

33^e Congrès national de santé au travail

Lille, 3-6 juin 2014

EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

M. Falcy¹, P. Hache¹, N. Nikolova-Pavageau¹, J.P. Zana², D. Chouanière³, G. Deville de Périère⁴, I. Coates⁴

1. Département Études et assistance médicales, INRS

2. Département Expertise et conseil technique, INRS

3. Direction générale, INRS

4. interne en santé au travail

Le 33^e Congrès national de médecine et de santé au travail a abordé 6 thèmes d'actualité (audition, pathologies neurodégénératives, dossier médical ou DMST, aide à domicile, évaluation cardiorespiratoire, technologies de l'information et de la communication ou TIC) en mettant en évidence la vitalité des services de santé au travail. La pénibilité a été traitée comme un thème transversal. Le comité de rédaction de la revue *Références en Santé au Travail* a choisi de rapporter la synthèse finale de ce congrès. Les communications détaillées de chaque thème peuvent être consultées dans les *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*.

MOTS CLÉS

Journées nationales de santé au travail / audition / dossier médical / aide à domicile / pénibilité / appareil cardiovasculaire / appareil respiratoire / technologie avancée / neurotoxicité / technologie de l'information et de la communication (TIC)

1. Sensation d'oreilles bouchées

AUDITION ET TRAVAIL

N. Chérot-Kornobis, médecin du travail, CHRU Lille

Ce thème a été abordé sous trois aspects.

Les **chocs acoustiques** concernent particulièrement les salariés travaillant en centres d'appels téléphoniques. Ce concept, de définition assez récente, est différent du traumatisme sonore qui atteint spécifiquement les fréquences aiguës. En effet, il s'agit ici d'une pathologie auditive liée à un incident acoustique soudain et inattendu, sans être forcément intense. Les symptômes associés sont, par ordre de fréquence décroissante : l'otalgie (systématiquement retrouvée), les acouphènes, les troubles de l'équilibre, l'hyperacousie, les céphalées, l'échophonie (audition voilée, distorsion) et la plénitude¹. La surdité ne survient que dans quelques cas. Habituellement, la récupération est rapide et spontanée. En cas de persistance des symptômes ou de récurrence, apparaît le syndrome du choc acoustique qui peut s'apparenter à un syndrome de stress post-traumatique, avec anxiété, phonophobie, dépression... La reconnaissance du trouble sur un ton empathique par les équipes soignantes et de santé au travail permet d'évi-

ter la pérennisation. La prise en charge peut associer notamment une thérapie cognitivo-comportementale et une thérapie sonore (générateur de bruits blancs).

Les **acouphènes** concernent 10 % de la population et sont invalidantes dans 1 % des cas. En milieu de travail, elles peuvent constituer une gêne, notamment lorsqu'un effort d'attention est nécessaire sur le plan auditif. Cependant, l'évolution des acouphènes est majoritairement favorable sans traitement. La prise en charge initiale repose sur l'empathie et l'explication des causes, ce qui constitue 90 % du traitement. Les phrases de type « *il faut faire avec* » ou « *vous garderez ça toute votre vie* » sont à éviter. Afin de proposer à chaque patient une prise en charge adaptée, celle-ci est pluridisciplinaire, associant médecin ORL, audioprothésiste (qui peut proposer des générateurs de bruits blancs), psychologue spécialisé dans les thérapies cognitivo-comportementales et sophrologue. Plusieurs de ces praticiens médicaux et paramédicaux sont regroupés au sein de l'Association française des équipes pluridisciplinaires en acouphénologie (AFREPA).

La **presbyacousie** est un processus lié à la sénescence de l'oreille. Les facteurs de risque individuels sont d'ordres cardiovasculaire, hormonal (progestérone) et génétique. Les facteurs environnementaux sont essentiellement représentés par le bruit. Il existe plusieurs types de presbyacousie, souvent mixtes : sensorielle, nerveuse, métabolique, mécanique. Le risque est l'isolement avec repli sur soi, voire une dépression et une baisse insidieuse des capacités professionnelles. La prise en charge est difficile car la presbyacousie est d'évolution lente, retardant ainsi la prise en compte de ce problème par le patient. La prise en charge est pluridisciplinaire. Le médecin ORL prescrit des audioprothèses et assure un suivi du patient. Des séances d'orthophonie améliorent l'efficacité de l'appareillage.

