

# Questions en santé et sécurité au travail

## Symposium de l'Institut national de médecine agricole (INMA)

Tours, 3 février 2017

EN  
RÉSUMÉ

### AUTEURS :

L. Dufayet, N. Bourgeois, internes en médecine du travail

Cette journée a permis d'aborder de multiples thèmes : la médiation, le maintien dans l'emploi de travailleurs atteints d'intolérances environnementales idiopathiques, le point sur les plaintes ordinaires en santé au travail, le danger des hyménoptères, le psoriasis, la vaccination contre la leptospirose, la prise en charge des lombalgies chroniques. Des retours d'expériences ont permis d'illustrer l'action d'une infirmière de santé au travail dans une menuiserie, le rôle de l'équipe de santé au travail dans la prévention du risque zoonotique ou le lien possible entre choc acoustique et risque psychosocial.

### MOTS CLÉS

Santé au travail /  
Maintien dans  
l'emploi /  
Dermatose /  
Dermatite /  
Lombalgie /  
Audition /  
Centre d'appel  
téléphonique /  
Allergie /  
Vaccination /  
Zoonose /  
Leptospirose

### LA MÉDIATION : UNE DYNAMIQUE DE COMMUNICATION AU SERVICE DE L'ENTENTE AU TRAVAIL

*A.C. Becard, médiatrice en entreprise « S'entendre au travail », Tours.*

La médiation intra-entreprise se fait en présence d'un médiateur et d'au moins deux personnes de la même entreprise. Elle doit permettre de dénouer les relations conflictuelles mais également de les prévenir et de favoriser la coopération des différents acteurs en instaurant des relations pacifiées. Le médiateur doit faciliter cette dynamique de communication, tout en veillant à rester indépendant, impartial et neutre. Il ne doit ni décider ni conseiller mais instaurer un climat de confiance entre les différents participants afin de les amener à trouver par eux-mêmes un accord librement consenti ou des moyens satisfaisants, répondant aux besoins de chacun. La confidentialité et la confiance sont

primordiales dans ce processus, aussi bien pour le médiateur que pour les participants. La médiation peut être demandée par tous les acteurs de l'entreprise, mais aussi par le médecin du travail ou l'inspection du travail. Le processus se déroule en plusieurs étapes, avec une phase préparatoire puis plusieurs rencontres. La phase préparatoire permet au médiateur de vérifier avec le prescripteur que la demande est pertinente et d'informer les personnes susceptibles de participer afin de leur permettre de s'engager librement dans cette démarche. Suite au recueil des signatures, qui marquent l'engagement à la médiation et à ses règles, les rencontres peuvent débuter. Le nombre de rencontre est variable en fonction des situations, mais en règle générale, trois sont suffisantes. Le processus de médiation peut se résumer en quatre temps. Le premier doit permettre aux participants d'exprimer leurs points de vue et leurs émotions afin d'isoler le fond du problème. Le deuxième consiste à identifier

les attentes et les besoins sous-jacents de chacun. Le troisième temps est un moment de créativité, afin d'imaginer une palette de solutions satisfaisantes pour tous. Enfin, le quatrième temps permet l'analyse et le choix de solutions acceptables, réalistes et réalisables. Il est important de noter que le prescripteur n'aura pas de retour quant au déroulement de la médiation et que celle-ci s'effectue sur le temps du travail. Les bienfaits de la médiation sont multiples, elle permet notamment de libérer la coopération entre les participants, et bien souvent de mettre fin à la cristallisation du conflit. C'est un moyen d'agir en faveur du mieux-être et de la qualité de vie au travail en prévenant les difficultés relationnelles, causes de souffrance au travail.

