



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE T/NCY/2005/ULRICH
(double)

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2005

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 17

180559



THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

par

Guillaume ULRICH

Le 25 mars 2005

PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES DANS LES METIERS DE LA RESTAURATION :
UN RECUEIL DE CAS CLINIQUES ET DES CONSEILS POUR LA REALISATION DES
MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL.

Examineurs de la thèse :

M. Guy PETIET	Professeur		Président
M. Jean-Luc SCHMUTZ	Professeur	}	
Mme Annick BARBAUD (Directeur)	Professeur	}	Juges
M. Christophe PARIS	Professeur	}	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 251073 6



THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

par

Guillaume ULRICH

Le 25 mars 2005

**PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES DANS LES METIERS DE LA RESTAURATION :
UN RECUEIL DE CAS CLINIQUES ET DES CONSEILS POUR LA REALISATION DES
MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL.**

Examineurs de la thèse :

M. Guy PETIET	Professeur		Président
M. Jean-Luc SCHMUTZ	Professeur	}	
Mme Annick BARBAUD (Directeur)	Professeur	}	Juges
M. Christophe PARIS	Professeur	}	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :
du 2^{ème} Cycle :
du 3^{ème} Cycle :
de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER
Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI
Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERRON – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT

Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Guy Petiet,

Professeur de médecine du travail et des risques professionnels,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre grande rigueur et de l'étendue de votre culture, tout spécialement dans le domaine juridique.

Vous nous avez toujours témoigné bienveillance et disponibilité.

Veillez trouver l'expression de notre profond respect et de notre grande reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

**Monsieur le Professeur Jean Luc Schmutz,
Professeur de dermato-vénérologie,**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Vous nous avez initié à la dermatologie pendant le semestre accompli dans votre service et nous avons pu admirer la finesse de votre sens clinique, votre éclectisme et votre inépuisable dynamisme.

Que ce travail, orienté vers votre spécialité, soit l'expression modeste de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Juge,

**Madame le Professeur Annick Barbaud,
Professeur de vénéréologie,**

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail et de le juger.

Au cours de notre internat, nous avons pu bénéficier de l'étendue de votre savoir, tout particulièrement dans le domaine de l'allergologie.

Nous avons pu apprécier votre curiosité intellectuelle et votre rigueur.

En témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Christophe Paris,

Professeur de médecine et santé au travail,

Nous avons tout de suite été séduit par la simplicité de votre abord.

Votre rigueur intellectuelle et professionnelle, l'élan que vous savez donner à nos projets font de vous un Maître respecté

Veillez trouver ici l'expression modeste de notre respect et de notre profonde estime.

Aux médecins adhérents de l'IMSTL sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

A tous ceux qui ont contribué un jour à notre éducation et notre formation de médecin.

Au Docteur Odile Bertrand

Je garderai un souvenir ému de la chaleur de ton accueil en toutes circonstances et de ton soutien fidèle.

Tu m'as toujours stimulé pour aller plus loin dans ma formation et tu es à l'origine de la plupart des portes qui s'ouvrent à moi aujourd'hui.

Tu es à la base de notre formation quotidienne, je pense que le résultat est plutôt flatteur.

Je t'assure de ma fidèle amitié,

Merci.

Au Docteur Nicolas Jay

Tu m'as été d'une grande aide à deux reprises, je t'en suis extrêmement reconnaissant, profite bien de ta petite famille,

Merci.

A la mémoire de Florence

A toi

A mes parents, A mon frère

A ma famille

A tous mes amis

Vous êtes le pilier de mon émergence dans le monde de la valeur. Ma valeur va toujours vous incomber son existence et son être.

