

Symptomatologie clinique et fonctionnelle respiratoire chez les coiffeurs de Méknès

C.H. Laraqui Hossini^{1, 3*}, A. Alaoui Yazidi⁵, O. Laraqui Hossini³, A. Rahhali¹, K. Harourate³, M. Mounassif¹, C. Verger², M. Zahraoui⁴

¹UFR Sécurité et santé au travail, faculté de sciences de l'éducation, Rabat, Maroc ; ²institut universitaire de médecine du travail de Rennes, faculté de médecine, Rennes, France ; ³Société marocaine de médecine du travail et d'ergonomie, Casablanca, Maroc ; ⁴service de médecine interne, CHU, Casablanca, Maroc ; ⁵service de pneumologie, CHU, Casablanca, Maroc

(Reçu le 8 janvier 2001 ; accepté le 16 mai 2001)

Résumé

Les aérocontaminants professionnels en milieu de coiffure sont susceptibles d'entraîner des réactions d'irritations et/ou de sensibilisation de l'appareil respiratoire. Parmi les agents incriminés, les persulfates occupent une place essentielle. D'autres substances peuvent être mises en cause, notamment des agents biologiques et apparentés (henné, poudre de lycopode séricine) et des agents chimiques (amines aliphatiques, thioglycolates d'ammonium). Cette enquête épidémiologique transversale descriptive de type cohorte rétrospective « exposés – non exposés » nous a permis d'évaluer la prévalence des symptômes cliniques et des troubles fonctionnels respiratoire chez 100 coiffeurs. Elle a consisté en un questionnaire (CECA, OMS), une spirométrie et des tests cutanés allergologiques aux pneumallergènes courants. Cinquante-quatre pour cent des coiffeurs ont une symptomatologie clinique contre seulement 23 % des sujets non exposés. La rhinite, l'asthme, la bronchite chronique et la toux sont plus fréquents chez les coiffeurs que chez les sujets non exposés avec respectivement 24, 9, 7 et 13 % contre 10, 4, 2 et 7 %. La fonction respiratoire est altérée chez 51 % des sujets exposés contre 13 % des sujets non exposés. Les troubles retrouvés, sont surtout des syndromes des petites voies aériennes et des déficits légers de type obstructif. L'atopie semble être un facteur favorisant l'asthme et la rhinite, le tabac favorise la toux et la bronchite chronique. L'enquête sur le lieu du travail a révélé des mauvaises conditions de travail imposant des mesures de prévention technique (salons plus grands, fauteuil espacés, bonne aération et ventilation) et une surveillance médicale du travail. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

coiffeurs / symptômes respiratoires / troubles fonctionnels

Summary – Respiratory clinical symptoms and lung function of hairdressers in Meknes.

Occupational asthma among hairdressers has been recognised for some years and cases of work-related asthma due to hair bleaches containing persulphates and hair dyes have been reported. Other substances are incriminated, particularly henna, lycopod powder, sericine and chemical agents. We carried out an exposed-nonexposed retrospective cohort study, which has permitted us to evaluate the prevalence of symptoms and deterioration in ventilatory indices in 100 hairdressers. The evaluation includes a questionnaire (CECA. WHO), spirometry and allergic skin tests to common allergens. Fifty-four percent of hairdressers have clinical symptomatology versus 23% of nonexposed persons. Rhinitis, asthma, chronic bronchitis and cough are more frequent in the hairdressers than in the

*Correspondance et tirés à part : C.H. Laraqui, 44, avenue Lalla Yacout, Casablanca, Maroc.
Adresse e-mail : tecnolec@atlasnet.net.ma (C.H. Laraqui Hossini).

nonexposed, with respectively 24, 9, 7 and 13% versus 10, 4, 2 and 7%. Respiratory function is altered in 51% of the exposed versus 13% of the nonexposed. Mild obstructive syndrome and small airways deficit are the main disorders found. The atopy seems to be a potentiating factor for asthma and rhinitis. The tobacco factor is at the origin of increased cough and chronic bronchitis. The inquiry in the workplace revealed poor working conditions. It is thus imperative to develop means of collective and individual protection and medical prevention measures. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

