent, est à souligner car il peut apporter des données que le SST ne possède pas. Des éléments complémentaires peuvent aussi venir de l'extérieur (thérapeute, spécialiste...). Dans le dispositif, la rencontre de l'encadrement et/ou du collectif de travail permet d'évaluer le contexte en matière de maintien dans l'emploi et d'accompagner l'équipe dans l'insertion, la reprise ou le maintien en emploi de l'agent. La poursuite de l'accompagnement, si besoin, se fait à l'aide d'entretiens individuels avec l'agent ; une réorientation est possible. Un suivi auprès de l'encadrement peut compléter le dispositif.

L'intervenante a illustré le dispositif par des exemples :

- celui d'une infirmière souffrant d'une dépression chronique avec résistance aux traitements et plusieurs hospitalisations : accompagnée pendant 6 ans, elle a vécu 3 retours en emploi. La récurrence des arrêts est un frein pour l'encadrement. Un premier échange entre cadre, cadre supérieur et psychologue a servi d'éclairage des besoins de l'agent et de levier d'acceptation de l'agent puis de levier à l'adaptation de ses différents postes, suivi d'une discussion relative aux capacités et besoins de l'agent. Un lien fort entre l'agent, la psychologue du SST, le service social et la conseillère mobilité ainsi qu'une bienveillance institutionnelle se sont mis en place dans cet accompagnement ;

- un agent, souffrant de trouble addictif, s'alcoolisait sur son lieu de travail. Il était depuis longtemps protégé par son équipe qui cachait les impacts sur son travail. Une demande d'accompagnement de la part de l'équipe a été émise pour le retour de l'agent. Cette démarche a permis à l'agent d'accepter un suivi en santé au travail par un psychologue ;

- une infirmière, avec trouble bipolaire et une addiction, avait connu 3 phases maniaques lors d'arrêt des traitements. Le lien et la communication entre cadre, institution, SST et conseiller mobilité ont été une aide à l'accompagnement de l'agent. Le SST a placé des mots sur l'impact de sa situation, notamment en matière cognitive, alors que l'encadrement l'évaluait incompétente professionnellement. La prise en charge a contribué à l'équilibre de la maladie et à la reconversion (temporaire) sur un poste de personnel technique.

EXEMPLE DE L'AUTISME (ASPERGER)

S. Slezakova (CHU de Lille) a présenté son travail de thèse (« *Leviers et freins de l'insertion professionnelle et du maintien en emploi des personnes adultes autistes sans déficience intellectuelle* »). Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble du neurodéveloppement qui affecte la communication et le comportement. Le patient autiste souffre de troubles d'interaction et communication sociale avec des intérêts restreints et des gestes et comportements répétitifs. Ces symptômes entraînent des répercussions importantes, notamment dans le domaine professionnel. L'autisme est un trouble qui est en augmentation aujourd'hui avec, en France, 600 000 adultes souffrants de cette pathologie, dont 50 % sans déficit intellectuel. Parmi ces derniers, environ 50 % ont un emploi. Les salariés souffrants d'autisme ont des qualités professionnelles telles que la persévérance, la fiabilité, l'attention aux détails, la concentration prolongée. Toutefois, ils rencontrent aussi plus de difficultés que leurs collègues : difficultés dans les interactions sociales avec la hiérarchie et les collègues, hypersensibilité sensorielle qui rend parfois difficile la concentration.

Le travail de thèse avait pour objectifs d'identifier les caractéristiques permettant une insertion professionnelle et un maintien à l'emploi de ce profil de patient et, secondairement, de déterminer le rôle du médecin du travail. Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale par auto-questionnaire distribué sur les réseaux sociaux et les sites web des différentes associations des personnes autistes en France

de juin 2020 à mars 2021. Les critères d'inclusion étaient d'être un adulte ayant un diagnostic formel de TSA sans déficience intellectuelle. Au total, les résultats mettaient en valeur un âge médian de diagnostic de 34 ans, avec 98 % des répondants ayant eu le diagnostic à l'âge adulte. Dans la population examinée, 80 % présentaient un trouble associé (troubles du sommeil pour 53 % et trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour 21 % d'entre eux, troubles anxieux ou dépressifs, syndromes post-traumatiques). Concernant le statut professionnel, 58 % de la population était en emploi au moment de l'étude (comparativement au 65 % de la population générale française en 2019), 17 % en recherche d'emploi et 13 % sans emploi. Parmi les personnes professionnellement actives, 51 % avait un CDI, comparativement au 71 % des salariés français en 2019. Ils étaient principalement employés en milieu ordinaire. Ils exerçaient principalement dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale. Pour ce qui concerne l'accès à l'emploi, 71 % des sujets ont rencontrés des difficultés à trouver un emploi pendant leur parcours de vie. Les difficultés les plus fréquemment rapportées étaient l'entretien d'embauche, le manque d'expérience professionnelle, le manque d'offre d'emploi et aussi la rédaction du CV et/ou de la lettre de motivation. Concernant le maintien en emploi, pour 86 % des sujets, la difficulté majeure était l'interaction sociale, suivie par des difficultés sensorielles, la fatigabilité et le fait de devoir faire face aux situations « imprévues » au travail. Parmi les répondants, 71 % ont déjà ressenti le sentiment d'avoir été harcelé au travail, 75 % ont déjà

fait un *burnout* et 58 % estimaient qu'ils avaient déjà perdu leur emploi en raison d'isolement dans leur interaction professionnelle. Concernant les leviers de l'insertion professionnelle, la plupart des sujets ont répondu qu'il s'agissait de l'accompagnement par des proches, des associations spécifiques à l'autisme ou des services d'accès et maintien en emploi. Pour une autre partie des sujets, la réponse était la persévérance, la suradaptation et le fait de « se surpasser ». Enfin, en parts égales, le restant des sujets ont répondu « l'entraînement à l'entretien d'embauche » et la « reconversion professionnelle ». Il est à noter que 19 % des patients n'ont jamais eu aucune difficulté à trouver un emploi. Un autre résultat qui est sorti de l'étude est qu'une partie des sujets n'avait jamais eu de visite médicale d'embauche, ou alors que le sujet de l'autisme n'y avait pas été abordé. Seulement 9 % ont bénéficié d'un aménagement de poste ou d'une étude de poste proposée à l'issue de la visite. Au total, la majorité des patients inclus dans l'étude n'ont jamais eu un aménagement de poste et seulement un quart des aménagements à la demande du médecin du travail avait été fait. Parmi les aménagements, le plus fréquent était la mise en place du télétravail à plein temps ou l'aménagement des horaires de travail. Enfin la partie du questionnaire en texte libre portait sur des propositions d'aménagements supplémentaires. Les réponses les plus fréquentes étaient la mise en place du télétravail ou le bureau seul, le temps partiel, la proposition d'un casque anti-bruit, des aménagements des horaires de travail mais aussi l'utilisation de l'écrit plutôt que de l'oral pour les descriptions de tâches et objectifs

de travail. Cette étude encourage à une meilleure sensibilisation à l'autisme dans les entreprises et une meilleure information des services de prévention et de santé au travail.

ACCOMPAGNEMENT DES SALARIÉS PSYCHOTIQUES

C. Necoï (Route Nouvelle Alsace – RNA) dirige une association qui propose des solutions graduées en fonction des besoins et des capacités des personnes porteuses d'un handicap psychique pour l'emploi et le maintien en emploi, avec un ESAT (établissements ou services d'aide par le travail) pour les personnes qui ont le plus besoin d'accompagnement, une entreprise adaptée dans le domaine tertiaire pour les personnes qui sont plus autonomes et qui ont des compétences plus avancées et le SIMOT (Service d'insertion en milieu ordinaire de travail). Le SIMOT réalise de l'accompagnement vers l'emploi et du maintien en emploi (notamment à la demande d'entreprises ou de médecins du travail). Il s'agit d'un dispositif unique en France basé sur un modèle expérimental sans limitation de durée. Le fait qu'il n'y ait pas de limitation de durée est un facteur puissant pour l'accompagnement. D'après l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques), seulement 19 % des personnes en situation de handicap psychique travaillent alors que 70 % des personnes interrogées déclarent vouloir travailler. Le travail est un facteur de rétablissement, un facteur d'émergence de contacts sociaux et d'échanges, et un facteur de restauration et d'amélioration de l'estime de soi. Cela se traduit

par une baisse du recours à l'hospitalisation. Le travail restaure le sentiment d'utilité sociale et de reconnaissance sociale. Il existe différentes méthodes d'accompagnement, toutes bonnes et complémentaires. Pour RNA, l'accompagnement est individualisé, basé sur le projet de la personne. Dans un premier temps, il y a un travail sur les habilités en mettant en vis-à-vis ce qui est attendu dans l'entreprise (codes sociaux par exemple). Les ateliers sont divers et variés, certains proprement attachés au monde de l'emploi, d'autres connexes (logement, vie quotidienne...). Certains ateliers émergent des demandes des personnes (maquillage...). Ensuite, ou de façon connexe, viennent la question des formations, puis la phase complexe et stressante de la préparation à l'embauche et à l'entretien d'embauche (ateliers CV, répétition de l'entretien d'embauche...). Parmi 209 personnes accompagnées en 2021, 109 ont un contrat de travail dont 70 en CDI et 39 en CDD. Une fois l'embauche faite se pose la question du maintien dans l'emploi. Les personnes sont suivies tous les 15 jours et autant de fois que nécessaire à leur demande. À ce stade se pose la question d'informer ou non l'employeur. C'est la personne accompagnée qui décide. En préparation à l'embauche, 50 % des personnes souhaitent faire part de leur RQTH, 30 % vont y venir à terme, souvent après des échecs successifs, 20 % refusent tout au long de leur parcours. Il y a néanmoins un point important : l'environnement, s'il est averti, pourra détecter les signaux faibles pour intervenir et prévenir une situation de rupture massive.

