

34^e Congrès national de médecine et santé au travail

Paris, 21-24 juin 2016

EN
RÉSUMÉ

Le 34^e Congrès national de médecine et de santé au travail a abordé 8 thèmes d'actualité en mettant en évidence la vitalité des services de santé au travail. 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* (2016 ; 77 (3) : 361-620).

MOTS CLÉS

Journées nationales de santé au travail / Maintien dans l'emploi / Vieillesse / Pénibilité / Risque émergent / Surveillance biologique / Secours / Cancer / Biométrie

MAINTIEN DANS L'EMPLOI : TRAVAILLEURS VIEILLISSANTS, PÉNIBILITÉ, MALADIE CHRONIQUE, HANDICAP, PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION

Y. Roquelaure, université et CHU d'Angers.

Premier constat, le nombre important de communications (plus d'une centaine) et de posters consacrés à ce thème montre qu'il s'agit d'une problématique devenue majeure.

Autre constat, c'est une problématique très pluridisciplinaire. Les auteurs de ces communications sont, en premier lieu, des médecins du travail et des infirmiers, mais également des cancérologues, des ergonomes, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), des psychologues, des sociologues, des chercheurs et des épidémiologistes.

Lors du congrès, la convergence d'approches, avec des modèles différents, s'est renforcée : le main-

tien dans l'emploi n'est pas traité de manière défensive mais plutôt dans une perspective de développement.

Dans l'articulation entre santé au travail et ergonomie, la santé et la performance globale sont deux systèmes liés : le constat du travail bien fait, du bien-être au travail sont des éléments déterminants en santé au travail, mais aussi du maintien dans l'emploi. L'exemple d'application en maintien dans l'emploi d'une enseignante poly-amputée a montré que, si la démarche s'engage sur les manques ou sur les déficits de la personne en état de handicap, rien n'est envisageable. En revanche, en l'aidant à se développer, à trouver des stratégies de compensation, la réinsertion est possible malgré un tableau clinique sévère. En construisant un environnement de développement et un environnement « capacitant », il ne s'agit plus de travailler « comme avant », mais « comme après ».

Ces interventions amènent à une réflexion : l'emploi n'est pas le travail, il est important de parler du

travail plus que de l'emploi dans la perspective d'une prévention durable et dans le cadre de la promotion de la santé.

Le concept ergonomique classique de marge de manœuvre a été revistité par une équipe québécoise. La mise en place d'une marge de manœuvre thérapeutique a été présentée : l'articulation entre les actions sur les personnes de type rééducatif et celles sur le travail permettent de gagner des marges de manœuvre pour les deux, en améliorant à la fois les capacités fonctionnelles et la tolérance du monde du travail par rapport aux capacités des personnes. L'adéquation des deux nécessite des ajustements assez fins des moyens et du temps pour le maintien dans l'emploi. Cette démarche renvoie au modèle de Sherbrooke, transférable, sous conditions, dans le dispositif de santé français. Il s'agit d'intervenir avec et dans le milieu de travail habituel du travailleur pris en charge. Les modalités de l'intervention et de la collaboration avec l'employeur diffèrent selon que celles-ci soient précoces (ergonomie participative) ou plus tardives (retour thérapeutique au travail).

La présentation de résultats d'études, SIP (santé et itinéraire professionnel), départs précoces des apprentis pâtisseries ou personnes souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)..., montrent combien les marges de manœuvres sont parfois réduites. Le travail reste alors difficile et excluant. *A contrario*, on constate que certaines personnes se débrouillent seules, de façon pragmatique, en rusant et en mettant en place des solutions pratiques...

L'exemple, au sein de l'Assurance maladie belge, de l'introduction

d'un trajet de réintégration pluridisciplinaire a mis en avant la complexité et les difficultés rencontrées. La prévention intégrée nécessite souvent une réorganisation ou une amélioration du dispositif. Il est important que le témoignage du médecin du travail soit entendu dans le monde économique et politique, sur ces difficultés, mais plus encore sur le travail comme une ressource.

Un autre élément qui ressort de la littérature scientifique est la coordination, notamment avec un nouveau métier : coordonnateur du retour au travail – CoRAT - (Canada...), qui n'existe pas encore en France et qui est un intervenant professionnel de l'entreprise. Cette coopération peut être très variable : ainsi, le modèle de Sherbrooke est un modèle très démedicalisé (pas de médecins), alors que ceux présentés pendant le congrès sous forme de communications ou de posters sont très medicalisés. Retravailler l'approche classique de prévention en la démedicalisant est important à souligner car cela permet souvent d'enlever le message de gravité.

