

Avoir une maladie chronique au travail

14^e Journée de l'Institut inter-universitaire de médecine du travail Paris Ile-de-France

Paris, 21 mars 2007

L'Institut inter-universitaire de médecine du travail Paris Ile-de-France (IIMTPIF), créé en 1993, a pour objectifs principaux l'enseignement et la recherche. Le thème de cette 14^e Journée était « Avoir une maladie chronique au travail ». Après trois exposés sur les actualités de recherche à l'IIMTPIF, le thème principal de la journée a été abordé en trois parties intitulées : « Avoir une maladie chronique... », « Être au travail avec... » et « Le soutien des réseaux dédiés ».

En résumé

Le thème de la 14^e Journée de l'institut inter-universitaire de médecine du travail Paris Ile-de-France était « Avoir une maladie chronique au travail ». En première partie de cette journée, les différents domaines de recherche de l'Institut ont été présentés. Ensuite, un certain nombre de communications ont permis de faire le point sur les problèmes posés par des pathologies chroniques telles que l'asthme, la sclérose en plaque, une maladie bipolaire, un syndrome d'apnée du sommeil...

L'ensemble des intervenants ont insisté sur la nécessité du travail en réseau.

Actualités de l'Institut inter-universitaire, les recherches en cours

Implication dans le Programme national de surveillance du mésothéliome et métrologie J.C. Paireon, IIMTPIF Paris, Inserm U 841, Créteil

Les objectifs du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) sont :

- le suivi de l'incidence nationale ;
- l'évaluation de la fraction attribuable à l'exposition à l'amiante ;
- le repérage d'autres facteurs de risques ;
- l'amélioration des procédures de diagnostic et de prise en charge médico-sociales.

En 2007, vingt-deux départements de la France métropolitaine ont été inclus. Le volet médico-social du PNSM est coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Selon les statistiques de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), au cours de la dernière décennie, le nombre de reconnaissances en maladies professionnelles (MP) de mésothéliomes est en augmentation régulière allant de 142 cas en 1992 à 416 cas en 2004. Les estimations d'incidence de l'InVS s'élèvent à environ 800 cas/an sans dépasser 1000 cas/an. Parmi les cas diagnostiqués au cours de la période 1999-2004, 10 à 15 % ont été exclus (faute d'origine professionnelle). Ainsi, sur 15 départements (période 1999-2004), il a été recensé 857 cas non exclus et relevant du Régime général. Sur 100 cas diagnostiqués, 71 % relèvent du Régime général, parmi lesquels la déclaration en maladie professionnelle (DMP) a été effectuée dans 66 % des cas, et 29 % relèvent des autres régimes. Une exposition certaine à l'amiante est retrouvée dans plus de 40 % des cas où une DMP n'est pas faite.

Il existe des hétérogénéités inter-département portant principalement sur les DMP (en Isère les DMP s'élèvent à 60 % contre 89 % en Loire-Atlantique). Les demandes de reconnaissance en MP au sein de ces 15 départements évolue à la hausse, passant de 62 % pour la période 1999-2001 à 71 % pour 2002-2004. Le taux de reconnaissance est stable pour ces 2 mêmes périodes à respectivement 91 et 92 %.

Ainsi, la fréquence de reconnaissance en MP est élevée quand la DMP est faite. Il existe encore une fréquente non déclaration. Toutefois, il est possible d'observer une amélioration de cet indicateur. Enfin, il existe une hétérogénéité inter-départementale concernant le taux de déclarations en MP. Il serait intéressant

M. KRIVOCHIEV,
B. PELTRE-FLEURIER

*Internes de santé
au travail*



Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 111
3^e trimestre 2007

391

d'évaluer quelle fraction de patients sollicite le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ainsi que les conséquences de la mise en place du FIVA sur les démarches de DMP.

J.C. Pairon a rappelé les recommandations de la conférence d'experts Société de pneumologie de langue française/Société française de médecine du travail (SPLF/SFMT) sur le mésothéliome pleural qui avait eu lieu à Nice en janvier 2006 : en cas d'exposition professionnelle à l'amiante, un certificat médical doit être établi (2 recommandations de Grade A selon la classification de la Haute autorité de santé).

L'IIMTPIF participe également à l'exploitation de données métrologiques réalisées par le Laboratoire des particules inhalées de la ville de Paris (LEPI). L'objectif est de connaître les niveaux d'exposition aux fibres d'amiante dans l'environnement général et l'air intérieur. La durée du prélèvement permettant une sensibilité suffisante est :

- en extérieur de 15 jours en continu ;
- en intérieur de 1 semaine en période d'occupation des locaux.