Je vous dédie cette thèse.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières



INTRODUCTION	17
I. DEFINITIONS	18
A. LES DIFFERENTS TYPES D'ENTREPRISES DE RESTAURATION :	18
1. <i>La restauration Commerciale</i> :	18
2. <i>La restauration collective</i> :.....	19
B. LES DIFFERENTS POSTES DE TRAVAIL :	20
1. <i>Cuisine</i> :	20
Définition :	20
2. <i>Plonge</i> :	22
3. <i>Service</i> :.....	24
4. <i>Pâtissier</i> :	26
C. LES RISQUES ET NUISANCES :	27
D. PRINCIPAUX ALLERGENES DANS LES METIERS DE LA CUISINE.....	29
1. <i>Les additifs alimentaires</i>	29
II. RECUEIL DE CAS CLINIQUES DE DERMATOSES DANS LES METIERS DE LA RESTAURATION EN REGION LORRAINE	33
A. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	33
B. METHODE.....	33
C. RESULTATS.....	33
1. <i>Données globales</i>	34
2. <i>Description clinique des cas rencontrés par nos confrères</i>	38
III. LES DERMATOSES DES METIERS DE LA RESTAURATION CLASSEES PAR TYPE DE NUISANCE OU DE RISQUE	45
A. RAPPEL DES FAITS	45
B. LES ETUDES DE LA LITTERATURE COMPAREES A NOTRE ENQUETE	45
C. DESCRIPTION CLINIQUE ET FACTEURS ETIOLOGIQUES DES DERMATOSES DANS LA RESTAURATION	49
1. <i>Les plaies</i>	50
2. <i>Insuffisance veineuse des membres inférieurs</i>	53
3. <i>Les brûlures</i>	57
4. <i>Les urticaires physiques</i>	61
5. <i>Acrocyanose</i>	64
6. <i>Le syndrome de Raynaud</i>	66
7. <i>Les engelures</i>	69
8. <i>La dermatite d'irritation</i>	70
9. <i>La dermatite atopique</i>	74
10. <i>Eczéma</i>	81
11. <i>Urticaire généralisée, localisée</i>	85
12. <i>Dermite de contact aux protéines</i>	87
13. <i>Dermatoses d'origine infectieuse dans les métiers de la restauration</i>	90
13.1 <i>Les onychopathies</i>	90
13.2. <i>Mycoses</i>	93
13.3. <i>Les dermohypodermes bactériennes nécrosantes</i>	95
13.4. <i>Les verrues</i>	96
IV. LES MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL DANS LES DERMATOSES DES METIERS DE LA RESTAURATION	99
A. REGLEMENTATION :	99
1. <i>La surveillance médicale spéciale</i>	99
2. <i>La visite médicale</i>	100
B. LE TIERS TEMPS	101
1. <i>La fiche d'entreprise</i>	102
2. <i>La prévention des dermatoses dans les métiers de la cuisine</i> :	104
3. <i>Formation, sensibilisation</i>	112

4. Premiers secours aux accidentés et aux malades.....	116
5. Expert de santé dans l'entreprise.....	118
C. LES VISITES MEDICALES :	119
1. Définitions	119
2. Points abordés en consultation:	120
CONCLUSION.....	123
ANNEXES	125



Introduction

En 2002, 99 621 établissements de restauration emploient 440 618 actifs (travailleurs salariés et non salariés). La principale difficulté de prise en charge de ce secteur d'activité réside dans le fait que 92,7% de ces entreprises ont moins de 10 salariés et sont considérées comme des petites entreprises¹.

Parmi les statistiques nationales, l'activité restaurant et café restaurant a un indice de fréquence de 63 (nombre d'accidents et de maladies professionnelles entraînant un arrêt de travail pour 1000 salariés). Ce chiffre est nettement au dessus de la moyenne nationale de l'ensemble des activités qui a un indice de fréquence de 46 (année de référence 1998)².

Les conditions de travail des métiers de la restauration (thermiques, hygrométriques, manipulation de produits et d'aliments) en font un des secteurs les plus à risque de dermatoses professionnelles³.

Ainsi, dans leur pratique quotidienne, les médecins du travail font souvent face à ces pathologies. Or, les publications colligeant des données sur les dermatoses et leur évolution dans le temps dans les métiers de la restauration sont rares.