Dans la réalité pratique du travail après un cancer ou de la réinsertion après un cancer, la difficulté de la reprise a été mise en évidence, souvent due à la douleur, à la précarité des travailleurs vieillissants... Un soutien collectif, bienveillant et durable s'impose et le médecin du travail a un rôle majeur à jouer auprès de ces patients. Les problèmes d'insertion rencontrés par de jeunes adultes survivants de la leucémie, par des salariés souffrant de maladie chronique (asthme, BPCO, lombalgie...) ont un impact sur le parcours professionnel, sur les revenus, plus faibles, sur la précarité, plus grande... Ces difficultés sont parfois masquées par des stra-

tégies d'ajustement de la part des travailleurs et de leur entourage. Cette situation est en tout point identique pour les personnes accidentées.

Enfin, la question des enjeux éthiques et déontologiques se pose : le maintien dans l'emploi est-il la promotion de l'équité sociale ou le contrôle médicalisé des coûts de l'absentéisme et de l'invalidité ? L'assuré est-il volontaire ? Sanctionne-t-on financièrement ? Qui pilote le projet ? Est-ce toujours utile de maintenir dans l'emploi un salarié qui ne le souhaite pas... ? Est-ce un droit, une obligation ?... Tel est, au quotidien, le questionnement de la position du médecin du travail dans sa mission de prévention du côté de la préservation/construction de la santé des salariés.

APPROCHES PRÉVENTIVES PAR BRANCHE PROFESSIONNELLE DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

J.F. Gehanno, CHU Rouen

L'approche par branche est intéressante en raison de la complexité de certaines activités parfois très spécifiques et morcelées sur le territoire (milieux hyperbares, cordistes...) ou en termes de taille des entreprises ; les très petites entreprises ne bénéficient pas toujours de conseils de prévention primaire. Les risques peuvent être également très spécifiques, comme dans le milieu de soins.

Comment peut-on faire de l'approche préventive par branche ? En impliquant l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de l'évaluation des risques, dans le suivi de santé des salariés, tant par les médecins du travail que par les infirmières, les

membres de l'équipe pluridisciplinaire, sans oublier les employeurs et les partenaires sociaux. L'important est de mutualiser les compétences (rapports d'intervention, actions de prévention). Le bilan de l'état de santé des populations doit remonter comme indicateur sur la nécessité de certaines actions de prévention.

Beaucoup de posters ont été présentés (62) sur des milieux variés (aide à domicile, garages, transports, industrie des déchets, secteur bancaire...). Tous montrent la nécessité de travailler par branche et de développer cette approche dans de nombreux secteurs, comme cela a déjà pu être fait dans le bâtiment et les travaux publics (BTP) ou l'agriculture avec la Mutualité sociale agricole (MSA). La vraie question est de mutualiser entre services ou dans un même service, avec comme objectif d'influer sur la substitution de produits toxiques, l'organisation du travail, la mise en place de protections collectives...

Une des sessions portait sur le milieu de soins, notamment sur le déplacement des risques de l'hôpital vers le domicile des patients : les soignants se retrouvent confrontés à des chimiothérapies à domicile, à des risques biologiques liés aux bactéries multirésistantes. Une attention particulière doit être portée aux femmes enceintes et à leur information quant aux produits qu'elles manipulent.

Une autre session thématique portait sur les métiers de la propriété. Pour ces salariés, le risque de troubles musculosquelettiques est prégnant. Beaucoup d'actions de prévention ont été mises en place dans cette branche d'activité, notamment des guides largement diffusés.

ACTUALITÉS AUTOUR DES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES

V. Bonnetterre, CHU Grenoble

Sur les risques émergents, des approches systématiques ont été mises en place pour :