En conclusion, la prise en charge pluridisciplinaire des troubles de l'audition est importante. Elle permet une meilleure compréhension de la pathologie, de son retentissement (repli sur soi, dépression) et une meilleure prise en charge avec un discours cohérent et homogène vis-à-vis du patient. Le service de santé au travail est partie prenante dans cette pluridisciplinarité. En effet, les données de l'exposition sonore, issue de l'étude de poste, sont utiles pour l'équipe soignante, dont l'audioprothésiste. Ce dernier peut ainsi adapter au mieux l'audioprothèse en fonction des différentes caractéristiques du travail : réunions fréquentes, travail en *open space*, utilisation quasi permanente du téléphone... De même, certaines adaptations du poste de travail sont nécessaires. Lors du suivi médical, la mesure des produits

de distorsion acoustique s'avère intéressante. En effet, elle permet, en amont de l'audiométrie tonale, de détecter des défauts au niveau des cellules ciliées de la cochlée, avant que ne s'installe une surdité définitive.

Les facteurs limitants de la prise en charge sont de 2 ordres. Le premier est le financement des audioprothèses ou des générateurs de bruits blancs. Le deuxième est la difficulté ressentie par certains patients à consulter un psychologue en vue d'une thérapie cognitivo-comportementale. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé permet de faciliter cette prise en charge.

LES PATHOLOGIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES

C. Nisse, médecin du travail, CHRU, Lille

Le cadre des pathologies neuro-dégénératives est assez vaste et comprend des affections dont les symptômes, l'évolution et les conséquences fonctionnelles sont très diversifiés. Dans ce cadre, seules quelques maladies neuro-dégénératives ont été abordées : il s'agit de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaques, même si cette dernière n'est pas considérée par certains comme une pathologie neuro-dégénérative. La maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique ou SLA) sera envisagée du fait de liens étiologiques possibles avec certaines expositions environnementales.

Les objectifs étaient de rappeler les caractéristiques de ces affections ainsi que les progrès dans le domaine du diagnostic et des thérapeutiques, de faire le point sur

les causes professionnelles de ces maladies et d'envisager les conséquences qu'elles peuvent avoir au plan de l'aptitude à un poste de travail.

ACTUALITÉS SUR LES PATHOLOGIES

MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES

Il est fréquent de penser la maladie d'Alzheimer comme une pathologie du sujet âgé. Elle touche cependant entre 20 et 32 000 personnes de moins de 60 ans donc potentiellement en âge de travailler. De plus, des troubles cognitifs similaires sont observés dans plusieurs « maladies apparentées » qui apparaissent plus volontiers chez le sujet jeune. Ces maladies sont multiples et comprennent les dégénérescences lobaires fronto-temporales (DFLT), les paralysies supra-nucléaires progressives, les maladies à corps de Lewy et les démences vasculaires. Chez le sujet jeune, il n'est pas rare de constater un retard diagnostic car la symptomatologie dépressive est au premier plan, ainsi que certains déficits cognitifs instrumentaux (visuo-spatial, langage) ; l'anosognosie² est plus exceptionnelle ; la DFLT, quant à elle, se caractérise par des troubles psychiatriques. Ces affections posent clairement le problème du maintien dans l'emploi, qui est un facteur bénéfique, avec la nécessité d'un encadrement des sujets et d'une sélection des tâches ; souvent la personne affectée accepte une réduction de ses responsabilités professionnelles.