### **MAINTIEN DANS L'EMPLOI DE TRAVAILLEURS ATTEINTS D'INTOLÉRANCES ENVIRONNEMENTALES IDIOPATHIQUES : RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

*J. Lesot, interne en médecine du travail, CHU Nantes.*

La notion d'intolérance environnementale idiopathique (IEI) regroupe deux entités majeures, le syndrome d'intolérance aux odeurs chimiques (SIOC) et le syndrome d'intolérance aux champs électromagnétiques (SICEM). Les sujets atteints développent un cortège atypique de symptômes, mis en lien avec une nuisance environnementale, et réversibles à l'arrêt de l'exposition. Bon nombre de ces patients connaissent une errance diagnostique, avec des consultations médicales et des examens complémentaires mul-

tiples. Le médecin du travail a un rôle primordial dans la démarche diagnostique et la prise en charge de ces troubles. Par sa formation, il est sensibilisé aux pathologies environnementales et a un accès plus facile aux services de consultations de pathologies professionnelles et environnementales (CPPE). Quand la plainte est exclusivement professionnelle, il doit également éliminer un diagnostic de syndrome collectif inexplicé (ou syndrome des bâtiments malsain) et le cas échéant le prendre en charge. Ensuite, lorsque le diagnostic d'IEI est posé, le médecin du travail sera amené à s'interroger sur le maintien au poste du travailleur, notamment au cours d'une visite de reprise. L'absence d'explication physiopathologique et de gravité reconnue complexifient cette question, puisqu'il n'y a pas de mise en danger à proprement parler, en dehors des conséquences psychologiques potentielles.

Pour l'orateur, au vu de l'expérience de la CPPE du CHU de Nantes, les aménagements de poste et les éventuelles restrictions seront envisagés en fonction du ressenti du travailleur, afin de permettre son maintien dans l'emploi en limitant les symptômes. Le médecin du travail devra ainsi interroger méticuleusement le travailleur sur ses conditions de travail, ses symptômes et la gêne fonctionnelle ressentie. Une étude de poste approfondie est indispensable et les aménagements seront liés à la présentation clinique. Il convient de rester raisonnable dans la préconisation d'équipements ou de matériaux spécifiques (peintures anti-ondes, vêtements isolants...), ceux-ci sont souvent onéreux, et leur efficacité *in situ* reste très aléatoire. La réduction du temps

de travail et le télétravail sont des moyens intéressants d'éloigner le travailleur des nuisances, avec le risque néanmoins de couper tout lien social. Une réévaluation régulière, si possible annuelle, des différents aménagements est à prévoir. Les restrictions rendent parfois impossible un maintien au poste et, si les aménagements restent inefficaces, l'inaptitude est quelques fois inévitable. Enfin, le médecin du travail doit encourager le travailleur concerné à demander une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui permet d'apporter une reconnaissance de la gêne et vient appuyer les préconisations auprès de l'employeur. La RQTH peut de plus apporter des possibilités de formation vers des postes qui exposent moins le travailleur aux nuisances. Il est essentiel d'informer, d'écouter et de rassurer le travailleur concerné, puis de favoriser une prise en charge globale et pluridisciplinaire par le biais des CPPE\*.

*\*NDLR : un rapport définitif d'expertise intitulé «Hypersensibilité électromagnétique ou intolérance environnementale idiopathique attribuée aux champs électromagnétiques » est en attente. Il sera publié par l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).*

### **LES MÉDECINS DU TRAVAIL À L'ÉPREUVE DE LA DÉONTOLOGIE**

*R. Badel, médecin du travail, Mutualité sociale agricole (MSA) Ain-Rhône.*

La médecine du travail arrive en 3<sup>e</sup> position quant au nombre de plaintes ordinales, après la psychiatrie et la gynéco-obstétrique. En 2015, sur 1008 décisions en 1<sup>re</sup> instance, 21 concernaient un médecin du travail, soit 2,7 % des plaintes.

Le régime disciplinaire des professions médicales a été profondément remanié par la loi « Kouchner » du 4 mars 2002, puis par le décret du 5 mars 2007 qui met en place des

