

37^e Congrès national de médecine et de santé au travail

Montpellier, 4-7 juin 2024

AUTEURS:

A. Delépine, E. Lecomte, A. Schaller, département Études et assistance médicales, INRS

EN RÉSUMÉ

À travers 8 thèmes et des sessions spéciales, ce 37^e Congrès national de médecine et de santé au travail met en évidence la vitalité des services de prévention et de santé au travail. Le comité de rédaction de la revue *Références en Santé au Travail* a choisi de rapporter ici la synthèse finale de ce congrès. L'ensemble des communications peut être consulté dans les *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* [2024; 85 (2-3)].

MOTS CLÉS

Journées nationales de santé au travail / Santé au travail / Pluridisciplinarité / Évaluation des risques / Pesticide / Intérimaire / Maintien dans l'emploi / Psychopathologie / Affection cardiaque / Appareil cardiovasculaire / Agriculture

EXPOSITIONS AGRICOLES: DE L'ÉVALUATION DES RISQUES À LA PRÉVENTION

**I. Baldi, Université de Bordeaux,
P. Le Bailly, Université de Caen**

Un état des lieux en milieu agricole montre l'exposition bien sûr aux pesticides mais également à la silice et aux micro-organismes. Hors exploitations agricoles, de nombreuses situations méritent une attention particulière du médecin du travail, y compris pour des salariés du régime général : activités en forêts (exposition aux risques de borrelioses, d'hantaviroses...), train désherbeur de la SNCF, culture du lin, tâches dans les espaces verts ou les couvoirs... Les expositions sont directes mais aussi indirectes par contact avec des surfaces ou des végétaux traités.

L'expertise collective INSERM «Pesticides et santé – Nouvelles données (2021)» apporte des présomptions fortes principalement pour les cancers et les maladies neurologiques, mais également pour

des atteintes respiratoires, essentiellement la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). D'autres études font état de liens entre expositions agricoles et maladies auto-immunes, dysthyroïdies, maladies infectieuses.

Une intervention relatant l'évaluation des risques des travailleurs du secteur de la pêche artisanale à Douala rappelle que le risque le plus fréquent est celui des troubles musculosquelettiques. Des études sur l'utilisation des exosquelettes en secteur agricole ont également été présentées.

Les aspects réglementaires ont aussi fait l'objet de plusieurs interventions : l'évaluation du dispositif Certiphyto (licence permettant aux applicateurs d'avoir l'autorisation d'utiliser des produits phytopharmaceutiques) ; la présentation et le 1^{er} bilan d'activité du Fonds d'indemnisation des victimes des pesticides (FIVP) ; des travaux sociologiques sur la sous-déclaration des maladies professionnelles liées aux pesticides ; les écarts entre la prédiction des niveaux d'exposition

37^e Congrès national de médecine et de santé au travail

aux pesticides calculés par les modèles européens (pour les dossiers d'homologations) et la réalité sur le terrain ; la mise en place de suivi post-professionnel dans le secteur des espaces verts avec une reconstitution des carrières complexes du fait du manque de données disponibles.

Dans les perspectives, des études assez simples permettront de mieux documenter les expositions en vue d'actions de corrections concrètes. La traçabilité des expositions est bien sûr essentielle mais nécessite le développement d'outils, notamment pour établir des inventaires auxquels se référer. Les alternatives aux pesticides de synthèse posent la question de l'évaluation de leurs effets sanitaires (aussi bien toxicologiques qu'ostéo-articulaires). Une information doit également être faite pour inciter les femmes, qui sont plus concernées par les expositions indirectes aux pesticides, et les travailleurs hors régime agricole à avoir recours au FIVP.

