

35^e Congrès national de médecine et santé au travail

Marseille, 5-8 juin 2018



EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

V. Caron, A. Delépine, B. Siano, P. Hache, S. Malard, A. Schaller, N. Nikolova-Pavageau,
Département Études et assistance médicales, INRS

Le 35^e Congrès national de médecine et de santé au travail a abordé 8 thèmes d'actualité, 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. L'ensemble des communications peut être consulté dans les *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* [2018 ; 79 (3) : 215-477].

MOTS CLÉS

Zoonose / Maladie infectieuse / Risque émergent / Maladie chronique / Santé mentale / Santé au travail / Grossesse / Trouble musculosquelettique / Surveillance biologique / Métrologie / Journées nationales de santé au travail / Femme enceinte / Biométrie / TMS / Pathologie péri-articulaire / Pathologie ostéo-articulaire

ZOONOSES, MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES ET TRAVAIL

G. Deffontaines, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), Bobigny

L'émergence d'un phénomène infectieux est caractérisée par une augmentation inattendue de son incidence en lien avec ses propriétés. Il peut s'agir d'anciennes maladies (grippe, dengue) dont l'incidence augmente ou de nouvelles (Ebola, Mers-CoV). Cette émergence est liée à de nombreux facteurs : évolution des agents pathogènes (modifications génétiques, antibiorésistance), augmentation des échanges interhumains (voyages, migrations des populations), modification des caractéristiques de l'hôte (âge, immunité), de l'environnement (déforestations, urbanisation, climat)... La notion d'émergence a pris une place importante par le biais des réseaux sociaux, de la médiatisation, de la demande du public ou des blocs d'influence, avec un besoin d'explication et de clarification. L'émergence est donc un phénomène inévitable qu'il faut surveiller et préparer afin de réagir vite, même si nos sociétés sont relativement protégées.

Les zoonoses non alimentaires sont globalement peu fréquentes mais nécessitent de maintenir la vigilance, par exemple pour la brucellose où une contamination d'élevages par la faune sauvage est survenue en 2003, ou pour la fièvre charbonneuse chez l'animal pour laquelle il existe des résurgences régulières. Les cas humains restent rares du fait d'une bonne surveillance des épizooties et se rencontrent autant dans les filières agricoles que chez les professionnels en contact avec la faune et le milieu sauvages. Les mesures sanitaires animales sont fondamentales dans le cadre du concept *One Health* qui prend aussi bien en compte la santé animale que la santé humaine et les mesures d'hygiène à respecter sur les lieux de travail.

La fièvre Q est une infection due à une bactérie très résistante dans l'environnement, *Coxiella burnetii*. Elle se transmet par aérosols à partir de réservoir animal (moutons, chèvres...) et représente un risque zoonotique fréquent pour les éleveurs. Le passage à la chronicité chez les femmes enceintes et les personnes atteintes de cardiopathies (pathologies valvulaires et vasculaires) est un enjeu de santé

publique comme de santé au travail. La question de leur éviction pour des tâches à risques ou du maintien au poste fait l'objet de débats.

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus ubiquitaire transmis par la salive, les urines... et responsable de différentes malformations chez le fœtus quand il contamine la femme enceinte. Le principal facteur de risque de transmission est le travail en crèche (surtout par le contact avec des enfants de moins de 3 ans) et celui en milieu de soins. Le dépistage pré-conceptionnel ou pendant la grossesse n'est pas recommandé. Une information sur les mesures d'hygiène est plus efficace.

Concernant les tenues et les équipements de protection individuelle (EPI) contre des infections très contagieuses de type Ebola, une enquête de l'INRS et de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF Coreb) montre l'importance de la capitalisation des expériences afin de préparer les crises ultérieures, de protéger les soignants avec un choix judicieux des EPI en mettant en évidence des phases à risque de contamination, notamment le retrait des EPI. Des essais en conditions réelles sont indispensables en tenant compte de la tolérance de ces tenues, notamment en climats chauds.

Les virus des fièvres hémorragiques continuent de circuler en Afrique. Ils représentent un risque important pour les soignants. Là aussi la capitalisation de l'expérience acquise dans ces pays peut être utile pour les pays occidentaux.

Plusieurs résultats d'études ou de conduite à tenir ont été rapportés parmi lesquels :

- une étude sérologique concernant le personnel de laboratoire manipulant le virus de la rage a

montré l'importance du rappel vaccinal à un an pour le maintien d'une bonne protection ;

- une conduite à tenir adaptée à la réalité du risque a été élaborée en pluridisciplinarité pour le suivi des travailleurs exposés à des agents pathogènes en laboratoire de recherche ;

- une étude de séroprévalence a permis de confirmer l'exposition professionnelle aux agents biologiques transmis par les tiques ;

- deux cas de légionellose suite à une contamination par des douches de chantiers montrent l'importance d'une part de l'enquête épidémiologique pour retrouver les circonstances de contamination et d'autre part des mesures d'hygiène de ces installations temporaires.