hairstressers / respiratory symptoms / lung function

L'environnement professionnel des coiffeurs expose à de nombreux agents chimiques susceptibles d'entraîner des réactions d'irritation et/ou de sensibilisation de l'appareil respiratoire. Parmi les agents potentiellement incriminés dans la survenue des troubles respiratoires chez les coiffeurs, les persulfates occupent une place essentielle. D'autres substances biologiques et apparentées telles que le henné, la poudre de lycopode et les thioglycolates d'ammonium et la séricine sont mises en cause dans la survenue d'asthme ou de rhinite. De nombreux autres produits potentiellement irritants sont dégagés dans l'atmosphère du travail comme l'ammoniac, les sulfites et les thioglycolates d'ammonium [1-6]. Les conditions de travail, la forme de présentation des produits et leurs modes d'utilisation jouent un rôle déterminant dans la genèse des troubles respiratoires. Cette étude tente d'évaluer la prévalence des symptômes respiratoires et des troubles fonctionnels ventilatoires chez les coiffeurs et de proposer quelques mesures préventives.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête épidémiologique descriptive et transversale de type cohorte rétrospective « exposés – non exposés » s'est déroulée dans la ville de Méknès sur une période de trois mois de juillet à septembre 1999.

Population

La population exposée est composée de 100 coiffeurs (78 femmes et 22 hommes), travaillant dans 35 salons de coiffure pour dames, effectuant différentes opérations de transformation ou d'embellissement des cheveux et ayant au moins un an d'ancienneté. Le groupe des sujets non exposés est composé de 100 sujets

(80 femmes et 20 hommes) tirés au sort parmi le personnel administratif des communes urbaines de Méknès.

Méthodes

L'étude comprend une analyse des conditions de travail et une enquête médico-sociale (questionnaire, examen clinique, spirométrie et tests cutanés allergologiques).

Le questionnaire médical, inspiré de ceux de la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier (CECA), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du British Medical Council, enrichi d'informations d'ordre sociologique, porte sur l'état civil, le sexe, l'âge, l'ancienneté dans la profession, les habitudes tabagiques, les antécédents atopiques personnels et familiaux et les symptômes cliniques respiratoires (toux, expectoration, bronchite chronique, asthme et rhinite), oculaires et dermiques avec leur évolution en fonction du travail, des congés et des facteurs déclenchants. Le questionnaire est traduit en arabe dialectal et rempli par un médecin du travail. Le terrain atopique est évoqué par l'existence d'antécédents d'asthme et/ou de l'un de ses équivalents (rhinite, conjonctivite, urticaire, eczéma atopique...) chez l'ouvrier et/ou sa famille et est confirmé par des tests cutanés allergologiques positifs pour au moins un pneumallergène commun (*Dermatophagoides farinae* et *pteronysinus*, phanères de chat et de chien, pollens de graminées, blattes). La bronchite chronique est définie selon les critères de l'OMS comme toux et expectorations chroniques survenant trois mois par an depuis au moins deux ans. Nous avons considéré comme asthmatique, tout sujet ayant soit des crises paroxystiques de dyspnée sibilante, soit des épisodes répétés de sifflements thoraciques, soit une toux spasmodique avec gêne respiratoire à répétition. Les rhinites ont été cliniquement définies par

les éternuements en salves, la rhinorrhée, l'obstruction nasale souvent à bascule, le prurit nasal et l'hyposmie qui peuvent être associés ou isolés. Les symptômes recherchés pour identifier les conjonctivites sont le prurit oculaire, la rougeur des yeux et le larmolement. Sous le terme de dermites, nous avons inclus toutes les lésions eczématiformes. Pour l'intoxication tabagique, nous avons individualisé les fumeurs, les anciens fumeurs et les non-fumeurs. Les sujets sont classés comme fumeurs s'ils fumaient au moment de l'enquête ou s'ils avaient arrêté dans le mois qui la précède et qu'ils avaient fumé plus de 20 paquets durant toute leur vie. Les anciens fumeurs sont ceux qui ont fumé plus de 20 paquets durant toute leur vie et qui avaient arrêté plus d'un mois avant l'étude. Les non-fumeurs sont ceux qui n'ont jamais fumé ou qui ont fumé moins de 20 paquets durant toute leur vie. Nous avons considéré comme symptomatiques tous les sujets ayant au moins un symptôme clinique.