SANTÉ AU TRAVAIL DANS LES MÉTIERS DES SERVICES À LA PERSONNE

J.B. Fassier, Hospices civils de Lyon

L'état des lieux commence par le constat de situations extrêmement diverses. Le secteur, historiquement, est issu de la fusion des services domestiques et de ceux de l'action sociale, impliquant une multitude de métiers mais également de type d'employeurs. Le public bénéficiaire est très varié. En France, 3,3 millions de particuliers-employeurs emploient 1,2 million de salariés. Plus de 60 % des salariés à domicile sont employés par un particulier. Ce sont essentiellement des femmes. L'âge moyen est

de 48 ans. Une sur quatre est née à l'étranger, une sur dix cumule avec un emploi retraite, six sur dix travaillent pour au moins deux employeurs. La mauvaise qualité des emplois avec de mauvaises conditions salariales a été soulignée. De 25 à 40 % de ces salariés vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les mauvaises conditions de travail sont attestées par différents dispositifs (EVREST, enquête SUMER, quinzaine des maladies à caractère professionnel...). Une partie du travail de ces personnes est réellement invisible (fragmentation du temps de travail, déplacements non pris en compte...) conduisant à ce que 20 à 30 % du temps de travail n'est pas rémunéré comme il devrait l'être. La pénibilité de ces métiers est également rendue invisible du fait de l'exclusion des salariés des particuliers-employeurs dans les enquêtes publiques. L'organisation du travail est marquée par l'isolement, la faiblesse du collectif de travail, le peu de formation et un sous financement structurel du secteur, avec une image sociale dégradée. Un mauvais état de santé des salariés est attesté par différents indicateurs. Comment assurer l'effectivité du suivi médical de ces salariés? Comment mettre en œuvre des moyens de prévention des risques professionnels chez des domiciles particuliers?

Un modèle d'organisation dénommé Buurtzorg, venu des Pays-Bas, propose de mettre en place des équipes autogérées de 6 à 12 personnes avec des marges de manœuvre pour s'organiser. Si certains bénéfices sont attendus en termes d'autonomie, d'élaboration de règles de métier, d'identité collective, des effets délétères existent en termes de surcharge, d'internationalisation des contraintes, de débordement sur la vie personnelle et

éventuellement de pression par les pairs pouvant conduire à des phénomènes d'exclusion. Une autre modalité organisationnelle a été testée dans un service de prévention et de santé au travail (SPST) interentreprises, dans une entreprise employant 1 400 aides à domicile avec 44 médecins du travail différents. Un médecin relais a été volontaire pour centraliser les questions et faire des liens avec l'entreprise, les confrères, animer des groupes de travail, élaborer des supports d'information dans l'objectif d'harmoniser les pratiques et de mettre en commun les documents pour l'évaluation des risques au domicile. La CARSAT Auvergne a élaboré un programme de prévention associant un ergothérapeute et un ergonomiste, ciblant non seulement les salariés, mais également les bénéficiaires, les aidants et les différents partenaires. Avec un recul de cinq ans, cette démarche a montré une progression dans l'autoévaluation sur différents indicateurs de santé au travail, une amélioration du dialogue et l'adhésion de nouvelles structures. Enfin, des expériences d'accompagnement de l'encadrement visent à redonner des marges de manœuvre avec un diagnostic croisé ergonomiste psychologue qui a pu conduire à « la consolidation d'une organisation souple ».

En termes de perspectives, la grande avancée est celle de la mobilisation des partenaires sociaux, avec un accord cadre interbranches en 2016, un accord de mise en œuvre en 2022 et la création, l'année passée, du service de prévention et de santé au travail national (SPSTN) à compétence exclusive, destiné uniquement aux salariés des particuliers employeurs qui va assurer la coordination, l'effectivité et la continuité du suivi individuel en lien avec l'Association paritaire

nationale d'information et d'innovation qui, elle, va être chargée du recouvrement des cotisations employeurs auprès des particuliers, de leur adhésion au SPSTN, des formalités, de l'information et des actions de prévention collective.

Les enjeux pour l'avenir correspondent à ceux des constats effectués initialement. Le sous financement structurel est une question d'ordre politique associant la reconnaissance du secteur à des enjeux plus spécifiques pour les acteurs de la santé au travail afin de faire progresser l'organisation et les collectifs de travail pour améliorer les conditions de travail et le suivi en santé au travail.

LES TRAVAILLEURS SAISONNIERS

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

Une enquête de la DARES de 2019 a permis de dresser un panorama de cette population : un peu plus d'un million de personnes ont eu au moins un contrat saisonnier en France ; un quart dans l'agriculture, pour 90 % des ouvriers non qualifiés âgés en moyenne de 36 ans, et la moitié dans le secteur de la restauration, de l'hébergement et des loisirs, principalement dans les lieux de vacances, avec des catégories socioprofessionnelles plus diversifiées, plus jeunes et 51 % de femmes.