chambres disciplinaires de première instance (CDPI), composées de médecins assesseurs et présidées par un magistrat. La loi « Kouchner » a également accordé la qualité de partie au plaignant, ce qui signifie que celui-ci peut lui-même déposer sa plainte et utiliser toutes les voies et délais de recours contre les décisions de la CDPI. Selon l'article L. 4124-2 du Code de la santé publique, les médecins chargés d'une mission de service public ne peuvent être traduits devant la CDPI que par le ministre chargé de la Santé, le préfet, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), le procureur de la République et les conseils de l'Ordre des médecins (départementaux – CDOM – ou national – CNOM). Pour les médecins qui ne sont pas chargés d'une mission de service public (ce qui est le cas de la majorité des médecins du travail), les patients et les associations de patients sont également autorisés par l'article L. 4126-1 à déposer une action disciplinaire. Une étape de conciliation, organisée par le CDOM, est indispensable avant le transfert de la plainte à la CDPI, en cas de non-conciliation. La plainte doit alors être accompagnée de la délibération mentionnant l'avis du CDOM sur la présence ou non d'un manquement à la déontologie. Après l'enregistrement par le greffe de la CDPI, la procédure répond à 4 grands principes : elle est écrite (basée sur des comptes rendus, des rapports d'audition), inquisitoriale (toutes les pièces du dossier sont adressées à la CDPI qui les transmet ensuite aux parties), contradictoire et non publique (bien que les sanctions soient rendues publiques). Les mesures prises peuvent être : un rejet de la plainte, un sursis à statuer ou une sanction. Les sanctions sont au nombre de 4 : l'avertissement,

le blâme, la suspension temporaire du droit d'exercer et la radiation du tableau de l'Ordre des médecins. Il peut être fait appel auprès de la chambre disciplinaire nationale (CDN), rattachée au CNOM. L'appel doit avoir lieu dans les 30 jours et est suspensif. Le recours suivant est celui du pourvoi en cassation devant le Conseil d'État, dans un délai de 2 mois après la notification de la CDN.

Entre 2000 et 2016 (hors procédures en cours), 80 appels des décisions de la CDPI concernent la médecine du travail. On note une augmentation des appels des décisions depuis 2007 ce qui correspond à la mise en place de la qualité de partie au plaignant. Les requérants auprès la CDPI sont à 70 % un patient/salarié, 20 % un employeur et 9 % un médecin du travail lui-même. En 1<sup>re</sup> instance, 60 % des décisions de CDPI sont des rejets de la plainte, 20 % un avertissement et 13 % un blâme. En appel, la CDN rejette la plainte dans plus de 50 % des cas. Pour son compte la CDN a prononcé quatre avertissements, trois blâmes, une interdiction temporaire d'exercer, une radiation et plusieurs amendes pour recours abusifs.

Les principaux articles du Code de déontologie à l'origine de plaintes sont l'article 4 sur le respect du secret médical, l'article 76 sur la délivrance de certificat et les articles 45 et 46 correspondant au dossier médical et à sa transmission.

Toutes les décisions peuvent être consultées sur le site du CNOM à la rubrique « jurisprudence ». L'essentiel des recommandations pour limiter les contentieux se trouve dans les commentaires du Code de déontologie médicale également disponibles sur ce site.

## PSORIASIS ET TRAVAIL

*M.B. Cleenewerck, médecin du travail et dermatologue, Pôle santé travail, Lille métropole.*

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, d'origine multifactorielle, et d'expression majoritairement cutanée et articulaire. La forme la plus fréquente est celle de psoriasis chronique en plaques. Toutes les régions du corps, même les muqueuses, peuvent être atteintes. Les lésions typiques correspondent à des plaques érythémato-squameuses, bien délimitées. Le prurit est inconstant. Cette affection peut être révélée par de nombreux facteurs, notamment environnementaux et professionnels tels que des microtraumatismes cutanés d'origines physiques, chimiques ou liés aux rayonnements ultra-violets. Le développement de lésions de psoriasis sur une zone de peau saine, en lien avec un traumatisme, s'observe chez environ un tiers des patients et prend le nom de phénomène de Koebner. Le médecin du travail doit avoir une bonne connaissance de la maladie psoriasique, tout d'abord pour faciliter le diagnostic mais également pour informer, conseiller et rassurer au mieux les travailleurs concernés. Des aménagements de poste peuvent être à prévoir, en fonction de la symptomatologie. Les activités entraînant des frottements à répétitions sont ainsi généralement à proscrire. Une étude de poste et un examen clinique approfondis sont alors nécessaires pour adapter au mieux le poste de travail et évaluer le maintien dans l'emploi. Le médecin du travail doit également être attentif aux manifestations articulaires du psoriasis, ainsi qu'aux

comorbidités fréquentes de cette maladie, aussi bien cardio-métaboliques que psychiatriques. Un syndrome métabolique devra ainsi être systématiquement recherché. Par ailleurs, le retentissement du psoriasis sur la qualité de vie des patients doit être recherché car il est souvent important, pouvant s'accompagner d'épisodes dépressifs graves ou de surconsommation alcoolique. En conclusion, le médecin du travail devra travailler en collaboration avec le dermatologue afin d'évaluer et de prendre en charge au mieux le retentissement de la maladie sur la qualité de vie personnelle et professionnelle du patient. Son rôle sera également majeur dans l'évaluation et la prévention du retentissement des activités professionnelles sur la maladie psoriasique.