Les tests fonctionnels respiratoires sont effectués sur le lieu du travail, à l'aide d'un spiromètre portable, régulièrement étalonné, type Spirolite 201 X muni d'un pneumotachographe de type Fleisch (vise Co, Ltd. Higashi Nakashinguku 4-6-30, Kashiwa-City, Chiba 277, Japon). Pour tous les sujets, un seul examen spirométrique comportant trois essais successifs est effectué. Le meilleur des trois est retenu en tenant compte du degré de coopération du sujet, de l'aspect de la courbe débit/volume et de la meilleure somme VEMS + CVF calculée sur la courbe débit/volume. Les paramètres mesurés sont la capacité vitale forcée (CVF), le volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS), le rapport de Tiffeneau (VEMS/CVF), le débit expiratoire de pointe (DEP), le débit expiratoire médian (DEMM), le débit expiratoire maximum à 25, 50 et 75 % de la capacité vitale (DEM25, DEM50, DEM75). Ces paramètres sont rapportés aux valeurs de références prévisionnelles de la CECA de 1993. Est considérée comme pathologique, une amputation de 20 % pour la CVF, le VEMS, le DEP et le rapport VEMS/CV et une baisse de 25 % pour les débits périphériques (DEMM, DEM25, DEM50, DEM75). Le déficit fonctionnel ventilatoire est réparti, conformément au barème des déficiences de la fonction respiratoire proposé par le décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, en cinq classes : syndrome des petites voies aériennes (seuls les débits périphériques sont affectés),

déficit léger (CV ou VEMS compris entre 71 et 80 %), déficit modéré (CV ou VEMS compris entre 61 et 70 %), déficit important (CV ou VEMS compris entre 40 et 60 %) et déficit sévère (CV ou VEMS inférieurs à 40 %). Les tests cutanés allergologiques aux pneumallergènes courants (laboratoires Staller-gène) sont réalisés par prick-test, par un pneumologue-allergologue et sont considérés positifs pour un allergène donné lorsque le diamètre de la papule induite est au moins égale aux deux tiers de celle du témoin positif. Les allergènes courants comprennent les *Dermatophagoides pteronyssinus* et *farinae*, les phanères (chien, chat, laine de mouton), les blattes et les cinq pollens de graminées : *Dactylis glomerata* (dactyle), *Anthoxanthum odoratum* (flouve), *Lolium perenne* (ivraie), *Poa pratensis* (paturin), *Phleum pratense* (phléole).

L'étude statistique repose sur l'analyse de la variance et sur le test *t* de Student pour la comparaison des moyennes. Pour les grandeurs qualitatives, elle repose sur l'étude du χ^2 avec ou sans correction de Yates pour un degré de liberté. Le seuil de signification choisi correspond à une valeur de *p* de 0,05.

RÉSULTATS

Exposition professionnelle et conditions de travail

Tous les salons visités sont de petites superficies de l'ordre d'une trentaine de mètres carrés certains sont peu aérés et non ventilés. Les portes sont généralement fermées pour respecter l'intimité du salon et de la clientèle féminine. Selon l'afflux de cette dernière, les horaires sont variables et la journée de travail se termine souvent à une heure tardive au-delà de 21 heures surtout en été. La plupart des coiffeurs ne bénéficie que d'un seul jour de repos par semaine, généralement le lundi ou le mardi et d'une semaine de congé annuel. Les coiffeurs travaillent généralement sans moyens de protection et sont donc exposés à de nombreux aérocontaminants professionnels irritants et/ou allergisants. Par ailleurs, le secteur de la coiffure, considéré comme un artisanat de service, échappe à tout contrôle médical du travail et n'est soumis qu'à une surveillance plus ou moins régulière de la part des Bureaux municipaux d'hygiène.

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée.

	<i>Sujets exposés (n = 100)</i>	<i>Sujets non exposés (n = 100)</i>	p
Sexe masculin	22 (22)	20 (20)	NS
Sexe féminin	78 (78)	80 (80)	NS
Âge (ans) (m ± ET)	29,7 ± 2,4	31,8 ± 2,2	NS
Taille (cm) (m ± ET)	163,8 ± 4,6	161,3 ± 4,5	NS
Poids (kg) (m ± ET)	62,4 ± 6	64,2 ± 5,3	NS
Tabagisme			
NF	82 (82)	81 (81)	NS
AF	0	0	NS
FA	18 (18)	19 (19)	NS
Atopie	11 (11)	8 (8)	NS

NF : non fumeurs ; AF : anciens fumeurs ; FA : fumeurs actuels.
Les nombres entre parenthèses correspondent au pourcentage.