En extérieur, en Ile-de-France, seule de la chrysotile a été retrouvée à un niveau moyen de 0,14 fibre/litre, inférieur à 0,5 fibre/litre. En raison du nombre de prélèvements, ces résultats sont représentatifs. En air intérieur, sur 245 prélèvements, les niveaux sont faibles mais les prélèvements ont été réalisés à la demande et la représentativité ne peut être garantie. **L'encadré 1** rappelle un certain nombre de notions sur les instruments de mesure.

(1) L'Odds ratio est utilisé dans les enquêtes de cohorte et dans les enquêtes de type cas/témoins marquées par l'impossibilité de mesurer les risques de la maladie chez les sujets exposés et les non-exposés ; dans ces situations, l'Odds ratio va permettre d'estimer le risque relatif.

ENCADRÉ 1

Notions sur les instruments de mesure

Abréviations

MPCA : matériaux et produits contenant de l'amiante.
MOLP : microscopie optique en lumière polarisée.
META : microscopie électronique à transmission analytique (il existe une norme AFNOR – NF x 43050).
MOCP : microscopie optique en contraste de phase.

Rappels sur les méthodes de métrologie

Dans les matériaux et les produits sont utilisés la MOLP et la META.

Dans l'air :

- pour l'atmosphère des lieux de travail : MOCP ;
- pour l'ambiance des bâtiments et des immeubles : tête CATHia installée à 1,50 m de hauteur.

La MOCP ne permet pas l'identification du type de fibre. La META repose sur 3 critères : morphologiques, cristallo-graphiques et chimiques.

Une fibre a un diamètre de 3 µm, un rapport longueur sur diamètre supérieur à 3/1 et une longueur >5µm.

Cancers de vessie et exposition professionnelle : étude cas-témoins en Ile-de-France

P. Andujar, IIMTPIF Paris, Inserm U 841, Créteil

En 2000, l'incidence des cancers de vessie était de 10 771 nouveaux cas par an. Le nombre de décès était de 4 558 décès par an et la fraction attribuable au tabac était de 50 %. La fraction attribuable à une exposition professionnelle était de 20 à 25 % ce qui représente, selon les estimations de l'InVS, environ 600 cas par an.

L'étude présentée lors de cette communication a inclu des hommes de 20 à 75 ans. Les témoins souffraient d'affection de prostate ou d'infection urinaire. Un questionnaire professionnel standardisé a été élaboré. Pour chaque nuisance (amines aromatiques [AA], hydrocarbures aromatiques polycycliques [HAP], nitrosamines) l'exposition a été appréciée en terme de probabilité, de fréquence et d'intensité. Des coefficients ont été attribués aux paramètres d'exposition. Un index d'exposition cumulée a été défini en fonction de la somme des index d'exposition par nuisance.

La moyenne d'âge des 316 cas inclus était de 62,8 ans et celle des 316 cas témoins était de 64,5 ans. Il existe une relation dose effet pour :

- le tabagisme cumulé ;
- la probabilité d'exposition aux HAP (Odds ratio ⁽¹⁾ si exposition possible à 0,98 ; si probable à 1,15 et si certaine à 2,31) ;
- l'index d'exposition aux HAP.

Il n'existe pas d'effet-dose pour les amines aromatiques ni pour les nitrosamines. En effet, le nombre de sujets exposés est très faible et l'exposition professionnelle est peu importante en terme d'intensité, de fréquence et de durée. Par ailleurs, les amines aromatiques de classe 1 ont été retirées du marché. L'hypothèse retenue est celle d'une exposition aux amines aromatiques et aux nitrosamines « maîtrisée » en Île-de-France. L'association exposition professionnelle et cancer de vessie est significative pour les HAP.

Maladies professionnelles et imputabilité

D. Choudat, Faculté de médecine, Paris V

La reconnaissance en maladie professionnelle est basée sur la présomption d'imputabilité depuis la création des tableaux de maladies professionnelles en 1919. En 1993, le système complémentaire (Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles [CRRMP]) est venu compléter le dispositif. Des questions relatives à l'imputabilité d'une pathologie à l'exposition à une nuisance se posent :

- comment passer du risque relatif (au niveau d'une

population) à la probabilité de causalité (au niveau d'un individu) ?

- peut-on estimer le nombre de cas attendus lorsqu'il y a eu exposition et lorsque l'exposition est dose dépendante ?