### **DANGER DES HYMÉNOPTÈRES : RECOMMANDATIONS AUX SALARIÉS ET AUX EMPLOYEURS**

*R. Massoudi, médecin du travail, MSA Midi-Pyrénées-Sud.*

Les hyménoptères constituent chaque année, dès le printemps, une menace incontournable pour les salariés du monde agricole, qui travaillent souvent de manière isolée, loin des services d'urgence. Le risque de réactions systémiques est sous-estimé : 1 à 3 % des individus seraient en danger après une seule piqûre et, en France, il y a une trentaine de décès chaque année en lien avec ce risque. Les venins d'hyménoptères sont des mélanges complexes contenant notamment des amines biogènes, comme l'histamine, mais égale-

ment des peptides et des enzymes spécifiques à chaque venin et à l'origine des manifestations allergiques. Le plus souvent, après une piqûre, la réaction est locale et ne nécessite pas de secours, elle dure de 24 à 48 heures. Il peut y avoir un œdème de Quincke local sans complication respiratoire avec une évolution le plus souvent bénigne. C'est tout à fait différent si la réaction est systémique. Il faut alors distinguer les réactions toxiques non allergiques des réactions allergiques. La réaction toxique survient pour un grand nombre de piqûres (50 à 100), il s'agit alors d'un véritable empoisonnement pouvant conduire au décès. À la différence de la réaction toxique, une seule piqûre peut déclencher la réaction allergique. Il existe différentes classifications dont celle de Müller qui a l'intérêt d'orienter la prise en charge thérapeutique et de prévoir le risque en cas de piqûres ultérieures. Par exemple, un patient ayant atteint les stades 3 ou 4 de la classification de Müller a 80 % de risque de faire un choc anaphylactique en cas de nouvelle piqûre.

S'il s'agit d'une piqûre d'abeille, le dard doit être retiré sans écraser la poche contenant encore du venin. Il faut retirer les bagues si la piqûre est proche des doigts. Après désinfection, une source de chaleur peut être approchée (venin thermolabile). Un traitement médical simple est instauré avec un antalgique et des anti-histamines s'il existe un début de réaction allergique, des corticoïdes et des bêta-2 mimétiques s'il existe une gêne respiratoire associée. En cas de signe prédictif d'un choc anaphylactique, une injection intra musculaire d'adrénaline (0,3 mg) est nécessaire, à renouve-

ler 10 minutes plus tard si besoin et une hospitalisation d'au moins 6 heures est alors impérative. Dans tous les cas, il faut prévenir les secours. À distance, toute personne ayant eu des symptômes de réactions allergiques doit avoir un bilan allergologique, pour bénéficier d'une éventuelle désensibilisation. Les situations à risques sont représentées par les travaux en extérieur, surtout au printemps et en été, en contact direct avec les hyménoptères (apiculteurs, opérateurs de destruction de nid) mais pas seulement (paysagistes, jardiniers, ouvriers forestiers...). En 2015, parmi 217 salariés de l'Office national des forêts (ONF), 9 avaient déjà présenté une réaction allergique systémique. Parmi eux, 7 ont été désensibilisés et 2 travaillaient en forêt avec un auto-injecteur d'adrénaline. La question des salariés en forêt qui serait incapables de s'auto-injecter l'adrénaline se pose régulièrement. Une réflexion a été menée pour que les salariés en question puissent autoriser leurs collègues à injecter l'adrénaline en cas d'urgence. Un document a été édité et est accessible sur le site de l'ONF pour résumer toutes les mesures de prévention à prendre.