Caractéristiques de la population cible

Les groupes exposés et non exposés sont statistiquement comparables pour les données physiques (sexe, âge, poids, taille), sociologiques (type d'habitat, niveau d'études, situation familiale, nombre d'enfants par ménage), comportement tabagique et statut atopique (*tableau I*).

Prévalence des symptômes cliniques

La prévalence des sujets symptomatiques est statistiquement plus élevée chez les exposés 54 % que chez les non exposés 23 % avec un ratio de prévalence de 2,34. Les prévalences des symptômes d'irritation bronchique (toux, expectoration), de la rhinite, de la conjonctivite, de la dermatite, de l'asthme et de la bronchite chronique sont plus élevées chez les exposés que chez les sujets non exposés. La différence est

Tableau II. Prévalence des symptômes cliniques.

	<i>Sujets exposés (n = 100)</i>	<i>Sujets non exposés (n = 100)</i>	p
Symptômes d'irritation bronchique			
Toux	13	7	0,15
Expectoration	17	3	0,0009
Rhinite	24	10	0,008
Asthme	9	4	0,15
Bronchite chronique	7	2	0,08
Conjonctivite	10	3	0,044
Dermite	14	3	0,005
Symptomatiques	54	23	0,0006

statistiquement significative pour la rhinite, la conjonctivite, la dermatite et l'expectoration (*tableau II*).

Dans les deux groupes, sujets exposés et non exposés, la bronchite chronique et la toux ont des prévalences significativement plus élevées chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (*tableau III*). Chez les coiffeurs, l'atopie semble être un facteur favorisant pour l'asthme et la rhinite (*tableau IV*).

Tableau IV. Prévalence des manifestations cliniques en fonction de l'atopie chez les coiffeurs.

	<i>Sujets exposés (n = 100) Atopiques (n = 11)</i>	<i>Non atopiques (n = 89)</i>	p
Rhinite	9 (81,8)	15 (16,8)	< 0,001
Asthme	7 (63,6)	2 (2,2)	< 0,001
Bronchite chronique	2 (18,1)	5 (5,6)	0,12
Toux chronique	4 (36,3)	26 (29,2)	0,62
Symptomatiques	9 (81,8)	36 (40,4)	< 0,01

Les nombres entre parenthèses correspondent au pourcentage.

Tableau III. Prévalence des manifestations cliniques en fonction du tabagisme.

	<i>Sujets exposés (n = 100)</i>		p	<i>Sujets non exposés (n = 100)</i>		p
	<i>Fumeurs (n = 18)</i>	<i>Non fumeurs (n = 82)</i>		<i>Fumeurs (n = 19)</i>	<i>Non fumeurs (n = 81)</i>	
Symptômes d'irritation bronchique						
Toux	12 (66,6)	18 (21,9)	0,0001	5 (26,3)	2 (2,5)	0,0002
Expectoration	11 (61,1)	16 (19,5)	0,0003	2 (10,5)	1 (1,2)	0,03
Rhinite	5 (27,7)	19 (23)	0,67	2 (10,5)	8 (9,8)	0,93
Asthme	2 (11,1)	7 (8,5)	0,72	1 (5,3)	3 (3,7)	0,75
Bronchite chronique	6 (33,3)	1 (1,2)	0,0001	2 (10,5)	0	0,003
Symptomatiques	9 (50)	45 (54,8)	0,7	3 (15,8)	20 (24,7)	0,4

Les nombres entre parenthèses correspondent au pourcentage.

Exploration fonctionnelle respiratoire (tableau V)

La prévalence des anomalies ventilatoires est statistiquement plus élevée chez les coiffeurs (51 %) que chez les sujets non exposés (13 %) avec un risque relatif de 3,9. Chez les sujets exposés, les troubles ventilatoires sont surtout à type de syndrome des petites voies aériennes isolé et de déficit léger (44 %). Chez l'ensemble des sujets exposés présentant un déficit ventilatoire (22 %), le trouble est de type obstructif. Chez les coiffeurs, le tabagisme ne semble pas augmenter la prévalence des anomalies ventilatoires (tableau VI). En revanche, chez les fumeurs, les troubles ventilatoires sont plus fréquents chez

ceux qui sont exposés que chez ceux qui ne le sont pas. Chez les non-fumeurs, la prévalence de troubles ventilatoires est plus importante chez les coiffeurs que chez les sujets non exposés. La prévalence des troubles ventilatoires fonctionnels est plus élevée entre un à dix ans d'ancienneté (tableau VII).