- appréhender les nouveaux risques ; c'est le cas de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (OSHA) de Bilbao, qui essaie d'identifier les moteurs de l'émergence avec la volonté d'anticiper les principaux risques technologiques, en élaborant des scénarios plausibles sur l'avenir et sur lesquels des experts de la santé au travail sont invités à réagir ;
- identifier des nouvelles pathologies avec plusieurs types d'approches. La Belgique et les Pays-Bas proposent un outil web (Signaal) de recueil de signalements par les médecins du travail sur des nouvelles pathologies. Il sera prochainement traduit dans plusieurs langues afin de pouvoir être utilisé plus largement. La France dispose du groupe « Émergence » du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) sur la base des cas documentés par les consultations de pathologie professionnelle (CCPP) ;
- répondre à des signalements de terrain par le biais des groupes d'alerte en santé au travail (GAST), constitués par l'agence nationale de santé publique, Santé publique France, 50 % d'entre eux concernent des agrégats de cancers et 20 % des syndromes collectifs inexplicables. Ceci montre la volonté d'avancer sur les systèmes sentinelles de repérage des nouvelles pathologies par le volet clinique. Dans ce cadre plusieurs rapports ont été publiés dont ceux du RNV3P, en avril 2014,

et de l'agence néerlandaise de veille sanitaire en mai 2016. Le rapport de l'OSHA sur les systèmes sentinelles européens à même de capturer ces signaux est toujours en cours de rédaction.

Un état des lieux avec des tendances temporelles, à la hausse comme à la baisse, a été présenté à partir de réseaux épidémiologiques comme le réseau britannique THOR (*The Health and Occupation Research Network*) ou celui français des MCP (maladies à caractère professionnel, animé par l'Institut de veille sanitaire, intégré maintenant dans Santé publique France). Ce dernier met en évidence une augmentation de la souffrance psychique au travail qui agrège différentes entités. Il est intéressant de noter que les cadres font partie des catégories les plus affectées contrairement au *job strain* qui, historiquement, touchait plutôt les catégories socioprofessionnelles des niveaux les plus faibles. Ceci fait écho à la présentation sur le *burnout* qui montre qu'il y a davantage de cadres et de professions supérieures touchés avec une sur-représentation dans certains secteurs d'activités particuliers comme la finance, les assurances, l'administration...

La mise en œuvre pour la pratique médicale comporte trois volets :

- ne pas hésiter à adresser aux CCPP les cas sentinelles suspects d'être de nouvelles atteintes professionnelles, y compris des atteintes connues mais survenant dans de nouveaux contextes professionnels ;
- effectuer des signalements aux GAST de situations de santé inhabituelles au travail ;
- être en éveil à partir des alertes RNV3P, des actualités de l'OSHA...

En termes de perspectives, on perçoit davantage de structuration au niveau européen pour la gestion des signaux relatifs à de

34^e Congrès national de médecine et santé au travail

nouvelles pathologies afin d'agir le plus en amont possible pour la prévention de ces pathologies. Par ailleurs, l'utilisation des données des services de santé au travail, comme c'est le cas avec l'observatoire EVREST, permettrait d'obtenir énormément d'informations pouvant être exploitées, tant pour le bénéfice propre des salariés suivis qu'au niveau de la veille régionale ou nationale.

MISSIONS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL : DE LA LÉGISLATION À LA MISE EN ŒUVRE PRATIQUE

J.M. Soulat, CHU Purpan, Toulouse

Compte tenu des incertitudes et des inquiétudes quant aux changements législatifs qui se préparent, ce thème aurait pu être envisagé de façon négative. Mais, finalement, au travers des perspectives nouvelles et de la dynamique qui en découle, le bilan est positif avec trois thèmes principaux qui émergent.

■ Une évolution juridique et technique des métiers. Que ce soit au travers des conférences invitées ou des communications et des posters, un besoin et une dynamique de valorisation des métiers de la santé au travail ont été observés. Cela s'est traduit par l'expression de la plus-value du médecin du travail en tant qu'expert de la prévention des risques professionnels. Avec cependant un bémol quant aux volontés législatives de le positionner sur un rôle de contrôle de l'aptitude sécuritaire. D'autre part, la reconnaissance des compétences de l'infirmier comme professionnel à part entière de la santé au travail et l'identification du métier d'assis-

tant en santé sécurité au travail ont été valorisées. Enfin, le rôle des assistantes sociales, en tant qu'acteurs centraux du maintien dans l'emploi, a également été réaffirmé.

■ Des actions qui valorisent les métiers de la santé au travail. Ce sont celles qui permettent les diagnostics de situation en entreprise, l'optimisation du recueil de données à visée opérationnelle, la prévention des addictions. Ce sont aussi, l'efficacité de l'entretien infirmier et des interventions collectives menées en milieu de travail tant par les infirmiers que les psychologues par exemple, ou encore les actions portant sur la pénibilité. Enfin, les actions qui sont le fruit d'un travail inter/multidisciplinaire au sein des équipes de santé au travail, ont été particulièrement valorisées.