L'intervenant termine sa présentation sur les enjeux et les gains. Pour la personne, il s'agit certes

d'un risque d'échec mais aussi d'une possibilité d'améliorer ses revenus, ses rapports sociaux. Pour l'employeur, il y a un risque pour la productivité, une nécessaire adaptation des postes de travail mais aussi des compensations en terme d'image de marque, de responsabilité sociale de l'entreprise, de respect des 6 % d'emploi de personnes handicapées et de qualité de vie au travail.

3

OUTILS REPÈRES

P. 108 **VOS QUESTIONS/NOS RÉPONSES**

P. 115 **RISQUES PSYCHOSOCIAUX**

Vos questions/nos réponses

Aérosols de Pentacarinat® : quelle protection pour le personnel soignant ?

La réponse du Dr Gabriela Caetano, du département Études et assistance médicales, et d'Annabelle Guilleux, du département Expertise et conseil technique de l'INRS.



Médecin du travail dans un centre hospitalier, je suis des personnels soignants qui manipulent et administrent le Pentacarinat® en aérosolthérapie aux patients. Quelles sont les données sur l'exposition, les risques professionnels, notamment pour la reproduction ? Quelles mesures de prévention et quel suivi médical sont à mettre en œuvre ?

Pour mémoire, un aérosol est une suspension, dans un milieu gazeux (air, dans la plupart des cas), de particules liquides ou solides présentant une vitesse limite de chute négligeable. L'aérosolthérapie est le traitement par un principe actif délivré par voie d'aérosol et la nébulisation est la création d'un aérosol à partir d'une préparation liquide [1].

Le Pentacarinat®, dont la substance active est le diiséthionate de pentamidine, est un médicament sous forme de poudre appartenant à la famille des antileishmaniens et trypanocides. Il est administré sous forme d'aérosol ou en injection intramusculaire ou intraveineuse, après reconstitution en solution [2]. L'essentiel des informations publiées concerne l'utilisation du produit sous forme d'aérosols, en prévention des infections à *Pneumocystis jirovecii* chez l'immunodéprimé (notamment chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine – VIH – et à risque de pneumocystose, en cas d'intolérance ou de contre-indication au sulfaméthoxazole-triméthoprime).

Plusieurs publications datant des années 1990 documentent le **niveau d'exposition des soignants** à l'aérosolthérapie par pentamidine, avec des données issues de campagnes de métrologie et/ou biométrologie. Les résultats sont assez variables, avec des concentrations au niveau des voies respiratoires des soignants exposés allant de < 0,03 à 62 µg/m³ sur 8 heures [3] et de 2 à 100 µg/m³ pendant la durée d'un traitement [4]. Le médicament a été détecté dans les

urines de certains soignants à des valeurs proches de celles des patients traités par aérosol [5]. Un suivi de 5 soignants pendant 11 mois a montré que les échantillons d'urine étaient positifs à la pentamidine de façon intermittente (taux de 0 à 18 ng/mg créatinine), traduisant des expositions ponctuelles à des concentrations élevées) [6].

Par ailleurs, il a été démontré que le fait de retirer l'embout d'administration de la bouche d'un patient sans éteindre le nébuliseur multipliait par un facteur 360 la quantité de pentamidine libérée dans l'air par rapport à la quantité libérée lorsque le patient respire normalement avec l'embout buccal. La toux d'un patient multipliait la quantité de pentamidine libérée dans l'air par un facteur 6,9 (intervalle de 0,9 à 14,2), tandis que le port d'un pince-nez par le patient pendant le traitement ne semblait pas réduire la libération de pentamidine dans l'air [6].

Les conséquences de l'exposition du personnel soignant à l'aérosolthérapie par pentamidine sont de deux ordres :

- la possibilité de survenue d'effets toxiques liés à la présence du médicament dans l'air de la salle de traitement ;
- et le risque infectieux du fait de la toux des patients classiquement observée lors du traitement.

Les manifestations d'ordre toxicologique décrites à ce jour chez les personnels exposés sont généralement réversibles et surviennent lorsque l'environnement de travail est particulièrement défavorable. Il s'agit principalement de phénomènes d'irritation de la conjonctive et des voies respiratoires supérieures et inférieures, et d'allergies respiratoires et cutanées [7, 8]. Un cas de syndrome de dysfonctionnement réactif des voies aériennes a été rapporté chez une infirmière exposée lors d'une fuite importante d'aérosol [9]. Un risque significativement accru de tuberculose a été identifié chez le personnel chargé de l'administration

du traitement [7], mais il n'y a pas de données récentes sur ce risque.

Concernant **la toxicité pour la reproduction**, bien qu'expérimentalement chez le rat la pentamidine entraîne des effets embryolétaux [10], et que des cas de fausse couche au cours du premier trimestre de grossesse aient été rapportés lors de la prise prophylactique de Pentacarinat® administré par aérosol [2], il n'a pas été identifié dans la littérature de rapport de cas d'atteinte à la reproduction imputable à la pentamidine chez les soignants potentiellement exposés. L'Institut national de santé publique du Québec a publié en 2012 une étude sur l'impact de l'exposition sur la grossesse chez les inhalothérapeutes (il s'agit au Québec d'une profession à part entière) [11]. Les experts concluent qu'il est « *difficile d'extrapoler aux inhalothérapeutes enceintes le résultat de l'évaluation du risque fœtal faite pour les femmes enceintes car le niveau d'exposition des travailleuses, on le présume, se situe bien en deçà des niveaux thérapeutiques* ».

Le mode d'action de la pentamidine (antagoniste des folates) est similaire à d'autres médicaments qui provoquent une augmentation du risque d'avortements spontanés et de malformations. Par ailleurs, elle peut franchir la barrière placentaire.

Il n'y a pas, à ce jour, de niveaux d'exposition considérés protecteurs, c'est-à-dire associés à une absence d'effet pour la santé pour les travailleurs exposés, y compris pour les femmes enceintes, faute de données suffisantes. Les valeurs d'exposition relevées sont, par ailleurs, comme précisé plus haut, assez variables, en fonction des modes d'administration et de la configuration des locaux.

Des **mesures de prévention** appropriées s'avèrent donc nécessaires, afin de limiter l'exposition du personnel soignant à la pentamidine. La priorité est à donner aux **mesures de prévention collective**, leur but étant de réduire la dispersion de médicaments et d'agents infectieux transmissibles dans l'air à un niveau aussi bas que possible.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'inhalation « *doit se faire dans une pièce bien ventilée et des précautions doivent être prises pour éviter l'exposition du personnel soignant* » [2]. Plus précisément, en plus de l'usage d'équipements spécifiques permettant le maintien de l'aérosol dans un espace presque clos (différentes options de confinement existent pour réduire l'exposition des soignants telles qu'enceinte, cabine, tente...

[7, 12]), l'administration du produit aura idéalement lieu dans un local dédié à l'aérosolthérapie équipé d'un système de ventilation séparé et muni de filtres à haute efficacité. Ce local sera maintenu en pression négative par rapport aux locaux avoisinants, afin d'éviter la diffusion du médicament et d'éventuels agents infectieux hors du local d'aérosolthérapie. La ventilation sera assurée avec de l'air neuf (pas de recyclage) et l'air extrait sera évacué directement vers l'extérieur après filtration à travers un filtre à haute efficacité (HEPA). La fréquence de renouvellement de l'air du local sera d'au minimum 20 renouvellements par heure. Toutes les surfaces du local doivent être faciles à nettoyer et à désinfecter.

Ces mesures de prévention collective seront complétées par des **mesures organisationnelles et individuelles**, telles que :

- prodiguer au personnel soignant une information claire au sujet des médicaments administrés et des bonnes pratiques d'administration ;
- réduire l'exposition du personnel soignant au minimum en durée (par exemple, limiter la présence du personnel soignant dans le local d'aérosolthérapie aux explications de début de séance et à une surveillance intermittente ; instruire le patient à démarrer le dispositif, une fois que le soignant a quitté le local ; utiliser un système déporté de contrôle du nébulisateur) ; l'existence d'une vitre sur la porte du local permet une surveillance pendant le soin sans entrer systématiquement dans celle-ci ;
- apposer un écriteau sur la porte de la pièce d'aérosolthérapie, afin de prévenir les personnes sur le point d'entrer qu'elles risquent d'être exposées au produit ;
- réduire la dispersion de pentamidine en éduquant le patient à bien garder en permanence l'embout en bouche ou d'arrêter le fonctionnement du dispositif s'il veut parler ou en cas de survenue d'effets secondaires ou d'interruption momentanée de la séance, afin d'éviter la fuite de l'aérosol.

Pour éviter la toux, l'usage d'un bronchodilatateur avant chaque séance chez tous les patients peut être envisagé ;

- faire porter un équipement de protection adapté au personnel soignant, dès qu'il pénètre dans la zone de traitement en cours (surblouse, surchaussures, gants étanches à l'eau, lunettes hermétiques – marquées CE et du chiffre « 3 » -, masque de protection anti-aérosol FFP2), cet équipement doit être changé ou lavé et désinfecté pour les lunettes après chaque traitement ;

- éteindre le nébuliseur systématiquement 5 minutes avant tout autre soin sur le patient ;
- la ventilation doit rester en service après la fin du traitement et un délai de 30 minutes doit être respecté avant de pouvoir pénétrer dans la salle sans équipement de protection respiratoire, en l'absence de risque de transmission de pathogènes par voie aérienne ;
- ne pas répandre la poussière déposée par l'aérosol dans la pièce lors des opérations d'entretien (nettoyage à l'humide) ;
- répéter le lavage des mains après contact potentiel avec le produit ;
- la pharmacie doit préparer les doses unitaires de médicament sous poste de sécurité microbiologique [13] pour réduire les manipulations lors de l'administration ;

- éviter l'exposition des personnes asthmatiques et des femmes enceintes, allaitantes ou ayant un projet de grossesse en cours.