DISCUSSION

L'asthme dû aux produits de la coiffure représentait 1 % de toutes les affections respiratoires professionnelles répertoriées en Grande-Bretagne durant 1989 et 1992 [7] et 1,9 % des rhinites professionnelles observées en Finlande [8]. En France, dans les consultations de maladie professionnelle d'Île-de-France entre 1989 et 1993, 7,7 % des asthmes professionnels étaient diagnostiqués chez des coiffeurs [9]. À Limoges, lors d'une enquête par questionnaire publiée en 1996 [10], sur un échantillon de 100 coiffeurs suivis en médecine du travail, la prévalence de la rhinite liée à l'exercice professionnel atteignant 16 % et celle de l'asthme 4 %.

Parmi les agents potentiellement incriminés dans la survenue des troubles respiratoires chez les coiffeurs, les persulfates occupent une place essentielle ; d'autres substances sont mises en cause dans la survenue d'asthme ou de rhinite, notamment, les agents

Tableau V. Prévalence des troubles ventilatoires.

	Sujets exposés (n = 100)	Sujets non exposés (n = 100)	p
Syndrome des petites voies aériennes isolé	29	4	0,0001
Déficit léger	15	6	0,037
Déficit modéré	4	3	0,7
Déficit important	3	0	0,08
Déficit sévère	0	0	—
Total	51	13	0,0001

Tableau VI. Prévalence des troubles ventilatoires en fonction du tabagisme.

	Fumeurs		Non-fumeurs	
	Exposés (n = 18)	Non exposés (n = 19)	Exposés (n = 82)	Non exposés (n = 81)
TVO	5 (27,7)	4 (21)	17 (20,7)	5 (6,1)
Déficit des PVA	6 (33,3)	1 (5,2)	23 (28)	3 (3,7)
Total	11 (61,11)	5 (26,3)	40 (48,7)	8 (9,8)

TVO : troubles ventilatoires obstructifs ; PVA : petites voies aériennes. Les nombres entre parenthèses correspondent au pourcentage.

Tableau VII. Prévalence des troubles ventilatoires en fonction de l'ancienneté.

Ancienneté (ans)	Syndrome des PVA	Déficit				Total
		Léger	Modéré	Important	Sévère	
1–10	17	12	3	1	0	33 (78,5 %)
11–20	8	2	0	1	0	11 (61,1 %)
21–30	3	1	0	1	0	5 (22,7 %)
> 30	1	0	1	0	0	2 (11,1 %)

PVA : petites voies aériennes.

biologiques et apparentés tels que le henné, la poudre de lycopode et les thioglycolates d'ammonium. De nombreux autres produits potentiellement irritants sont dégagés dans l'atmosphère du travail comme l'ammoniac, les sulfites et les thioglycolates. Les conditions de travail, la forme de présentation des produits et leurs modes d'utilisation jouent un rôle déterminant dans la genèse de ces troubles [1-6]. L'asthme professionnel aux persulfates alcalins chez les coiffeurs a été rapporté dès 1966 par Sidi [11]. Blainey dans une étude concernant 23 employés d'un salon de coiffure rapporte quatre cas d'asthme aux persulfates soit 17 % [12]. Cette prévalence élevée est due au fait que le salon étudié était spécialisé dans la décoloration d'où une utilisation intense de persulfate. Leino et al., dans une cohorte rétrospective fondée sur des questionnaires autoremplis par 3 484 coiffeurs et 3 357 vendeuses à Helsinki a retrouvé des prévalences d'asthme de 5,6 % en 1980 et 10,1 % en 1995. La bronchite chronique était estimée à 3,9 % en 1980 et 5,6 % en 1995 [13, 14]. Les prévalences de l'asthme et de la bronchite chronique retrouvées dans cette étude se rapprochent de nos résultats (9 % d'asthme et 7 % de bronchite chronique). De même, Leino a mené une autre étude par entretien téléphonique assisté par ordinateur auprès de 355 coiffeuses et 583 vendeuses. L'enquête a montré un risque élevé chez les coiffeurs pour la bronchite chronique, l'asthme et la rhinite avec irritation oculaire. Cependant, seul l'odds ratio pour la bronchite chronique est élevé, celui de l'asthme n'est pas augmenté [15]. Ce résultat, retrouvé aussi dans notre enquête, peut être expliqué par le phénomène de *turnover* ou du « travailleur sain » car les coiffeurs qui développent un asthme quittent le plus souvent leur travail. Si la relation statistique entre l'asthme et le travail de coiffeurs n'était pas nette, celle des anomalies fonctionnelles ventilatoires avec le métier de la coiffure est significative. En effet, dans notre étude, 51 % des coiffeurs ont un trouble ventilatoire contre 13 % chez le groupe non exposé. Une étude de Jouannique et al. a montré une hyperréactivité bronchique chez la moitié des patientes coiffeuses venues consulter pour une dermatose des mains [16]. De nombreux produits utilisés dans la coiffure provoquent des altérations des paramètres ventilatoires essentiellement des petites voies aériennes. C'est le cas des laques en aérosols, des propulseurs des aérosols et des solvants des

