



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



ScienceDirect

Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique xxx (2007) xxx-xxx

REVUE FRANÇAISE
D'ALLERGOLOGIE
ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

<http://france.elsevier.com/direct/REVCLI/>

Orientation professionnelle de l'atopique Atopic professional orientation

P. Frimat*, S. Fantoni-Quinton

Service de médecine du travail, pathologie professionnelle, CHRU de Lille, université Lille-2, 42, rue Paul-Duez, 59800 Lille, France

Résumé

La dermatite atopique n'a pas de caractéristiques spécifiques, elle est fréquemment exacerbée en milieu de travail.

Il est important de bien connaître les caractéristiques du poste de travail afin de proposer une conduite à tenir appropriée (médecine du travail, dermatologie professionnelle).

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Atopic dermatitis has no specific characteristics. It is frequently exacerbated at work. It is important to know the characteristics of the patient's workplace in order to recommend appropriate management (occupational physician, occupational dermatologist).

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Atopie ; Dermatoses professionnelles ; Médecine du travail

Keywords : Atopic dermatitis; Work-related skin disease; Occupational physician

Pour réduire les risques d'allergie, les jeunes doivent bénéficier d'une meilleure orientation médicale lors du choix d'une profession. Cette opinion très pertinente prend une acuité encore plus importante chez l'individu atopique.

Cette affection est très fréquente, bien que son incidence soit difficile à évaluer de façon précise surtout en ce qui concerne le versant cutané, les critères étant essentiellement cliniques. Les études épidémiologiques ont été améliorées grâce à l'adoption des critères de Hanifin, revus et affinés par l'*European task force on atopic dermatitis* [1].

Dans la plupart des pays, l'incidence dans la population serait de 10 à 24 %.

L'aspect clinique de la dermatite atopique est extrêmement variable, la maladie évolue par poussées entrecoupées de rémissions plus ou moins complètes. Un certain nombre de sujets guérissent à la puberté ; pour d'autres, la maladie se pérennise tout au long de la vie. Nous savons qu'aux facteurs génétiques se surajoutent des facteurs d'environnement qui

participent à l'évolution de la dermatose, ces facteurs exogènes pouvant être domestiques ou professionnels.

1. Quelques notions générales

Trouver un emploi pose actuellement souvent quelques problèmes, surtout si le candidat est porteur d'un handicap quel qu'il soit.

Dans les réglementations francophones, l'embauche d'un salarié passera obligatoirement par la démarche d'aptitude prise par le médecin du travail. Poser une « inaptitude pour dermatose » peut sembler à première vue abusive dans des temps où le chômage reste une des craintes majeures de la population salariée.

Dans une étude sur les dermatoses professionnelles déclarées en Suède, B. Meding [2] retrouve 40 % de dermatite atopique (D.A.) chez les 16–24 ans, 17 % chez les plus âgés. En étudiant les congés de maladie, le nombre de jours d'arrêt est en moyenne 108 jours pour la D.A.

Tous ces aspects confirment le rôle essentiel du médecin du travail lors de l'aptitude du salarié, mais aussi du médecin traitant et du dermatologue lors de l'orientation et du choix professionnel du jeune atopique.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : LabMedTrav@wanadoo.fr (P. Frimat).

2. Atopie : milieu professionnel : quelques données épidémiologiques

De nombreuses études épidémiologiques essaient d'évaluer l'incidence de l'atopie dans la survenue de dermatoses professionnelles. On parlait ainsi de 15 à 25 % d'atopiques chez les salariés, mais les critères de diagnostic n'étaient pas toujours précis et identiques. De même, la prévalence de l'eczéma de contact dans la dermatite atopique varie, selon les auteurs, de 15 à 35 %.

Plusieurs auteurs ont repris des études plus précises par branche professionnelle.

Si le monde hospitalier est souvent soumis au risque cutané, plusieurs auteurs confirment le facteur aggravant « atopie » dans la survenue des dermatoses professionnelles dans ce secteur professionnel.

La dermatite atopique (D.A.) multiplie par trois le risque d'un eczéma des mains. Les sujets porteurs d'un eczéma atopique développent un eczéma plus sévère que les sujets ayant une atopie respiratoire ou que chez les sujets non atopiques [3]. Mais il souligne que 39 % des salariés avec des antécédents de D.A. n'ont pas déclaré d'eczéma.