Ainsi, les enjeux de l'émergence des maladies infectieuses sont en lien avec la notion de risques professionnels. Ce sont des pathologies peu visibles, notamment dans les sociétés occidentales, mais on ne peut pas prévoir leur apparition. Il faut s'y préparer dans le cadre d'une surveillance collective animale et humaine, dans le concept de *One Health*. L'évaluation du risque, l'intervention sur l'organisation du travail, les équipements de protection mais aussi l'hygiène et l'information restent essentiels. En ce qui concerne la vaccination, il faut toujours raisonner en termes de bénéfices-risques par rapport à l'évaluation et la réalité des risques et des expositions.

MALADIE CHRONIQUE ET TRAVAIL

M. Gonzalez, Centre hospitalo-universitaire de Strasbourg

Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la définition d'une maladie chronique, on estime qu'environ 20 % de la population générale est

concernée. Les données en milieu de travail sont très variables selon ce qui est pris en compte (notion de handicap, prise en charge en invalidité par la Sécurité sociale...). En revanche, tous s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un véritable défi des années à venir du fait de l'augmentation de ces affections, de l'évolution des conditions de travail, de l'allongement des carrières et du vieillissement de la population.

La notion de maladie chronique évolutive (MCE) est de plus en plus souvent employée et recouvre une très grande diversité de situations. Il est nécessaire de prendre en compte la grande variabilité des représentations concernant ces atteintes à la santé, que ce soit de la part de l'équipe de santé au travail, du collectif de travail et de l'entreprise mais également de la part du salarié/patient lui-même qui est parfois dans le déni ou qui ne comprend pas bien le caractère chronique.

Vivre avec une maladie chronique, c'est développer un « travail de santé » qui concerne toutes les sphères de la vie, la vie personnelle et évidemment aussi la vie professionnelle. La maladie chronique permet de mettre en place des stratégies d'adaptation et des compétences pouvant être une force lors du retour dans l'entreprise. Elle entraîne une transformation du rapport au temps, à l'action, à soi-même et aux autres, au sens de la vie, pouvant être des éléments très intéressants pour le collectif de travail. Cependant, il existe toujours une ambivalence entre afficher sa maladie, rechercher la coopération du milieu de travail et le choix du secret par crainte de la discrimination qui peut conduire à l'isolement voire à la désocialisation. C'est là que le service de santé au travail a un rôle important à jouer pour éviter cet isolement.

Les maladies chroniques sont fluctuantes, imprévisibles, difficiles à gérer avec des périodes de rémissions, de récidives, des poussées qui nécessitent un dialogue permanent entre le médecin traitant, le médecin du travail et le salarié/patient.

Quatre groupes de pathologies ont fait l'objet de focus.

Concernant la **polyarthrite rhumatoïde** (PR), on peut parler de véritable révolution autant dans les nouveaux traitements, notamment les biomédicaments, que dans les possibilités, avec les indicateurs biologiques, de faire des diagnostics très précoces (on parle même de pré-PR), avec la possibilité d'éviter les destructions responsables de handicap et l'obtention de rémissions complètes alors qu'il y a quelques années on ne pouvait pas l'évoquer. Mais il faut agir extrêmement précocement car la fenêtre thérapeutique est très courte ; ces traitements doivent donc être administrés très tôt et c'est la problématique de convaincre un salarié qui ne ressent pas encore les effets handicapants de la maladie de l'utilité de se traiter. Des études ont été menées, notamment dans les pays nordiques, qui montrent un impact très significatif en matière de réduction de l'absentéisme du fait de ces évolutions thérapeutiques.

Concernant le **diabète**, les évolutions médicamenteuses (nouvelles insulines, traitement du diabète de type 2), non médicamenteuses (mode d'administration, contrôle continu de la glycémie...) et l'éducation thérapeutique permettent de réduire voire de supprimer complètement le risque d'hypoglycémie, ce qui est un enjeu majeur pour le maintien au travail sur certains postes de travail.

La morbi-mortalité des **maladies cardiovasculaires** a été diminuée notamment du fait de la prévention

des facteurs de risque mais aussi des évolutions de la cardiologie interventionnelle (innovations des dispositifs implantables) et des nouvelles molécules. Il n'a pas été évoqué la réadaptation cardiaque qui est aussi un élément important dans le maintien au travail et la reprise d'activité.