SCLÉROSE EN PLAQUES

Cette pathologie atteint le sujet jeune puisque le début moyen de

2. Incapacité par le sujet de reconnaître sa maladie ou son déficit

la première poussée est de 29 ans. Il y a entre 30 et 100 000 sujets atteints en France. Les méthodes actuelles permettent un diagnostic dès la première poussée et donc une prise en charge thérapeutique précoce par immunomodulateurs, immunosuppresseurs et/ou antispastiques ; il a été rappelé que ces traitements, qui ont de nombreux effets secondaires, n'induisent pas de risques en cas d'exposition à des risques infectieux. La fatigue est un signe fréquent et précoce et les troubles cognitifs existent dans 50 % des cas. Les déficits moteurs, sensitifs ou sphinctériens n'apparaissent que plus tard dans l'évolution de l'affection. La connaissance de ces signes permet de guider les interventions pour le maintien dans l'emploi par aménagement du temps de travail (pauses) et planification des tâches. La désinsertion précoce du monde du travail est fréquente, non justifiée et souvent en rapport avec une dissimulation de l'affection.

MALADIE DE PARKINSON

Cette maladie commence de façon asymptomatique, plusieurs dizaines d'années avant de se révéler. Dix à 15 % des patients ont moins de 40 ans. Les signes cardinaux sont connus mais il en existe d'autres moins habituels tels que la dystonie, la dysarthrie, l'apathie, la dysexécution, la dépression ou les troubles du sommeil. La progression de la maladie est lente sur 15 à 25 ans, impliquant un maintien professionnel long. L'évolution capricieuse nécessite des évaluations cliniques régulières. Les traitements ont des effets secondaires qu'il ne faut pas ignorer et en particulier l'« *addiction* » qui consiste en une prise irraisonnée d'antiparkinsoniens

entraînant des dyskinésies. Somnolence, hypotension orthostatique, troubles psychiques sont également possibles. Des traitements par stimulation cérébrale profonde ou pompe à apomorphine sont maintenant également prescrits.

FACTEURS DE RISQUES PROFESSIONNELS

La détermination d'un lien de causalité entre une pathologie neurodégénérative et un facteur environnemental se heurte à deux grandes difficultés : le caractère multifactoriel de ces pathologies et la rareté de certaines d'entre elles.

L'origine multifactorielle fait intervenir à la fois des susceptibilités génétiques importantes dans certaines affections et des facteurs environnementaux, qu'ils soient professionnels ou non. Malgré ces difficultés, de nombreuses études ont été réalisées sur trois de ces affections et ont permis de définir des liens plus ou moins forts de causalité avec certaines nuisances professionnelles. Pour la maladie de Parkinson, un lien avéré est bien connu avec le manganèse chez les mineurs ainsi qu'avec certaines classes de pesticides (insecticides et herbicides). Un lien est suggéré et à confirmer avec les solvants, principalement chlorés (trichloroéthylène et perchloroéthylène). Il a été souligné, en revanche, qu'il n'y avait pas d'association actuellement trouvée avec les activités de soudage, l'exposition aux métaux (mercure chez les dentistes, plomb, fer, cuivre), les champs électromagnétiques (CEM) ou les vibrations. Plus surprenant, un effet « protecteur » est noté pour le travail de nuit ou le travail en extérieur. Pour la SLA, un lien est suggéré pour les pesticides. Il manque des études

pour le plomb et les CEM ; il n'y a pas d'action de l'effort physique ou de l'exposition aux solvants. Dans la maladie d'Alzheimer, un lien est suggéré pour les pesticides, les CEM, les risques psychosociaux, mais aucun lien avec l'exposition à l'aluminium. Des études suggèrent, enfin, une relation possible entre l'exposition aux solvants et la sclérose en plaques (cause de l'affection ou favorisation des poussées ?).

La rareté de certaines affections et les incertitudes concernant certains liens rendent nécessaire la poursuite d'études épidémiologiques qui ne peuvent se concevoir que multicentriques, internationales et faisant intervenir les neurologues, les épidémiologistes et les services de santé au travail. Les acteurs de ces services sont particulièrement importants pour la reconstitution de la pathologie, la traçabilité et l'évaluation des expositions, ce dernier aspect étant souvent mal renseigné dans de nombreuses études épidémiologiques.

ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE TRAVAIL, APTITUDE

Cette problématique a été abordée sous deux angles : les limitations d'aptitude liées aux troubles en relation avec la maladie et/ou ses traitements et celles liées à l'exposition à certains facteurs de risque. Il est évident d'avoir à s'assurer des capacités motrices des patients afin de juger de leur aptitude, mais il a été souligné l'importance de prendre en compte tous les déficits, qu'ils soient sensoriels, cognitifs, comportementaux ou psychologiques. En effet, ceux-ci, souvent moins évidents et peu visibles, sont ceux qui peuvent perturber les activités relationnelles de façon prépondérante,

notamment au plan professionnel. Il existe de nombreux outils d'évaluation, souvent spécifiques d'une affection. Ils ont surtout une utilité diagnostique mais, dans le cas de la sclérose en plaques, le SDMT (*Symbol Digit Modalities Test*) permet d'évaluer le risque de perte d'emploi du sujet dans les 7 années à venir. Ces nombreux tests doivent le plus souvent être réalisés par des équipes spécialisées dans des services offrant une approche multidisciplinaire (équipe de rééducation, psychologues, ergonomes, ergothérapeutes, orthophonistes...). Il faut adresser les cas difficiles à ces services afin qu'une évaluation ciblée des capacités de travail des patients puisse être établie. Dans certains cas, il est nécessaire de réaliser des études plus spécifiques dans le milieu professionnel du sujet. Ces bilans, qui doivent être régulièrement réalisés du fait des modalités évolutives des troubles (liés à la maladie ou aux traitements), doivent faire l'objet de communication entre les équipes afin d'offrir une prise en charge globale de ces salariés et de proposer des mesures adaptées précisément à leur cas pour permettre un maintien dans l'emploi le plus longtemps possible.

DOSSIER MÉDICAL EN SANTÉ AU TRAVAIL (DMST) ET TRAÇABILITÉ

S. Fantoni-Quinton, médecin du travail, docteur en droit, CHRU, Lille

Compte tenu du grand nombre de contributions qui ont été adressées, et surtout de leur grande diversité, le thème a été traité selon deux modalités :

→ une séance de contributions orales individuelles abordant dans

un premier temps le DMST, comme « *support de la traçabilité des expositions professionnelles* » et dans un second temps comme « *enjeu de partage et de collaboration* ».

→ une table ronde intitulée « Controverse – Questionnements actuels autour du DMST ».

Évoquer en 2014 le DMST ne paraît pas forcément constituer une actualité. Cependant, en regardant les évolutions réglementaires et celles du monde du travail et des technologies, on ne peut que constater qu'il y a bien toujours aujourd'hui de nombreuses questions autour de ce dossier, à l'aune de la réforme de la santé au travail et de la pluridisciplinarité.

Parmi les questions soulevées lors de cette session, la première a été celle de la finalité, ou plutôt des finalités, du DMST. Sa dimension individuelle, en tant que dossier médical à proprement parler, a été identifiée comme prioritaire, mais il a aussi été débattu de sa dimension collective.

La question a été posée de savoir si le DMST ne renfermait pas en fait plusieurs dossiers : un dossier avec des données de santé, un autre avec des informations sur les conditions de travail, un autre dit « d'entreprise ». Cette interrogation est surprenante puisque plusieurs années se sont écoulées depuis la parution des textes réglementaires et, au cours des communications et interventions, ni les intervenants ni la salle n'ont vraiment tranché.

Ensuite, plusieurs interventions ont rapporté et analysé les contraintes multiples, juridiques, déontologiques et techniques, de la mise en œuvre du DMST qui constituent le quotidien des médecins du travail. Parmi celles-ci, les questions relatives au secret

médical, mais plus largement au secret professionnel et aux règles déontologiques sont encore parfois apparues comme des freins à une utilisation en confiance et en routine à la fois par le médecin, l'infirmière et aussi l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, comme s'il subsistait une difficulté à différencier celui qui complète de celui qui peut y avoir accès...

Un autre aspect mis en évidence est l'amalgame entre traçabilité des expositions et définition des facteurs de pénibilité : faire figurer dans le DMST les facteurs de pénibilité tels qu'ils sont définis par décret est insuffisant et vide ce document de son intérêt médical dans l'identification et surtout la prévention individuelle des expositions professionnelles.