### **RETOUR D'EXPÉRIENCE ET ÉVALUATION APRÈS MISE EN PLACE DE PRÉCONISATIONS DANS UNE SCIERIE**

*D. Monge-Cadet, infirmière en santé au travail, MSA Gironde.*

Au sein de la MSA, l'infirmier en santé au travail (IDEST) est un acteur relativement nouveau. Depuis la loi du 20 Juillet 2011, il participe aux actions d'informa-

tion, de prévention et d'éducation en milieu de travail. Dans ce cadre, un projet de promotion de la santé a été mené en Gironde, au sein d'une scierie composée de 13 salariés et dont l'activité principale repose sur la transformation de pin maritime. Une analyse des risques a été menée en premier lieu en consultant le document unique (DU) et en étudiant les différents postes de travail. Suite à ces actions, une modification du DU a été proposée et mise en place, plus appropriée aux risques rencontrés réellement dans l'entreprise. Des entretiens infirmiers ont été réalisés, axés sur les risques mis en évidence : le bruit (réalisation d'audiogramme), la manutention et l'exposition aux poussières de bois. Un projet de promotion de la santé a ensuite été mené, en réponse aux besoins de l'entreprise quant au risque bruit. Les préconisations étaient d'ordre organisationnel, technique (protection collective avec la réduction du bruit à la source et individuelle avec l'amélioration des protecteurs individuels anti-bruit) et humaine. Un bilan a été réalisé, un an après la finalisation du projet. L'infirmière en santé au travail a pu constater que le DU avait été mis à jour par le chef d'entreprise et qu'une culture de la santé et de la sécurité s'était développée dans l'entreprise, avec une bonne adhésion des différents participants au projet (salariés et chef d'entreprise). Les compétences infirmières spécifiques tels que l'écoute active et l'absence de jugement lors de l'analyse des comportements permettent d'établir une relation de confiance avec les salariés et de favoriser leur adhésion à des projets de promotion de la santé.

### **PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES CHRONIQUES : LE MODÈLE DE SHERBROOKE**

*Y. Roquelaure, Service de santé au travail et pathologies professionnelles, CHU Angers.*

La prise en charge des maladies chroniques est un des challenges actuels de la médecine du travail et les douleurs lombaires en sont un modèle. À l'heure de la flexibilité de l'emploi, de l'alternance politique, des contraintes économiques importantes, la question qui se pose est d'aider au maintien dans l'emploi malgré toutes ces difficultés. Les TMS sont des syndromes douloureux qui peuvent être majeurs et gêner la réalisation du travail mais également la vie personnelle. En termes de modèle de risque, ce ne sont pas des maladies professionnelles mais des pathologies avec une composante liée au travail, et un certain nombre d'entre elles, dont les lombalgies, le travail est un facteur aggravant plus qu'un facteur « générateur ». Plusieurs études ont montré l'importance des facteurs psychosociaux en tant que facteurs pronostiques dans l'évolution de ces syndromes. Selon les données statistiques de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) du régime général, les arrêts de travail supérieurs à 3 mois (soit environ 12% des arrêts pour AT-MP entre 2012 et 2014) représentent à peu près 70% des dépenses. Dans le modèle de Sherbrooke et ses dérivés, il s'agit de construire un programme de retour très progressif au travail, en limitant la médicalisation de la réadaptation, avec dans l'idéal une action sur le lieu de travail. Le protocole permet d'agir sur l'individu, sur son lieu de travail, avec différents

professionnels (et pas seulement de santé) de manière coordonnée, le maître mot étant « l'action concertée », dans le but de ré-augmenter les marges de manœuvre de l'individu en diminuant temporairement les exigences, lui permettant ainsi de garder une activité socio-professionnelle. Ces modèles ont montré leurs efficacités, aussi bien sur un plan économique malgré un investissement au départ, que sur un plan social avec une réduction de moitié de la durée des arrêts de travail. Il existe beaucoup de conditions pour la réussite de ces modèles, notamment l'adhésion des entreprises au projet. En France, il existe le temps partiel thérapeutique, mais il s'agit souvent d'un « on/off », et pas d'une ré-augmentation progressive des horaires. Le dénominateur commun de l'efficacité est l'action concertée entre les structures de soins et celles de prévention primaire ou de santé publique, ce qui a été clairement établi par les recommandations (de la Haute Autorité de santé – HAS – ou de la Société française de médecine du travail) : les programmes multidimensionnels ont un niveau de preuve suffisant sur le retour au travail. En France, le système est un peu plus cloisonné, et c'est un enjeu de réussir à combiner les actions préventives et les soins, les solutions semblent être plus simples à mettre en place au niveau local qu'au niveau national.