Pour y répondre, des hypothèses sont formulées : le sujet appartient à la population et toute la population a été exposée à cette dose.

La démarche peut se décomposer en 3 phases :

- quel type d'informations faut-il recueillir : des données individuelles sur le patient, l'exposition, la maladie, des données générales, l'existence d'une relation causale ? ;

- estimer la dose reçue par le patient et estimer l'excès de risque ;

- cet excès de risque est-il suffisant pour déterminer la responsabilité de l'exposition dans la survenue de la maladie ?

Les critères d'imputabilité :

- la certitude du diagnostic, les caractéristiques de la maladie ;

- l'estimation de la dose individuelle reçue (concentration et durée d'exposition mais aussi dose à l'organe cible et débit de dose) ;

- l'existence et les caractéristiques d'une relation entre la dose et le risque ;

- la chronologie (latence minimale et maximale d'apparition de la pathologie en fonction de l'exposition). Par exemple, après Hiroshima, les leucémies étaient précoces contrairement aux cancers ;

- la notion de maladie à composante professionnelle.

D. Choudat a ensuite évoqué la question du risque relatif et la probabilité d'imputabilité : il peut exister entre différents facteurs de risque des relations de synergie, de protection et /ou de compétition. Pour deux facteurs de risque A et B s'ils sont conjoints, les risques sont additifs. Dans des situations de synergie, les cas existent uniquement s'il y a double exposition à A et à B. Comment savoir à quel facteur de risque A ou B attribuer les quelques cas supplémentaires ? Faut-il les attribuer pour moitié à chacun, faut-il pondérer entre A et B ?

Il est donc nécessaire de préciser la question même si le lien entre la nuisance et la maladie reste probabiliste. Peut-on exclure la probabilité d'une exposition dans la survenue de la maladie ? Y a-t-il d'avantage de chances que la maladie soit due à l'exposition ou soit de survenue fortuite ? Y a-t-il un seuil ?

Au sujet de la probabilité de causalité, D. Choudat a précisé ses avantages et ses inconvénients. Les avantages sont la base scientifique, la prise en compte des doses, l'accord social et la cohérence des décisions. Les inconvénients sont représentés par le fait qu'elle est limitée à de rares affections et à une exposition individuelle... Par ailleurs, la probabilité de causalité est

estimée à partir de données individuelles médicales et techniques et d'arguments expérimentaux et épidémiologiques qui ont fait l'objet d'un traitement mathématique et qui ont été confrontées à des aspects éthiques et sociaux.

En conclusion, la probabilité est donnée avec une certaine marge d'erreur, une base scientifique est incontournable mais les scientifiques ne doivent pas rester seuls (la société doit prendre position).

Avoir une maladie chronique

Place des affections dans la population francilienne
P. Térygeol, Caisse primaire d'Assurance maladie, Paris

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques sont définies par un ou plusieurs des critères suivants : permanence de la maladie, incapacité résiduelle du sujet atteint, altérations irréversibles, réadaptation nécessaire, soins de longue durée.

L'Assurance maladie ne « connaît » pas de maladie chronique, elle « connaît » les affections longue durée (ALD). La liste des ALD comprend 30 maladies chroniques, nécessitant des soins de plus de 6 mois, des traitements coûteux et souvent une réadaptation (**encadré 2**).

Les ALD en chiffres

La population des sujets avec ALD représente 12 % de la population couverte par le Régime général.

L'âge moyen des sujets avec une ALD est de 61 ans ; 54 % ont entre 45 et 74 ans ; 26 % ont plus de 75 ans et 52 % sont de sexe féminin.

Les ALD les plus fréquentes sont les affections de l'appareil cardio-vasculaire, suivies par les cancers, le diabète et les pathologies psychiatriques...

Les enjeux financiers (chiffres 2004) : 55,4 milliards d'euros ont été dépensés pour le remboursement d'ALD, dont 31 % pour les affections cardio-vasculaires, 25 % pour les cancers, 18 % pour les affections psychiatriques, 16 % pour le diabète...

Le coût annuel moyen est de 7 068 € malade (allant selon les diverses pathologies de 3 400 à plus de 26 000 € dans le cas de l'hémophilie ou de l'hémodialyse). Les éléments constitutifs des coûts sont l'hospitalisation (57 %), les frais de pharmacie (20 %), les soins infirmiers (4,5 %), les dispositifs médicaux (3,8 %), les transports (3,1 %), la kinésithérapie (1,7 %), les analyses biologiques (1,7 %).