L'organisation du service, l'affectation du temps individuel et collectif à la construction et à l'utilisation du dossier, la performance et l'ergonomie du système informatique ont aussi été pointés tant comme des freins que comme des leviers. Plus précisément, et consécutivement, s'est posée la question de la viabilité et de la validité des informations d'exposition professionnelle : qui fournit l'information sur l'exposition professionnelle? Qui la saisit? Qui la valide? Sur ce sujet, un double consensus s'est dégagé : ce ne sont pas les logiciels qui permettent de cocher de qui vient l'information relative aux expositions professionnelles qui constituent la solution, c'est le médecin qui doit jouer le rôle d'arbitre et assumer la validation de l'information saisie, car c'est lui qui détermine et assume la responsabilité des modalités du suivi du travailleur.

Le DMST, par l'obligation réglementaire qu'il constitue, a été décrit par plusieurs intervenants, et un

peu paradoxalement, comme une opportunité de dialogue entre professionnels, comme un très bon support de travail collaboratif favorisant l'action coordonnée, comme une sorte de ciment d'équipe, pouvant constituer même, pour certains, une opportunité de donner du sens au métier.

Le DMST a été reconnu, au cours de cette session, comme un vrai vecteur de construction et d'optimisation d'une stratégie collective en santé au travail s'inscrivant dans le projet de service, et aussi comme un maillon clé du système national de santé au travail.

Enfin, il a été conclu sur l'impérieuse nécessité, pour accompagner, soutenir et organiser les multiples initiatives qui témoignent d'un engagement certain de la profession, d'une volonté politique assortie des moyens nécessaires à sa mise en œuvre.

LES MÉTIERS DE L'AIDE ET DE L'ASSISTANCE À DOMICILE

A. Leroyer, médecin du travail, CHRU, Lille ; C. Le Grand Sibille, socio-anthropologue, Université de Droit et santé Lille 2

En faisant appel aux sciences médicales, sociales et ergonomiques, les responsables de ce thème ont voulu privilégier l'utilisation d'outils disciplinaires différents tels que des études ethnographiques, le recueil de la parole des salariés, des observations de terrain, des approches statistiques ou des expériences de recherche de liens entre les acteurs de santé au travail et les employeurs. Les interventions ont montré également une grande diversité géographique en faisant appel à des communications sur des études en milieu urbain et

rural jusqu'à une communication présentée par un médecin africain montrant que la complexité de ces activités dépassent le cadre de l'hexagone.

LE CONTEXTE

C'est un secteur d'activité qui a une longue histoire, la domesticité existe depuis fort longtemps, mais il est resté, jusqu'à il y a peu de temps, invisible. Ce sont les récentes politiques sociales et de santé liées au vieillissement des populations, au maintien à domicile, qui ont fait émerger de nouveaux métiers qui ne sont pas des soignants. Ils concernent presque exclusivement des femmes plus âgées que la moyenne des femmes actives, vulnérables socialement (temps partiel, mobilité, précarité, absence de reconnaissance professionnelle,...). Les communications ont beaucoup insisté sur l'invisibilité de ces métiers qui, même s'ils sont plus encadrés que par le passé, sont réalisés dans une sphère privée.

Pourtant ces femmes insistent dans toutes leurs interviews sur l'amour de leur métier. Quand on prend le temps de les écouter, le sentiment d'utilité très partagé vient contrebalancer le manque de considération qu'elles expriment aussi mais qui ne suffit pas à rétablir la reconnaissance indispensable à donner du sens à leur activité.

Les difficultés prédominantes concernent :

→ la sphère privée dans laquelle s'effectue l'activité et qui rend plus complexe les tâches, les relations avec les personnes âgées et/ou leurs familles qu'il faut gérer, sans formation, et particulièrement à ces moments intimes de la fin de vie ;

→ les relations avec les employeurs qui s'effectuent par intermittence et renforcent la subordination presque invisible ;

→ l'appréhension du travail réel qui est marqué parfois par des demandes pouvant apparaître simple comme promener le chien ou s'avérer beaucoup plus complexes et à risques comme tailler une haie ou des arbres.