### **CENTRES D'APPELS ET RISQUE POUR L'AUDITION DES TÉLÉCONSEILLERS ? CE RISQUE N'EN DISSIMULE-T-IL PAS UN AUTRE : LE RISQUE PSYCHOSOCIAL ?**

*F. Alfonsi, MSA Bourgogne.*

Le but de l'étude était de mettre



à profit l'expérience acquise sur les chocs acoustiques par les médecins du travail qui s'occupent de salariés travaillant en centre d'appels. Les centres de contact ou centres d'appels téléphoniques sont en plein essor depuis les années 90 outre-Atlantique et depuis les années 2000 en France (aussi bien en finance, qu'en informatique, téléphonie, protection sociale...). Il faut noter toutefois que le développement de ce type de service a tendance à s'émousser, peut-être en raison des contraintes propres qu'ils génèrent, mais également du fait du développement des téléservices et de la dématérialisation. En 2012, la MSA a adhéré à ce type de dispositif pour harmoniser les réponses et optimiser l'organisation. L'évaluation de l'ambiance sonore du centre de réponses a été demandée à un prestataire externe. Les valeurs mesurées sont inférieures aux valeurs réglementaires du Code du travail (Leq du plateau < 59 dB(A)), mais supérieures au niveau sonore défini par Béranek pour un travail exigeant de la concentration qui devrait être inférieur à 55 dB (A). Le niveau sonore réellement reçu par les téléconseillers sous les casques ainsi que la possibilité de choc acoustique n'ont pas été mesurés ou évalués.

Sur les 21 salariés du centre d'appels, 12 ont déclaré un choc acoustique en accident du travail. Parmi eux, 8 ont repris leur poste dans les 9 mois, 4 ont développé un syndrome du choc acoustique dont 3 ont abouti à une inaptitude et 1 n'est toujours pas stabilisé.

La définition du choc acoustique n'est pas sujette à consensus et il en existe plusieurs. Il s'agit, selon les ORL, d'une pathologie survenant après une exposition à un bruit fort inattendu et soudain pro-

voquant un groupe de symptômes neurophysiologiques et psychologiques. Selon les ingénieurs, il s'agit d'un événement électroacoustique rare et imprévisible conduisant à des niveaux de bruit intense, responsable d'un bruit parasite fort, d'un son strident inopiné dont le niveau sonore est toujours en deçà de 120 dB(A), ressenti douloureusement par le salarié. Il diffère du traumatisme sonore par l'intensité beaucoup plus faible dans le cas du choc acoustique. Les symptômes rapportés par les salariés sont d'ordre neuropsychologique et otologique à type de douleurs, céphalées, vertiges, acouphènes, sensibilité au bruit, hyperacousie, anxiété, peur, trouble du sommeil. L'intensité du choc acoustique est souvent trop faible pour provoquer une altération durable de l'audition. La littérature rapporte une diminution rapide des symptômes, avec une part très faible de chronicisation. Les évolutions longues avec développement d'entité comme le syndrome de choc acoustique sont sous-tendues par différentes hypothèses étiologiques telles que la contracture de muscle tenseur du tympan, un dysfonctionnement du système sérotoninergique ou encore un dysfonctionnement cochléaire au niveau de l'oreille interne. Dans le cas de l'étude présentée, ces évolutions péjoratives sont complètement corrélées au terrain et au stress de la situation de travail, confirmées par les entretiens individuels et les tests de Karasec. Le choc acoustique agissant comme un révélateur d'un climat particulier mal évalué, marqué par une intensité de travail élevée, la relation avec le public mécontent, une autonomie limitée. En conclusion, l'étude de l'ambiance sonore et l'évaluation

de toutes les pistes d'amélioration pour réduire le niveau sonore global sont bien sûr indispensables. Il est également important de bien respecter la notion de surface utile dévolue à chaque téléconseiller. Il ne faut pas oublier la disposition des éléments informatiques et électriques dans le but d'éviter les interférences et les parasites. Enfin les casques peuvent être réglés pour avoir des limites d'émissions. Tous ces éléments ont pour finalité de réduire la survenue de choc acoustique. Depuis la mise en place de toutes ces mesures, il n'y a pas eu de nouveau cas dans ce centre d'appels.