Ces données sont consultables et téléchargeables sur : www.urcamif.fr

ENCADRÉ 2

 inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 111
3^e trimestre 2007

393

Il y a moins d'ALD déclarées qu'il y a de maladies chroniques en réalité, car :

- il n'y a souvent pas de déclaration d'une deuxième pathologie chez un sujet étant déjà pris en charge en ALD pour une première pathologie ;

- en théorie la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) prend en charge uniquement les formes sévères des différentes pathologies. Il existe des différences d'appréciation selon les CPAM.

Le rôle de l'Assurance maladie pour les ALD est :

- d'assurer la prise en charge des malades sur le plan financier ;

- de participer à l'action de prévention (plan national, actions directes, participation aux groupements régionaux de santé publique et aux plans régionaux de santé publique...);

- de promouvoir et organiser des actions d'information des personnes malades et des actions de formation des soignants, de développer des soins de support, une « aide aux soignants » et l'éducation thérapeutique.

Pénibilité du travail, vieillissement, effets différés

G. Lasfargues, Médecine et santé au travail, CHU Tours

La pénibilité au travail est une exposition professionnelle pesant sur l'espérance de vie (sans incapacité) et/ou sur la qualité de vie. Il s'agit donc d'un facteur de risque à long terme. La pénibilité vécue peut ne pas avoir d'effet démontré sur la santé à long terme, mais elle est à l'origine d'usure physique et/ou psychique. Elle est aussi à l'origine d'incapacités pendant la vie active.

Il existe trois types de pénibilité du travail, tels que mis en évidence par les enquêtes sur les conditions de travail (SUMER 2003) :

- efforts et contraintes physiques ;
- environnements « agressifs » ;
- rythmes de travail.

G. Lasfargues a ensuite développé trois exemples de travail pénible :

Le travail de nuit concerne actuellement 100 000 personnes (3 %) de plus de 50 ans et le travail posté 7 % des salariés de plus de 50 ans. Les critères actuels de pénibilité pour cessation anticipée d'activité sont de 15 ans de travail avec plus de 200 nuits travaillées par an.

Le travail à la chaîne (cadences imposées) est souvent associé à une hyper-sollicitation répétée des membres supérieurs, des postures imposées, des vibrations, une exposition au bruit et à des risques psychosociaux. Il a été mis en évidence une relation entre le travail à la chaîne, des douleurs et une réduction de la mobilité 5 ans après cessation de l'activité (étude ESTEV⁽²⁾).

Les travaux avec exposition aux produits toxiques : il s'agit souvent d'expositions à des produits et risques multiples. Les effets à long terme sont souvent graves

et irréversibles et parfois des pathologies à court terme sont possibles.

Impact du « non-emploi » sur la santé

A. Leclerc, Inserm U687, Saint-Maurice

Les chiffres de mortalité chez les hommes entre 30 et 64 ans en France entre 1990 et 1996 montrent qu'elle est la plus haute chez les inactifs, suivis des retraités, des ouvriers non-qualifiés, des employés et la moins importante chez les cadres (facteur 2 entre ouvriers non-qualifiés et inactifs, facteur 6 entre cadres et inactifs). Cette augmentation est moins nette chez les femmes (mêmes âges sur la même période) : plus élevée chez les retraitées, puis les inactives, les ouvrières... les cadres et moins élevée chez les employées (facteur 1,5 entre ouvrières et inactives, facteur 2,5 entre employées et inactives).

En terme de causalité, A. Leclerc a précisé qu'un état de santé mauvais entraîne souvent une inactivité, laquelle peut également entraîner une mauvaise santé. Un cercle vicieux peut même s'installer : mauvaise santé entraînant une inactivité entraînant elle-même un maintien du problème de santé et la survenue d'autres problèmes de santé. La perte d'emploi défavorise le retour à une meilleure santé car elle implique une perte de revenus, une diminution de l'estime de soi et un moins bon cadre social.

Les effets attendus d'une inactivité sur la santé sont des effets sur :

- la santé mentale (effets principaux selon Bungener et al.), effets du stress ;
- le comportement, mode de vie (tabac, alcool, hygiène alimentaire) ;
- le moindre recours aux soins coûteux (dentiste, ophtalmo...);
- la difficulté de « guérir » car installation d'un statut de malade qui ne peut plus travailler... ;
- l'extension des problèmes de santé à la famille.

Les sources d'information sur les effets de l'inactivité peuvent provenir d'études « expérimentales » (par exemple lors de la fermeture d'entreprises), d'évaluation des interventions de retour à l'emploi ou de données d'observation avec comparaisons dans le temps et entre pays.