Concernant les **cancers**, là aussi on peut noter de très importantes innovations thérapeutiques avec notamment l'immunothérapie, les thérapies ciblées et de plus en plus de traitements très individualisés. La prise en charge se fait plutôt par tumeur que par organe, avec des référentiels évoluant à une vitesse impressionnante, nécessitant maintenant une surspécialisation des oncologues. Les résultats restent malheureusement encore très contrastés selon le type de cancer. Ce sont des évolutions significatives pour certains cancers, pour d'autres, l'impact en termes de mortalité reste encore à prouver. Les effets secondaires ne sont pas négligeables. Malgré des progrès, il faut rester très vigilant : il y a encore beaucoup de freins pour une reprise de travail, néanmoins de plus en plus fréquente pour certains cancers, et un maintien en emploi.

Maintenir en emploi les travailleurs atteints de maladie chronique, c'est d'abord sensibiliser les différents acteurs et mettre en place une démarche structurée. Il s'agit d'une démarche globale, systémique prenant en compte les facteurs médicaux et personnels, mais également des facteurs d'inégalité sociale et l'environnement professionnel. Cette démarche repose sur un diagnostic clair de la situation avant de se lancer et nécessite la coordination des nombreux acteurs, avec un pilote, qui n'est pas nécessairement le médecin du travail, mais qui doit être un référent ayant des compétences dans ces

différentes dimensions et qui suit, dans la durée, ce projet.

Maintenir le lien avec la personne atteinte de maladie chronique qui est en arrêt est un élément essentiel, demandé par les patients. De la part du collectif, de l'équipe, mais aussi de la part de la hiérarchie, de l'entreprise, c'est une véritable démarche bienveillante de s'enquérir de l'état de la personne qui est en arrêt de manière prolongée. Bien sûr l'intervention précoce, avec la visite de pré-reprise, les essais encadrés pendant l'arrêt, sont aussi des outils indispensables pour favoriser la reprise.

Enfin, il a été fait le constat du besoin d'études plus fiables sur des expériences de maintien et de retour à l'emploi, car les études disponibles décrivent des démarches très hétérogènes. Le champ des maladies étudiées nécessite d'être élargi : beaucoup de données sur les lombalgies, très peu sur les maladies cardiovasculaires et pas encore assez sur les cancers et d'autres pathologies. Il est nécessaire de formaliser et de faire connaître au sein des entreprises les engagements et les dispositifs existants. Des recommandations de bonnes pratiques sous l'égide de la Société française de médecine du travail et de la Haute autorité de santé sont en cours pour harmoniser la prise en charge des personnes au travail atteintes de maladies chroniques.

SCIENCES DE GESTION, MANAGEMENT ET RISQUES POUR LA SANTÉ

G. Lasfargues, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Maisons-Alfort

Les chercheurs en sciences de gestion, et en sciences humaines et sociales de façon plus générale,

mettent en évidence les risques pour la santé de l'évolution des organisations du travail, des procédures managériales et des systèmes de management qui peuvent leur être associés. Un des premiers points évoqués est le rôle pivot des managers comme acteurs de la prévention et de la santé au travail. Appelés « *gatekeepers* », ils donnent accès à la compréhension du travail des salariés de façon générale. De ce fait, pour les différents intervenants en santé au travail, il est important de comprendre la logique propre des cadres, leurs difficultés, et de bien analyser leur travail. En effet, l'objectif est de mobiliser ces managers autour des enjeux de prévention et pour cela il faut s'intéresser aux représentations qu'ils ont sur le sens donné à leur travail, dans les organisations du travail aujourd'hui, que ce soit dans des entreprises publiques ou privées.

Un point important est celui des limites des nouvelles formes de management qui vont du nouveau management public à l'« entreprise libérée ». Des exemples, notamment dans des grandes entreprises publiques ou privées, ont montré que les outils de management ne sont pas pensés au service de l'activité de travail ou du travail réel. Cela peut aller jusqu'à des systèmes complètement absurdes au travers d'organisations bureaucratiques où les prescriptions faites aux encadrants de proximité peuvent amener à des actions innombrables et chronophages de reporting sans lien avec le travail réel et finalement à une diminution de marges de manœuvres importante pour les managers qui deviennent alors de simples exécutants du travail et non plus des vrais managers au sens où on devrait l'entendre. Ceci amène un rapprochement des visions à la fois des opérateurs et des cadres par

rapport à l'absurdité du travail de ces organisations qui ont même été qualifiées, par une chercheuse, de kafkaïennes.