Un contrat saisonnier dure en moyenne deux mois, les durées pouvant être variables et parfois très courtes. Le travail saisonnier peut occuper des places diverses dans l'activité professionnelle. Cinquante-cinq pour cent des saisonniers complètent leur activité

avec au moins un emploi salarié privé dans les 12 mois.

Un rapport de 2021 de la Commission européenne montre l'importance du travail saisonnier dans le contexte de la libre circulation des travailleurs, en particulier pour ceux intra-Union européenne. Une moyenne de 750 000 saisonniers travaille principalement dans deux secteurs présentant les plus fortes variations saisonnières : « Agriculture, sylviculture et pêche » et « Hébergement et services de restauration ». Il ressort de ce rapport une difficulté d'accès à l'information pour ces saisonniers, liée à la barrière de la langue, d'où l'impossibilité de faire valoir leurs droits. La couverture sociale est souvent incomplète du fait du format des contrats de travail (CDD avec des interruptions pouvant limiter le droit aux prestations sociales) et des difficultés de coordination des différents systèmes de sécurité sociale, et donc de transférabilité des droits. Par ailleurs, il est très difficile de connaître le nombre de travailleurs non déclarés, donc sans couverture sociale ou largement insuffisante, mais il est estimé à au moins 50 000. En conclusion, cette population est précaire, a des conditions de travail avec de nombreuses contraintes horaires et physiques. Face à l'incertitude du travail saisonnier, cette pénibilité est acceptée, d'où des comportements à risque plus fréquents (produits psychoactifs, tabagisme, alcool dont les consommations peuvent augmenter durant la saison). Enfin, les saisonniers expriment un besoin majeur d'hébergement plus encore que de santé.

Les acteurs de la santé au travail sont mobilisés face à la difficulté ou l'impossibilité d'effectuer un suivi classique des saisonniers. Des exemples d'actions de formation et de prévention mises en œuvre

par les SPST ou la Mutualité sociale agricole (MSA) en remplacement ou complément des visites ont été présentés ainsi que des contenus, parfois multi-langues, de sensibilisation collective adaptés aux secteurs et aux risques concernés (UV, froid, violence...). Dans ce contexte, il semble nécessaire de renforcer le conseil auprès des employeurs, de mener des actions en milieu de travail en mobilisant d'autres acteurs (fédérations professionnelles, syndicats, services sociaux, associations...). Il s'agit principalement d'anticiper les saisons de pleine activité et de sensibiliser les employeurs aux conséquences du travail saisonnier sur l'organisation du travail et donc sur les conditions de travail de tous les salariés.

Les perspectives sont des enjeux de traçabilité et de contrôle face à l'invisibilité du travail saisonnier, des enjeux de santé et de précarité avec l'évolution du statut de saisonnier. Au niveau européen, des pistes de prévention sont proposées : à court terme, des mesures ciblées comprenant à la fois des normes de soutien et de protection ; à moyen terme, créer un filet de sécurité sociale paneuropéen pour les situations de crise (ex : COVID, changement climatique...); à long terme, la nécessité d'assurer une convergence significative (vers le haut) des normes sociales et du droit du travail entre les pays et pour les différents groupes de travailleurs.

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET MAINTIEN EN EMPLOI

G. Gandon, CHU Grenoble

En France, la souffrance psychique liée au travail est en nette augmentation comme le montre l'enquête des maladies à caractère

37^e Congrès national de médecine et de santé au travail

professionnel de Santé publique France. Environ 3 millions de personnes souffrent de troubles psychiatriques sévères. Parmi eux la dépression, deuxième cause d'arrêt de travail, touche 20 % de ces personnes et représente 50 % des recours aux soins. Les arrêts de travail répétés ou prolongés induisent des difficultés pour le maintien en emploi et donc un risque accru d'inaptitude, de sortie d'emploi et de désinsertion professionnelle.