Il est ainsi difficile de pouvoir identifier les risques et de les formaliser. C'est un travail complexe à faire pour mettre en œuvre des démarches de prévention cohérentes. Il a aussi été abordé le reclassement difficile de ces personnes. En effet, il a été montré qu'une aide à domicile vit mal une reconversion en dame de compagnie et accepte mal de ne plus faire de ménage... Les professionnelles n'ayant pas toutes reçu de formation initiale, il est difficile de changer leurs pratiques. Les employeurs des secteurs associatifs et privés accusent aussi un certain retard dans les formations continues, notamment celles relatives aux risques professionnels de ces personnels.

LES LEVIERS

Il est nécessaire de développer les formations continues non seulement dans le domaine de la charge physique, mais aussi dans celui de la communication avec les personnes âgées déficientes et de l'accompagnement d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou en fin de vie. Il faut inventer des formations adaptées à ces professionnels. En effet, comment mettre en place le tutorat, la transmission des savoirs quand ces femmes travaillent exclusivement de façon isolée ? Comment améliorer les échanges entre les professionnels sur les règles de métiers mais aussi avec les autres intervenants pour assurer une continuité sur les prises en charge ? Enfin, comment mieux définir les missions avec

les employeurs, mieux évaluer les charges de travail, voire contribuer à la transformation minimale de certains domiciles pour rendre l'activité acceptable. La méthode MAPO développée par Olga Menoni et Natale Battevi présentée dans le rapport technique de l'ISO Manutentions manuelles des patients (ISO 12296) peut s'avérer un outil efficace pour ce type d'évaluation.

En conclusion de ce thème, l'aide à domicile est un secteur en forte demande et en évolution constante où cohabitent notamment aide à domicile, aide ménagère, auxiliaire de vie sociale et familiale.... Depuis plusieurs années, les entreprises privées concurrencent de plus en plus fortement le secteur associatif, souvent mal structuré et sous contrainte financière des prescripteurs. Depuis 2010, avec le rattachement au secteur médico-social et la signature d'une convention collective, les métiers et les organisations du travail se professionnalisent. Ce secteur n'échappe pas aux problématiques de santé au travail, telles que le maintien dans l'emploi, la prévention des risques, qui sont pluriels du fait de la diversité des activités réalisées dans des situations de travail privées difficiles à standardiser. Il convient de ne pas oublier l'absentéisme, les accidents et maladies professionnelles qui, dans le contexte, peuvent prendre des proportions sociales difficiles à cerner.

ÉVALUATION CARDIORESPIRATOIRE

S. Hulo, médecin du travail, CHRU, Lille

L'accord de 2011 sur la pénibilité définit le poste de travail pénible à partir des caractéristiques de celui-

ci mais ne prend pas en compte les vulnérabilités du salarié. Une évaluation personnalisée de la pénibilité apparaît nécessaire, et notamment sur le plan cardiopulmonaire. L'objectif de ce thème était de présenter les outils disponibles pour l'évaluation cardiopulmonaire des salariés, en particulier à l'effort, en faisant le lien entre la théorie et la pratique.

Une première conférence a exposé différentes échelles d'évaluation de la dyspnée. Très peu d'études existent sur ces échelles et leur utilisation en santé au travail, sujets qui restent donc à approfondir. L'augmentation des pathologies dyspnéisantes (bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme) représente un problème majeur de santé publique, rendant nécessaire leur détection, et l'implication du médecin du travail dans leur dépistage.

Afin de mieux interpréter les examens complémentaires prescrits, une deuxième conférence a développé quelques rappels sur la physiologie respiratoire tels que la consommation d'oxygène lors d'une épreuve d'effort cardiopulmonaire. Des conseils pratiques pour l'interprétation des résultats ont été donnés en s'appuyant sur des exemples concrets.