Il faut noter que le respect strict des recommandations d'administration permet d'anticiper un niveau d'exposition très faible, mais en situation d'urgence et en l'absence d'équipements de protection individuelle, une exposition à des niveaux plus élevés est toujours possible.

Le suivi de l'état de santé du personnel soignant portera sur les organes risquant d'être directement en contact avec l'aérosol : le nez, les poumons, les yeux et la peau. Ce suivi de l'état de santé prendra aussi en compte le risque d'exposition à différents agents infectieux selon la situation des patients traités (notamment, prévention de la transmission de tuberculose).

BIBLIOGRAPHIE

1 | DUBUS JC, BECQUEMIN MH, VECCELIO L, CHAUMUZEAU JP ET AL. - Bonnes pratiques de l'aérosolthérapie par nébulisation en 2020. *Rev Mal Respir.* 2021 ; 38 (2) : 171-76.

2 | PENTACARINAT 300 mg, poudre pour aérosol et pour usage parentéral. In: Base de données publique des médicaments. Ministère chargé de la Santé, ANSM, HAS, Assurance Maladie, 2022 (<https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61423246>).

3 | BALMES JR, ESTACIO PL, QUINLAN P, KELLY T ET AL. - Respiratory effects of occupational exposure to aerosolized pentamidine. *J Occup Environ Med.* 1995 ; 37 (2) : 145-50.

4 | BEACH JR, CAMPBELL M, ANDREWS DJ - Exposure of health care workers to pentamidine isethionate. *Occup Med (Lond).* 1999 ; 49 (4) : 243-45.

5 | SMALDONE GC, VINCIGUERRA C,

MARCHESE J - Detection of inhaled pentamidine in health care workers. *N Engl J Med.* 1991 ; 325 (12) : 891-92.

6 | O'RIORDAN TG, SMALDONE GC - Exposure of health care workers to aerosolized pentamidine. *Chest.* 1992 ; 101 (6) : 1 494-99.

7 | AHRENS R, BEAUDOUIN L, EICKMANN U, FALCY M ET AL. - Prévention des risques professionnels dans l'aérosolthérapie (pentamidine, ribavirine). Documentation de base : documents de travail destinés aux fonctionnels de sécurité. ISSA Prevention Series 2035 (F). Hambourg : Association internationale de la sécurité sociale (AISS) ; 1998 : 84 p.

8 | BELSITO DV - Contact urticaria from pentamidine isethionate. *Contact Dermatitis.* 1993 ; 29 (3) : 158-59.

9 | STANBURY M, GATTI E, SOKOLOWSKI JW - Reactive airways dysfunction syndrome in a nurse

exposed to pentamidine. *J Occup Environ Med.* 1996 ; 38 (4) : 330-31.

10 | Pentamidine. In: Reprotox. Reproductive Toxicology Center, 2022 (<https://reprotox.org/>).

11 | POULIN M (Ed) - L'exposition à des substances chimiques chez les inhalothérapeutes enceintes : impact potentiel sur le déroulement et le résultat de la grossesse. Publication 1519. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ; 2012 : 76 p.

12 | GALLANT C (Ed) - Guide de prévention. Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux [GP65]. Guide de prévention. Montréal : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) ; 2008 : 158 p.

13 | DAVID C - Enceintes ventilées : synthèse à l'usage des services de santé au travail. Mise au point TP 24. *Réf Santé Trav.* 2016 ; 146 : 105-09.

POUR EN SAVOIR +

- BAYEUX-DUNGLAS MC, ABITEBOUL D - Que faire en cas de maladie contagieuse en milieu de travail ? Pratiques et métiers TM 51. *Réf Santé Trav.* 2019 ; 158 : 95-101.
- Précautions standard. Prévention de la transmission des infections en milieu de soins. Édition INRS ED 6360. Paris : INRS ; 2019 : 2 p.
- Précautions complémentaires « Air ». Prévention de la transmission des infections en milieu de soins. Édition INRS ED 6362. Paris : INRS ; 2019 : 1 p.
- Milieux de soins. Les principaux risques lors de la prise en charge des patients. INRS, 2016 (<https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/milieux-soins.html>).
- Protection collective. INRS, 2022 (<https://www.inrs.fr/demarche/protection-collective/ce-qu-il-faut-retenir.html>).
- Protection individuelle. INRS, 2022 (<https://www.inrs.fr/demarche/protection-individuelle/ce-qu-il-faut-retenir.html>).

Vos questions / nos réponses

Demande de reconnaissance en maladie professionnelle : comment rédiger le certificat médical initial ?



La réponse des docteurs Anne Delépine du département Études et assistance médicales de l'INRS et Philippe Petit de la Direction des risques professionnels à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Une salariée, qui avait fait une demande de reconnaissance en maladie professionnelle, a reçu une notification de la part de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) lui indiquant un refus de prise en charge au motif que la maladie mentionnée sur le certificat médical initial rempli par le médecin traitant (dermatite de contact aux protéines) ne figure dans aucun tableau de maladie professionnelle. Or cette salariée, fleuriste, présente des lésions d'eczéma sur les mains et les tests cutanés mettent en évidence une allergie aux protéines de chrysanthème. De ce fait, cette salariée semble pourtant remplir les conditions du tableau n° 65 du régime général « Lésions eczématiformes de mécanisme allergique ». Comment accompagner cette salariée dans ses démarches ?

La demande de reconnaissance en maladie professionnelle se compose d'une déclaration à remplir par le demandeur et d'un certificat médical initial (CMI) signé du médecin du choix du demandeur. Ce CMI peut être rédigé sur papier libre ou sur l'imprimé Cerfa S6909 dédié. Dans tous les cas, il doit décrire au mieux l'atteinte de santé dont souffre le demandeur et autant que possible utiliser les termes du tableau de maladie professionnelle potentiellement incriminé, sans toutefois en mentionner son numéro. En effet, en cas d'erreur de numéro, la CPAM serait contrainte d'établir un refus pour conditions du tableau non remplies. Si le certificat est écrit sur papier libre, le signataire doit indiquer qu'il pense que cette maladie est en relation avec l'activité professionnelle exercée (actuellement ou dans le passé) par le demandeur. Dans le cas où le tableau demande des examens complémentaires, ceux-ci doivent être joints au CMI. Il est important également que le médecin signataire indique quelle

est la date de première constatation de la maladie : en clair, la date traçable à laquelle le patient a consulté pour la 1^{re} fois pour ce problème de santé même si le diagnostic précis n'a pas été posé à ce moment-là. Dans le cas présent, effectivement la dermatite de contact aux protéines ne figure dans aucun tableau de maladie professionnelle. Le tableau n° 65 du régime général mentionne des « lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané positif au produit manipulé » et la manipulation de chrysanthème figure bien dans la colonne de droite (travaux). Et comme la salariée présente un eczéma et dispose de tests positifs à cette fleur, elle remplit bien ces conditions du tableau. Il s'agit donc ici de refaire un CMI en indiquant « lésions eczématiformes confirmées par des tests positifs au chrysanthème » (en joignant les résultats de ces tests).

Si le problème de santé du salarié ne figure effectivement pas dans un tableau de maladie professionnelle, le CMI doit le décrire au mieux avec le vocabulaire le plus médicalement fiable, en particulier quand il s'agit d'atteinte à la santé mentale. Le CMI peut être signé aussi bien par le médecin traitant que par le médecin du travail. Le nom du médecin signataire fait partie des éléments communicables à l'employeur. Le médecin du travail peut transmettre au médecin traitant les éléments pour que ce dernier établisse le CMI. Si l'affection doit être soumise au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), le médecin conseil sollicitera l'avis du médecin du travail sur le lien entre l'affection et le travail de la victime. Cet avis fait partie des pièces médicales du dossier. Elles ne sont accessibles à l'employeur que par l'intermédiaire d'un médecin désigné par la victime, et donc dans le respect du secret médical.

Vos questions / nos réponses

Défibrillateur automatisé externe : implantation, utilisation, maintenance



La réponse du docteur Philippe Hache, département Études et assistance médicales, INRS.

Cette question/réponse annule et remplace les QR 8 et QR 17 parues respectivement dans le n° 111 et le n° 114 de la revue Documents pour le Médecin du Travail en 2007 et 2008.

Une entreprise souhaite acquérir un défibrillateur automatisé externe (DAE). Quelles informations lui donner ?

Les arrêts cardiorespiratoires (ACR) survenant dans un contexte extra-hospitalier ont lieu majoritairement à domicile. Toutefois, les taux de réanimation sont plus importants lorsque l'ACR survient sur le lieu de travail. À titre d'exemple, une étude a été menée à Paris et dans les communes voisines sur plus de 9 000 ACR extra-hospitaliers [1]. Les résultats montrent que 2,0 % d'entre eux surviennent en entreprise, avec un taux d'admission à l'hôpital supérieur aux autres lieux (51,9 % vs 21,7 %).

Les recommandations internationales destinées à la prise en charge d'une victime en ACR avant l'arrivée des secours spécialisés associent une reconnaissance rapide de la dyade perte de connaissance et respiration anormale par les premiers témoins ou sauveteurs, l'alerte, la mise en œuvre également rapide du massage cardiaque externe et de la ventilation par bouche-à-bouche (par les personnes entraînées), ainsi que l'activation d'un DAE [2].