A. Leclerc a développé quelques exemples notamment le cas de la population de la ville de Fougères après la fermeture de 3 usines en 1976. Des effets sur la santé mentale et une extension de ces problèmes à la famille (surtout aux enfants) ont été observés (Bungener et al.). En Finlande, a été étudié l'état de santé avant et après avoir retrouvé du travail (suivi sur 5 ans de salariés de la construction avec épisodes de perte d'emploi). Le retour à l'emploi s'accompagne d'une amélioration des symptômes dépressifs (Liira et Leino-Arjas, 1999).

(2) Cette étude prospective a porté sur 21 000 salariés interrogés en 1990 et 1994.

Cependant les données sur la santé en lien avec la perte d'emploi et l'inactivité sont éparses (épidémiologie sociale, recherche clinique). On dispose également de quelques données descriptives et d'évaluation d'intervention.

Être au travail avec une maladie chronique

Une lombalgie

Y. Roquelaure, Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail, CHU Angers

La prévalence des lombalgies est importante à la fois en population générale et au travail ; il s'agit également du « problème n° 1 » en Europe. C'est en France la première cause d'inaptitude, une cause majeure de sortie d'activité et la première cause d'invalidité avant 45 ans.

Ce constat peut s'expliquer par les conditions de travail qui ont changé et la crise démographique. On note une intensification du travail avec :

- une densification des contraintes ;
- un bouleversement des parcours professionnels ;
- une individualisation des enjeux de santé au travail ;
- une fragilisation des stratégies de régulation et de préservation de la santé.

Pour prévenir les lombalgies et permettre aux salariés de « tenir », il est nécessaire de favoriser :

- une entraide au travail sous réserve d'un collectif de travail solide ;
- une « marge de manœuvre » individuelle mais aussi collective ;
- une redistribution informelle et « cachée » des tâches pour compenser.

Les lombalgies restent une cause importante d'absentéisme et les stratégies de maintien dans l'emploi interviennent quand le problème existe. L'objectif recherché doit être de coupler la démarche d'inaptitude et la démarche de maintien dans l'emploi de manière « pro-active ».

L'intervention doit se situer à deux niveaux individuel et collectif par :

- une démarche sur mesure, individualisée ;
- un plan d'activité collectif sur la santé sécurité au travail.

Il est nécessaire de réduire la pénibilité physique des tâches :

- ergonomie de conception et de correction des situations de travail (1 intervenant en prévention des risques professionnels pour 25 000 salariés !) ;
- actions physiques et biomécaniques ;

- recommandations ergonomiques (normalisation) ;
- les solutions organisationnelles ne doivent pas être négligées.

Il est également important de favoriser ou restaurer les collectifs de travail et de restaurer les capacités fonctionnelles des opérateurs. Une réflexion sur les parcours professionnels est utile de façon à anticiper la survenue de situations de handicap. Il faut également favoriser la formation professionnelle, accroître les compétences pour augmenter la marge de manœuvre. La formation ne concerne que 2 % des plus de 45 ans et souvent pas les ouvriers : « on ne forme pas les gens, on ne les aide pas à partir ».

En conclusion les lombalgies constituent :

- un enjeu majeur du maintien dans l'emploi, ce qui représente 3 % du chiffre d'affaire d'une entreprise ;
- un défi pour la santé au travail.

Pour améliorer la situation, des pistes peuvent être proposées :

- développer la pluridisciplinarité ;
- anticiper les situations de handicap ;
- privilégier des interventions multidimensionnelles.

Un syndrome d'apnée du sommeil (SAS)

V. Bayon, Consultation de pathologie professionnelle, Hôtel-Dieu, Paris

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est une pathologie fréquente responsable d'une baisse de la vigilance avec somnolence au travail. Elle concerne 5 à 10 % de la population (4 % de femmes et 9 % d'hommes). Soixante à 70 % des patients porteurs d'un SAS sont obèses.

Parmi les symptômes sont retrouvés : un ronflement ancien et sonore, la notion de pauses respiratoires pendant le sommeil (index d'apnée supérieur à 5 par heure, SAS sévère si plus de 30 par heure), un sommeil agité, une polyurie. La somnolence diurne est excessive et survient préférentiellement en post-prandial puis progressivement lors de situations monotones et parfois pendant une situation active. L'évaluation peut se faire par l'échelle d'Epworth⁽³⁾.