Enfin, une troisième conférence a abordé l'évaluation cardiopulmonaire en santé au travail à partir de cas pratiques. Deux examens complémentaires apparaissent essentiels :

→ la cardiofréquence-métrie, surveillance de la fréquence cardiaque tout au long du poste de travail, est adaptée à la réalité du poste de travail. Elle permet une étude ergonomique de celui-ci à partir de son coût énergétique en repérant les phases de travail les plus consommatrices ;

→ l'épreuve d'effort cardiopulmonaire permet l'analyse intrinsèque de la fonction cardiaque du salarié. Couplée à la cardiofréquence-métrie, elle permet d'établir une correspondance entre la consommation d'oxygène et les équivalents métaboliques afin d'évaluer au mieux les capacités du salarié.

Pour qualifier et quantifier la pénibilité sur le plan cardiopulmonaire, une évaluation personnalisée apparaît nécessaire. Pour ce faire, la méthodologie utilisée doit être rigoureuse, et tous les facteurs doivent être pris en compte lors de l'interprétation des résultats, en particulier de la cardiofréquence-métrie : ambiance thermique, postures, organisation, stress... La traçabilité de cette évaluation dans le dossier médical constitue un enjeu important qui permettrait d'établir un bilan de fin de carrière. Enfin, l'évaluation cardiopulmonaire semble faciliter les actions de prévention en santé au travail comme la lutte contre les facteurs de risques cardiovasculaires, le sevrage tabagique et la promotion de l'activité physique.

TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION, ORGANISATIONS ET SANTÉ AU TRAVAIL.

X. Vaxevanoglou, psychologue du travail et ergonome, CHRU, Lille

L'arrivée et l'installation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les situations de travail ont durablement impacté les formes d'organisation du travail structurellement et fonctionnellement. Au-delà de la situation de travail, les TIC ont favorisé l'émergence de nouveaux métiers, contribuent au développement des com-

pétences et permettent la création de liens sociaux nouveaux et différents. La synthèse a surtout fait état des questions que posent les TIC.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL EST-ELLE BOUSCULÉE PAR LES TIC ?

Les TIC, permettant une organisation en temps réel qui accélère l'activité des opérateurs et la rend contrôlable « ici et maintenant », agissent sur la dimension « temps de travail ». Ce dernier, défini par le début et la fin du poste de travail, est remplacé par un espace continu où la connexion au travail peut être permanente, abolissant les frontières entre vie au travail et vie hors travail.

Les TIC sont intrinsèquement porteuses d'ambivalence, générant à la fois une nouvelle forme d'individualisation du travail et renouvelant les collectifs (*via* les réseaux sociaux...) ou permettant en même temps polyvalence et spécialisation. Mais elles renforcent le contrôle du travail, autorisant par exemple le suivi d'un nombre infini d'indicateurs d'activités, et elles font perdre à l'opérateur, constamment sollicité par sa messagerie et la nécessité de répondre en temps réel, la maîtrise de sa charge de travail.

Les TIC modifient également les rapports sociaux dans le travail, en mettant à mal l'ordre social basé sur le modèle dominant/dominé. Dans un monde « hyperTICisé », l'encadrement est-il en péril ? Les TIC permettent de modifier l'ordre de réalisation du travail et diminuent les conflits dans les relations sociales. Elles transforment les conditions physiques du travail (*open space...*) et les rapports interpersonnels. L'information, et donc la connaissance, sont disponibles massivement mais leur accessibilité peut être contrôlée par la structure. Les rapports hiérar-

chiques sont en mutation. Les TIC vont-ils entraîner une déshumanisation des rapports sociaux ?

QU'EN EST-IL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS UN UNIVERS MULTITIC ?

Le réel devenu médiatisé n'est pas neutre psychologiquement. « *Sommes-nous tous en train de muter psychologiquement ?* »

Les TIC entraînent un changement de représentation du travail, ce qui nécessite de déconstruire, de reconstruire cette représentation avec de nouvelles dimensions. Mais comment ce processus est-il possible et avec quelles marges de manœuvre ? Les TIC peuvent accroître les facteurs de risques des risques psychosociaux (RPS), en intensifiant la charge de travail, en modifiant les rapports sociaux, en diminuant l'autonomie et la maîtrise de l'activité...

QUELS BESOINS POUR FAIRE FACE AUX TIC ?