Le matériel de premier secours doit-il être doté d'un DAE ?

L'article R. 157-1 du Code de la construction dispose que les établissements recevant du public (ERP) de catégorie 1 à 4 sont soumis à l'obligation de détenir un DAE. Il en est de même pour certains ERP de catégorie 5 : structures d'accueil pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, établissements de soins, gares, hôtels-restaurants d'altitude, refuges de montagne, établissements sportifs clos et couverts ainsi que les salles polyvalentes sportives.

Dans les autres cas, et conformément aux articles R. 4224-14 et R. 4224-16 du Code du travail, il revient à l'employeur de doter ou non le matériel de premier secours d'un DAE, au vu des risques présents dans l'entreprise et en prenant conseil auprès du médecin du travail. Les éléments de réflexion peuvent être, par exemple, l'existence de postes de travail où les activités engendrent des contraintes cardiovasculaires importantes (exemple : activités physiques intenses...), l'existence d'un risque électrique, un nombre important de travailleurs, un âge moyen élevé des salariés ou ayant un taux de pathologies cardiovasculaires non négligeable, l'éloignement des secours extérieurs...

Qui peut utiliser un DAE ?

L'article R. 6311-15 du Code de la santé publique dispose que toute personne, même non médecin, est habilitée à utiliser un DAE.

Toutefois, le DAE n'étant qu'un des maillons de la chaîne des secours, il est utile que les salariés aient une formation pour assurer les premiers gestes : reconnaissance de l'ACR, alerte, massage cardiaque (associé ou non aux insufflations), utilisation du DAE. Ces différentes étapes constituent une chaîne de survie susceptible d'augmenter de 4 à 40 % le taux de survie des victimes.

Ces différents éléments sont enseignés dans la formation de sauveteur secouriste du travail. L'employeur peut également prendre contact avec le médecin du travail pour envisager un autre type de formation.

Quel DAE faut-il choisir ?

Le DAE est un dispositif médical qui doit comporter un marquage CE.

Deux types de DAE existent. L'un est semi-automa-

tique : lorsque l'appareil annonce qu'un choc électrique externe est indiqué, le sauveteur doit appuyer sur un bouton pour le délivrer. L'autre est entièrement automatique : lorsque le choc est indiqué, l'appareil le délivre automatiquement tout en diffusant des consignes de sécurité. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandation portant sur le type de DAE. Parmi les critères permettant de choisir un défibrillateur semi-automatique ou un défibrillateur entièrement automatique, l'avis des travailleurs ou leur niveau de formation et d'expérience dans la prise en charge d'une victime d'ACR peuvent être utiles.

Les DAE guident le sauveteur tout au long de l'intervention en donnant des consignes orales, à l'aide d'un haut-parleur. Certains disposent également d'un écran reprenant ces mêmes consignes. Ceci peut être éventuellement intéressant si le DAE est utilisé dans un local de travail bruyant et que le sauveteur souhaite être certain des ordres reçus.

Certains fabricants proposent des électrodes pour adultes et des électrodes pédiatriques, tandis que d'autres fournissent des électrodes adaptées aux deux types de morphologie. En cas d'ACR chez un enfant de moins de 8 ans, l'*European resuscitation council* (ERC) recommande d'utiliser un DAE et des électrodes pédiatriques. Néanmoins, si elles ne sont pas disponibles, l'ERC recommande d'utiliser des modèles adultes [3]. L'une des électrodes sera alors positionnée au milieu du thorax et l'autre au milieu du dos.

Enfin, dans certains cas, la peau de la victime peut être velue et gêner ainsi l'adhésion des électrodes. Il est donc conseillé de doter le DAE d'un rasoir.

Où peut-on installer le DAE ? Faut-il prévoir un affichage ?

La réflexion sur le lieu d'implantation de ce dispositif médical peut tenir compte, par exemple, des unités de travail à contraintes cardiovasculaires importantes, de l'organisation des secours internes à l'entreprise (nombre et localisation des sauveteurs secouristes du travail, présence d'un infirmier d'entreprise...), de la répartition des travailleurs et leurs difficultés d'accès... Si nécessaire, il peut être décidé d'implanter plusieurs DAE.



Figure 1 : modèle n° 2 de signalisation d'un DAE (extrait de l'arrêté du 13 novembre 2019). Le format minimum d'impression est de 10 x 15 cm.

À l'heure actuelle, il ne peut être implanté ou utilisé de DAE en atmosphère explosive (ATEX).

Comme pour tout matériel de premier secours, le DAE doit être facilement accessible et doit faire l'objet d'une signalisation par panneaux (articles R. 4224-14 et R. 4224-23 du Code du travail). Dans le cas des ERP, l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public définit 5 modèles d'affiche permettant de signaler la présence d'un DAE et de le localiser (figure 1). Cet arrêté définit également un modèle d'étiquette à apposer à proximité du DAE ou sur son boîtier comportant, entre autres, le nom du fabricant, les coordonnées du responsable du DAE, la date de la prochaine maintenance...

Maintenance et vérifications

Les DAE sont des dispositifs médicaux de classe III. À ce titre, ils sont soumis à une obligation de maintenance, conformément aux dispositions du Code de la santé publique et de ses arrêtés d'application. De plus, l'article R. 4224-17 du Code du travail dispose que les installations et dispositifs techniques et de sécurité des lieux de travail sont entretenus et vérifiés suivant une périodicité appropriée.

Il revient à l'exploitant d'assurer cette obligation de maintenance. À titre d'exemple, celle-ci peut porter sur le remplacement de la batterie ou d'un composant électronique (condensateur), la mise à jour de l'algorithme définissant les modalités de délivrance d'un choc électrique...

Pour ce faire, l'employeur peut se référer aux préconisations du fabricant du DAE pour déterminer les

opérations à mener et leur périodicité. En fonction des compétences des travailleurs présents dans l'entreprise (exemple : présence d'un technicien ou d'un ingénieur biomédical), l'employeur peut décider de réaliser en interne les opérations de maintenance ou de recourir à un prestataire extérieur.

Par ailleurs, il est utile de vérifier régulièrement l'état extérieur du DAE, le témoin de marche, ainsi que la date de péremption des électrodes et de la batterie. Il est à noter que, sur certains modèles, le témoin de marche tient compte de l'état de ces deux éléments. Après utilisation du DAE, cette phase de vérification est à réaliser, en tenant compte notamment des instructions du fabricant, et les électrodes sont à remplacer. Il en est de même pour le rasoir, s'il a été utilisé.

Enfin, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) recommande de désigner une personne responsable du suivi du DAE [4].

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | DESCATHA A, JOST D, DESPRÉAUX T, DAGRENAT C ET AL. - Is the workplace a site of cardiac arrest like any other: Update from Paris Fire Brigade data. *Resuscitation*. 2015 ; 96 : e3-e4.
- 2 | OLASVEENGEN TM, SEMERARO F, RISTAGNO G, CASTREN M ET AL. - European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*. 2021 ; 161 : 98-114.
- 3 | VAN DE VOORDE P, TURNER NM, DJAKOW J, DE LUCAS N ET AL. - European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*. 2021 ; 161 : 327-87.
- 4 | Défibrillateurs cardiaques externes. Dossier thématique. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), 2021 (<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/defibrillateurs-cardiaques-externes>).

POUR EN SAVOIR +

- Mise à disposition d'un défibrillateur en entreprise : quelles obligations ? Focus juridique. INRS, 2022 (<https://www.inrs.fr/publications/juridique/focus-juridiques/focus-juridique-defibrillateur-entreprise.html>).

Risques psychosociaux : outils d'évaluation

Maslach Burnout Inventory (MBI)

CATÉGORIE

ATTEINTE DU RAPPORT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

RÉDACTEURS :

Langevin V., département Expertise et conseil technique, INRS
Boini S., département Épidémiologie en entreprise, INRS

Ce document appartient à une série publiée régulièrement dans la revue. Elle analyse les questionnaires utilisés dans les démarches de diagnostic et de prévention du stress et des risques psychosociaux au travail. L'article par les mêmes auteurs : « Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail » (TC 134, *Doc Méd Trav.* 2011 ; 125 : 23-35) présente cette série et propose au préventeur une aide pour choisir l'outil d'évaluation le mieux adapté.

Cette fiche annule et remplace la précédente parue en 2012 sous le même titre et la même référence.

Noms des auteurs

Maslach C., Jackson S.E.

Objectifs

Évaluation des conséquences du stress chronique.

Année de première publication

1981.

Cadre, définition, modèle

Le *burnout* (ou épuisement professionnel) a été initialement défini comme un syndrome d'épuisement des ressources physiques et mentales affectant plus particulièrement les « professions d'aide », soit l'ensemble des professions caractérisées par une dimension d'aide, d'assistance, de soins ou de formation auprès d'un public.

Différents modèles descriptifs du *burnout* ont été proposés ; celui élaboré par Maslach et Jackson décrit trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et la diminution de l'accomplissement personnel au travail.

Le concept de *burnout* est apparu en dehors de la problématique du stress. Son intégration dans ce champ théorique a été réalisée par la suite et des liens entre le *burn*

out et les mécanismes de stress ont été vérifiés [revues de Pezet-Langevin, 1997, 2002]. Le *burnout* peut donc être présenté comme une conséquence négative du stress chronique au travail.

Niveau d'investigation

Diagnostic.

Langue d'origine

Anglais (US).

