

20 & 21

OCT
2022

20^{ème} COLLOQUE
ADEREST

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT
DES ÉTUDES ET RECHERCHES ÉPIDÉMIOLOGIQUES
EN SANTÉ TRAVAIL

RÉSUMÉ DES CONFÉRENCES,
COMMUNICATIONS ORALES
ET AFFICHÉES,
ATELIERS

ARCHIVES NATIONALES DU MONDE DU TRAVAIL



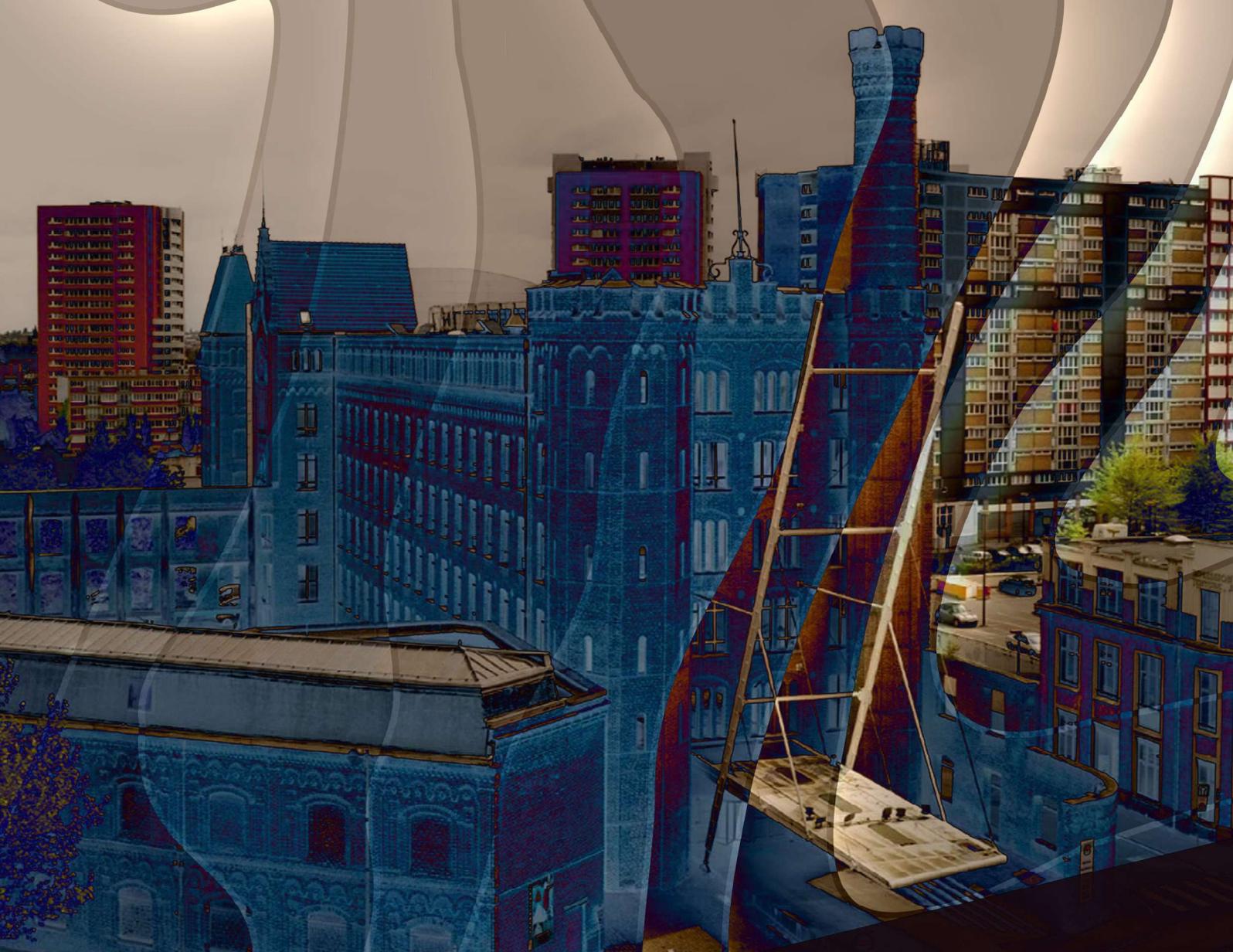
Institut de Santé au Travail
du Nord de la France
Hauts-de-France