■ Des initiatives innovantes qui ont été présentées par différentes équipes de santé au travail et qui sont autant de réponses positives à des problématiques de terrain : la réalisation et la mise en pratique d'outils pour prévenir ou faire face aux addictions ou au risque routier, des exemples de modalités de gestion de l'urgence (dont l'urgence psychosociale) ou de l'intervention d'infirmiers pour des salariés travaillant au froid, des actions spécifiques pour les travailleurs intérimaires, la mise en place d'un réseau territorial pour la Fonction publique et celle d'un parcours de prévention personnalisé. Et encore, de façon plus globale, l'inscription de la santé au travail dans la démarche de qualité d'hôpitaux, et l'application de la réforme dans les projets de service...

On voit donc que, sur le terrain, face à la réglementation, les réponses apportées sont positives et constructives, avec des démarches bien illustrées dans les interven-

tions ou les posters, qui mettent en avant la pratique et le service rendu aux entreprises et aux salariés. Des démarches qui valorisent au maximum toutes les possibilités données par la réglementation, et même au-delà des textes parfois. Les innovations ont été mises en avant, ainsi que l'ouverture aux nouveaux professionnels dans le cadre de l'action pluridisciplinaire, et ce, tout en restant dans le respect du cadre réglementaire et de l'indépendance des différents acteurs. Ont également été valorisées la « médecine basée sur les preuves » et les recommandations de bonne pratique, ainsi que la nécessité de structurer et d'enrichir les données pouvant être recueillies lors des exercices quotidiens.

Pour conclure, au travers de leurs différentes communications, malgré un cadre législatif récent qui laisse place à l'incertitude, les professionnels en santé au travail ont montré qu'ils se tournent vers une mise en œuvre opérationnelle, méthodique et innovante de leurs actions, pour aider et soutenir les entreprises et les salariés.

RECOMMANDATIONS POUR LA BONNE UTILISATION DE SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES À DES AGENTS CHIMIQUES

C. Nisse, CHU Lille

Ce congrès a été l'opportunité de présenter les recommandations de bonne pratique pour la surveillance biologique des expositions professionnelles (SBEP) aux agents chimiques¹.

La SBEP est au cœur de l'évaluation des risques chimiques et permet

1. Le texte court de ces recommandations a été publié dans le n° 146 de Références en Santé au Travail, pp.65-93, sous la référence TM 37.

la traçabilité individuelle et collective des expositions à des agents chimiques. Actuellement, cet outil est sous-utilisé en France. Il n'y a pas d'organisation réglementée de son utilisation, sauf pour le plomb. Seules quelques valeurs biologiques d'interprétations (VBI) sont proposées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Le guide Biotox de l'INRS donne des informations pertinentes sur les indicateurs biologiques d'exposition et les VBI. Le besoin de recommandations de bonne pratique a conduit à une auto-saisine de la Société française de médecine du travail (SFMT), pour l'élaboration de ces recommandations.

La SFMT, promoteur, a été accompagnée par la Société française de toxicologie analytique (SFTA) et la Société de toxicologie clinique (STC), partenaires. Ces recommandations ont été élaborées selon la méthodologie de la Haute Autorité de santé (HAS), en suivant une procédure multi-étapes. Le groupe de travail était constitué de médecins de ces sociétés, ainsi que de médecins du travail de terrain ayant des compétences particulières dans le domaine de la SBEP, de représentants de l'ANSES, de Santé publique France et de l'INRS. Des questions ont été élaborées auxquelles l'expertise devait répondre et un argumentaire scientifique a été rédigé. Le groupe de lecture multidisciplinaire, constitué de 73 personnes, a accepté de relire, commenter et coter ces recommandations. Il était constitué de médecins du travail, infirmiers en santé au travail (IST), représentants des salariés et des employeurs, toxicologues cliniciens et analystes, chimistes...

Une synthèse des cotations et des propositions du groupe de lecture a été faite et l'argumentaire ainsi que les recommandations ont été finalisés par le groupe de travail.