Du point de vue juridique, la responsabilité civile, pénale ou ordinaire du médecin est très rarement engagée. La non-assistance à personne en danger s'applique lors d'un risque imminent et non dans la prévisibilité d'un risque de décompensation. Se pose alors la question de l'anticipation, l'accompagnement de l'employeur comme cela peut être fait pour d'autres risques d'accidents. Le secret professionnel sert à protéger le salarié, mais son partage entre médecins traitant et du travail peut aussi être utile à un aménagement de poste ou au retour en emploi.

Le chronotype est un élément important à prendre en compte, notamment pour le travail de nuit, dans l'évaluation du risque psychique. Ainsi une «vulnérabilité chronobiologique», par exemple la possibilité de «troubles affectifs saisonniers», est à rechercher et à prendre en compte pour le maintien en emploi. La luminothérapie est intéressante pour les débuts et fins de poste, à visée préventive face à un risque de déséquilibre circadien. Les troubles cognitifs sont à dépister dans la vie quotidienne comme professionnelle, où ils ont un fort retentissement. Des questionnaires sont utiles dans la consultation pour mieux les identifier. Ils peuvent être présents lors d'une décompensation thymique comme dans les situations d'euthymie. Par

exemple, la surcharge cognitive par attention soutenue interroge sur la durée des réunions, des pauses, des changements de tâches, l'éviction des distracteurs.

À propos des psychotropes, il est rappelé l'interdiction des benzodiazépines dans les postes à risques, mais en pratique celle-ci est très difficile à mettre en œuvre et passe, notamment, par la sensibilisation des médecins aux effets de leurs prescriptions.

Du côté des solutions, a été évoquée la réhabilitation psychosociale, qui dépasse le concept classique de guérison du symptôme, pour s'efforcer de comprendre les dynamiques de rétablissement. L'usager est rendu acteur dans sa démarche de retour à l'emploi puis de maintien en emploi, par le soutien du «*job coaching*», consistant à mettre en place un accompagnement spécifique dans le cadre d'un lien étroit avec l'employeur, dans lequel le médecin du travail doit trouver sa place. Ainsi, le maintien dans l'emploi comprend l'aménagement du poste de travail, la prévention de la décompensation, le dépistage précoce, la gestion de l'urgence. Et surtout, il suppose de faire du lien entre le médecin du travail, le médecin traitant, le psychiatre, le médecin conseil, en croisant les informations.

MÉDECINE DU TRAVAIL ET PARCOURS DE SOIN

A. Petit, CHU Angers

Un regard sociologique a mis en évidence les tensions entre actions préventives et curatives et la porosité des frontières entre ces deux types d'actions qui ont évolué au fil du temps. Actuellement, les missions de santé au travail tendent à ne plus être exclusivement

préventives et à s'ouvrir vers la santé publique, avec notamment la division du travail entre médecins mais aussi la délégation de tâches de spécialistes vers le médecin généraliste. Ce regard sociologique montre également le soin comme opportunité d'action pour le médecin du travail dans le domaine de l'amélioration des conditions de travail et du retour au travail. Un point de vue cardiologique a permis d'aborder la coordination et la collaboration interprofessionnelle avec le médecin traitant, mais également de manière tripartite avec le spécialiste. Les progrès de la prise en charge du syndrome coronarien aigu (SCA) et les programmes d'entraînement à l'effort permettent une reprise sur le poste antérieur, le plus souvent sans restriction. Ainsi, les principaux obstacles au retour au travail après SCA sont principalement d'ordre psychosocial, avec des représentations, des peurs et des appréhensions le plus souvent injustifiées. Surtout, ils relèvent d'un manque de coordination et de collaboration entre médecins, lesquelles permettraient de diminuer ces représentations erronées et d'améliorer la réassurance. Une table ronde impliquant un médecin généraliste, un médecin du travail et un médecin de consultation de pathologies professionnelles autour de la souffrance au travail a montré que la collaboration et l'échange d'informations restent essentiels et indispensables pour éviter les discours discordants chez des patients en fragilité et parfois en rupture avec le milieu de travail et, pour certains, aussi avec le milieu de soins. Il est nécessaire de rendre le patient-travailleur acteur de cette collaboration et de cet échange d'informations. Les marges de manœuvres du médecin du travail sont d'autant plus grandes qu'il est impliqué précocement dans

la prise en charge et le retour au travail, notamment par le biais du temps partiel thérapeutique pour lequel le médecin généraliste se dit souvent démuné.