Les risques du SAS sont :

- le risque accidentel (accident du travail, accident de la voie publique [AVP]) ;
- le ralentissement cognitif, touchant la mémoire, l'attention et la concentration ;
- un syndrome sub-dépressif ;
- des céphalées matinales.

Les complications possibles sont l'hypertension artérielle, des troubles du rythme et de la conduction, une insuffisance myocardique. La survenue d'accidents vasculaires cérébraux est par ailleurs plus fréquente.

Les traitements reposent sur l'utilisation de la pression positive continue (PPC) dont l'indication est un SAS avec plus de 30 hypopnées ou apnées par heure,

(3) Échelle permettant d'apprécier la somnolence d'un individu en utilisant une batterie de questions côtées de 0 à 3.

de l'orthèse mandibulaire et de la diététique. Selon un rapport de l'Association nationale pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique (AN-TADIR), après traitement par PPC le nombre d'accidents et de « presque accidents » diminuent.

On estime que 15 à 20 % des AVP sont liés à une somnolence. Le risque d'AVP est multiplié par 5 chez les sujets avec SAS, comparés à la population générale, et la fréquence des « presque accidents » est multipliée par 9.

Il existe une sous-estimation de la somnolence chez l'apnéique. La somnolence augmente dans les transports matin et soir. Elle n'est pas liée à une augmentation des accidents du travail mais les « presque accidents » sont beaucoup plus nombreux.

Selon l'arrêté du 21 décembre 2005, le SAS est une cause d'inaptitude totale pour la conduite de poids lourds et partielle pour la conduite de véhicules légers. Le salarié doit alors passer devant la commission du permis de conduire. Le rôle du médecin du travail est primordial pour le dépistage et l'information sur les possibilités de prise en charge.

Un asthme

J. Ameille, IIMTPIF, Consultation de pathologie professionnelle, Garches

La prévalence cumulée de l'asthme chez l'adulte s'élève à 6 % soit 3 millions d'adultes asthmatiques en France. La différence entre asthme professionnel et asthme aggravé par le travail est parfois floue. Toutefois sont distingués les asthmes avec temps de latence (95 % des cas) de ceux sans latence (5 %), ces derniers sont liés à des irritants.

L'incidence des asthmes professionnels varie de 15 nouveaux cas/million/an selon la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à 25 selon l'Office national des asthmes professionnels (ONAP). Il est à noter qu'au Québec l'incidence est de 25 nouveaux cas/million/an en précisant que les modalités d'indemnisation sont plus avantageuses mais les critères sont plus stricts et le patient doit apporter la preuve.

La fraction de risque attribuable à l'exposition professionnelle est de 15 %. En absence d'exposition, 15 % des nouveaux cas adultes ne seraient pas survenus.

Si l'incidence est de 1,8 % et la fraction attribuable est de 15 %, au sein d'une population active de 25 millions, sont attendus 270 cas/million/an soit 6 750 cas/an.

L'asthme aggravé par le travail a fait l'objet de peu d'études contrairement à l'asthme professionnel. Quelles sont les conséquences socioprofessionnelles des asthmes professionnels ? Deux cent-neuf cas d'asthmes professionnels ayant consulté en pathologie professionnelle ont été ré-interrogés 3 ans après leur

première consultation. Il s'agissait d'hommes pour 75 % des patients, l'âge moyen était de 38 ans (+/-12), le niveau de formation était plutôt faible avec 12 % des patients ayant un niveau d'études secondaires. Quatre patients sur 10 avaient perdu leur travail, 55 % étaient au chômage, 46 % avaient subi des baisses de revenus de l'ordre de 40 % en moyenne. Les facteurs associés à la perte d'emploi étaient : la déclaration en maladie professionnelle, la taille de l'entreprise, le niveau de formation, l'âge (les jeunes étant plus touchés). En revanche, le sexe et la sévérité de l'asthme n'étaient pas associés à la perte d'emploi.

