

L'eczéma des mains, quelles conséquences, quelle réparation ?

Hand eczema. Implication, compensation?

P. Frimat

Service de médecine du travail et pathologie professionnelle, CHRU/université Lille-2, 1, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

Disponible en ligne sur



www.sciencedirect.com

L'eczéma des mains représente l'un des plus fréquents motifs de consultation en dermatologie. L'impact du milieu professionnel, de l'environnement, du bricolage sont autant de facteurs aggravants.

La main reste le siège le plus fréquent des dermatoses professionnelles et pose souvent au dermatologue et au médecin du travail de nombreux problèmes, tant de diagnostic que de prise en charge. Le rôle du médecin du travail trouve ici toute sa place, tant dans la démarche de prévention que dans la gestion de l'emploi du salarié.

D'une manière générale, la prévalence de l'eczéma dans la population générale varie de 1,72 à 6,3 %. Les eczémas et les dermatites de contact représentent 85 à 98 % des dermatoses professionnelles. Vingt à 34 % des maladies professionnelles en Europe sont des dermatoses professionnelles. L'incidence est évaluée à 0,5–0,7 cas pour 1000 travailleurs [1].

En France, entre 1965 et 1970, on admettait que les dermatoses professionnelles représentaient 50 à 70 % des maladies professionnelles et plus de 10 % de la pathologie cutanée. Elles affectaient 1 à 2 % des salariés en activité.

Actuellement, on considère que la dermatite de contact représente 90 % de l'ensemble des dermatoses professionnelles et dans 80 % des cas, elle affecte le principal outil des travailleurs, leurs mains et, dans 10 % des cas, la face. Dans 80 % des cas, la dermatite de contact est d'origine irritative et 20 %, d'origine allergique [2].

Prise en charge d'une dermatite d'origine professionnelle

Pour le médecin du travail, le diagnostic repose sur une anamnèse précise et sur l'aspect clinique des lésions cutanées. La réalisation de tests épicutanés n'est pas toujours nécessaire.

e-mail : labmedtrav@wanadoo.fr.

Lors de la visite du poste de travail, l'analyse des conditions de travail (ambiance thermique, etc.) et des gestes professionnels (frictions, frottements répétés, microtraumatismes fréquents, manipulations d'outils) permet de relever l'importance des facteurs d'agression physique, mécanique, chimique et de connaître la nature des produits manipulés, ainsi que les moyens de protection utilisés (gants...).

Pour évoquer la dermatite d'irritation, le principal diagnostic différentiel sera alors l'eczéma de contact allergique. Les tests sont alors importants.

De nombreux aspects de dermatites d'irritation, de « mains abîmées » plus ou moins typiques d'un métier sont décrits dans la littérature. On parlera, par exemple, de la « main des cimentiers », de la « dermatite des ménagères », des « mains des shampooineuses », etc. La prise en charge immédiate d'une dermatite permet de renforcer la prévention (l'irritation fait le lit de l'allergie).

Pour certains anciens travailleurs, les « mains abîmées » sont perçues comme une « marque du métier », comme le sont également parfois les « mains sales ». Une hygiène cutanée correcte des mains, l'emploi de crème de protection et/ou de gants adaptés et l'utilisation d'une crème d'entretien après le travail sont des mesures de prévention individuelle pour obtenir une bonne maintenance de l'outil de travail que représentent les mains. Un apprentissage des bons gestes professionnels doit permettre également de réduire certains facteurs d'agression mécanique.

Prévention – place du médecin du travail

La prévention collective

La prévention collective est importante. La propreté générale du lieu de travail est une priorité. La ventilation générale et l'aspiration locale restent fondamentales. L'automatisation, si

elle est possible en milieu industriel (pharmaceutique, par exemple), est le plus souvent difficile dans les TPE/PME. La substitution devrait être développée : elle concerne en premier lieu les produits d'entretien.

La prévention individuelle

Les mesures d'hygiène cutanée générale et les moyens de nettoyage adaptés restent essentiels, car trop d'apprentis utilisent encore des détergents ou des savons à pH très alcalin (voire des solvants), afin de nettoyer leurs mains souillées. Cependant, ces mauvaises habitudes semblent moins répandues dans le milieu de l'alimentation que dans d'autres (mécanique, bâtiment...).

La prescription des gants et des crèmes protectrices nécessite la connaissance parfaite du milieu de travail auquel ils doivent être adaptés.

En ce qui concerne les gants, l'apprenti ne devrait pas toujours porter les mêmes gants en fonction des tâches effectuées. Ici encore, la formation et le médecin du travail trouvent toute leur place.