Une communication sur le retour au travail après chirurgie de la coiffe des rotateurs a montré que des outils simples peuvent être utilisés dans le cadre du soin pour détecter les facteurs de mauvais pronostic et ainsi améliorer la collaboration avec les acteurs du retour au travail en vue de sécuriser ce dernier. Une intervention sur l'impact des dermatoses inflammatoires sur le travail a montré l'intérêt de la détection des facteurs aggravants et favorisants au travail, mais également celui du contrôle de la maladie pour le maintien en emploi et donc de la nécessaire collaboration entre le dermatologue et le médecin du travail. Une expérimentation suisse de sensibilisation des médecins traitants à faire procéder à l'évaluation systématique des conditions de travail des femmes enceintes par un médecin du travail a montré son efficacité, notamment financière, dans le maintien en emploi de ces dernières. Concernant la souffrance au travail, deux communications ont permis de rappeler la méconnaissance du rôle de chacun des professionnels impliqués, du manque de temps de ceux-ci pour collaborer et du manque de spécialistes. Un modèle d'hospitalisation de jour pour la réalisation de bilans médico-psychosociaux et d'orientations individualisés avec une prise en charge médicale et professionnelle adaptée et coordonnée permet une diminution du temps de souffrance et de la durée de l'arrêt de travail.

En conclusion, il est rappelé la nécessité de collaborer et d'échanger des informations entre professionnels pour améliorer la qualité de la prise

en charge, bien sûr, mais aussi pour rassurer les professionnels face aux décisions qu'ils ont à prendre chacun de leur côté, ainsi que le patient, grâce à des discours concordants et à une forme d'accompagnement sur un projet bien identifié, sans pousser le principe de précaution à l'extrême. Les freins apparaissent *a priori* de nature logistique. Mais en fait, ce sont surtout et avant tout les représentations, le manque de connaissance et de reconnaissance mutuelle qui font obstacle à cette collaboration. Aussi, les pistes d'amélioration sont sans doute la mise en place et le développement de formations initiales et continues décloisonnées et le partage d'informations en direct *via* le dossier médical partagé.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ EN SANTÉ AU TRAVAIL EN 2024

S. Caroly, Grenoble

En vingt ans, la relation médecin du travail (MDT)-infirmier de santé au travail (IDEST) s'est imposée de fait, mais aussi avec les autres professionnels (ergonome, assistante sociale, psychologue, assistante en santé au travail...). La relation MDT-IDEST a évolué particulièrement avec la délégation aux IDEST de la démarche de maintien dans l'emploi. D'un service à l'autre, il existe une variabilité sur les types de visite confiés à l'IDEST, de la visite de reprise suite à un congés maternité à la visite de pré-reprise... En revanche, les visites à la demande de l'employeur sont plutôt réalisées par le MDT. Ces délégations posent la question des protocoles et de la responsabilité vis-à-vis de l'employeur. En pluridisciplinarité, il est nécessaire de différencier ce qui relève du médical (le métier de médecin) ou

du juridique (les prérogatives médicales). Un bon fonctionnement de la pluridisciplinarité nécessite du temps, des espaces communs, de la coopération et de la confiance pour un projet de service ou une expérimentation. La démographie médicale n'explique pas à elle seule ce besoin de pluridisciplinarité mais participe aussi à la performance et à la qualité de vie au travail et de service.