Se dégage une opposition très claire entre la logique de l'efficacité gestionnaire, souvent mesurée à l'aide d'indicateurs quantitatifs de performance, et la logique d'efficacité opérationnelle permettant au travailleur de faire sa tâche sans un coût accru pour sa santé psychique. Les Québécois évoquent cette opposition en termes de culture rationnelle par rapport à une culture développementale. L'effet de ces logiques gestionnaires, mises en œuvre par des « faiseurs de performance », et constituant en des transformations incessantes et en un empilement des organisations, aboutit à une complexification importante de l'organisation. Celle-ci conduit à une perte de vue de ce qu'est le travail pour ceux qui vont le produire, c'est-à-dire les opérateurs, mais aussi pour les managers. Le coût psychique pour assurer malgré tout l'efficacité du travail et trouver du sens dans celui-ci est alors important pour chacun. Il s'accompagne d'une individualisation accrue, source de conflictualité dans le travail, de régulations de l'activité qui ne sont plus partagées, de fortes résistances au changement et de conséquences sur la santé. Ainsi les sciences de gestion apportent des éléments de compréhension très fins sur les transformations des rapports entre les acteurs, à la fois directeurs, encadrants de proximité, opérateurs, dans ces formes de management ayant des conséquences sur le travail réel et induisant des effets sur la santé. Il est important d'insister sur le fait qu'il n'y a pas UNE forme de management, par exemple il n'y a pas UNE forme de *lean manufacturing* ou de travail en mode projet, mais de multiples formes au sein de ces systèmes de management avec

des conséquences pouvant être tout à fait différentes en termes de santé et variables dans le temps chez un même individu. L'analyse des liens avec la santé n'est donc pas simple et ne peut se réduire à du tout positif ou du tout négatif.

Les managers ne peuvent pas être une courroie de transmission, ce n'est pas celui qui le devrait qui gère. Le manager n'a souvent pas la possibilité de mettre en discussion l'activité de travail et ses difficultés mais malgré tout, il parvient à se débrouiller pour essayer de retrouver du sens par différentes stratégies de contournement, d'évitement, notamment par rapport à tout ce qui est reporting ou remplissage de tableau de bord... L'importance est de redonner du pouvoir d'agir aux acteurs et notamment aux managers. Tous les intervenants ont insisté sur la nécessité soit de mettre en place soit de respecter tout ce qui est espace de délibération autour de la question du travail, de ses conditions de réalisation, que ces espaces de délibération soient formels ou informels. Dans ce cadre, le management peut être véritablement une ressource. Il s'agit de développer une « qualité managériale », c'est-à-dire avoir la capacité, pour les managers, de concevoir, de développer des outils contribuant à reconstruire des ressources ayant pu être détruites, notamment par l'intensification du travail amenée par ces nouvelles formes organisationnelles, mais aussi la possibilité de concevoir des dispositifs de régulation du travail qui puissent être favorables à la santé et, voire, de reconstruire des collectifs du travail détruits à partir d'une réflexion, d'une délibération sur le travail réel. Des expériences de ce type ont pu être menées par exemple dans le travail d'aide à domicile.

Un autre point important est celui des « irritants » qui peuvent être

nombreux dans l'activité quotidienne du travail, par exemple remplir 3 bordereaux pour demander une paire de gants de protection ou simplement des fournitures et finalement le coût de la procédure est plus élevé que la valeur de l'objet demandé. La problématique n'est pas simplement d'essayer de supprimer les irritants mais plutôt d'instruire collectivement cette question de l'irritation, de la mettre en débat parce que, là aussi, cela permet une autre approche du travail.

Le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire ont deux rôles importants : rendre visible les choses et s'impliquer. Le médecin n'est pas seulement un simple conseiller ; il a un diagnostic à partir de son point de vue spécifique, c'est un clinicien du travail. Or « clinique » signifie « aller au chevet de », en l'occurrence aller au chevet des travailleurs et du travail pour rendre accessible son diagnostic, le traduire au niveau des managers et des salariés, de façon à ce qu'il y ait une véritable action favorable à la santé.

MALADIES MENTALES ET TRAVAIL

A. Sobaszek, Centre hospitalo-universitaire de Lille

Ce thème a porté principalement sur les enjeux du maintien au travail des salariés présentant un handicap psychique.

Le travail est une spécificité humaine. Il joue un rôle important aux côtés de la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap psychique. Il est donc nécessaire de construire un dispositif de soins pluridisciplinaire pour permettre la mise en activité, le rapport à l'autre et au collectif.

Un modèle a été proposé sur les échanges entre le médecin du travail et le médecin psychiatre assu-

rant le suivi du salarié. Il est conseillé que ce dialogue comprenne des déterminants cliniques, mais aussi des éléments d'observation du milieu de travail, de façon à répondre à une triple problématique :

- définir le suivi et l'accompagnement socio-professionnel du salarié présentant un handicap psychique pour maintenir son activité professionnelle ;

- prévenir l'impact éventuel sur le collectif de travail. Cela nécessite de déterminer en amont le type de communication auprès de l'entourage professionnel ;

- déterminer les besoins des managers, y compris de l'employeur et du responsable des ressources humaines. Ceci pose la question de la limite entre l'aspect médical du trouble du comportement et l'aspect managérial voire disciplinaire. Aussi, il est nécessaire de fournir au psychiatre une question précise. Cela permet d'éviter une réponse hors contexte, voire la formulation d'un avis d'aptitude.