Les ordonnances de prévention constituent un apport précieux dans cette perspective d'amélioration de la protection cutanée individuelle, dans de nombreux secteurs professionnels.

L'application des conseils prophylactiques permet souvent le maintien au poste de travail d'un salarié aux « mains abîmées », ce qui est rarement possible en cas d'eczéma de contact allergique.

La collaboration du dermatologue, du médecin du travail, des divers acteurs de prévention et du travailleur lui-même s'avère indispensable pour l'obtention de résultats efficaces.

Les aspects socioéconomiques

Si les études épidémiologiques confortent la notion de « profession à risque » (BTP, activité de nettoyage, coiffure, mécanique et métallurgie, personnel de soins, plastiques, agriculture...), on voit apparaître dans certaines études les conséquences sur l'emploi et l'on parle de « professions abandonnées » (coiffure, boulangerie, personnel de santé, alimentation, travail des métaux).

Parmi les facteurs prédictifs, on retrouve les antécédents d'eczéma atopique (surtout en cas d'atteinte sévère des mains), le sexe féminin (rôle des irritants à domicile), le type et l'intensité de l'activité professionnelle.

Par ailleurs, le pronostic des dermatites chroniques des mains liées à l'exposition aux fluides de coupe est mauvais. On retrouve un taux de guérison plus élevé si l'éviction du contact avec les huiles est effectuée dans les trois premiers mois d'évolution de la dermatose. Si l'on prend en compte à la fois les guérisons et/ou les améliorations des lésions, les résultats sont meilleurs (86 % pour les dermatites de contact d'irritation et 71 % pour les eczémas de contact allergique) et ne sont

pas influencés par l'arrêt ou non de l'exposition aux fluides de coupe. Cependant, la guérison et/ou l'amélioration sont survenues le plus souvent rapidement après le diagnostic (dans les premiers mois), alors que la majorité de ces patients avaient modifié leurs habitudes de travail.

De même, chez les coiffeurs, la plupart des études sont concordantes sur le mauvais pronostic des dermatoses professionnelles. Le taux le plus élevé (18 %) d'abandon de la profession du fait d'un eczéma des mains est retrouvé chez les coiffeurs. Dans certaines études, le taux d'abandon peut s'élever à environ 50 %.

Le meilleur pronostic se situe au stade précoce de dermatite d'irritation, où l'application régulière d'émollients et les mesures de prévention améliorent les signes cutanés. L'atopie aggrave le pronostic. Le pronostic le plus sombre semble être l'association d'une dermatite atopique, d'une irritation due aux shampoings et d'une sensibilisation à un allergène d'éviction difficile en coiffure (PPD, GMTG).

Les patients qui ont une dermatite atopique courent un risque important de développer un eczéma des mains lorsqu'elles sont exposées aux agents professionnels. Cela concerne également ceux qui ont des antécédents d'eczéma atopique dans l'enfance. L'atopie multiplie au moins par deux les effets de l'exposition aux irritants et donc aussi le risque dans les métiers où l'eczéma des mains est un problème habituel, particulièrement chez les boulangers, les coiffeurs, les employés hospitaliers confrontés à des travaux humides et les fermiers.

Ainsi, pour réduire les risques d'allergie, les jeunes doivent bénéficier d'une meilleure orientation médicale lors du choix d'une profession.

Tous ces aspects confortent l'intérêt de poursuivre des enquêtes épidémiologiques afin de mieux évaluer, sur des cohortes professionnelles, l'impact de telle ou telle thérapeutique, conduite à tenir... mais aussi les conséquences en matière de « coût de santé », de « maintien à l'emploi », de reclassement, d'orientation professionnelle. Peu d'études françaises existent, elles sont à encourager [4].

Quelle réparation ? Quel reclassement ?

Cette multitude d'expositions, de professions, de nuisances explique la fréquence des atteintes cutanées et leur diversité. La démarche de prévention cherchera à limiter l'impact de la dermatose (handicapés des mains, interruptions de travail répétées, reclassement).

La réparation

Malgré une prévention efficace, l'exposition et l'utilisation de différents produits peuvent entraîner des manifestations dermatologiques ouvrant droit à une prise en charge médicale.

En France, l'article L 461-1 fixe le cadre de la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie. Jusqu'à la loi du 27/1/93, seules les maladies professionnelles inscrites au tableau pouvaient être prises en charge au même titre que les accidents de travail proprement dits [3].

Le caractère professionnel d'une maladie inscrite dans un tableau est présumé établi dès lors que l'ensemble des données du tableau sont respectées. Ce système se caractérise donc par :

- un avantage : il dispense les assurés d'établir une relation de cause à effet entre leur travail et la maladie ;
- un inconvénient : sa rigidité et son caractère limitatif et restrictif. En effet, l'évolution des tableaux est toujours lente.