L'évaluation des actions et l'orientation des projets sont nécessaires avec de nouvelles compétences. Beaucoup de communications ont porté sur le diagnostic de la santé avant/après un projet pluridisciplinaire de même que sur le diagnostic dans l'entreprise. Si l'économie de l'entreprise est améliorée, c'est aussi un gain en termes de santé pour les salariés, avec une meilleure organisation du travail par exemple. Une étude présentée par la MSA a porté sur la réalisation de suivi individuel renforcé par des IDEST. Ce qui a posé la question d'une possible expérimentation dans le régime général, donc d'une formation des médecins en matière de freins liés à la responsabilité et à l'information des employeurs et des salariés. La démarche participative est essentielle en pluridisciplinarité, avec des «réunions clubs» organisées entre entreprises afin d'échanger sur les bonnes pratiques, de mieux se connaître et d'accompagner à plusieurs la mise en place de dispositifs avec les institutions. L'objet commun en pluridisciplinarité est la santé et le travail. En matière de perspectives, il est nécessaire de développer des objets intermédiaires comme les vidéos, la fiche d'entreprise, le projet de service... qui permettent de favoriser le dialogue social et la construction de projets de prévention. Toutefois, la prévention reste principalement secondaire et

37^e Congrès national de médecine et de santé au travail

tertiaire et gagnerait à être davantage primaire.

La pluridisciplinarité passe par de l'intelligence informelle, de proximité, favorisant le travail en réseau. Une mobilisation institutionnelle est souhaitable. Une approche diachronique des parcours et des échanges entre professionnels est utile à la réparation mais également à l'anticipation.

Toutes ces pistes sont destinées à améliorer le service rendu mais aussi à développer la santé des professionnels, en donnant du sens à leur travail et des compétences.

RISQUES CARDIO-VASCULAIRES ET TRAVAIL

Y. Esquirol, CHU Purpan Toulouse, F. Dutheil, CHU Clermont-Ferrand

Un certain nombre de messages clés ressortent de cette session. Tout d'abord, les femmes ne sont pas protégées vis-à-vis du risque cardiovasculaire. Il y a même une certaine augmentation de ce risque dont il faut tenir compte dans le suivi de santé. Des HDL cholestérol un peu élevés ne protègent pas contre le risque cardiovasculaire. Les recommandations sur le plan thérapeutique incitent à la synergie médicamenteuse. Ainsi une hypertension artérielle est d'emblée traitée par une bithérapie. Plus un facteur de risque cardiovasculaire est pris en charge précocement, plus il sera maintenu à un niveau bas pendant longtemps et meilleur sera le pronostic. De nombreux logiciels permettent de calculer le SCORE II qui est la référence européenne et ainsi d'évaluer le risque cardiovasculaire. Les progrès de l'intelligence artificielle pour l'interprétation des électrocardiogrammes (ECG) permettent d'affirmer que si le tracé est interprété comme normal, celui-ci

l'est effectivement sans risque de méconnaître une anomalie. Ceci devrait encourager la réalisation d'ECG plus fréquent en santé au travail.

La réadaptation cardiaque chez les patients ayant eu un événement cardiovasculaire doit être encouragée puisque 80 % des patients ayant suivi ce programme après un syndrome coronarien retournent au travail dans les six mois. La collaboration entre rééducateurs, cardiologues et médecins du travail est fondamentale pour lever les freins et favoriser une reprise plus précoce et moins de complications à distance.

Parmi les facteurs professionnels de risque cardiovasculaire, ont été évoqués les facteurs physiques (bruit, chaleur...), chimiques mais également la sédentarité qui est un facteur de risque exclusivement professionnel (dans la vie extra-professionnelle, il est exceptionnel de passer plusieurs heures consécutives sans bouger). Divers moyens de prévention sont proposés (vélos-bureaux, bureaux assis-debout, tapis...) mais le plus efficace est de changer de position et de rompre la sédentarité.

Une riche littérature confirme les conséquences du travail posté/travail de nuit sur les différents facteurs de risque cardiovasculaire. De nouvelles études laissent à penser que ces effets peuvent survenir précocement (5 à 10 ans après le début de l'exposition) et surtout qu'ils peuvent persister après retour à des horaires «normaux».

Les risques psychosociaux, notamment les situations de *Job Strain*, sont connus depuis longtemps comme étant un risque cardiovasculaire. De nouvelles situations comme l'insécurité, le harcèlement, les violences apparaissent comme facteurs de risque d'un syndrome coronarien mais pas pour l'embolie pulmonaire et les pathologies

artérielles. Le facteur qui semble le plus protecteur est d'être heureux!