Les acteurs institutionnels d'aide jouent également un rôle important dans l'intégration des salariés bénéficiant d'une RQTH (Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé). Ce sont notamment l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés) et, au niveau local, Cap Emploi-SAMETH. En cas de besoin, ce dernier peut faire appel à un prestataire local possédant une expertise spécifique au problème rencontré. Ce tiers, qui agit dans le cadre d'une prestation ponctuelle spécifique, apporte un regard extérieur sur la situation. Il s'intègre également dans les interventions multidisciplinaires, regroupant le médecin du travail, le psychologue, le service social, l'employeur, l'encadrement... Ceci peut se traduire, entre autres, par des entretiens individuels avec le

salarié permettant d'analyser de manière régulière la situation, ainsi qu'une sensibilisation du collectif de travail et de l'encadrement. Ces actions favorisent la sécurisation du parcours professionnel, voire la transition professionnelle, afin de permettre le maintien ou la réintégration du travailleur RQTH.

En conclusion, il apparaît nécessaire de développer davantage les échanges entre praticiens de santé (médecin du travail et médecin psychiatre), ainsi que de s'appuyer sur les structures d'accompagnement du handicap psychique telles que l'AGEFIPH et Cap Emploi.

FERTILITÉ, GROSSESSE ET TRAVAIL

I. Sari-Minodier, Centre hospitalo-universitaire de Marseille

Les risques vis-à-vis de la reproduction constituent aujourd'hui un réel enjeu en santé au travail, étant donné que les questions liées à la fertilité et à la maternité concernent les 2 sexes, engagent de nombreux acteurs (salarié(e), employeur, médecin traitant, gynécologue-obstétricien, sage-femme, équipe pluridisciplinaire en santé au travail), et concernent l'ensemble des entreprises (grandes entreprises, TPE et PME) dans tous les secteurs professionnels.

Pourtant, d'une façon générale, l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail est trop peu sollicitée sur ces problématiques ou mobilisée trop tardivement. Ceci constitue un frein à la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées et explique le recours trop systématique au principe de précaution, dont le témoin est le taux élevé des arrêts de travail au cours de la grossesse.

L'expérience du Québec en matière de gestion des risques pour la travailleuse enceinte ou qui allaite a

été présentée lors du congrès. Créé en 1981 par la loi sur la santé et la sécurité au travail, le programme québécois « Pour une maternité sans danger » a pour objectif de permettre aux femmes enceintes ou allaitant de poursuivre leurs activités professionnelles sans danger. Le médecin traitant occupe une place centrale dans ce dispositif, puisqu'il délivre à la salariée qui en fait la demande, après avis d'un médecin du travail, un certificat visant le retrait préventif et l'affectation de celle-ci à un autre poste. Au fil des années, au Québec, la part des aménagements de postes et des réaffectations des salariées a progressé et celle du recours systématique au principe de précaution a diminué.

La complexité de l'évaluation des risques vis-à-vis de la reproduction a été soulignée tout au long du congrès. Celle-ci est liée notamment au fait que l'état des connaissances sur les dangers est encore parcellaire à ce jour. À titre d'exemple, la majorité des substances chimiques présente sur le marché n'est pas évaluée sur le plan toxicologique vis-à-vis des risques pour la reproduction et de nombreuses questions restent ouvertes, telles que celles concernant les effets des perturbateurs endocriniens ou des nanomatériaux, les interactions gènes-environnement, les effets transgénérationnels par mécanisme épigénétique... Les données dans l'espèce humaine sont limitées, de même que les informations portant sur les dangers autres que chimiques. Les experts ont par ailleurs rappelé la nécessaire prise en compte des périodes critiques d'exposition dans l'évaluation et la prévention des risques vis-à-vis de la reproduction. Les expositions au cours de la période périconceptionnelle sont en effet particulièrement problématiques (atteinte potentielle de la spermatogénèse

ou perturbation des dernières phases de la maturation folliculaire en cas d'exposition au cours des 3 ou 4 mois précédant la conception respectivement ; effets tératogènes possibles en cas d'exposition lors de la phase d'organogénèse, essentiellement au cours des 2 premiers mois de la grossesse).

Les outils d'aide à l'évaluation et à la prévention des risques reprotoxiques (classification/étiquetage des substances chimiques, recommandations de la Société française de médecine du travail, fiches DEMETER, réglementation) ont été présentés lors d'un atelier et utilisés sous la forme de cas pratiques.