L'objectif de ce travail est de recenser et décrire tous les cas de dermatoses professionnelles survenant dans les métiers de la restauration, déclarés par les membres de l'Institut de Médecine et Santé au Travail de Lorraine (IMSTL) sur une période d'un an. A partir de cette étude et d'une revue de la littérature, nous proposerons d'établir des conduites à tenir simples dans les différentes missions du médecin du travail face aux dermatoses professionnelles qu'il est amené à rencontrer dans les métiers de la restauration.

I. Définitions

A. Les différents types d'entreprises de restauration :

1. La restauration Commerciale :

Quatre vingt dix sept pour cent des établissements de la restauration commerciale sont des restaurants traditionnels, associés ou non à un hôtel ou un café. Ces restaurants traditionnels sont dans l'ensemble des établissements de petite taille. Ils servent en moyenne 50 repas par jour avec un effectif de 4 personnes. De plus, 3 % d'entre eux seulement sont gérés en franchise ou font partie d'une chaîne de restauration (Enquête Sécodip sur 3000 établissements en octobre 1999)⁴.

- La restauration rapide a une place particulière :

La restauration rapide a pour vocation «de vendre exclusivement au comptoir des aliments et des boissons présentés dans des conditionnements jetables que l'on peut consommer sur place ou à emporter»⁵.

La cheville ouvrière du restaurant est l'équipier polyvalent.

La règle générale dans ces emplois est le temps partiel puisque 80% du chiffre d'affaire quotidien est fait en 4h (Emplois et salariés, Revue du groupement des ASSEDIC de la région parisienne, 1994).

Une enquête descriptive d'une population de salariés de la restauration rapide travaillant à Paris retrouve un sex ratio proche de 1, une moyenne d'âge de 23,2 ans. Plus d'un salarié sur 2 est un étudiant et plus d'un salarié sur deux a une ancienneté inférieure à deux ans⁶.

2. La restauration collective ⁷ :

La restauration collective sociale est représentée par les établissements publics ou privés assurant un service de restauration à titre gratuit ou onéreux et dont une partie de la clientèle est constituée d'une collectivité de consommateurs réguliers. Elle regroupe notamment les restaurants scolaires, les restaurants des hôpitaux, les restaurants du secteur pénitentiaire ou militaire et les restaurants liés à une entreprise.

B. Les différents postes de travail :

1. Cuisine ⁸ :

Définition :

Les cuisiniers effectuent des tâches très différentes, la préparation, l'exécution de plats, la gestion et l'entretien de restaurants.

1.1 Caractéristiques de la profession :

Le recrutement est à prédominance masculine. La formation est souvent absente dans les générations les plus anciennes. La formation des jeunes s'échelonne du CAP au BTS. L'expérience professionnelle qualifiante est importante s'ils souhaitent évoluer dans la hiérarchie.

1.2 Description des activités :

Les différents postes sont ⁹ :

- Le commis de cuisine : il prépare des plats simples et participe à l'élaboration des recettes plus complexes.
- Le chef de partie : responsable de la préparation des plats relevant de sa partie, il organise et contrôle le travail des commis placés sous ses ordres, assure leur formation ou leur perfectionnement.
- Le chef de cuisine : il commande l'ensemble du personnel de cuisine, contrôle la préparation et la finition des plats, leur qualité, leur présentation et leur départ vers la salle. Il gère son service et décide, en collaboration avec la direction, des menus et de la carte, des prix de revient, de l'achat des marchandises...

Dans la restauration rapide, l'équipier polyvalent participe à l'élaboration des commandes¹⁰. Il assure un travail composé de trois sous tâches ;

- Le travail en cuisine.
- Le travail en comptoir.

- Le travail en salle.

Ces trois sous tâches ont en commun un travail en position debout permanente, des déplacements fréquents et une rapidité d'exécution commandée par l'afflux des clients lors du « coup de feu » (dénomination pour désigner des périodes très actives du déjeuner ou du dîner).

Les contraintes de la restauration privée poussent au transfert vers la restauration collective.

- Les locaux :

Les différentes tâches s'effectuent dans des locaux très variés en équipement. Il existe des laboratoires sophistiqués mais aussi de petites cuisines dont la salubrité doit être surveillée étroitement.