Ces recommandations s'adressent aux médecins du travail et aux personnes qui vont les épauler dans la mise en œuvre de la SBEP, IST et assistants en santé au travail, aux personnes habilitées à réaliser des prélèvements biologiques, aux biologistes médicaux, aux médecins traitants qui peuvent être amenés à prescrire une SBEP, pour les artisans par exemple, aux employeurs, salariés, représentants du personnel, membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), aux personnels des services de santé au travail qui peuvent être indirectement impliqués comme les hygiénistes et les IPRP.

Dans le cadre de l'évaluation du risque chimique, la SBEP est indiquée en première intention et est à privilégier par rapport à la surveillance de l'exposition externe, sauf lorsque les effets sont uniquement locaux, de mécanisme irritatif ou allergique ou lorsqu'il s'agit de mettre en évidence des pics d'exposition plutôt que l'exposition moyennée au cours du poste de travail.

Les recommandations encadrent la stratégie de SBEP (choix des indicateurs, du laboratoire, étude des postes de travail, constitution de groupes d'exposition homogène ou GEH, mise en place d'un plan de prélèvement, information des salariés et de l'employeur), la réalisation des prélèvements (accompagnés d'une fiche de renseignements médicaux et professionnels, FRMP), leur conservation et leur acheminement vers le laboratoire, la réalisation des dosages.

Le médecin du travail est au centre de la SBEP et a des responsabilités à différentes étapes : élaboration de la stratégie, prescription (acte médical), mise en œuvre avec son équipe, choix des VBI et interprétation des résultats, restitution individuelle des résultats aux travailleurs concernés et restitution collective, sous forme anonyme et agrégée, à l'employeur et au collectif de travail. Les résultats individuels doivent être colligés dans le dossier médical individuel du salarié, la synthèse des résultats agrégés sera renseignée dans la fiche d'entreprise.

La dernière recommandation est un vœu concernant la création de bases de données régionales et/ou nationale interopérables, centralisant les données de la SBEP, dans un double objectif de surveillance des expositions et de prévention. Elles permettront de cartographier les expositions par secteur d'activité, poste de travail, l'identification des secteurs prioritaires pour les actions de prévention et l'évaluation de leur efficacité.

Ce thème a également regroupé une vingtaine de communications orales et affichées illustrant des applications de la SBEP dans l'évaluation des risques et le domaine de la prévention.

URGENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL

A. d'Escatha, CHU Raymond Poincaré, Garches

Le thème des urgences sur le lieu de travail est pleinement d'actualité, que ce soit en raison de la menace terroriste ou de l'augmentation de la demande concernant les urgences psychologiques, par

exemple. Les urgences restent des événements rares et ponctuels, qui ne constituent pas le corps de métier de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Aussi, il est conseillé à cette dernière de les anticiper par des formations, la rédaction de protocoles et de procédures et la réalisation d'exercices. Ce travail en amont permettra, si une urgence survient, une gestion sereine de l'événement avec une bonne coordination des acteurs de secours internes et externes. Cette coordination est primordiale et permettra d'optimiser au mieux les premières minutes qui suivent l'événement, qui sont décisives pour le pronostic. Quelle que soit la taille de l'entreprise, il faut souligner qu'un travail d'équipe est nécessaire à une bonne prise en charge, avec un rôle à jouer pour chacun des acteurs : médecin du travail, infirmier, sauveteur secouriste du travail (SST), salariés et employeur.

Le secourisme est un vecteur de renforcement du collectif de travail, puisque l'on assiste, lors des formations de SST, à une bonne collaboration entre les différentes branches hiérarchiques de l'entreprise.

Enfin, et c'est là un point majeur, l'urgence peut représenter une clé pour la prévention. Une bonne gestion de l'urgence permet d'asseoir le positionnement de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail dans l'entreprise. En effet, c'est l'occasion de réaliser des actions de prévention tertiaire, mais également secondaire voire primaire. Le service de santé au travail peut ainsi contribuer à la prévention des situations critiques mais également à la désinsertion professionnelle, en anticipant les moyens favorisant le retour au travail. En conclusion, les urgences en santé au travail nécessitent un travail

d'équipe en amont et peuvent, si elles sont convenablement gérées, être des clés pour des actions de prévention.