ADEREST

Association pour le Développement des
Études et Recherches Épidémiologiques
en Santé Travail



ARCHIVES
NATIONALES
DU MONDE
DU TRAVAIL



CONFÉRENCES
INVITÉES



Réforme de la santé au travail : perspectives relatives au traitement de données et à leur exploitation pour une meilleure prévention

Sophie Fantoni-Quinton^{a,*}

^a Centre de Recherche Droits et Perspectives du droit (CRDP), EA 4487, Université de Lille / CHU Lille

*auteur correspondant : fanquin@wanadoo.fr

Selon l'Organisation Internationale du Travail, des systèmes solides de collecte de données sur la santé sécurité au travail sont essentiels pour éclairer des politiques efficaces comme leviers d'amélioration des politiques de sécurité et de santé au travail. A l'ère du tout numérique, de l'hyper connexion, de la collecte croissante de données et du contexte d'inter-professionnalité, les critiques récurrentes du système de santé au travail reviennent avec force : trop peu d'indicateurs collectifs, dispersion et manque de standardisation des données collectées, lacunes de l'interopérabilité des systèmes d'information, difficultés de requêtes, donc de croisement, donc d'utilisation... Au total, un état des lieux qui aboutit à une faible visibilité des actions menées faute de remontées systématiques et standardisées d'informations, et donc un pilotage en semi-aveugle des politiques de santé au travail.

La nécessité d'une dynamique de prévention plus efficace, d'une veille sanitaire y compris des signaux faibles, d'un meilleur pilotage des actions de santé et d'une plus juste adaptation des moyens humains et matériels aux besoins de santé (équivalant à une prévention ciblée et non plus universelle dont on n'a plus les moyens) ont conduit le législateur, dans la dernière réforme de la santé au travail de 2021, à prévoir diverses mesures permettant une collecte plus systématique, standardisée et centralisée des données de santé, d'exposition professionnelle et d'indicateurs d'action et de suivi. L'ambition de ce texte de Loi est notamment de développer la prévention primaire.

L'objectif de cette intervention est d'examiner les avancées en matière de collecte et de traitement de données par les services de santé au travail ainsi que les freins qui subsistent. Parmi ces freins il sera démontré que l'objectif législatif annoncé d'une meilleure prévention dans le domaine de la santé au travail est fréquemment entravé par des préoccupations relatives à la réparation. Par ailleurs, outre les enjeux sociétaux et techniques du traitement de données ainsi collectées, des enjeux éthiques doivent être soulevés, dans un contexte où les services de santé au travail sont encore en cours de déploiement numérique.

Il sera ainsi successivement évoqué les nouvelles obligations de traçabilité individuelle et collective d'exposition aux différents risques professionnels, les indicateurs d'actions et de suivi que devront désormais colliger les services de santé au travail, mais aussi les défis qui surgissent pour tous les acteurs, y compris les décideurs en matière de santé au travail car si les données sont le carburant, pour avancer dans la bonne direction, pour autant il faut se donner les moyens de les traiter.

Déclaration d'intérêt : aucun

Utilisation des matrices emplois-expositions par le médecin du travail et le chercheur, intérêts et limites

Corinne PILORGET ^{a,*}

^a Santé Publique France, Direction Santé Environnement Travail (DSET), Unité Surveillance des expositions

*auteur correspondant : corinne.pilorget@univ-lyon1.fr

Les matrices emplois-expositions (MEE) constituent une des méthodes d'évaluation des expositions professionnelles utilisées dans le cadre de l'épidémiologie des risques professionnels. Les MEE sont apparues au début des années 1980 pour répondre à la problématique d'évaluation des expositions professionnelles dans le cadre d'études épidémiologiques à grande échelle, pour lesquelles la méthode de référence, l'expertise des questionnaires, se révélait inadéquate.