Les conséquences socioprofessionnelles de l'asthme sont graves et résultent souvent d'un avis d'inaptitude. Est-il toujours légitime d'écarter de leur poste de travail les asthmes professionnels et les asthmes aggravés par le travail ? En 1993, Pisati et coll. soulignent que rester au poste aggrave tous les paramètres de surveillance de l'asthme. L'IIMTPIF a réalisé en 2006 une étude prospective selon qu'il y a cessation, réduction ou poursuite de l'activité. Les résultats sont les suivants : sur 129 asthmes évalués par questionnaire, spirométrie et test à la méthacholine, l'asthme est considéré comme stable si 2 des paramètres sont inchangés. La population étudiée compte 64 % d'hommes, l'âge moyen est de 39,5 ans. Le diagnostic a été posé en moyenne 4,1 ans après le début des symptômes. L'étiologie retrouvée est l'exposition à la farine pour 26 % des cas. Il est à noter que la réduction de l'exposition a permis une amélioration dans un tiers des cas. En 2003, Vandendplas et coll soulignent que la réduction de l'exposition permet dans 30 % des cas une amélioration de la maladie asthmatique. Les experts de la question sont arrivés à un consensus en 2007 : en cas d'asthme aggravé par le travail ou d'asthme professionnel aux irritants, la poursuite du travail est possible sous réserve de la réduction de l'exposition aux irritants et d'un suivi médical. Même en cas d'asthme professionnel, la réduction de l'exposition associée à un suivi médical est envisageable.

Une maladie bipolaire

A. Descatha, IIMTPIF, Consultation de pathologie professionnelle, Garches

La maladie maniaco-dépressive (MMD) concerne 1 à 5 % de la population générale. Il s'agit d'une entité hétérogène et parfois il est fait mention de spectre bipolaire. Les formes peuvent être de sévérité et de gravité différentes et à l'origine d'un retentissement différent. Les co-morbidités psychiatriques sont fréquentes.

La MMD consiste en des épisodes dépressifs associés ou non à des épisodes maniaques séparés par des intervalles libres. Un unique épisode maniaque suffit à lui seul pour poser le diagnostic de maladie bipolaire.

En cas de trouble de la personnalité associé, le pronostic fonctionnel est moins bon. Dans la classification du DSM IV, le trouble bipolaire de type I est opposé aux autres troubles bipolaires (II = hypomanie, III = virage maniaque au décours d'un traitement antidépresseur).

Cette maladie a un retentissement sur la qualité de vie. En 2002, 58 % des personnes atteintes de la maladie étaient des actifs avec 37,5 % de personnes en activité. Il y avait 43,5 % de cadres et de professions intermédiaires et 16,1 % étaient reconnus travailleurs handicapés. Cependant, s'il y a plus d'arrêt de travail liés à la maladie, entre les épisodes la productivité est la même.

En conclusion, la maladie bipolaire constitue un handicap professionnel modéré mais réel. Les facteurs déterminants sont l'existence d'une co-morbidité associée et la structure de l'entreprise (un épisode délirant devant la clientèle peut être dévastateur). Le travail en réseau doit être privilégié pour la meilleure prise en charge possible.

Le soutien des réseaux dédiés

La place du médecin du travail dans les réseaux

J. Devort, Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS), Ile-de-France

Un réseau de santé, financé par la Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR), a une convention constitutive et une charte d'information des patients. Il est financé sur un ou des projets précis, structurés et évalués et est doté d'une équipe de coordination. Les réseaux de santé sont créés afin de favoriser l'accès aux soins, la coordination des professionnels, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires (notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations ou pathologies). Ces réseaux sont constitués de professionnels avec des compétences complémentaires :

- professionnels de santé libéraux ;
- établissements de santé ;
- centres de santé ;
- institutions sociales ou médico-sociales ;
- organisations à vocation sanitaire ou sociale ;
- représentants des usagers ;
- médecins du travail.

Les réseaux de santé doivent poursuivre les objectifs suivants :

- décloisonner le système de santé notamment entre les secteurs de la médecine de ville et de l'hôpital ;
- assurer une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) continue, coordonnée (notamment entre les professionnels de ville et de l'hôpital) et accessible à

tous avec des actions spécifiques pour « toucher » les exclus et les personnes en situation précaire ;

- accroître les compétences des acteurs par la formation et l'harmonisation des pratiques professionnelles.

La multidisciplinarité est donc fondamentale dans la constitution d'un réseau de santé. Une étude préalable à la constitution du réseau doit mettre en évidence à la fois les motifs médicaux et les motifs économiques qui justifient la mise en place de ce réseau. Les objectifs du réseau, le territoire d'intervention et la population ciblée doivent être clairement identifiés. Le réseau doit être un vecteur de l'information. Enfin, un cahier des charges de l'évaluation est élaboré dès la mise en place du projet.

Le réseau « lombalgies »

J.B. Fassier, réseau « Lutter contre la douleur (LCD) », Paris

Le projet « lombalgies et travail » fait partie du réseau « Lutter contre la douleur » (www.reseau-lcd.org). Il s'agit d'une association loi 1901. Il est basé sur deux constats :

- la prise en charge des lombalgies est très souvent non-optimale ;
- les réseaux de santé pourraient jouer un rôle central dans cette prise en charge.