LES CANCERS PROFESSIONNELS : POLYEXPOSITION, CONNAISSANCES ACTUELLES, PRÉVENTION, INÉGALITÉS DE GENRE

J.C. Pairon, CHU Créteil

Concernant les multi-expositions aux cancérogènes, deux approches ont été présentées : l'une expérimentale, l'autre épidémiologique. L'approche expérimentale restait jusqu'à présent peu documentée. Aujourd'hui, plusieurs modèles *in vitro* et *in vivo* mettent en évidence des synergies d'effets génétiques ou épigénétiques, et les mécanismes d'action physiopathologiques sont mieux connus. L'approche épidémiologique a été développée en illustrant les effets synergiques, multiplicatifs à partir de certains agents cancérogènes (association amiante, tabac et cancer bronchopulmonaire, association tabac, alcool, amiante et cancer du larynx...). La réalité épidémiologique est objectivée par des études concernant surtout les hommes et certains secteurs d'activités (construction, métallurgie, maintenance, santé, industrie de process, recherche) ou certains métiers (infirmiers, coiffeurs, réparateurs automobile, BTP).

La trajectoire professionnelle des personnes atteintes de cancer a été présentée. Il s'agit d'une maladie fréquente : 350 000 nouveaux cas par an dont 100 000 chez des personnes qui travaillent. Le taux de retour au travail des personnes atteintes de cancers varie selon les

études entre 60 % et 65 %. Ce taux est fonction de plusieurs facteurs, comme les caractéristiques de la pathologie (localisation, stade, traitement...), le délai considéré après la maladie, le pays. En France, il est de 66 % à 2 ans et le retour à l'emploi ou maintien dans l'emploi constituent des priorités des plans cancers depuis 2003. Des facteurs de vulnérabilité ont été identifiés comme les catégories socio-professionnelles dites d'exécution, les personnes jeunes et les plus âgées, le statut marital, le bas niveau d'étude, les contrats précaires et le fait d'exercer dans les petites et moyennes entreprises. Pour la reprise, plusieurs points de vigilance ont été soulignés : la date (la reprise ou la reconversion ne devant pas être précipitées), l'importance de la visite de pré-reprise, du soutien psychologique (en amont et en aval) et d'une approche pluridisciplinaire.

Les inégalités sociales et de genre par rapport aux cancers professionnels ont été soulignées. Pour les catégories sociales les moins favorisées, il existe une prévalence d'exposition professionnelle plus élevée, un niveau d'exposition plus élevé et des expositions multiples plus fréquentes. Ces facteurs participent aux inégalités sociales de mortalité et d'incidence des cancers. Concernant les cancers des femmes, les facteurs professionnels restent peu documentés. Si chez les femmes les niveaux d'exposition aux agents cancérogènes paraissent plus faibles que chez les hommes, il existe une sous-réparation importante des cancers professionnels déclarables en maladie professionnelle (exemple du mésothéliome).

Des éléments nouveaux ont été présentés, mais certains restent à confirmer comme les associations

entre cancer du sein et exposition à des alcools (étude CECILE), entre tumeurs du système nerveux central et exposition aux particules nanométriques (étude CERENAT), entre cancers de la vessie et certaines activités agricoles (étude AGRICAN), entre cancer colique et exposition à l'amiante (étude ARDCO qui retrouve également une association entre plaque pleurale et risque de mésothéliome). D'autre part, des outils ont été présentés pour les épidémiologistes ou les acteurs de terrain : matrices emploi-exposition, bases de données développées par des services de santé au travail, questionnaires pour les patients atteints de cancers bronchiques, documents de l'Institut national du cancer (INCa) (Cancer Prodoc, Cancer Proactu)...

Plusieurs applications pour la pratique médicale ont pu être dégagées :

- la priorité à la prévention primaire pour les situations d'exposition (unique ou multiple) à des cancérigènes (supprimer, à défaut substituer, et si impossible, limiter le niveau d'exposition et le nombre de travailleurs au niveau le plus bas possible) ;
- la nécessité d'une évaluation des expositions actuelles et passées aux cancérigènes par l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail sous la coordination du médecin du travail ;
- les recommandations de suivi médical (post-exposition, post-professionnel) élaborées par des sociétés savantes pour plusieurs sites de cancers ou agents cancérigènes (certaines à évaluer dans un cadre expérimental).

Les principales perspectives mises en avant sont un besoin de recherche (effets des multi-expositions aux agents cancérigènes, cancers professionnels des femmes...) et

la nécessité de développer une prise en charge pluridisciplinaire lors du retour à l'emploi des sujets ayant un cancer. Au final, les cancers professionnels apparaissent comme des pathologies toujours d'actualité, pour lesquels de nouveaux agents continuent encore d'être identifiés ou suspectés.