Traduction

Nombreuses traductions : allemande, arabe, espagnole, polonaise, chinoise... Traduction française : plusieurs adaptations du MBI ont été réalisées dans le cadre d'études sur différentes professions (infirmières, médecins, travailleurs sociaux...) [revue Pezet-Langevin, 1997 ; Dion et Tessier, 1994].

Vocabulaire

Pas de difficulté particulière. Version originale adaptée aux professions d'aide.

Versions existantes

MBI à 22 items : version originale pour les professions d'aide (aussi dénommée MBI-HSS pour *Human Services Survey*). Cette fiche porte sur cette version.

MBI-GS à 16 items : version applicable à toutes les professions (*General Survey*) [Maslach et al., 1996]. Cette version permet d'évaluer le *burnout* dans des termes qui ne sont pas spécifiques d'une profession particulière. Alors que le MBI (version originale) se focalise sur les répercussions psychologiques des exigences émotionnelles et affectives liées aux relations à la « clientèle », le MBI-GS évalue ces mêmes répercussions liées cette fois-ci à une implication et un investissement intenses dans son travail. Les études de validation du MBI-GS sont satisfaisantes [Langballe et al., 2006 ; Schutte et al., 2000 ; Worley et al., 2008]. Il existe également une version pour les éducateurs (*Educators Survey - ES*).

Structuration de l'outil

Trois échelles composent le MBI (version originale) :

- sentiment d'épuisement émotionnel (EE) (9 items) ;
- déshumanisation (DH) (5 items) ;
- accomplissement personnel au travail (AC) (8 items).

Trois scores (un par échelle) permettent de situer l'état de *burnout* de la personne.

Modalités de réponse et cotation

Les items du MBI se présentent sous forme d'affirmations à propos des sentiments et des impressions du salarié concernant son état émotionnel et affectif lié au travail, ses pratiques professionnelles et ses relations avec les clients, les usagers ou le public.

Les réponses sont données sur une échelle de fréquence en 7 points de « *jamais* » à « *tous les jours* ». Il existe également une échelle de réponse en intensité, mais elle est rarement utilisée.

Les items d'épuisement émotionnel et de déshumanisation ont une valence négative : des scores élevés sur ces échelles correspondent à un état de *burnout* important. À l'inverse, les items d'accomplissement personnel ont une valence positive : des scores élevés sur cette échelle correspondent à un état de *burnout* faible ou inexistant.

Temps de passation

Environ 10-15 minutes.

Disponibilités et conditions d'utilisation

Inventaire édité dans un manuel aux États-Unis [Maslach et al., 1986]. En France, le MBI est utilisé à des fins de recherche uniquement. Il n'existe pas de traduction ni d'adaptation française du manuel. Le questionnaire MBI-HSS a été publié en français, notamment dans l'ouvrage d'Estryn-Béhar [1997], pour une population de soignants. Il est possible d'acheter les droits d'utilisation du MBI-HSS et du MBI-GS, avec une mise à disposition d'une traduction française, à cette adresse internet : <https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory-mpi>.

Qualités psychométriques

VALIDITÉ

● Validité critériée concomitante

Les liens entre le *burnout* et des déterminants ou des conséquences du stress ont été vérifiés empiriquement [revues de Pezet-Langevin, 1997, 2002].

● Validité de structure interne

Les questions du MBI ont été élaborées à partir d'une longue série d'entretiens, de questionnaires et d'observation du travail. Après plusieurs analyses factorielles avec rotation varimax, sur 67 items initiaux, 22 ont été retenus. Trois facteurs ont été identifiés [Maslach et al., 1986].

Cette structuration en trois facteurs a été confirmée par la suite dans de nombreuses études et notamment par des analyses factorielles confirmatoires [revues de : Pezet-Langevin, 1997, 2002 ; Worley et al., 2008 ; Shoman et al., 2021].

Ainsi, la structuration en trois dimensions est, par exemple, confirmée dans trois études françaises portant sur 1 092 travailleurs sociaux, sur 1 382 infirmières [Pezet-Langevin, 1997] ou encore sur 2 357 professionnels de santé [Lheureux et al., 2017].

Toutefois, quelques items posent problème : de manière récurrente les items 12 (échelle AC) et 16 (échelle EE) et, secondairement, les items 6 et 13 (échelle EE) et l'item 22 (échelle DH) [Lheureux et al., 2017].

Il a également été mentionné la présence possible d'un effet de formulation (*wording effect*), renforçant artificiellement les corrélations entre les échelles EE et DH, ayant une valence négative, et diminuant leurs corrélations avec la troisième échelle AC, ayant une

valence positive [Lheureux et al., 2017].

● Validité de structure externe convergente

Les auto-évaluations du *burnout* recueillies par le MBI ont été confrontées à des appréciations portées par des tierces personnes (collègues, conjoints, médecins traitants) sur ces mêmes personnes ayant répondu au MBI. Les résultats font apparaître une convergence satisfaisante entre les réponses aux trois échelles du MBI et l'appréciation portée par ces tierces personnes.

● Validité de structure externe divergente

Les scores obtenus au MBI sont modérément corrélés à la satisfaction au travail et à la dépression [Maslach et al., 1986], ce qui tend à montrer que le MBI est une mesure distincte de celle de la satisfaction ou de la dépression.

FIDÉLITÉ

● Fidélité test-retest [Maslach et Jackson, 1986]

Pour un intervalle de 2 à 4 semaines (N = 53) : coefficient de stabilité de 0,82 pour la dimension épuisement émotionnel ; 0,60 pour la dimension déshumanisation et 0,80 pour la dimension accomplissement personnel. Ces coefficients traduisent une fidélité test-retest satisfaisante pour les dimensions EE et AC, contrairement à celui de dimension DH.

● Consistance interne

La version américaine du MBI présente une consistance interne satisfaisante : tous les alpha de Cronbach sont supérieurs à 0,70 (N = 1 316 sujets américains) :

● épuisement émotionnel : 0,90 ;

- déshumanisation : 0,79 ;
 - accomplissement personnel : 0,71.
- La bonne consistance interne des trois échelles est confirmée par la revue systématique de Shoman [2021].

Les utilisations de la version française du MBI produisent des coefficients alpha de Cronbach satisfaisants pour les échelles d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel [Pezet-Langevin, 1997 ; Lheureux et al., 2017]. En revanche, les valeurs du coefficient alpha de Cronbach de l'échelle de déshumanisation sont moins bonnes que celles des deux autres échelles (alpha de Cronbach inférieur ou égal à 0,70 dans plusieurs études). Il a été identifié que cette échelle du MBI comporte des défauts : elle comporte peu d'items (seulement 5) et surtout elle présente un biais de désirabilité sociale (produire des réponses afin de se présenter sous un jour favorable) [Mukherjee et al., 2020], qui peut parfois conduire au rejet des items de cette échelle [Kristensen et al. 2005].

SENSIBILITÉ

Pas d'information concernant la version originale.

Concernant la version française, la dimension de déshumanisation manque de sensibilité (distribution des scores ne suivant pas la loi normale) [Pezet-Langevin, 1997], ce qui est lié au défaut souligné ci-dessus.

• Sensibilité/spécificité

En usage clinique, le MBI ne semble pas être un outil de mesure suffisamment sensible ni spécifique. En prenant un seuil optimal de 3,50 pour l'échelle EE, Kleijweg et al. [2013] obtiennent une sensibilité égale à 78 % et une spécificité égale à 48 %.

Étalonnage

La version américaine du MBI-HSS dispose d'un étalonnage puisque cet inventaire est édité. Dans la version de 1986, il se composait de 11 067 sujets (4 798 enseignants et formateurs, 1 538 travailleurs sociaux, 1 104 médecins et infirmiers, 730 soignants en santé mentale, 2 897 autres).

La version française du MBI a été utilisée auprès de nombreuses professions : par exemple un échantillon hétérogène de 670 professionnels de la relation d'aide, un échantillon de 1 382 infirmières, un de 1 092 travailleurs sociaux [Pezet-Langevin, 1997] ou encore un de 2 357 professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) [Lheureux et al., 2017].

Biais, critiques, limites

Le MBI est édité comme test psychologique aux États-Unis. Toutefois, la version française de cet inventaire n'a pas donné lieu à une édition similaire. Il ne peut donc être utilisé dans un cadre clinique de diagnostic individuel.

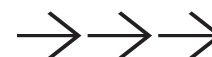
Le MBI a été (et est encore) très largement utilisé dans les recherches sur le *burnout*. Toutefois, ses imperfections psychométriques [Shoman et al., 2021, Lheureux, 2017] et les critiques du modèle théorique sous-jacent [Kristensen et al., 2005 ; Shirom et al., 2006] ont conduit au développement de nouveaux questionnaires ou à des propositions de modification du MBI pour améliorer ses qualités [Lheureux et al., 2017 ; Demerouti et al., 2003] : suppression des items qui posent problème d'un point de vue psychométrique, combinaison du MBI avec un autre outil existant.

Observations particulières

Dans la première publication du MBI [Maslach et al., 1981], deux critères de réponse étaient proposés : fréquence (échelle de type Likert en 7 points) et intensité (échelle de type Likert en 8 points). Dans la réédition du manuel de l'inventaire (1986), seul le critère de réponse en fréquence est maintenu, car les évaluations selon les deux critères sont apparues fortement corrélées entre elles.

En dépit de l'usage accru du MBI (et du MBI-GS), ce questionnaire ne s'est pas imposé comme un *gold standard* de la mesure du *burnout*. Ce *gold standard* n'existe pas encore [Shoman et al., 2021].