En termes de perspectives, la variabilité sinusale de la fréquence cardiaque, signe de l'adaptation du système nerveux autonome aux microchangements de l'environnement, semble être un biomarqueur pertinent du stress.

APPORTS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL À LA SANTÉ PUBLIQUE

Y. Roquelaure, CHU Angers

Les relations entre santé au travail et santé publique ont été conflictuelles depuis le XIX^e siècle jusqu'à récemment. Elles se sont améliorées avec les évolutions tant de la réglementation que des pratiques et des mentalités. Aujourd'hui, de nombreuses actions de santé publique sont conduites par les services de prévention et de santé au travail (SPST). Les avancées scientifiques et conceptuelles incitent ces deux disciplines à davantage de coopération. Ainsi sont développées des approches beaucoup plus globales sur les enjeux sanitaires et environnementaux («*one health*»), ou bien le concept d'exposome, intégrant les expositions professionnelles et non professionnelles tout au long de la vie.

L'accessibilité et la qualité des données sont des enjeux essentiels pour les SPST, aussi bien pour les expositions professionnelles que pour le suivi de l'état de santé des travailleurs. Un projet belge de «*data mining* des risques professionnels pour un travail durable» regroupe sur un même portail web les données issues des services de santé, des grandes enquêtes, des bases médico administratives... Cela permet de favoriser le partage des données et de guider les politiques

publiques ainsi que la prévention. Ce partage des données nécessite l'interopérabilité des systèmes d'information entre les SPST et des bases de données médico-administratives, d'autant plus du fait de la flexibilité accrue des carrières et des statuts de l'emploi.

La médecine basée sur les preuves nécessite d'être adaptée à la santé au travail, en particulier dans le cas du dépistage. Dans ce domaine, la faiblesse des preuves de niveau «A» s'explique en partie par le manque d'études de bonne qualité, même si « l'absence de preuves d'effets par des essais randomisés n'est pas la preuve de l'absence d'effets ». Par exemple, les rendez-vous de santé systématiques ou le dépistage par la bandelette urinaire voient leur intérêt contesté, car leur niveau de preuve est très faible. C'est alors au collectif de travail de décider, par des analyses de la pratique, des discussions collégiales élargies aux sociétés savantes, des conduites à tenir. Le concept d'actions de prévention « probantes (car basées sur des preuves, même non formelles) et prometteuses » (par exemple le mois sans tabac) est pertinent pour évaluer les actions de prévention en santé au travail.

La recherche évaluative médico-économique est essentielle, car elle montre la possibilité d'un « retour sur investissement » en santé au travail, et encourage son développement. Il est important de rendre utilisables en pratique courante de santé au travail certains outils complexes (bases de données, matrices emploi-exposition, questionnaires, scores prédictifs...), comme de se servir des techniques de design social ou d'ergonomie. La mise à disposition des études et des évaluations en situations réelles faites dans chaque SPST permettrait également la mise en valeur du travail effectué sur le terrain et d'éviter les redites.

Les actions de santé publique sont à développer en veillant à ne pas diluer les missions de promotion de la santé au travail *stricto sensu*, ni leurs moyens.

SESSIONS SPÉCIALES

SESSION CŒUR ET TRAVAIL

J.D. Dewitte CHU Brest, B. Pierre Cœur et travail

Toute visite médicale de santé au travail doit être l'occasion d'ausculter le travailleur. Tout souffle diastolique doit conduire à une consultation de cardiologie. Un souffle associé à une fièvre doit faire évoquer une endocardite, tandis qu'un souffle associé à une douleur thoracique doit faire rechercher des signes de dissection aortique, ces deux situations étant des urgences cardiologiques. Le médecin du travail doit également s'assurer, chez les patients opérés notamment de valvulopathie, que le suivi est correctement effectué. Les troubles psychiques chez les salariés cardiaques sont fréquents. De nombreux tests existent pour leur évaluation. L'étude de la variabilité sinusale pourrait être très utile pour cerner le risque cardiovasculaire.

Chez un salarié asymptomatique pour lequel l'examen clinique et l'ECG sont normaux, il n'y a aucun intérêt à programmer des examens complémentaires (échographie, test d'effort...) à la recherche d'une ischémie myocardique. En revanche, après un événement cardiovasculaire, un test d'effort sera d'une grande utilité pour autoriser ou non la reprise d'un travail manuel en utilisant le *compendium d'AINSWORTH*.