SOUS-TRAITANCE ET NOUVEAUX SECTEURS PROFESSIONNELS À RISQUE, ACTIVITÉS PRÉCAIRES

A. Leroyer, CHRU Lille

Plutôt que les éléments disparates d'un thème, à première vue fourretout, les communications doivent avant tout être considérées comme des signaux donnant à voir les évolutions accélérées des modes et méthodes de production en France en 2016 et leurs conséquences avérées et à venir en santé et sécurité au travail. Si le recours à des entreprises extérieures ou l'intérim sont tout sauf des phénomènes nouveaux, l'implantation des drives et la fabrication et l'utilisation de nanomatériaux, à cause de leur développement rapide, sont encore relativement récents dans le paysage de la prévention des risques professionnels. Toutes ces évolutions, quand elles concourent, tant par l'insécurité de l'emploi que par des changements organisationnels trop radicaux, à une instabilité des conditions de travail, peuvent aboutir à une dégradation de la santé physique et mentale.

Deux exposés consacrés à la prise en charge des travailleurs des agences d'emploi en matière de santé et de sécurité au travail ont montré que l'intérim n'est un choix que pour une minorité de travail-

leurs. En termes de sinistralité, ceux-ci paient aussi un lourd tribut puisqu'elle se situe à un niveau environ deux fois supérieur aux emplois correspondants occupés par des personnels permanents.

Une des études présentées a consisté en la réalisation d'un questionnaire visant à comparer le ressenti sur leur travail des intérimaires du BTP à celui des travailleurs permanents. Il apparaît de nets excès de plainte concernant les sphères ostéo-articulaire et auditive. De même les items « *devoir faire des choses qu'on désapprouve* » et « *travailler avec la peur de perdre son emploi* » montrent de larges excès pour les intérimaires. Fait marquant, une moitié d'entre eux déclare n'avoir eu que peu d'information ou sensibilisation sur les risques professionnels et leur prévention.

La deuxième étude est partie du constat de nombreux accidents du travail (AT) des salariés d'une agence d'emploi chez un de ses clients. Les deux services de santé au travail, celui de l'agence d'emploi et celui de l'entreprise utilisatrice, ont procédé à l'analyse de six AT, appuyée sur des visites de terrain et des études des postes les plus accidentogènes. Cette opération lourde (60 heures y ont été consacrées) a débouché sur la création de modules de sensibilisation aux questions de santé et sécurité au travail destinés à l'encadrement de proximité de l'entreprise utilisatrice. Des retombées sont également espérées sur les conditions de travail des salariés de cette dernière. À travers cette expérience, sont posées les questions du choix des secteurs prioritaires en termes de ce type (coûteux) d'intervention et de mutualisation des résultats.

La nécessaire coopération entre entreprises utilisatrices et entre-

prises extérieures et les moyens de la mettre en œuvre étaient également au cœur d'un exposé décrivant la démarche de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Nord-Picardie, en particulier à travers une réflexion menée par ses comités techniques régionaux. La réglementation, qui a aujourd'hui presque 25 ans, est généralement bien connue par les entreprises, mais le constat de la CARSAT et de ses instances régionales est que l'application qui en est faite est encore trop bureaucratique (« *générer des procédures pour être en règle* ») et pas assez connectée avec une évaluation en continu des risques et les moyens de leur prévention. La réflexion sur les conditions de travail des entreprises extérieures doit être menée en amont, au moment de la passation des marchés, afin d'intégrer les contraintes de santé et de sécurité. La simple adjonction d'un item « *évolution des conditions d'intervention par rapport à la situation évaluée précédemment* » aux permis de travail ou autres bons d'intervention peut suffire à mettre en évidence des pratiques de travail à risques d'accident ou d'exposition professionnelle. La désignation d'un référent « *entreprises extérieures* » au sein de l'entreprise utilisatrice permet aussi d'améliorer les échanges. Autant de mesures simples et peu coûteuses qui font des entreprises extérieures des partenaires à part entière dans l'amélioration des conditions de travail. Parmi les nouveaux secteurs professionnels à risque, la présentation sur les drives a suscité de nombreux échanges avec la salle. Les très longues distances parcourues tous les jours (jusqu'à 25 ou 30 kilomètres), l'inadaptation des locaux rendant difficile le pilotage des chariots,