## VACCINATION CONTRE LA LEPTOSPIROSE : INDICATIONS, INTÉRÊTS ET LIMITES

*G. Deffontaines, médecin conseiller technique national, Caisse Centrale de MSA, Bagnolet.*

La leptospirose est une anthrozoonose pouvant être due à différentes bactéries de l'espèce *Leptospira (L.) interrogans sensus lato*, dont il existe plus de 300 sérovar\*\*.

En France métropolitaine, les sérotypes les plus fréquents sont *L. icterohaemorrhagiae*, *L. grippityphosa* et *L. canicola*. Le réservoir principal est le rat (porteur sain), mais de nombreuses autres espèces animales sont sensibles à la maladie. Le rat excrète la bactérie dans ses urines et la transmission à l'homme ou à d'autres animaux se fait en général par contact de la peau ou des muqueuses avec de l'urine contaminée. La leptospirose est une maladie potentiellement grave, d'incidence faible en métropole et la grande majorité des cas est en lien avec les activi-

\*\* Sérovar : Ensemble des caractéristiques antigéniques de certains micro-organismes (bactéries, virus, champignons), permettant de différencier des souches ou sérotypes appartenant à une même espèce.

tés de loisir (sports et baignades en eau douce). Depuis 2013, moins de dix cas par an de leptospirose sont reconnues au titre des maladies professionnelles du régime général. En milieu professionnel, le médecin du travail doit agir aux différents niveaux de la chaîne de transmission, en commençant par évaluer les risques et en les combattant s'ils ne peuvent être évités. Ainsi, la lutte contre le réservoir se fera par le biais de campagnes de dératisation efficaces, de rangement des locaux concernés et d'une meilleure gestion des détritiques si besoin. Une réorganisation des tâches à risques doit être mise en place quand cela est possible, afin qu'elles soient réalisées dans des zones où les rats ne sont pas présents. Ces mesures de protection collective seront renforcées par des campagnes d'information des salariés quant au risque leptospirose. Les mesures de protection individuelle devront être détaillées dans ces campagnes, en informant les salariés de l'importance du port correct des équipements de protection individuelle (EPI) : gants, bottes, cuissardes, vêtements adaptés et lunettes (si risque de projection oculaire). Le nettoyage des plaies devra lui aussi être abordé en préconisant un lavage à l'eau courante et au savon, immédiat et abondant, une bonne désinfection et une protection des plaies et des égratignures par pansement imperméable. Le médecin du travail doit s'assurer que l'ensemble de ces équipements soient à disposition des salariés dans les zones à risque. Une conduite à tenir devra être fournie aux salariés en cas d'apparition de symptômes pouvant faire évoquer une leptospirose (fièvre, ictère...). Comme le souligne l'avis

du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif aux recommandations pour la prévention de la leptospirose en cas d'activité professionnelle à risque (séance du 18 mars 2005), la vaccination ne devra être mise en œuvre que dans des indications restreintes posées au cas par cas par le médecin du travail après évaluation individualisée. Le vaccin ne sera en aucun cas pris comme une garantie permettant de se passer des autres moyens de prévention. Les critères à prendre en compte sont : l'existence de cas documentés de leptospirose au même poste, l'existence de protections collectives, les éventuelles prédispositions individuelles et surtout la fréquence potentielle des contacts avec des rongeurs dans le cadre de l'activité professionnelle. Le vaccin disponible en France ne protège que contre le sérotype *L. icterohaemorrhagiae* qui représente environ 30% des cas de leptospirose recensés en métropole. Le protocole vaccinal comporte : 3 injections (à J0, J15 et à 6 mois), puis une injection de rappel qui doit être effectuée tous les deux ans si l'exposition persiste. Les effets secondaires sont rares avec des réactions locales (douleur, induration...) et systémiques (fièvre, éruptions cutanées...). Des réactions d'hypersensibilité sont par ailleurs possibles du fait de la présence de thiomersal (organomercurel) dans le vaccin. Enfin, il n'existe pas d'étude contrôlée quant à l'efficacité de ce vaccin. Au total, le médecin du travail doit prioriser la prévention primaire, en impliquant les salariés et l'employeur dans des mesures de protection collective. La protection individuelle passera par le port correct des EPI et une bonne information du salarié sur

le risque, lors de l'entretien d'embauche et des entretiens périodiques. La vaccination est un outil disponible dans ces démarches de prévention mais sa pertinence doit être systématiquement évaluée au cas par cas.