De façon schématique, les matrices emplois-expositions sont des tableaux dont les lignes sont constituées des emplois et les colonnes des indices d'exposition à une ou plusieurs nuisances rencontrées dans l'environnement de travail. Les emplois peuvent être définis par la combinaison d'une profession et d'un secteur d'activité ou d'une profession uniquement et sont souvent exprimés sous forme de codes issus de nomenclatures d'emplois. Les expositions peuvent également être de natures différentes (expositions chimiques, physiques, biologiques, etc.) et concernées une substance particulière (ex : formaldéhyde) ou bien une famille de produits (ex : désinfectants). *Les indices d'expositions fréquemment utilisés dans les MEE sont la probabilité d'exposition (définie comme le pourcentage de travailleurs exposés dans l'emploi), le niveau d'exposition qui peut être décomposé en intensité et fréquence d'exposition. Chacun de ces indices est défini selon des classes qualitatives, semi-quantitatives ou quantitatives. Enfin, pour prendre en compte les évolutions des conditions de travail au cours du temps, certaines matrices intègrent des périodes d'exposition. De fait, le terme matrice emplois-expositions ne fait pas référence à une structure unique de matrices, mais bien à plusieurs typologies de matrices selon les nuisances évaluées, la population au travail d'intérêt et la période couverte.*

Les matrices emplois-expositions constituent donc un outil pour l'évaluation des expositions professionnelles, qui présente le grand intérêt d'attribuer de façon automatique une exposition à un emploi, donc à un sujet, à partir de la seule connaissance de son histoire professionnelle (ensemble de ses emplois).

Plusieurs utilisations des MEE peuvent être rapportées.

Évaluer les expositions associées aux emplois

La première utilisation des MEE est de fournir une estimation des expositions professionnelles pour les emplois pour lesquels cette information est lacunaire. Elles ont été développées par des chercheurs et sont utilisées de prime abord dans les études épidémiologiques qui comportent de nombreux sujets pour lesquels l'évaluation des expositions par expertise se révélerait trop longue et coûteuse. Leur application sur des sujets d'étude épidémiologique rend possible l'analyse des données de santé en fonction des expositions.

De la même façon, les matrices fournissant des évaluations rétrospectives des expositions sont utiles pour les médecins du travail ayant à évaluer les expositions liées à des emplois passés pour des travailleurs ayant changé d'activité, pour lesquels on dispose uniquement des informations sur les emplois exercés au cours de leurs carrières. Les matrices permettent dans ce cas d'estimer la probabilité pour le travailleur d'avoir été exposé à une nuisance et éventuellement le niveau d'exposition associé afin de juger des actions à mettre en œuvre (suivi post-professionnel, reconnaissance en maladie professionnelle, etc.). Ces MEE constituent alors une aide utile pour aider au repérage individuel des expositions dans le cadre de la prévention ou la prise en charge médico-sociale des travailleurs.

Estimer la prévalence d'exposition d'une population

Certaines MEE documentent l'exposition professionnelle pour l'ensemble des emplois retrouvés dans une population. Le croisement de ces matrices avec les données d'emplois de la population fournit alors une estimation de la proportion et des effectifs de travailleurs exposés aux nuisances d'intérêt dans la population.

Quantifier l'impact de l'exposition professionnelle à un facteur de risque

Les prévalences d'exposition estimées par croisement d'une matrice avec des données d'une population au travail peuvent être utilisées pour estimer la part de l'exposition professionnelle dans la survenue d'une pathologie, communément nommée fraction de risque attribuable au travail.

Quel que soit l'objectif poursuivi par l'utilisation de ces matrices emplois-expositions, il convient de connaître les limites associées à ces outils qui restent cependant une aide utile à l'évaluation des expositions professionnelles pour le médecin du travail, le chercheur ou le décideur.