la nécessité de manutentionner des marchandises à des hauteurs supérieures à 1,75 m, l'utilisation de certains équipements de protection individuelle non adaptés (chaussures de sécurité à semelles rigides), les rythmes de travail trop intensifs résultant d'une mauvaise organisation se traduisent par une sinistralité forte. À ce titre, l'exposé sur les travaux résultant de la coopération de quatre services de santé au travail avec le soutien des CARSAT et des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) a suscité un fort intérêt. Cette étude, menée dans 36 drives, a permis la réalisation d'un diagnostic technique sur les conditions de travail, d'un diagnostic médical sur les 261 salariés et la création d'un outil de synthèse et de sensibilisation sur les principaux dangers sous une forme attrayante. L'objectif est aussi d'influer sur la conception des futures installations.

Le deuxième secteur professionnel à risque qui a fait l'objet de deux présentations était celui, très large, qui va de la conception à l'utilisation des nanomatériaux. Depuis une bonne dizaine d'années, le Commissariat à l'énergie atomique (CEA) a développé une expertise visant à fournir des outils d'évaluation et de prévention des risques liés à ces composés pour l'ensemble de leur cycle de vie, de la conception des produits jusqu'à la gestion des déchets et le démantèlement des installations. Cette capacité est désormais ouverte sur l'extérieur à travers la fourniture de prestations et de fiches de prévention. Des techniques analytiques spécifiques ont été développées permettant l'estimation de la « *charge nanomatériaux* »

via des prélèvements invasifs ou non invasifs sur des patients ou des travailleurs potentiellement exposés. Associées à des analyses qualitatives et quantitatives de l'exposition professionnelle ou à des examens fonctionnels respiratoires et à la réalisation de condensats d'air exhalé, elles permettent de poser des diagnostics larges d'exposition.

La session s'est achevée sur une présentation consacrée aux changements organisationnels, à l'insécurité et au pouvoir d'agir des salariés, issue de l'enquête « *Conditions de travail* » menée en 2013 par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Renouvelée à intervalles réguliers depuis près de 40 ans, cette enquête a consisté en des interviews de 34 000 travailleurs et des questionnaires écrits de 14 000 établissements (ceci pour la première fois). Parmi beaucoup d'autres, quatre enseignements principaux ont pu être tirés.

■ L'insécurité de l'emploi est une cause de dégradation de la santé physique et mentale : les trois indicateurs « *santé altérée* », « *limitation d'activité* » et « *bien-être psychologique dégradé* » sont significativement liés à une insécurité de l'emploi croissante.

■ Les changements organisationnels sont une cause majeure d'insécurité : une relation significative est établie entre le nombre de changements organisationnels vécus au cours des douze derniers mois et la crainte de perdre son emploi.

■ Les changements organisationnels sont plus fréquents avec un management mondialisé : c'est en particulier le cas pour des entreprises tournées vers le marché européen, et *a fortiori* mondial, qui ont mis en place des innovations

organisationnelles de pointe et qui ont connu une restructuration financière.

■ L'information-consultation des salariés constitue un facteur protecteur de leur santé : la capacité à agir, même de façon limitée, sur les changements réduit l'impact de l'insécurité sur la santé physique et surtout mentale.

CONCLUSION

P. Brochard, CHU de Bordeaux

Après avoir remercié les organisateurs et tous les contributeurs, le Pr P. Brochard souligne trois points qui l'ont marqué dans ce congrès :

- l'acquisition de connaissances nouvelles qui s'accompagne de moyens, d'outils et de méthodes permettant une expertise solide et pratique et il remercie la SFMT pour la mise en place de recommandations de bonne pratique ;
- des connaissances nouvelles mais également partagées avec les partenaires (entreprises, partenaires sociaux, travailleurs...);
- la transformation de l'organisation de l'activité des services de santé au travail et, en particulier, l'interpénétration de plusieurs disciplines.

Ces trois éléments font qu'il est très optimiste pour la poursuite des activités en santé au travail.

Le 35^e Congrès de médecine et de santé au travail se tiendra à Marseille, du 5 au 8 juin 2018, et abordera les thèmes suivants :

- zoonoses et maladies infectieuses professionnelles,
- maladies chroniques et travail,
- sciences de gestion, management et risques pour la santé,
- maladies psychiques et travail,
- fertilité, grossesse et travail,
- promotion de la santé, application en santé au travail (à partir de situations réelles),
- prévention des pathologies d'hypersollicitation périarticulaire,
- métrologie du risque chimique.