BIBLIOGRAPHIE
PAGE SUIVANTE



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **DEMEROUDI E, BAKKER AB, VARDAKOU I, KANTAS A** - The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *Eur J Psychol Assess.* 2003 ; 19 (1) : 12-23.
- **DION G, TESSIER R** - Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci.* 1994 ; 26 (2) : 210-27.
- **ESTRYN-BÉHAR M** - Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Paris : Éditions ESTEM ; 1997 ; 245 p.
- **KLEIJWEG JH, VERBRAAK MJ, VAN DIJK MK** - The clinical utility of the Maslach Burnout Inventory in a clinical population. *Psychol Assess.* 2013 ; 25 (2) : 435-41.
- **KRISTENSEN TS, HANNERZ H, HØGH A, BORG V** - The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scan J Work Environ Health.* 2005 ; 31 (6) : 438-49.
- **LANGBALLE EM, FALKUM E, INNSTRAND ST, AASLAND OG** - The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey in representative samples of eight different occupational groups. *J Career Assess.* 2006 ; 14 (3) : 370-84.
- **LHEUREUX F, TRUCHOT D, BORTEYROU X, RASCLE N** - The Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. *Trav Hum.* 2017 ; 80 (2) : 161-86.
- **MASLACH C, JACKSON SE** - *The measurement of experienced burnout.* *J Occup Behav.* 1981 ; 2 (2) : 99-113.
- **MASLACH C, JACKSON SE** - Maslach Burnout Inventory manual. 2nd edition. Palo Alto : Consulting Psychologists Press ; 1986 : 34 p.
- **MASLACH C, JACKSON SE, LEITER MP** - Maslach Burnout Inventory manual. 3rd edition. Palo Alto : Consulting Psychologists Press ; 1996.
- **MUKHERJEE S, TENNANT A, BERESFORD B** - Measuring Burnout in Pediatric Oncology Staff : Should We Be Using the Maslach Burnout Inventory ? *J Pediatr Oncol Nurs.* 2020 ; 37 (1) : 55-64.
- **PEZET-LANGEVIN V** - Le stress au travail : des déclarations à l'observation des comportements (le syndrome du burnout chez les travailleurs sociaux). Thèse pour le doctorat en psychologie. Nanterre : Université de Paris X Nanterre, UFR des sciences psychologiques et des sciences de l'éducation ; 1997 : 336 p.
- **PEZET-LANGEVIN V** - *Le burnout, conséquence possible du stress au travail.* In: NEBOIT M, VEZINA M (Eds) - Stress au travail et santé psychique. Collection Travail et activité humaine. Toulouse : Octarès Editions ; 2002 : 99-109, 310 p.
- **SCHUTTE N, TOPPINEN S, KALIMO R, SCHAUFELI W** - The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *J Occup Organ Psychol.* 2000 ; 73 (1) : 53-66.
- **SHIROM A, MELAMED S** - A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag.* 2006 ; 13 (2) : 176-200.
- **SHOMAN Y, MARCA SC, BIANCHI R, GODDERIS L ET AL.** - Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021 ; 30 : e8.
- **WORLEY JA, VASSAR M, WHEELER DL, BARNES LLB** - Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory - A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educ Psychol Meas.* 2008 ; 68 (5) : 797-823.

Agenda

20 JANVIER 2023

(en distanciel)

Journée scientifique de la Société française de santé au travail (SFST) : délégation en santé au travail

Thème :

→ Pluridisciplinarité et délégation en santé au travail

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<https://sfmt-reunion.fr/>

15 MARS 2023

PARIS (France)

28^e Journée recherche de l'IIMTPIF, Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Île-de-France

Thème :

→ « Peau et travail ». Des pathologies à la prévention

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Sabrina Strazel : 01 57 02 23 04
sabrina.strazel@chicreteil.fr

30 MARS 2023

LILLE (France) et en distanciel

Rencontre SFST-ISTNF (Institut de santé au travail du nord de la France) et Cour de cassation

Thème :

→ Jurisprudence récente en lien avec la loi de 2016 et la

pratique du médecin du travail (élaboration, rédaction des avis, études de poste, notification des avis, contestation, responsabilité)

RENSEIGNEMENTS

(à venir)

30-31 MARS 2023

34^{es} Journées d'aide médicale urgente en milieu du travail (JAMU)

Thème :

→ Médecins et infirmiers face aux urgences en milieu de travail

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<https://jamu.fr>

6 AVRIL 2023

PARIS (France)

Journée technique de la Société française de radioprotection (SFRP)

Thème :

→ Prévention des risques des champs magnétiques intenses : I.R.M. – industrie – recherche

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<https://sfrp.asso.fr/les-manifestations/prevention-des-risques-des-champs-magnetiques-intenses-i-r-m-industrie-recherche/>

11-12 MAI 2023

SAUMUR (France)

Institut national de médecine agricole (INMA)

Thème :

→ Métiers du cheval : la prévention au pas, au trot, au galop...

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<https://www.inma.fr/metiers-du-cheval-la-prevention-au-pas-au-trot-au-galop/>

31 MAI-2 JUIN 2023

MARSEILLE (France)

36^{es} journées nationales de la santé au travail du BTP

Thèmes :

→ De la traçabilité biologique collective des expositions à l'individuel
 → Résoudre les difficultés en pratique face aux recommandations et à la réglementation
 → Situations pratiques de terrain
 → Travaux en milieux confinés : actions et prévention

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

www.journees-sante-travail-btp.fr



6-9 JUIN 2023

NANCY (France)

15^e Conférence internationale sur les vibrations transmises au système main-bras

Parmi les thèmes :

- Évaluation des risques cliniques et épidémiologiques
- Modèles animaux et réponse des tissus aux vibrations
- Méthodes de mesure et instrumentation
- Modélisation biodynamique et mécanobiologie
- Stratégies et méthodes de prévention
- Solutions techniques pour réduire les vibrations
- Modélisation des vibrations des machines

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

<https://hand-arm-vibration2023.inrs.fr/>

13-15 JUIN 2023

DIJON (France)

Congrès national de radioprotection

Parmi les thèmes :

- Réglementation et normes en radioprotection
- Effets des rayonnements ionisants sur l'homme et les écosystèmes
- Développements en dosimétrie et en métrologie
- Radioprotection en milieu professionnel (industriel)
- Radioprotection en milieu professionnel (médical)
- Radioprotection en situation incidentelle, accidentelle, post-accidentelle
- Rayonnements non ionisants
- Nouvelles technologies, innovations

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<https://sfrp.asso.fr/les-manifestations/congres-national-sfrp-2023/>

22-23 JUIN 2023

ECUBLENS (Suisse)

28^{es} Journées franco-suisse de médecine et de santé au travail

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<https://santeautravail.ch/evenement/28eme-journees-franco-suisse-de-medecine-et-de-sante-au-travail-2/>

21 SEPTEMBRE 2023

PARIS (France) et en distanciel

6^e journée Jean Bertran : l'indispensable en cardiologie pour votre exercice en santé travail

Parmi les thèmes :

- Nouvelles techniques en cardiologie
- Pollution atmosphérique et sonore au travail : impacts cardiovasculaires ?
- Tension artérielle différente chez médecin traitant et médecin du travail : que faire ?
- Extrasystole à l'ECG : que faire ?
- Chirurgie cardiaque et aménagement de poste
- Accident vasculaire cérébral : les déficits invisibles
- Judiciarisation : obligations du médecin du travail
- Promouvoir activité physique et sport : pourquoi, comment et par qui ?

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Cœur et travail, 27 rue La Bruyère 75009 Paris
contact@coeur-et-travail.com

12-13 OCTOBRE 2023

VANNES (France)

Journée de la Société de médecine et de santé au travail de l'Ouest (SMSTO)

Thème :

- Respirer au travail : actualités, surveillance, prévention

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

https://www.smsto.fr/medecine.php?sante_travail=manifestations

17-19 OCTOBRE 2023

SAINT-DENIS, Île de La Réunion (France)

57^e Congrès de la Société d'ergonomie de langue française (SELF)

Parmi les thèmes :

- Santé au travail et risques professionnels
- Organisation du travail
- Recherches et pratiques de l'intervention en ergonomie
- Ergonomie et innovations
- Ergonomie et technologies
- Fiabilité humaine et organisationnelle
- Espaces et travail

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

<https://ergonomie-self.org/congres-self/congres-2023/appel-a-contribution/>

27-30 NOVEMBRE 2023

SYDNEY (Australie)

23^e congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<https://www.safety2023sydney.com/>

Formation

en santé et sécurité au travail



Stage de l'INRS : Accompagner les entreprises dans la prévention des risques du travail de nuit

PUBLIC

→ Médecins du travail, infirmiers, intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), ingénieurs et contrôleurs des services prévention des CARSAT, CRAMIF et CGSS.

Ce stage s'inscrit dans un parcours de développement professionnel continu (DPC).

PRÉREQUIS

→ Aucun.

OBJECTIF DE FORMATION

→ Conseiller les acteurs de l'entreprise sur la prévention des risques dus au travail de nuit.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Identifier le concept « d'homme rythmique ».
- Décrire les effets du travail posté de nuit, les avantages et les inconvénients des différents types de rotation : 3x8, 4x8, 5x8, 2x12, nuits fixes.
- Distinguer les modes d'action en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

CONTENU

- Système circadien : les synchroniseurs, les mécanismes de l'entraînement, l'horloge principale et les horloges périphériques, les rythmes biologiques.
- Perturbation du système circadien par le travail posté et de nuit.
- En quoi l'organisation du travail peut-elle influencer ce système ?
- Conséquences et effets sur la santé, la vie familiale et sociale, et sur l'entreprise.
- Démarches de prévention primaire et secondaire de ces risques en entreprise.
- Cadre juridique.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

→ Exposés et échanges.