Le développement d'organisations du travail structurées par des TIC requiert de nouveaux dispositifs de régulation vis-à-vis de la charge de travail, de l'autonomie, de la maîtrise, des rapports sociaux...

Pour améliorer les connaissances sur les effets des relations entre TIC et organisation du travail sur la santé des opérateurs, il est nécessaire de disposer de données d'interventions, d'expertises, de constats cliniques...et de les capitaliser. Il faut aussi des données épidémiologiques, qui font actuellement défaut.

PÉNIBILITÉ

B. Pamart, médecin du travail, Renault, Douai

Le thème de la pénibilité a été innovant par sa forme de fil rouge décl-

né sur l'ensemble des journées du congrès ainsi que par ses enjeux, comme l'a rappelé le Directeur général du travail, M. Struillou, lors de la séance inaugurale : « *la pénibilité en France est un dispositif nouveau, ambitieux, original qui combine prévention et réparation, non médicalisé* ».

C'est également un sujet qui a été très attractif pour les congressistes, les entreprises, qui ont communiqué sur le sujet, et les journalistes. Il a été abordé dans l'ensemble des sessions mais également dans le salon des entreprises et lors des 2^{es} journées pédagogiques des internes en santé au travail, qui se sont tenues juste avant le congrès. Le Pr Lasfargues, auteur du rapport de 2005 qui a servi de base aux négociations de la loi de 2010, a présenté le contexte général en rappelant les risques liés à la mise en place de seuils. Ceux-ci sont certes nécessaires pour le volet social et la réparation basée plutôt sur une approche probabiliste mais peuvent être un frein pour la prévention, certaines entreprises « se contentant » de respecter le seuil minimal donné dans les textes. Une deuxième difficulté consiste à établir ces seuils. Doivent-ils être sur des bases réglementaires ou scientifiques ? Ils correspondent à une logique d'action différente en termes d'évaluation des risques et de prévention : l'amélioration des conditions de travail devrait permettre d'éviter l'usure et les contraintes extrêmes. Cependant, seule une approche globale et non risquée par risque peut être efficace. Ce fil rouge a été décliné dans chacun des 6 thèmes du congrès avec au total 32 communications repérées. Au vu du nombre très important de propositions de communications reçues, le comité scientifique a décidé également

d'ouvrir une session spécifique de communications avec deux versants : l'approche par métier ou par branche d'activité, certaines branches ayant déjà commencé à travailler sur le sujet (comme la sous-traitance du secteur nucléaire, le secteur des soins) et la présentation par des services de santé au travail (SST) d'outils ou de guides élaborés pour aider les entreprises dans leur démarche de prévention. Ce thème de la pénibilité a également été repris dans le séminaire « Santé des encadrants », la *keynote* sur le vieillissement présentée par le Pr Carré, 41 posters spécifiques sur le thème et 21 posters repérés dans les 6 autres thèmes, le symposium organisé par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), des témoignages d'entreprises de différents secteurs d'activité (bâtiment et travaux publics, métallurgie, tri des déchets, transport, agroalimentaire, secteur des soins, collectivités locales...).

Toutes les questions n'ont pas trouvé de réponse. La pénibilité perçue par exemple n'est pas prévue par les textes et pourtant le sujet a été abordé dans beaucoup de communications. Le travail précaire peut également être cité avec la difficulté de tracer la pénibilité et de mettre en place la prévention.

En conclusion, la pénibilité est un enjeu majeur pour les années à venir. Les SST et leurs équipes pluridisciplinaires doivent prendre une place légitime dans la prévention, le maintien dans l'emploi (surtout dans le contexte actuel d'allongement de la durée de vie professionnelle) et le respect du bien-être au travail.

Le 34^e Congrès de médecine et santé au travail aura lieu du 21 au 24 juin 2016 à Paris. Il permettra d'aborder les thèmes suivants :

- *maintien dans l'emploi,*
- *approches préventives par branche professionnelle dans les services de santé au travail,*
- *actualités autour des pathologies professionnelles,*
- *missions des services de santé au travail : « de la législation à la mise en œuvre pratique ».*

Les informations seront disponibles au fur et à mesure sur le site : www.medecine-sante-travail.com