Dans une étude prospective sur trois promotions d'élèves infirmières (92-94), Frimat [4] retrouve 32,6 % d'antécédents familiaux d'atopie, 24,1 % d'antécédents personnels et 7,4 % de dermatite atopique.

Chez 859 apprentis coiffeurs examinés en 1993 après huit semaines de travail, Uter [5] retrouve 38,2 % de problèmes cutanés surtout irritatifs. Les facteurs atopie et absence de prévention sont significativement des facteurs de risque cutané.

Dans l'industrie automobile, en reprenant 2054 dossiers d'embauche et en revoyant un an après 1196 salariés, Funke [6] retrouve 6,7 % d'eczéma des mains, 5 % d'irritation, 6,7 % de D.A. Parmi des apprentis avec eczéma des mains, 45,5 % utilisent une crème de protection.

Dans le milieu agricole, Susitaival [7] a étudié la prévalence du risque cutané chez 10 847 personnes, 16,2 % des hommes et 19,8 % des femmes ont une dermatose. Parmi les personnes atteintes sur le plan cutané, 41 % des hommes et 44 % des femmes présentent des antécédents d'atopie.

En milieu de recherche, l'allergie aux « animaux de laboratoire » est souvent fréquente. Botham [8] retrouve 10 % des personnels atteints durant leur première année de travail (38 % en 1980). Les politiques de prévention ont été efficaces. Toutefois, l'atopie augmente le risque de sensibilisation. Mais les auteurs concluent sur l'impossibilité de prédire une impossibilité d'emploi en laboratoire (animalerie) et facteur de risque individuel (atopie).

En étudiant 2000 vétérinaires californiens, Susitaival [9] retrouve 11 % de dermatite atopique, 62 % de rhinite allergique. Parmi des vétérinaires, 40 % rapportent des symptômes respiratoires et/ou cutanés liés aux animaux.

3. Aspect clinique : facteurs aggravants

Chez les patients porteurs d'une dermatite atopique, la fonction barrière peut être perturbée et présenter des anomalies.

La peau sèche est fréquente ; cette xérose est aggravée par l'humidité ambiante, l'atmosphère surchauffée, le confinement. La laine, les textiles synthétiques, l'eau chaude, les savons, l'eau de piscine, les détergents sont mal tolérés. Les altérations cutanées dues au grattage et la xérose facilitent la pénétration des allergènes de l'environnement.

Il n'y a pas d'aspect clinique particulier, le diagnostic reste basé sur l'histoire clinique, la répartition des lésions.

Ainsi, de nombreux facteurs d'environnement sont souvent intriqués. Ils vont influencer l'évolution de la dermatite atopique. Dans le monde industriel, on peut les résumer de façon synthétique :

Facteurs physiques :

- chaleur et froid, humidité et sécheresse, frottement...
- poussières.

Facteurs chimiques :

- non spécifiques : agents de nettoyage, solvants ;
- spécifiques : ciments, produits de coiffure...

Facteurs individuels : stress, émotion...

Le développement d'un eczéma des mains est toujours multifactoriel. Ainsi, un atopique peut présenter un eczéma des mains sans exposition « véritable » à un irritant. Il est d'ailleurs souvent difficile de distinguer une dermatite d'irritation chez un atopique d'un eczéma allergique chez un salarié avec des antécédents d'atopie.

L'eczéma de contact et l'eczéma atopique doivent être considérés comme des dermatoses inflammatoires par disparition de la tolérance aux antigènes de l'environnement. Le rôle des aéroallergènes dans la genèse de la dermatite atopique semble désormais acquis. Ces grosses molécules sont capables de pénétrer à travers la peau dont la fonction barrière est perturbée. Les patch-tests pratiqués avec ces allergènes permettent de considérer la dermatite atopique comme un eczéma aux protéines de l'environnement.

Par ailleurs, il faut considérer le cas particulier des dermatites aux protéines (latex, aliments...) qui peuvent être plus fréquentes chez les sujets atopiques.

4. Quelle orientation, quelle aptitude ?

Ainsi, pour le médecin du travail, l'antécédent « atopie » est un facteur important à rechercher, surtout dans les professions à risque cutané en particulier : bâtiment et travaux publics, coiffure, milieu hospitalier, mécanique (huiles...), milieu agricole, nettoyage et détergents, hôtellerie, restauration...