Dans ces cas, l'origine professionnelle de la maladie sera soumise à l'avis du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Mais, notre attention doit être attirée sur le fait que le salarié doit apporter la preuve de la relation de cause à effet. Dans ce cas, la composition du dossier sera primordiale : description clinique, évolution des lésions, épreuve de reprise, bilan allergologique, preuve d'utilisation du produit allergisant, geste professionnel. Ici, plus encore, les consultations de dermatologie professionnelle auront un rôle important à jouer à la recherche du geste professionnel de l'allergène.

Pour les personnels relevant de la fonction publique (fonctionnaires de l'État, territoriaux et hospitaliers), les textes les régissant ne font pas référence au système des maladies professionnelles du Code de la Sécurité sociale.

Les commissions de réforme qui doivent se prononcer sur l'imputabilité au travail d'une affection contractée ou aggravée en service se réfèrent généralement aux tableaux, même si l'utilisation n'en est pas limitative. Cependant, en cas de litige, le juge administratif peut exiger que le fonctionnaire apporte la preuve du lien entre la maladie et le service.

Le reclassement

Envisager la prise en charge d'une dermatose professionnelle passe par un échange fructueux entre le médecin du travail et le dermatologue.

Plusieurs questions doivent être abordées :

- peut-on raisonnablement limiter ou supprimer l'allergène ? Cela nécessite de bien connaître les compositions, les processus de fabrication, d'intervenir auprès des fabricants. . .
- peut-on aménager le poste de travail du salarié ? Y a-t-il persistance des expositions, multi-expositions ?
- peut-on proposer des moyens de protection collective (ventilation, aspiration. . .) ?

Ces deux derniers points peuvent bénéficier d'aides financières dans le cadre d'une procédure de reclassement, surtout s'il y a eu maladie professionnelle indemnisable.

Peut-on proposer des moyens de protection individuelle ? Y a-t-il risque surajouté ? Sont-ils adaptés ? Seront-ils efficaces vis-à-vis de l'atteinte cutanée ?

Ici encore, le rôle du médecin du travail reste primordial dans le choix des protections qui doivent être prescrites de manière individuelle.

Ainsi, le reclassement d'un salarié porteur d'une dermatose des mains sera souvent difficile. Dans certains cas, une réorientation avec formation pourra bénéficier d'une prise en charge de la Sécurité sociale. Mais, si l'éviction semble la démarche efficace, elle est rarement utilisée, surtout si l'atteinte cutanée est isolée.

L'action synergique de moyens de protection, de diverses thérapeutiques, d'aménagement du geste. . . peuvent permettre un maintien au poste. . . mais la poursuite prolongée d'un métier à risque, l'utilisation abusive de corticoïdes. . . peuvent entraîner d'autres problèmes (on parle ainsi de véritable « invalide des mains »).

Mais, que représentent alors pour ces personnes les 10 % d'IPP obtenus par rapport à l'incapacité de travail ?

Toutes ces notions confortent l'intérêt d'agir précocement, surtout lors des périodes d'apprentissage. La formation et l'information doivent venir compléter la démarche d'évaluation des risques prévue par la directive européenne.

Les dermatoses des mains sont l'atteinte la plus fréquente dans le monde du travail. Si le diagnostic est aisé, la recherche étiologique est parfois plus complexe. Trop souvent encore, la prise en charge de la personne atteinte se résume à une « thérapeutique ».

L'action combinée médecin du travail-dermato-allergologue doit renforcer les procédures de maintien à l'emploi, reclassement, réorientation, aménagement. . . qui sont souvent complexes.

Dans ces domaines, les études épidémiologiques intégrant les notions de coût/efficacité apporteraient des données complémentaires permettant de mieux orienter les démarches de prévention.

Références

- [1] Frimat P, Geraut C. Évolution des dermatoses professionnelles depuis 30 ans. Données épidémiologiques et aspects pratiques. In: Progrès en dermato-allergologie. Bordeaux: John Libbey édit.; 2009. p. 169-92.
- [2] Frimat P. Les dermatoses professionnelles – Notions générales, conduite à tenir. *Nouv Dermatol* 2009;28:81-5.
- [3] Frimat P, Fantoni-Quinton S. Aspects médico-légaux des dermatoses professionnelles. *Ann Dermatol Venerol* 2009;136: 650-3.
- [4] Frimat P, Fantoni-Quinton S. La main du travailleur : aspects socio-économiques. Quelle réparation ? Quel reclassement ?. In: Progrès en dermato-allergologie. Bruxelles: John Libbey édit.; 2001. p. 65-78.