Déclaration d'intérêt : *aucun*

A la rencontre d'épidémies du passé, petite promenade dans le Finistère

Annette Leclerc a,*

^aUMS 011 INSERM, Villejuif

*auteur correspondant : annette.leclerc@inserm.fr

Le COVID-19 est une motivation pour s'intéresser aux épidémies du passé en France. Bien évidemment, celles-ci présentent des différences avec le COVID. Mais il peut y avoir aussi des ressemblances, En particulier, que sait-on sur les groupes professionnels qui auraient été les plus touchés par telle ou telle épidémie ? L'objectif de cette présentation est de fournir quelques données contribuant à répondre à la question, et aussi apporter des éléments de discussion.

Faire porter le recueil d'information sur une zone géographique limitée (ici, le Finistère) facilite la recherche de sources bibliographiques. Evoquer une « promenade » permet de faire le lien entre plusieurs sites. Et une épidémie « se promène » aussi : elle arrive puis se propage sur un territoire.

Trois épidémies seront principalement considérées :

La peste, peste bubonique active dans le Finistère vers 1600, restée très présente dans les récits de tradition orale et très « visible » dans le patrimoine bâti. Divers lieux seront évoqués, principalement Plougastel, St-Ségal (près de Châteaulin) et Elliant (près de Quimper).

Le typhus à Brest en 1757-1758, un bon exemple d'épidémie dans un port militaire, particulièrement bien documenté, de sources universitaires.

La grippe dite « espagnole », aussi à Brest à la fin de la guerre de 1914-1918, également très bien documentée.

On pourrait ajouter le choléra qui a touché le Finistère, particulièrement des ports de pêche du sud-Finistère (Audierne, Douarnenez, Concarneau) en 1885-1886, mais pour cette dernière épidémie les données sont plus parcellaires.

Sur la période considérée, 1600 à 1918, les différences concernant le niveau de connaissance sur les « causes » ou les agents pathogènes, les modes de transmission, et les mesures à adopter pour les malades et la population, sont importantes. Concernant les groupes professionnels les plus touchés, si le mode de transmission joue bien évidemment un rôle spécifique, ceci n'empêche pas des similitudes entre épidémies.

Pour la peste, une fois celle-ci arrivée dans un village, amenée par un bateau transportant des marchandises, tout le village pouvait être décimé. La maladie est vue comme une malédiction divine, et on ne trouve pas d'évocation de soins apportés aux malades. Si certaines sources mettent en évidence des liens avec la densité de population, et un nombre élevé de victimes dans certaines collectivités, ceci n'est pas documenté concernant le Finistère.