DATES ET LIEU

→ Durée : 4 jours. Deux sessions à Paris : du 6 au 9 mars 2023, ou du 18 au 21 septembre 2023.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Programme complet et inscriptions sur www.inrs.fr -> taper JA1230

Marc Benoit

INRS, département Formation

secretariat.forl@inrs.fr



Stage de l'INRS : Médecin du travail et radioprotection

PUBLIC

- Médecins du travail assurant le suivi de travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

Ce stage s'inscrit dans un parcours de développement professionnel continu (DPC).

PRÉREQUIS

- Connaissances de base en physique sur les rayonnements ionisants (particules, rayons X), effets sur la santé (déterministes et stochastiques), modalités d'exposition.

OBJECTIF DE FORMATION

- Mettre à jour ses connaissances pour assurer le suivi de travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Consolider ses connaissances de base sur les rayonnements ionisants et leurs effets sur la santé.
- Appliquer les évolutions réglementaires en radioprotection dans le suivi en santé au travail (radon, cristallin).
- Analyser les résultats de l'évaluation des risques et proposer des moyens de prévention adaptés.
- Mettre en œuvre le suivi en santé au travail et la surveillance dosimétrique individuelle.

CONTENU

- Généralités sur les rayonnements ionisants.
- Effets sur la santé.
- Réglementation.
- Démarche d'évaluation du risque radiologique.
- Prévention collective et individuelle.
- Suivi en santé au travail et surveillance dosimétrique.
- Introduction à SISERI et bilan des expositions professionnelles.
- Événements significatifs en radioprotection.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

- Exposés, études de cas et échanges avec les participants.

DATES ET LIEU

- Durée : 2 jours. Deux sessions : les 21 et 22 mars 2023 en présentiel (Paris), ou les 22 et 23 novembre 2023 en distanciel.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Programme complet et inscriptions sur www.inrs.fr -> taper BB1331

Gérard Moutche

INRS, département Formation

secretariat.forp@inrs.fr

À lire, à voir



GAUDART C, VOLKOFF S

Le Travail pressé - Pour une écologie des temps du travail

Le modèle de la hâte tend à s'imposer dans le monde professionnel. Les exigences d'intensité, de réactivité, d'adaptabilité dessinent un faisceau de contraintes pesant sur les temps du travail.

Cet ouvrage rend compte d'histoires de travail cumulées lors d'études menées dans de multiples secteurs : ouvriers de l'automobile, de la sidérurgie ou du BTP, pâtisseries, horticulteurs, infirmières et aides-soignantes, agents administratifs et encadrants...

Ces femmes et ces hommes vivent des expériences communes relatives aux injonctions contradictoires de faire « vite et bien », à l'impossibilité de prendre le temps nécessaire pour acquérir et faire circuler des savoirs professionnels... tout en ayant le sentiment que les difficultés qu'ils éprouvent leur sont personnelles.

Les auteurs décrivent les rouages de ce modèle de la hâte, ses méfaits, mais aussi les stratégies et les ruses déployées dans l'activité quotidienne, individuelle et collective, pour le contrer. De ces histoires se dégagent les temps essentiels, ceux grâce auxquels on peut faire vivre son expérience, défendre sa santé et redonner au travail tout son sens : le temps pour transmettre, pour construire avec les autres, pour créer.

En partageant ces tranches de vie, les auteurs veulent susciter une réflexion collective sur les manières d'agir autrement, plaidant pour une « écologie des temps du travail ».

Éditions Les petits matins, 2022, 208 p.

(<https://www.lespetitsmatins.fr/collections/essais/292-le-travail-presse.html>)



VILBROD A

Travailler en étant malade. Enquête auprès de salariés du champ sanitaire et social présentéistes et de médecins du travail

Un coin du voile se lève à peine depuis quelques années sur un phénomène que l'on nomme le présentéisme, pour qualifier le comportement de salariés qui se rendent à leur travail en étant souffrants. Les connaissances sur le sujet sont encore balbutiantes et elles n'explorent que fort peu les raisons profondes qui amènent des travailleurs à rejoindre leur poste alors que leur santé est défaillante. Après une présentation des multiples facettes du présentéisme, l'auteur détaille les entretiens qu'il a eus avec des professionnels du champ sanitaire et social dits de première ligne pour tenter de saisir ce qui les pousse à ainsi demeurer à leur poste contre vents et marées. L'étude se tourne aussi vers les médecins du travail, dès lors qu'ils sont en relation avec ces travailleurs qui, à les entendre, « jouent avec leur santé ». Ce livre apporte des éléments de réponse à ce qui peut apparaître de prime abord comme une énigme : être souffrant, pouvoir obtenir un arrêt de travail et pas même le solliciter, voire aller au travail alors que cet arrêt, pris dans un premier temps, court encore, sans oublier celles et ceux qui s'évertuent à revenir au travail après un arrêt maladie, alors qu'ils sont toujours mal en point.

Éditions L'Harmattan, Collection Le travail du social, 2022, 236 p.

(https://www.editions-harmattan.fr/livre-travailler_en_etant_malade_enquete_aupres_de_salaries_du_champ_sanitaire_et_social_presenteistes_et_de_medecins_du_travail_alain_vilbrod-9782140279164-74087.html)



DURAND-MOREAU Q, LASFARGUES G (Ed)
Entre management et santé au travail, un dialogue impossible ?

Les médecins du travail entendent fréquemment des salariés en situation de souffrance au travail dire « si on avait moins de directeurs, ça irait bien mieux dans la boîte », ou bien « mon patron est nul, il a besoin d'être formé ». Certes, les méthodes et les choix managériaux peuvent avoir un effet pathogène sur les salariés. Mais peut-on régler ces problèmes de santé au travail uniquement en formant mieux les directeurs, ou bien simplement en supprimant leurs postes ? Les services de santé au travail peuvent-ils constituer une réelle ressource pour les managers ?

Sur la base d'enquêtes de terrain menées par des sociologues et des ergonomes, cet ouvrage explore quelques aspects du management dans une perspective d'exigence, et non uniquement pour les dénoncer. Les managers doivent pouvoir mieux faire : ils doivent porter un regard critique sur leurs propres pratiques, mais aussi questionner les systèmes dans lesquels ils déploient leur activité. Les services de santé au travail, pris entre le risque d'être perçus comme des menaces et leur volonté de non-ingérence dans la gestion d'entreprise, peuvent-ils leur venir en aide ? Un véritable dialogue entre employés, employeurs et professionnels de la santé est-il possible pour transformer le travail ?

Éditions Éres, Collection Clinique du travail, 2022, 208 p.
<https://www.editions-eres.com/ouvrage/4925/entre-management-et-sante-au-travail-un-dialogue-impossible>

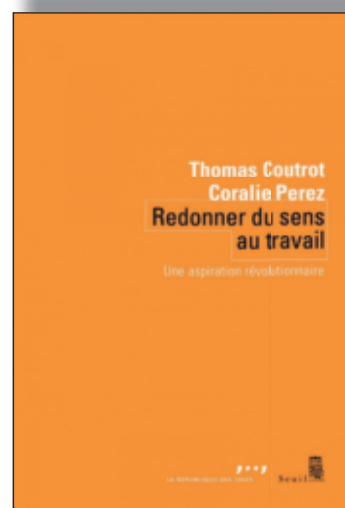


Épidémiologie en santé-travail : au-delà des tableaux et des chiffres

La surveillance épidémiologique des risques professionnels ne se résume pas à enregistrer la survenue de certaines pathologies, elle doit identifier les facteurs professionnels qui leur sont potentiellement associés. Cette action est menée en pluridisciplinarité, en articulant les dispositifs, avec l'appui d'experts, en interaction avec les équipes de santé au travail.

À l'occasion du 20^e colloque de l'Association pour le développement des études et recherches épidémiologiques en santé au travail – ADEREST –, organisé à Roubaix les 20 et 21 octobre 2022, l'Institut de santé au travail du nord de la France – ISTNF – a interrogé enseignants et acteurs de prévention sur leurs motivations à agir et sur la nécessité d'inscrire l'épidémiologie en santé-travail au cœur de la société.

Édition ISTNF, Institut de santé au travail du nord de la France : 235, avenue de la recherche, 59120 Loos. 2022, 126 p. (www.istnf.fr)



COUTROT T, PEREZ C
Redonner du sens au travail, une aspiration révolutionnaire

Dans la première moitié de l'ouvrage, les auteurs clarifient les concepts, posent un diagnostic et pointent des éléments d'explication de ce phénomène

de dégradation du rapport au travail. Pour ce faire ils s'appuient notamment sur les données issues des grandes enquêtes publiques sur les conditions de travail, mettant ainsi en valeur leur richesse. Les auteurs rappellent que ce qui donne du sens au travail peut être assez précisément décrit et objectivé à travers trois dimensions : le fait de se sentir utile aux autres, le respect de ses valeurs éthiques et professionnelles, la possibilité de développer ses capacités. L'analyse de ces dimensions montre que tous les travailleurs ne sont pas logés à la même enseigne. Les réponses collectées et la finesse des croisements réalisés, permettent aux auteurs de démontrer quelques idées reçues (non, il n'y a pas que les cadres qui peuvent se payer le luxe de s'interroger sur le sens de leur travail) et de pointer les corrélations les plus significatives (les contextes de sous-traitance et les objectifs chiffrés s'avèrent défavorables). Dans cette interrogation sur le sens du travail, la notion de conflit éthique environnemental prend une importance croissante. Elle a été introduite dans l'enquête condition de travail de 2019 à travers la question : « avez-vous l'impression que votre travail a des conséquences négatives pour l'environnement ? ». Les résultats mettent en évidence une association entre le remord écologique et des conditions de travail dégradées (exposition à des risques chimiques, faible autonomie...). Les moins diplômés sont donc les plus concernés, les jeunes y sont également plus sensibles mais les cols blancs n'y échappent pas ; ainsi, environ 10 % des professionnels de la communication, des chercheurs, des ingénieurs du BTP ou des cadres commerciaux sont concernés.