Les objectifs de ce réseau sont :

- le maintien ou retour dans l'emploi des sujets présentant une lombalgie ;
- la lutte contre les idées préconçues et contre les peurs irrationnelles.

La prise en charge des sujets atteints est globale et se fait sur les plans somatique, psychologique, professionnel, administratif et social. L'efficacité de la prise en charge est évaluée par un retour au travail et une disparition/diminution de la douleur.

Les services de santé au travail sont directement impliqués dans le travail de ce réseau :

- signalement précoce des cas ;
- information des patients ;
- partage des informations médicales ;
- visite de pré-reprise avec évaluation de l'état de santé, aménagement de poste en fonction et, éventuellement, une amorce de reclassement professionnel ;
- accompagnement de la reprise du travail.

Le réseau « Sclérose en plaques »

A. Créange, réseau « Sclérose en plaque (SEP) », Créteil

La sclérose en plaque (SEP) est la première maladie responsable de handicap chez l'adulte jeune. Elle touche préférentiellement les sujets de sexe féminin et l'âge moyen de début est de 29 ans. La prévalence ⁽⁴⁾ en

(4) Il existe des régions de prévalence variable : forte prévalence, 30 à 80/100 000 : Europe du Nord, Sud-Canada, Nord des Etats-Unis, Nouvelle-Zélande et Australie ; basse prévalence, c'est-à-dire inférieure à 5/100 000 : Asie et Tropiques ; moyenne prévalence dans les régions intermédiaires : la France est située à cheval sur les zones de forte et moyenne prévalence.

France est moyenne par rapport à d'autres régions du globe. Les déficits qui peuvent s'installer sont divers : déficit moteur, troubles de l'équilibre, troubles sphinctériens, asthénie, troubles visuels, troubles des fonctions supérieures...

Environ 75 % des patients ont une activité professionnelle avant le début de leur maladie ; 63 % des patients gardant une activité professionnelle ont au moins un arrêt de travail pendant la première année.

En milieu professionnel, les facteurs pronostiques d'un maintien au poste sont, bien évidemment, la progression du handicap physique mais aussi la gestion des troubles de la concentration et de l'asthénie (induite par les traitements). Pour plus d'informations, le site www.sindefi.org peut être consulté.

Le réseau « Main »

A. Jabes, Yvelines Santé Travail

Il y a 1 400 000 traumatismes de la main par an en France, dont 28 % sont des accidents du travail (dé-

clarés ou pas), 10 % sont des accidents de la voie publique et 62 % surviennent au domicile. Le réseau « main » de l'Ouest parisien prend en charge les pathologies touchant les membres supérieurs, qu'elles soient liées à un traumatisme ou non.

Après un consentement éclairé et écrit du patient, la prise en charge se fait à la suite d'une évaluation des besoins et l'établissement d'un plan d'aide personnalisé.

L'objectif est d'optimiser les chances de reprise professionnelle :

- précocité de la prise en charge ;
- connaissance approfondie du dossier médical et social ;
- évaluation des capacités restantes ;
- visite de pré-reprise précoce (une visite de pré-reprise 15-20 jours avant la reprise serait trop tardive et ne permettrait pas une éventuelle modification du poste de travail adaptée aux capacités de la personne).

Points à retenir

L'institut inter-universitaire de médecine du travail Paris Ile-de-France (IIMTPIF), créé en 1993, a pour objectifs principaux l'enseignement et la recherche

L'actualité présentée des recherches dans lesquelles l'IIMTPIF est impliqué concernent le programme national de surveillance du mésothéliome, les cancers de la vessie et exposition professionnelle, les maladies professionnelles et l'imputabilité...

Les lombalgies constituent un enjeu majeur du maintien dans l'emploi. Des pistes peuvent être proposées aux préventeurs

En cas de SAS, le rôle du médecin du travail est primordial pour le dépistage et l'information sur les possibilités de prise en charge, notamment lors de la conduite (cf. arrêté du 21/12/05).

En cas d'asthme aggravé par le travail ou d'asthme professionnel aux irritants, la poursuite du travail est possible sous réserve de la réduction de l'exposition aux irritants et d'un suivi médical

La maladie bipolaire constitue un handicap professionnel modéré mais réel

En cas de maladie chronique au travail, la prise en charge doit reposer sur un travail en réseau pour être efficace. Les réseaux « Lombalgies », « Sclérose en plaques » et « Main » ont été présentés lors de cette journée