De nouveaux traitements pharmacologiques en prévention cardiovasculaire existent, notamment chez le

diabétique de type 2 porteur d'une pathologie athérombotique (nouveaux analogues du *glucagon-like peptide 1*), chez l'insuffisant cardiaque ou le porteur de maladie rénale chronique (classe des inhibiteurs de la réabsorption tubulaire du glucose). Pour les travailleurs ayant eu un accident athérombotique authentifié, l'objectif est d'abaisser le LDL cholestérol d'au moins 50 %. Pour essayer d'atteindre un chiffre inférieur à 0,5 g/L, ce qui est possible avec un traitement associant une statine de haute intensité (atorvastatine ou rosuvastatine) à la dose maximale tolérée et de l'ézétimibe. Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'une monothérapie antihypertensive ne contrôle qu'un quart des patients hypertendus et, donc, si le médecin du travail constate des chiffres encore élevés chez un travailleur traité, il doit l'adresser au cardiologue.

SESSION COMMUNE PAPPEI¹: RÉPONSES PULMONAIRES AUX TOXIQUES INHALÉS

J.C. Pairon, CHIC, Créteil

L'expertise de l'INSERM de 2021, à partir d'une méta-analyse de neuf cohortes, a montré une association significative entre exposition professionnelle aux pesticides et BPCO, d'autant que le tabagisme est moindre dans la population agricole qu'en population générale. Il existe des données mécanistiques en appui de ce lien. Il est extrêmement difficile d'évaluer le rôle de molécules isolées, plus d'une dizaine ont été évoquées comme étant potentiellement impliquées. Les données sont en faveur d'un lien avec une présomption forte pour la BPCO et la bronchite chronique. En revanche, cette présomption est moyenne pour les altérations de la fonction respiratoire ou pour

1. Pathologies pulmonaires professionnelles environnementales et iatrogènes

**37^e Congrès national de médecine
et de santé au travail**

l'asthme. L'expertise de l'ANSES en 2022 a conduit à proposer la création d'un tableau de maladies professionnelles, du fait d'une relation causale probable entre exposition professionnelle aux pesticides et un excès significatif et reproductible de BPCO.

En France, 10 % de la population infantile et 6 % des adultes souffrent d'asthme allergique. La prévalence de ce dernier est plus élevée chez les hommes que chez les femmes jusque vers dix ou quinze ans puis diminue. Dans la population adulte, l'asthme est plus grave et deux fois plus fréquent chez les femmes (avec des fluctuations selon le cycle mensuel, la grossesse et la ménopause) que chez les hommes. Des travaux montrent le rôle protecteur des hormones mâles qui inhibent certaines populations cellulaires lymphoïdes impliquées dans la survenue de la maladie.

Actuellement, un peu plus de 260 conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) ont été formés en France. Ils interviennent pour aider à évaluer, voire corriger, les expositions aux polluants biologiques (acariens, animaux, moisissures) mais également chimiques (formaldéhyde, composés organiques volatiles, fibres liées à des isolants) au domicile. Plusieurs études françaises et nord-américaines ont montré l'effet bénéfique de leurs interventions avec des diminutions de prises médicamenteuses par les patients supérieures à 50 %, des diminutions de symptômes de 63 à 68 %, et un coût/bénéfice positif. Les SPST peuvent avoir recours à ces intervenants, en particulier pour les moisissures et les polluants chimiques (www.intairagir.fr).

Le prochain congrès se tiendra du 2 au 5 juin 2026 à Lyon. Les thèmes seront :

- **santé travail, santé environnement, regards croisés**
- **le travail aux âges extrêmes;**
- **rythmes et charge de travail;**
- **intelligence artificielle, innovations numériques et santé au travail;**
- **pathologies émergentes et risques émergents;**
- **prévention de la désinsertion professionnelle en 2026;**
- **cancers et cancérogènes professionnels;**
- **mise en œuvre des réformes : innovations et expérimentations en santé au travail;**
- **le secteur de la métallurgie.**