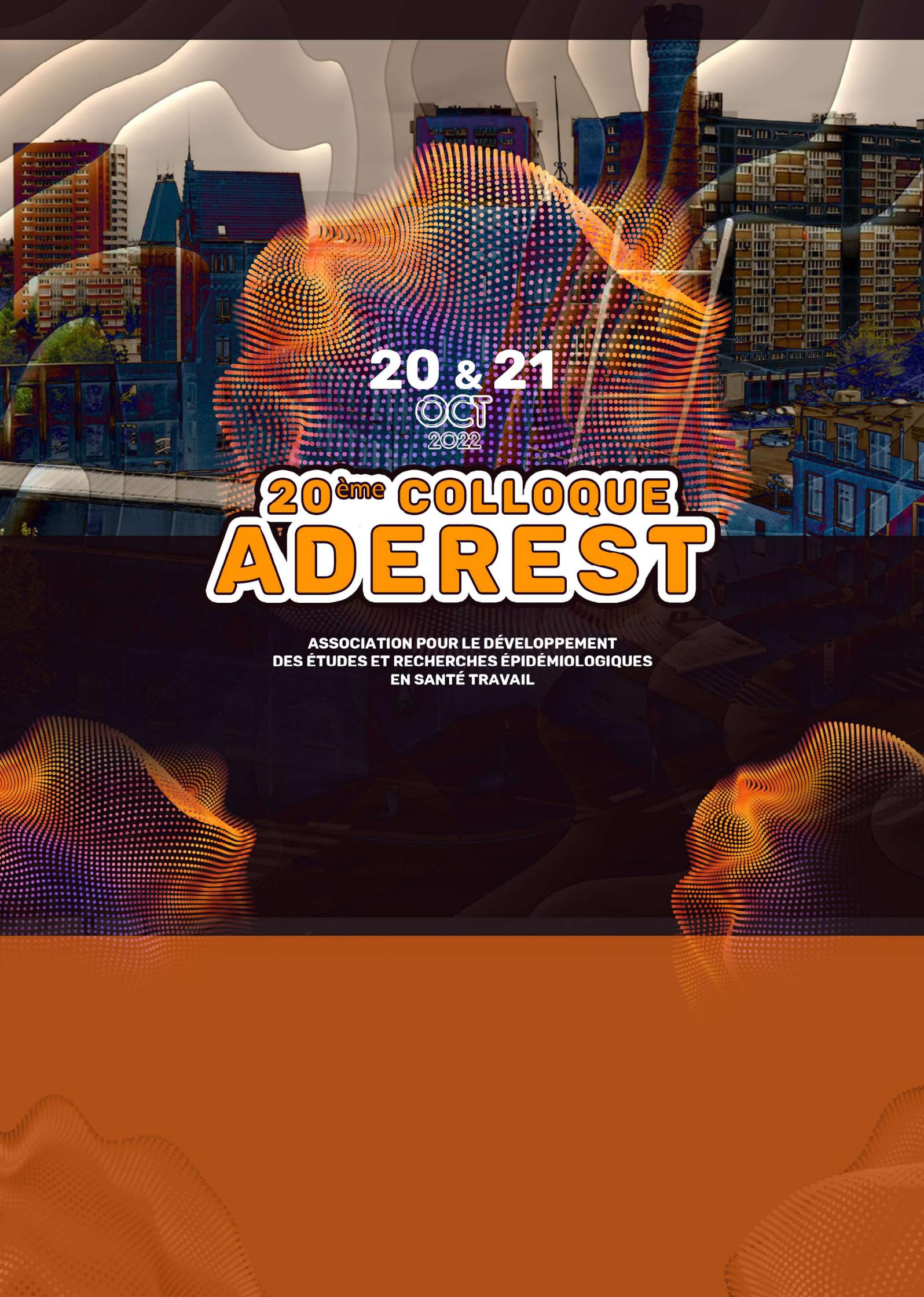
Pour le typhus, arrivent à Brest, venant d'Amérique du nord, où français et britanniques se font la guerre, des navires militaires « pleins de malades ». L'épidémie fait des victimes parmi les soignants, et au-delà. De nombreux décès sont en particulier observés parmi les forçats (il y a un bagne à Brest) qui ont été mis à contribution par les structures médicales.

En 1918, Brest accueille les soldats blessés et malades venant des tranchées, arrivant par le train, et dont certains souffrent de la grippe espagnole. Les soignants sont fortement impactés, même si leur activité est maintenant basée sur des connaissances scientifiques solides. L'épidémie fait de nombreuses victimes parmi les militaires qui vivent dans des casernes, entre autres un grand nombre de soldats américains qui attendaient de rentrer chez eux une fois la guerre terminée.

Deux éléments de discussion : le premier concerne le mode de transmission de la maladie et ses conséquences sur les groupes potentiellement les plus à risque. Ce point serait à prendre en compte de façon plus précise pour le choléra. Le second concerne la difficulté à quantifier le poids relatif de l'activité professionnelle et du statut socio-économique, celui-ci pouvant déterminer malnutrition ou pratiques d'hygiène inadéquates. C'est une difficulté que l'on retrouve pour le Covid.

En conclusion : l'impact sur le personnel soignant est documenté pour des épidémies passées. Peuvent être aussi fortement exposés ceux pour lesquels l'activité de travail implique une promiscuité quotidienne. La documentation existante pour la Bretagne (au-delà du Finistère) confirme ce risque accru pour les soignants et pour les militaires. Il pourrait être intéressant de comparer ce qui concerne le Finistère et la Bretagne à ce qui pourrait être documenté ailleurs en France.

Déclaration d'intérêt : aucun



20 & 21

OCT
2022

20^{ème} COLLOQUE
ADEREST

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT
DES ÉTUDES ET RECHERCHES ÉPIDÉMIOLOGIQUES
EN SANTÉ TRAVAIL