Ces sujets supportent mal certaines conditions physiques et chimiques de l'environnement professionnel. La chaleur

humide peut augmenter les manifestations cliniques de l'eczéma. Le froid sec aggrave la xérose de la peau. Une atmosphère sèche et chaude engendre une symptomatologie cutanée faite de lésions de grattage, d'excoriations [10].

Dans les bureaux climatisés, les ateliers en atmosphère sèche, les transports aériens, l'industrie textile, par exemple, la peau devient plus sensible à l'agression des particules de papier, de tissu ou de matières plastiques. Un mauvais entretien du système de conditionnement de l'air est un facteur aggravant dans la survenue de ces manifestations.

Les principales activités professionnelles contribuant à l'aggravation d'un eczéma chez un sujet atopique sont citées dans le tableau ci-dessous.

4.1. Activités professionnelles pouvant aggraver un eczéma des mains chez un atopique

Parmi les activités professionnelles pouvant aggraver un eczéma on trouve, par exemple :

Manipulation des aliments (cuisine, vente, conserverie)
Coiffure
Travaux de nettoyage (détergents, décapants)
Soins médicaux et paramédicaux
Travaux de mécanique, fluides de coupe, solvants...
Métiers du BTP (ciment, huile de décoffrage, solvants, résines...)
Travaux agricoles et forestiers

Parmi les facteurs aggravants recherchés par le médecin du travail en liaison avec le dermatologue, on peut citer la persistance de la dermatite atopique pendant toute l'enfance, la persistance de l'eczéma chez l'adulte, la sécheresse de la peau. La notion de dermatite atopique sévère pendant l'enfance sera à rechercher comme facteur de mauvais pronostic.

En revanche, les antécédents ou l'allergie respiratoire sans atopie cutanée ne sont pas des facteurs aggravants d'eczéma cutané. Cependant, il existe un facteur aggravant s'il y a allergie respiratoire et peau sèche.

La notion de dermatite atopique doit entraîner une vigilance cutanée accrue envers tout irritant et allergène. Ainsi, un salarié atteint de D.A. ne devrait pas être embauché à un poste à « risque dermatologique ». S'il le souhaite, des mesures d'hygiène industrielle et de prévention devraient être mises en place.

Enfin, si plusieurs études montrent que l'atopique ne développe pas plus d'eczéma de contact que le non atopique, on retrouve plus souvent dans les différents bilans chez l'atopique, une sensibilisation au baume du Pérou, fragrance, nickel que chez le non atopique.

Toutefois, le *screening* de préemploi ne doit pas être développé, la démarche francophone en santé-travail est une démarche d'aptitude et non de sélection.

La bonne connaissance du poste, des produits manipulés, des gestes et outils utilisés, des moyens de prévention doit permettre d'affirmer les avis d'aptitude.

Mais il faut savoir conseiller au jeune, porteur d'une dermatite atopique, une autre orientation et le cas échéant, mettre en place un avis d'aptitude à l'embauche après conseil spécialisé, si les risques sont trop importants.

Une action précoce près des parents et des enfants, un conseil efficace à l'embauche (et non pas quelques années plus tard en pensant que tout allait s'arranger), une prévention efficace devraient permettre d'éviter des « catastrophes humaines » liées à des inaptitudes brutales, des orientations en impasse, des reclassements impossibles.

5. Quelle réparation : quel reclassement ?

Chez certains sujets, l'aggravation de la dermatose n'apparaît que plusieurs années après l'embauche. Dans ce cas, le médecin du travail se devra de mettre en place, dans la mesure du possible, une bonne prévention... mais aussi, si cela est nécessaire, un reclassement, une réparation éventuelle permettant une nouvelle formation.

Il est vrai que la survenue d'une dermatose qualifiée « professionnelle » apparaissant chez un salarié atopique peut poser des problèmes de réparation. Quelle est la part de l'atopie ? N'y a-t-il que des facteurs irritants ? Quels sont les facteurs domestiques et familiaux pouvant interférer ? Quel allergène ? On pourra souvent parler d'aggravation de la dermatite atopique par les gestes et produits professionnels. S'il existe un tableau, on n'en voit pas pourquoi la déclaration de maladie professionnelle indemnisable devrait être refusée. Tous ces aspects soulignent la collaboration médecin du travail-dermatologue dans cette procédure médico-légale [10].

Que la maladie soit réparée ou non, il faudra reclasser ou réorienter le salarié. Si le salarié est repris en maladie professionnelle indemnisable, il pourra obtenir une prise en charge financière de sa nouvelle formation.