La démarche d'évaluation et de prévention des risques vis-à-vis de la reproduction nécessite une approche anticipée (certains événements pathologiques de la grossesse peuvent être en rapport avec des expositions survenant à un moment où la grossesse n'est pas encore connue), intégrant l'ensemble des risques, qu'ils soient chimiques, physiques, biologiques ou psycho-organisationnels, et tenir compte des expositions extra-professionnelles (alcool, tabac, cannabis...). Les expositions masculines ne doivent pas être oubliées, afin de préserver la fertilité des hommes, mais aussi parce que les expositions paternelles sont associées à des issues défavorables de grossesse. Cette démarche doit idéalement s'exercer en pluridisciplinarité, au sein des services de santé au travail, mais aussi en dehors, notamment avec les professionnels de la périnatalité (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres) et les biologistes de la reproduction. Le travail en réseau peut être facilité par les plateformes hospitalières pluridisciplinaires dont le développement a débuté il y a une dizaine d'années et se poursuit actuellement au niveau natio-

nal (CREER à Marseille, ARTEMIS à Bordeaux, Pré2B à Rennes, MATE-REXPO à Créteil et REPROTOXIF à Paris-Fernand-Widal). Ces plateformes permettent notamment l'accompagnement des couples infertiles ainsi que des femmes ayant présenté une pathologie de la grossesse ou ayant donné naissance à un enfant porteur d'une malformation congénitale, dans un but de prévention primaire. Par ailleurs, les missions de toxicovigilance doivent se poursuivre via le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) et le dispositif réglementaire doit être adapté à l'état des connaissances sur certains risques (bruits, agents chimiques génotoxiques...). Parallèlement, il est nécessaire de promouvoir l'utilisation de dispositions réglementaires peu connues, telles que la garantie de rémunération en cas d'incompatibilité de la grossesse avec le travail, dans le cadre d'expositions à certains risques (travail de nuit, exposition à des agents chimiques classés en catégorie 1A ou 1B de toxicité pour la reproduction...).

Au total, l'anticipation est le maître mot en termes de prévention des risques vis-à-vis de la reproduction. L'ensemble des intervenants sur ce thème n'a eu de cesse de rappeler cette notion fondamentale tout au long du congrès et d'insister sur la nécessaire information et sensibilisation des salarié(e)s et des employeurs sur ces questions.

PROMOTION DE LA SANTÉ : APPLICATION EN SANTÉ AU TRAVAIL

J.M. Soulat, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Promouvoir la santé signifie aller au-delà de la prévention et, mani-

festement, l'environnement politique actuel y invite fortement.

La charte d'Ottawa est l'élément fondateur, signée en novembre 1986 lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, qui la définit comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Puis, la directive-cadre européenne relative à la sécurité et à la santé au travail de 1989, transcrite en droit français, marque un tournant décisif pour l'amélioration de la sécurité et santé au travail en garantissant des conditions minimales de sécurité et de santé. Dans l'actualité, la promotion de la santé se retrouve dans le Plan santé-travail (PST) 3 et n'a jamais été autant mise en avant que dans la nouvelle stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022.

Pour aller au-delà de la prévention, il est nécessaire d'agir sur les déterminants et surtout de choisir une approche globale non exclusive de l'approche préventive, qui ne détourne pas les acteurs de la santé au travail vers des champs extra-professionnels, mais en élargissant au contraire le champ des leviers d'intervention pour pouvoir agir.

Dans la charte d'Ottawa, la promotion de la santé suppose des politiques et un environnement favorables. C'est indubitablement le cas avec le PST3 et l'évolution des services de santé au travail, à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les plans pluriannuels ; avec l'action communautaire de l'ensemble des acteurs sollicités, mais aussi des entreprises et des travailleurs ; avec le renforcement des aptitudes individuelles à adopter des comportements vertueux face aux risques professionnels et la réorientation des services de santé au travail.

Le milieu de travail n'est pas nécessairement le milieu le plus facile pour faire de la promotion de la santé au travail parce qu'il s'agit d'un espace social avec des relations de pouvoir très particulières : certes le public est captif mais il y a les spécificités de l'entreprise et des mandats des différents acteurs de l'entreprise.

Aujourd'hui, la volonté d'une approche globale de la prévention et de la pluridisciplinarité est perceptible. L'intervenant fait un focus sur les infirmiers qui sont des acteurs clés de la promotion de la santé au travail puisque déjà formés dans leur diplôme d'État à la promotion et à l'éducation de la santé, ce qui n'est pas le cas des médecins dans leur programme d'enseignement.

Des exemples illustrant cette volonté ont été présentés : l'action intersectorielle de la Mutualité sociale agricole (MSA) visant à améliorer pour chacun la maîtrise de sa propre santé dans le monde agricole, ou encore l'action du CRES PACA (Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur) avec l'ARS (Agence régionale de santé), ciblant la prévention des maladies cardiovasculaires dans le secteur de la restauration de la région.