laques [5, 6]. Cette altération des paramètres ventilatoires est aggravée par des conditions de travail inadéquates comme celles relevées dans notre étude (locaux de petites superficies, aération insuffisante, nombreux postes de travail pour un espace réduit...).

Les coiffeurs atopiques, dans notre étude, font plus d'asthme et de rhinite que les non atopiques. Cela a été retrouvé par Leino qui estime que les coiffeuses à terrain atopique développent plus de maladies respiratoires et cutanées professionnelles et discute l'intérêt de conseiller aux atopiques de ne pas s'orienter vers cette profession [14]. Cependant, Blainey [12] et Schwaiblmair [17] signalent que l'atopie ne prédispose pas à l'asthme dû aux persulfates. Concernant le diagnostic étiologique des cas d'asthme et de rhinite chez les coiffeurs, d'autres investigations sont utiles (test d'exposition pour affirmer la responsabilité d'un agent donné ou de provocation spécifique nasale et/ou bronchique).

Le risque respiratoire (asthme, rhinite, bronchite chronique) est important chez les coiffeurs. L'atopie joue un rôle important pour l'asthme et la rhinite, le tabagisme augmente le risque de bronchite chronique. Dans notre enquête de type transversal, l'effet travailleur sain (cessation d'activité des sujets malades surtout au début de leur carrière) constitue un biais de sélection pouvant entraîner une sous-estimation des prévalences des symptômes cliniques et fonctionnels respiratoires. Cela peut expliquer le fait que dans notre travail, la prévalence de l'asthme et de la rhinite est inversement proportionnelle à l'ancienneté. Cette étude doit être complétée par des enquêtes longitudinales afin d'évaluer de façon plus fine les troubles respiratoires en fonction de l'ancienneté et de l'exposition et de préciser le pourcentage de coiffeurs contraints de quitter leur travail suite à l'apparition d'un handicap respiratoire lié à leur profession. Des mesures préventives sont utiles pour améliorer les conditions de travail dans les salons de coiffure (salons plus grands, espacement suffisant des fauteuils, aération des locaux, hottes aspirantes aux endroits où les poudres sont manipulées).

La prévention médicale, pour être efficace, doit débuter lors de l'orientation professionnelle, pour déconseiller la profession de la coiffure aux asthmatiques et aux porteurs de rhinite sévère. L'aptitude des atopiques au métier de la coiffure doit être discutée individuellement. Les coiffeuses ayant

développé une maladie respiratoire professionnelle confirmée doivent bénéficier d'un reclassement professionnel.

La rhinite et l'asthme professionnels chez les coiffeurs peuvent être réparés au titre du tableau 42 qui traite des affections respiratoires de mécanisme allergique ; la liste des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies est indicative [18].

CONCLUSION

Le risque respiratoire est élevé chez les coiffeurs. Dans notre travail, l'atopie joue un rôle favorisant dans l'asthme et la rhinite. Le tabagisme augmente le risque de bronchite chronique. Des mesures préventives sont utiles pour améliorer les conditions de travail dans les salons de coiffure, celles-ci consistent en une couverture médicale du travail et une information sur les risques. Néanmoins, le caractère artisanal de cette profession ne favorise pas l'adoption de moyens de protection. En outre, la prévention médicale, pour être efficace, doit débiter dès l'orientation professionnelle (au sein des centres de formation).