Dans le cas d'un reclassement, il faudra tenir compte des possibilités du salarié et de l'entreprise. Très souvent, c'est le facteur « irritatif » (produits, humidité...) de la profession qui entraîne la décision de reclassement. Ce reclassement parfois difficile, devra s'accompagner d'une information précise du salarié (prévention, gants, soins et hygiène cutanée...).

6. Quelle conduite à tenir ?

Il est certain qu'une bonne orientation professionnelle serait souhaitable. Bien connaître les caractéristiques des gestes professionnels et des produits utilisés ainsi que l'histoire individuelle de l'atopie du salarié devrait être une priorité.

La conduite à tenir peut être différente avec un adolescent en recherche d'emploi, un salarié présentant des problèmes transitoires, un salarié qualifié travaillant à un poste à risque... Tous ces cas sont particuliers et il est relativement difficile de généraliser... car d'autres facteurs vont interférer (motivation, aptitude professionnelle, environnement...).

D'une manière générale, il faudrait éviter chez ces salariés des affectations à des postes de travail à ambiance chaude, humide et empoussiérée. Il est certain qu'une atopie durant l'enfance, sans manifestations cliniques chez l'adulte, même s'il existe une sécheresse cutanée, ne devrait pas entraîner une inaptitude.

Les antécédents d'atopie familiale chez un salarié qui n'a jamais présenté de pathologie cutanée ne devraient jamais entraîner d'inaptitude.

En revanche, un jeune, présentant des lésions d'atopie, devrait bénéficier d'une aide pour l'orientation ; le *screening* de préemploi ne semble pas une solution idéale. Mettre inapte un salarié « atopique », travaillant depuis plusieurs années, doit être une décision exceptionnelle. Le reclassement doit être étudié avec l'entreprise. . . Ici, le médecin du travail joue un rôle privilégié, mais parfois difficile dans le contexte socioéconomique actuel.

7. Conclusions

Tous ces aspects, qu'ils soient liés au travail ou à l'individu, mettent en lumière le fait que l'action thérapeutique et préventive du dermatologue et du médecin du travail est primordiale.

De même, l'avis d'aptitude et donc d'inaptitude, acte médical important en médecine du travail, devra être discuté après un examen clinique précis, un avis complémentaire et spécialisé, une bonne connaissance du poste de travail.

Toutes ces démarches mettent en exergue l'importance des consultations spécialisées pluridisciplinaires en dermatologie

professionnelle permettant une meilleure orientation et un suivi efficace des salariés. Elle contribue aussi à l'efficacité économique de l'entreprise.

Références

- [1] European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity scoring of atopic dermatitis: the Scoriad index. Consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*, 1993, 186, 23-31.
- [2] Meding B. La dermatite atopique comme facteur de risque des maladies de peau professionnelles. 43^e réunion nordique sur l'environnement de travail. *Janus*, 1995, 20, 12.
- [3] Nilsson E. Individual and environmental risk factors for hand eczema in hospital workers. *Acta Derm Venereol* 1986;128:1-63.
- [4] Frimat P. Dermatoses professionnelles chez le personnel de soins du CHRU de Lille. 18^e Journées Méditerranéennes de Médecine du Travail, Hammamet, 1995.
- [5] Uter W, Gefeller O, Schwanitz HJ. Early-onset irritant skin damage in apprentice hair-dressers. *Hautarzt* 1995;46(11):771-8.
- [6] Funke U, Diepgen TL, Fartasch M. Identification of high-risk groups for irritant contact dermatitis by occupational physicians. *Curr Probl Dermatol* 1995;23:64-72.
- [7] Susitaival P, Husman L, Horsmanheimo M, Notkola V, Husman K. Prevalence of hand dermatosis among finish farmers. *Scand J Work Environ Health* 1994;20:206-12.
- [8] Botham PA, Lam CT, Teasdale EL, Bonner SM, Tomenson JA. Allergy to laboratory animals: a follow-up study of its incidence and of the influence of atopy and pre-existing sensitization on its development. *Occup Environ Med* 1995;52(2):129-33.
- [9] Susitaival P, Kirk JH, Schenker MB. Atopic symptoms among California veterinarians. *Am J Ind Med* 2003;44(2):166-71.
- [10] Lachapelle JM, Frimat P, Tennstedt O, Ducombs G. *Dermatologie professionnelle et de l'environnement*. Paris: Masson ed; 1992.