Des exemples, qui ne sont pas nécessairement des actions de promotion de santé au travail, montrent quant à eux qu'ils tendent vers une approche de ce concept : l'action autour de la grippe au CHU de Lausanne ou l'action sur le bruit dans une scierie. Les nombreux posters affichent aussi une évolution de l'état d'esprit allant dans le sens de la promotion de la santé. L'approche est beaucoup plus globale et participative : une mobilisation des employeurs permet d'intégrer des actions de santé au travail, par exemple dans la prévention des

vibrations, ou encore l'interdisciplinarité médicale elle-même, entre médecins du travail, universitaires, pneumologues, mise en avant dans le réseau médico-professionnel des pathologies respiratoires agricoles national REPRAN.

La promotion de la santé intègre des aspects de la qualité de vie au travail comme par exemple la promotion de l'activité physique au travail, l'accompagnement du changement ou le fait de parler du travail en agriculture pour prévenir le suicide.

De nouvelles méthodes pour l'*empowerment*, comme l'acquisition de compétences psychosociales, avec l'entretien motivationnel, l'analyse de la charge physique ou des outils apportés par la digitalisation, ont été préconisées.

Pour aborder les perspectives, des stratégies pour agir plus efficacement en prévention peuvent se traduire par l'analyse préalable – le diagnostic préalable au CPOM –, la question de l'élargissement de la participation – acteurs de santé au travail, employeurs, cadres, travailleurs –, l'acquisition et le renforcement des compétences psychosociales, les actions visant à la fois les structures – entreprises – et les individus, sans oublier les questions d'éthique liées à la promotion de la santé. La démarche de projet est désormais bien intégrée. La définition de la promotion de la santé est finalement la mise en place de recherche-action interventionnelle qui va devoir être évaluée pour être validée ou améliorée. Ces évaluations, de plus en plus fréquentes, reposent encore trop sur le ressenti de ceux qui la font et non sur le vécu de ceux qui la reçoivent, sans mesurer réellement les impacts sur la santé.



PRÉVENTION DES PATHOLOGIES D'HYPERSOLLICITATION PÉRIARTICULAIRE

C. Duret, Unité hospitalo-universitaire de santé professionnelle, hôpital Raymond Poincaré, Garches

La prévention durable des TMS repose sur des actions visant simultanément, à la fois, les facteurs de risque biomécaniques mais aussi les facteurs de risque psychosociaux et l'organisation du travail.

La prévention doit être globale, concerner tous les acteurs, participative et inscrite dans la durée. Elle doit mobiliser de manière coordonnée les acteurs multiples de l'entreprise et de la prévention. Il est important que les efforts déployés en entreprises soient stimulés et soutenus durablement par les politiques de santé publique cohérentes et organisées, par exemple les programmes TMS pro et TMSa.

De l'ensemble des communications, il ressort un dynamisme très important autour des TMS. Tous les aspects de la prévention ont été abordés, les outils de la prévention, le maintien dans l'emploi, la recherche à tous les niveaux sur le terrain et universitaire. Un effort de capitalisation et de communication autour de toutes ces expériences de terrain reste nécessaire afin que chacun puisse profiter à son échelle des travaux des autres.

La prévention durable, intégrée et multidisciplinaire, les nouvelles technologies et organisations du travail ouvrent des perspectives intéressantes pour la prévention des TMS, mais avec certaines limites qu'il faudra explorer. La coordination des acteurs de prévention reste quand même l'un des points essentiels.

Alors que certains auteurs étrangers parlent de géant invisible quand on parle de la prévention

des TMS en France, car énormément de travaux sont faits, il est important de rendre ces travaux collaboratifs visibles et de les continuer. Ce sont en effet les actions durables qui portent leurs fruits. Et cette recherche doit continuer à la fois sur le terrain et dans les universités.

DE LA MÉTROLOGIE DES EXPOSITIONS À L'ÉVALUATION DES RISQUES CHIMIQUES

A. Maître, Université Grenoble-Alpes

La métrologie des expositions permet d'identifier les situations à risques différés dans un but de prévention (la méthodologie de l'évaluation des expositions et le suivi étant d'autant plus compliqués que l'effet est différé). Une bonne évaluation initiale est essentielle pour définir une stratégie de mise en œuvre des mesurages des expositions. Il s'agit de définir des groupes d'exposition similaire (GES) représentatifs d'une activité donnée, le type de mesures à réaliser (mesures de contamination des milieux, mesures d'exposition atmosphérique ou d'indicateurs biologiques), le nombre de prélèvements par groupe. Il est important d'identifier au sein des GES des individus présentant des risques spécifiques : les femmes enceintes (mais idéalement l'évaluation du risque reprotoxique doit se faire en amont), les sous-traitants et les intérimaires, les personnes ayant des pathologies spécifiques. Il est également important de connaître les limites des différents types de mesures pour pouvoir interpréter au mieux les résultats, par rapport à des valeurs « limites ».