RÉFÉRENCES

- 1 Ameille J, Guillon F, Pages MG, Proteau J, Boudène CI. Inhalation de laques capillaires et thésaurisme pulmonaires, vrai ou faux problème ? Arch Mal Prof 1984 ; 45 : 208-10.
- 2 Aubart JF, Ameille J. Une nouvelle cause d'allergie respiratoire chez les coiffeurs : la poudre de lycopode. Arch Mal Prof 1991 ; 52 : 515-6.
- 3 Charpin J, Blanc M. Allergie professionnelle de coiffeuses à la séricine. Rev Fr Allergol Immunol Clin 1966 ; 6 : 236-7.
- 4 Makloufi S. Étude transversale des manifestations respiratoires et cutanées chez des apprentis en début de formation professionnelle [thèse]. Paris : université René-Descartes ; 1997.
- 5 Rosenberg N. Rhinite et asthme des coiffeurs. In : Bessot JC, Pauli G, Eds. L'asthme professionnel. Paris : Margaux Orange ; 1999. p. 429-38.
- 6 Rosenberg N, Rousselin X, Gervais P. Affections respiratoires professionnelles des coiffeurs. Fiche d'allergologie respiratoire professionnelle n° 11. Documents pour le médecin du travail, 36, 4^e trimestre. INRS 1988 : 375-80.
- 7 Meredith SK, Mc Donald JC. Work-related respiratory disease in the United Kingdom, 1989-1992 : report on the Sword project. J Occup Med 1994 ; 44 : 183-9.
- 8 Hytönen M, Kanerva L, Malmberg H, Martikainen R, Mutanen P, Toikkanen J. The risk of occupational rhinitis. Int Arch Occup Environ Health 1997 ; 69 : 487-90.
- 9 Ameille J, Devienne A, Brochard P, Choudat D, Conso F, Garnier R, et al. Asthmes professionnels : un pronostic social sombre, une réparation inadaptée. À propos d'une étude multicentrique réalisée en Île-de France. Arch Mal Prof 1996 ; 57 : 501-7.
- 10 Melloni B, Touraine F, Antonin MT, Vergnenègre A, Bonnaud F, Le Flahec C, et al. Pathologie respiratoire chez les coiffeurs : une enquête prospective. Arch Mal Prof 1996 ; 57 : 134-5.
- 11 Sidi E, Gervais P, Bourgeois-Spinasse J, Gervais A, Planat P. Histoire d'un asthme professionnel. L'allergie à la séricine chez les coiffeurs. Rev Fr Allergie 1967 ; 4 : 139-202.
- 12 Blainey AD, Ollier S, Cundeli D, Smith RE, Davies RJ. Occupational asthma in a hairdressing salon. Thorax 1986 ; 41 : 42-50.
- 13 Leino T, Tammilehto L, Luukkonen R, Nordman H. Self reported respiratory symptoms and diseases among hairdressers. Occup Environ Med 1997 ; 54 : 452-5.
- 14 Leino T, Tammilehto L, Hytonen M, Sala E, Paakkulainen H, Kanerva L. Occupational skin and respiratory diseases among hairdressers. Scand J Work Environ Health 1998 ; 24 : 398-406.
- 15 Leino T, Tammilehto L, Paakkulainen H, Orjala H, Nordman H. Occurrence of asthma and chronic bronchitis among female hairdressers. J Occup Environ Med 1997 ; 39 : 534-9.
- 16 Jouannique V, Herve A, Paire JC, Voisin S, Le Maho S, Colas Des Francs V, et al. Étude de l'hyperréactivité bronchique au cours des dermatoses des coiffeurs. Arch Mal Prof 1992 ; 53 : 284-6.
- 17 Schwaiblmair M, Vogelmeier C, Fruhman G. Occupational asthma in hairdressers : results of inhalation tests with bleaching powder. Int Arch Occup Environ Health 1997 ; 70 : 419-23.
- 18 Laraqui CH. Guide pratique d'expertise médicale et de réparation médico-légale des maladies professionnelles respiratoires. Casablanca : Dar Karaouine ; 2000. p. 116.