La seconde partie de l'ouvrage explore différentes pistes de « reconquête » du sens au travail. Les premières s'avèrent être de fausses pistes. À la question de savoir si l'existence d'une politique RSE (responsabilité sociale des entreprises) dans l'entreprise contribue à donner plus de sens au travail, la réponse est non. L'instauration par la Loi PACTE du statut « d'entreprise à mission » donnera-t-il de meilleurs résultats ? Les auteurs en doutent au regard du sort réservé par les actionnaires aux PDG idéalistes tels Paul Polman évincé de chez Unilever en 2019 ou Emmanuel Faber qui a dû quitter Danone en 2021. La codétermination, largement pratiquée en Allemagne et en Scandinavie, semble être une piste bien plus prometteuse bien qu'elle n'apporte pas forcément de garantie sur la responsabilité environnementale, salariés et actionnaires plaçant généralement tous

les deux les objectifs de croissance au premier plan. De même, l'espoir placé dans les « entreprises libérées » semble déçu ; un certain nombre de travaux et d'observations amenant à relativiser la portée libératrice de ces nouvelles formes d'organisation, fortement dépendantes de l'engagement du chef d'entreprise, dont le fonctionnement démocratique peut être discuté et qui peuvent contribuer à une intensification du travail.

En fin d'ouvrage, les auteurs confirment le poids déterminant des conditions de travail (plus important que la rémunération) dans le choix des travailleurs de quitter un emploi et recensent des initiatives venues « d'en bas » à travers lesquelles les travailleurs cherchent à reprendre la main sur le travail. Certaines évolutions des pratiques syndicales sont signalées. De nouvelles formes de mobilisation sont également mentionnées. Enfin l'essor des différentes formes d'entreprises coopératives est décrit comme la principale manifestation de cette volonté des travailleurs de gagner en pouvoir de décision.

Les Éditions du Seuil, Collection La république des idées, 2022 : 160 p.

(<https://www.seuil.com/ouvrage/redonner-du-sens-au-travail-thomas-coutrot/9782021503234>)



ABONNEZ-VOUS D'UN SIMPLE CLIC

www.rst-sante-travail.fr

**UN ABONNEMENT GRATUIT,
POUR UNE DURÉE DE 2 ANS**

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

LA REVUE

La revue *Références en Santé au Travail* a pour objet d'apporter aux équipes des services de santé au travail des informations médicales, techniques et juridiques utiles à l'accomplissement de leurs missions.

Cette revue périodique trimestrielle est publiée par l'INRS, Institut national de recherche et de sécurité.

La rédaction se réserve le droit de soumettre l'article au comité de rédaction de la revue ou à un expert de son choix pour avis avant acceptation.

LE TEXTE

Le texte rédigé en français est adressé à la rédaction sous la forme d'un fichier Word, envoyé par mail (ou fourni sur une clé USB).

Les règles élémentaires de frappe dactylographique sont respectées ; le formatage est le plus simple possible, sur une colonne, sans tabulation ni saut de pages. La frappe ne se fait jamais en tout majuscules : Titre, intertitre ou noms d'auteurs sont saisis en minuscules.

La bibliographie est placée en fin de texte par ordre alphabétique de préférence, suivie des tableaux et illustrations, et enfin des annexes.

Tout sigle ou abréviation est développé lors de sa première apparition dans le texte.

Les sous-titres de même niveau sont signalés de façon identique tout au long du texte.

Un résumé en français (maximum 10 lignes) accompagne l'article, ainsi que des points à retenir : il s'agit, en quelques phrases brèves, de pointer les éléments essentiels que le ou les auteurs souhaitent que l'on retienne de leur article.

La liste des auteurs (noms, initiales des prénoms) est suivie des références du service et de l'organisme, ainsi que la ville, où ils exercent leur fonction.

Des remerciements aux différents contributeurs autres que les auteurs peuvent être ajoutés.

LES ILLUSTRATIONS ET LES TABLEAUX

Les figures, photos, schémas ou graphiques... sont numérotés et appelées dans le texte.

Tous les éléments visuels sont clairement identifiés et légendés.

Les photographies sont fournies sous format numérique (PDF, EPS, TIFF OU JPG...), compressés (zippés) et envoyés par mail. Leur résolution est obligatoirement de qualité haute définition (300 dpi).

Ces recommandations aux auteurs s'inspirent des exigences uniformes éditées par le groupe de Vancouver. Ce groupe de rédacteurs de revues biomédicales, réuni en 1978 afin d'établir des lignes directrices sur le format des manuscrits, est devenu depuis le Comité international des rédacteurs de revues médicales (CIRRM) et a produit une cinquième édition des exigences uniformes. Le style Vancouver de ces exigences est inspiré en grande partie d'une norme ANSI (*American National Standards Institute*) que la NLM (*National Library of Medicine*) a adoptée pour ses bases de données (ex. *Medline*). Les énoncés ont été publiés dans le numéro du 15 février 1997 du *JAMC, Journal de l'Association Médicale Canadienne*. Les directives aux auteurs sont également disponibles en français sur le site Internet de la CMA, *Canadian Medical Association*, à l'adresse suivante : www.cma.ca

LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Les références bibliographiques sont destinées :

- à conforter la crédibilité scientifique du texte,
- à permettre au lecteur de retrouver facilement le document cité.

La bibliographie, placée en fin d'article, de préférence par ordre alphabétique, est toujours saisie en minuscules. Dans le texte, les éléments bibliographiques sont indiqués entre crochets (auteurs, année de publication, et lettre alphabétique lorsque plusieurs articles du ou des mêmes auteurs ont été publiés la même année).

Si la bibliographie est numérotée, elle suit l'ordre d'apparition des références dans le texte.

Lorsqu'il y a plus de quatre auteurs, ajouter la mention : « et al. »

Les titres des revues sont abrégés selon la liste de l'*Index Medicus* : www.nlm.nih.gov

Forme générale pour un article :

Nom(s) prénom(s) (initiales) – Titre de l'article. Titre de la revue abrégé. année ; volume (numéro, supplément ou partie*) : première - dernière pages de l'article.

* Si données disponibles.

Pour les auteurs anonymes, la référence bibliographique commence par le titre de l'article ou de l'ouvrage.

Pour un article ou un ouvrage non encore publié mais déjà accepté par l'éditeur, joindre la mention « à paraître ».

Si volume avec supplément : 59 suppl 3 - Si numéro avec supplément : 59 (5 suppl 3) - Si volume et partie : 59 (Pt 4)

Exemple article de revue : Souques M, Magne I, Lambrozo J - Implantable cardioverter defibrillator and 50-Hz electric and magnetic fields exposure in the workplace. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011 ; 84 (1) : 1-6.

Forme générale pour un ouvrage :

Nom(s) prénom(s) (initiales) – Titre de l'ouvrage. Numéro d'édition*. Collection*. Ville d'édition : éditeur ; année : nombre total de pages*.

* Si données disponibles.

Exemple ouvrage : Gresy JE, Perez Nuckel R, Emont P - Gérer les risques psychosociaux. Performance et bien-être au travail. Entreprise. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur ; 2012 : 223 p.

Exemple chapitre dans un ouvrage : Coqueluche. In: Launay O, Piroth L, Yazdanpanah Y. (Eds*) - E. Pilly 2012. Maladies infectieuses et tropicales. ECN. Pilly 2012. Maladies infectieuses et tropicales. 23^e édition. Paris : Vivactis Plus ; 2011 : 288-90, 607 p.

* On entend ici par « Ed(s) » le ou les auteurs principaux d'un ouvrage qui coordonnent les contributions d'un ensemble d'auteurs, à ne pas confondre avec la maison d'édition.

Exemple extrait de congrès : Bayeux-Dunglas MC, Abiteboul D, Le Bâcle C - Guide EFICATT : exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail. Extrait de : 31^e Congrès national de médecine et santé au travail. Toulouse, 1-4 juin 2010. *Arch Mal Prof Environ*. 2010 ; 71 (3) : 508-09.

Exemple thèse : Derock C – Étude sur la capillaroscopie multiparamétrique sous unguéale des expositions chroniques professionnelles en radiologie interventionnelle. Thèse pour le doctorat en médecine. Bobigny : Université Paris 13. Faculté de médecine de Bobigny « Léonard de Vinci » : 177 p.

Forme générale pour un document électronique :

Auteur - Titre du document. Organisme émetteur, date du document (adresse Internet)

Exemple : Ménard C, Demortière G, Durand E, Verger P (Eds) et al. - Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés. INPES, 2011 (www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1384.pdf).

Forme générale pour une base de données

Nom de la base de données. Organisme émetteur, année de mise à jour de la base (adresse Internet)

Exemple : BIOTOX. Guide biotoxicologique pour les médecins du travail. Inventaire des dosages biologiques disponibles pour la surveillance des sujets exposés à des produits chimiques. INRS, 2012 (www.inrs.fr/biotox).

Forme générale pour un CD-Rom ou un DVD

Auteurs Nom(s) prénom(s) (initiales) – Titre du CD-Rom. Numéro d'édition*. Collection*. Ville d'édition : éditeur ; année : 1 CD-ROM.

* Si données disponibles.

Exemple : TLVs and BEIs with 7th edition documentation. CD-ROM 2011. Cincinnati : ACGIH ; 2011 : 1 CD-Rom.