### **PRÉVENTION DU RISQUE ZONOTIQUE. MÉTHODOLOGIE ET ANALYSE À PARTIR D'UN CAS D'HANTAVIROSE CHEZ UN AGRICULTEUR**

*C. Maubleau, médecin du travail, MSA Ain-Rhône.*

L'hantavirose est une anthroponose cosmopolite transmise par les rongeurs. En France, l'hantavirus le plus présent est le virus *puumala*, dont l'hôte principal est le campagnol roussâtre, présent dans les forêts mais aussi les zones rurales environnantes. L'ensemble de la population agricole peut être concernée. L'hantavirus *seoul* (SEOV) est plus rare, son hôte principal est le rat brun, présent en milieu rural et urbain. Chez l'homme, les infections à hantavirus sont responsables d'une fièvre hémorragique à syndrome rénal (FHSR), qui se décompose classiquement en cinq phases. Une phase pseudo grippale, apparaissant deux à trois semaines après la contamination, suivie d'une phase hypotensive, d'une phase oligurique (apparition de l'insuffisance rénale), d'une phase polyurique et enfin d'une phase asthénique qui peut persister pendant plusieurs semaines. Une atteinte visuelle transitoire avec troubles de l'accommodation est parfois retrouvée. La gravité est variable mais l'évolution est la plus souvent favorable. Il n'existe ni traitement spécifique ni vaccin, la prise en charge est donc purement

symptomatique. Le cas rapporté ici est celui d'un chef d'exploitation agricole de 38 ans, hospitalisé suite à la survenue d'un syndrome grip-pal puis d'une insuffisance rénale aiguë. Les troubles ont été résolus avec des traitements symptomatiques et le patient a présenté une asthénie résiduelle pendant deux mois environ. Le diagnostic d'hantavirose à SEOV n'a été posé qu'*a posteriori* puis confirmé par les résultats d'autopsie de plusieurs rats présents sur l'exploitation. Le service de santé au travail (SST) référent de cette exploitation a été prévenu, plusieurs semaines après, par l'intermédiaire du réseau central de la MSA. L'équipe du SST, constituée d'un médecin du travail, d'un conseiller en prévention et d'une infirmière en santé au travail s'est alors rendue dans l'exploitation, afin d'analyser les facteurs ayant favorisé la survenue de cette infection et de mettre en place des mesures de prévention. L'analyse des risques a mis en évidence plusieurs facteurs. Le chef de l'exploitation avait fait le choix, depuis plusieurs années, de diversifier ses activités, avec de l'élevage polyvalent (volailles, bovins, caprins), des cultures céréalières pour nourrir le bétail, mais également une valorisation des produits sur place et l'installation d'un site de vente directe. L'exploitation a donc connu une expansion rapide, avec un surcroît d'activité et une augmentation du nombre de salariés. Des facteurs de risques psychosociaux ont été identifiés, en lien avec une charge de travail intense, un hyperinvestissement personnel et une exigence émotionnelle importante. De plus, suite à l'expansion rapide, les locaux n'étaient pas forcément adaptés et la dératisation mal faite. La polyvalence des tâches a également entraîné une mauvaise

prise en compte du risque. Suite à cette évaluation, l'équipe du SST a pu mettre en place plusieurs mesures. En premier lieu, l'accent a été mis sur une dératisation efficace et régulière, absolument nécessaire dans ce contexte. Des opérations de rangement et de nettoyage des locaux ont également été réalisées, afin de diminuer l'implantation des rats. Des mesures de prévention concernant les activités à risques ont été mises en place, l'importance du port des équipements de protection individuelle (EPI) a été rappelée ainsi que la nécessité de ne pas utiliser de jet à haute pression pour nettoyer les zones concernées, afin de ne pas favoriser l'aérosolisation de déjections potentiellement contaminées. Enfin, les règles d'hygiène de base ont été rappelées, ainsi que les conduites à tenir pour la gestion des EPI usagés et des cadavres de rats. Cet exemple illustre bien l'importance de prendre en compte les risques dans leur globalité et d'intervenir sur le terrain au sein d'équipes pluridisciplinaires.