C. Viau, de l'École de santé publique à Montréal, a fait un état des lieux

au niveau national et international des « valeurs limites », terme auquel il a préféré celui de « valeurs guides ». Il est nécessaire de connaître les modalités d'élaboration de ces valeurs, notamment leur signification et les facteurs d'incertitude. En France, un groupe national d'experts à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) est chargé de proposer ces valeurs guides. Une vigilance particulière doit être apportée à l'évolution temporelle de ces valeurs.

La mise en œuvre de l'évaluation des expositions a énormément évolué ces dernières années, avec l'implication des équipes pluridisciplinaires en santé au travail (médecins du travail mais aussi infirmières, intervenants en prévention des risques professionnels – IPRP...) comme cela a été évoqué dans les communications.

La mise en œuvre de la surveillance biologique des expositions (SBEP) est facilitée par la formation des équipes. Le médecin du travail garde bien évidemment la responsabilité de l'interprétation qui doit être juste et raisonnée puisqu'elle va conditionner les actions correctrices à mettre en place. D. Vernez, ingénieur Hygiène sécurité environnement (HSE) à l'Institut romand de santé au travail, a insisté sur l'importance de bien connaître les incertitudes des mesures et la variabilité des expositions au sein des groupes et de garder un esprit critique sur la qualité des données pour que les actions correctrices proposées soient pertinentes.

Certaines actions peuvent être engagées comme :

- accentuer la mise en œuvre de la SBEP ;
- élaborer, en plus des recommandations de bonne pratique pour la SBEP, des recommandations pour

le suivi périodique des expositions prenant en compte les niveaux mesurés, la demi-vie des substances, le type d'effets sanitaires ;

- améliorer la traçabilité individuelle des données : conservation des données individuelles ainsi que des données du GES effectuant la même activité dans le dossier médical en santé au travail, avec mention des valeurs guides choisies au moment de l'interprétation ;

- réfléchir à l'organisation de la traçabilité collective au sein de l'entreprise et, au niveau national, par branche ou type d'activité (au niveau national, la réflexion a déjà commencé sur l'organisation de la traçabilité collective des expositions avec l'ensemble des données qui existent sur le territoire).

Les communications de J. Anselmetti, médecin du travail, et de l'INRS sur la SBEP au chrome ont montré l'intérêt de travailler sur la définition de nouvelles valeurs guides, en fonction de la spéciation et la solubilité du composé qui dépendent de l'activité professionnelle. Le rôle des services de santé au travail est particulièrement important dans le développement des connaissances dans ce domaine. Une fois que les données scientifiques sont disponibles, la mise en place d'une réglementation sur les valeurs limites biologiques (VLB), en complément de celle sur les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP), sur laquelle les entreprises peuvent s'appuyer serait souhaitable. Il est également souhaitable d'avoir une meilleure lisibilité des différentes valeurs guides, avec des informations facilement accessibles par les médecins du travail sur les éléments pertinents ayant permis leur élaboration et sur leur suivi temporel.

PRIX DE THÈSE DE MÉDECINE DU TRAVAIL 2018

Trois lauréats ont été récompensés par le Prix de thèse de médecine du travail de l'INRS lors de l'édition 2018 du Congrès de médecine et de santé au travail.

Depuis 1984, à l'occasion du Congrès de médecine et de santé au travail, l'INRS récompense par un prix les auteurs de thèses de médecine du travail qui apportent une contribution originale dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Ainsi, lors du 35^e Congrès de médecine et de santé au travail à Marseille le 8 juin 2018, trois lauréats ont été primés.

- Le 1^{er} prix a été attribué au Dr Juliette Anselmetti pour sa thèse : « *Étude de l'exposition professionnelle au chrome dans une aciérie produisant des aciers inoxydables* », Université Grenoble-Alpes.

- Deux 2^e prix *ex aequo* ont été attribués au :

- Dr Joséphine Huret pour sa thèse : « *Passer des 3x8 heures aux 2x12 heures : quelles conséquences sur le sommeil et la qualité de vie au travail et hors travail ?* » Étude réalisée auprès des infirmiers et des aides-soignants de réanimation du CHRU de Lille, Université du Droit et de la Santé – Lille 2.

- Dr Alexandre Quignette pour sa thèse : « *Étude descriptive sur les troubles musculo-squelettiques dans le secteur du commerce alimentaire de détail en France* », Université Pierre et Marie Curie, Paris 6.

Le prochain Congrès national de médecine et santé au travail se tiendra du 2 au 5 juin 2020 à Strasbourg. Les thèmes seront :

- **Enjeux de la révolution numérique et de l'innovation technologique**
- **Une organisation du travail peut-elle être bienveillante ?**
- **Préserver la santé des soignants**
- **Allergies – immunotoxicité –, interactions gènes-environnement – épigénétique et travail**
- **Œil et travail**
- **Maintien dans l'emploi et vieillissement**
- **Secteur des transports et de la logistique**
- **Bien travailler ensemble en équipe pluridisciplinaire**