- Les outils et machines :

- La cuisson :

Le piano avec bain marie, plaques de cuisson, friteuses, sauteuses. Les fours à micro ondes, à vapeur. Les plaques lisses ou nervurées.

- L'électroménager :

Les broyeurs, mixeurs, hachoirs à viandes, malaxeurs, tranche jambon, coupe pains, éplucheurs à légumes, couteaux et autres objets tranchants.

- Les installations frigorifiques de type chambre froide.

- Les denrées travaillées :

Le cuisinier utilise aussi bien des matières premières fraîches que congelées, des conserves, des produits semi préparés ou semi cuisinés.

- Contraintes de posture :

Les gestes et postures principaux sont représentés par la station debout prolongée avec une antéflexion cervicodorsale, des gestes répétitifs et des manutentions.

2. Plonge ¹¹ :

2.1 Définition :

Le plongeur en restauration traditionnelle ou collective assure, après le tri des déchets alimentaires, le nettoyage de la vaisselle, des ustensiles de cuisine et de la batterie de cuisine, le rangement et l'entretien de la plonge. Il peut effectuer des tâches annexes selon le type de restaurant ; préparation des hors-d'œuvres, des légumes, des desserts, réception des marchandises, service des petits déjeuners, nettoyage des cuisines ou de la salle. Le métier de plongeur peut s'exercer dans des conditions très différentes, en restauration collective où le travail est plus structuré et mécanisé ou en restauration traditionnelle où l'activité reste essentiellement manuelle¹².

2.2 Caractéristiques de la profession :

Les plongeurs sont en grande majorité des hommes, d'âge moyen 40 ans, appartenant souvent à une population immigrée. Ils exercent à temps complet et plus souvent à temps partiel. Ces salariés n'ont pas de formation professionnelle et peu d'évolution de carrière.

Description des activités :

L'implantation des locaux dépend du type de restauration et de la taille du restaurant. Dans la restauration collective, il s'agit souvent d'un local isolé, séparé de la cuisine, avec une batterie de plonge indépendante pour les grosses casseroles et les ustensiles utilisés en cuisine. Dans les restaurants commerciaux, la plonge est souvent située dans les locaux de la cuisine, séparée ou non par une cloison. Ces locaux sont fréquemment exigus avec une difficulté de stockage de la vaisselle sale et propre rendant la circulation difficile. Les murs et les sols sont carrelés, la pièce est souvent aveugle.

Les outils et équipements utilisés sont variables selon la taille de la plonge, il s'agit de bacs de petites ou grandes profondeurs, de machines à vaisselle à tunnel avec

tapis roulant, de machines à laver spécifiques pour grosses batteries, de machines à verres indépendantes, de machines à plateaux, de nettoyeurs haute pression et/ou puisards, d'un broyeur à déchets alimentaires.

Par ailleurs, les produits utilisés sont des détergents, des décapants, des dégraissants et des détartrants à base de solutions antiseptiques. Dans les locaux où sont organisées les grandes plonges automatisées, la manipulation de ces produits se fait lors des opérations de trempage uniquement.

3. Service ¹³ :

3.1 Définition :

Le serveur en restauration prend les commandes, les apporte et dessert les tables. Il existe des tâches annexes comme le dressage de table, la préparation de la vaisselle avant le service puis le rangement.

3.2 Caractéristiques de la profession :

Il s'agit d'une population jeune, ayant une forte mobilité tout au long de sa carrière, et dont la formation peut être une formation sur le terrain, une école hôtelière, un BEP ou un CAP de serveur.

3.3 Description des activités :

Les différents postes sont ¹⁴ :

- commis de restaurant : il assure le nettoyage et la mise en place de la salle de restaurant, le dressage des couverts. Il effectue la liaison entre la salle et la cuisine, apporte les plats, débarrasse et participe au service des clients.
- chef de rang : responsable de la mise en place et du service des tables, il présente et sert les plats aux clients, avec ou sans l'aide d'un commis. Il peut prendre les commandes, « vend » et sert les vins.
- maître d'hôtel : il accueille les clients, leur indique leur table, les conseille dans le choix de leur menu et prend les commandes. Il dirige le travail des chefs de rang, commis ou serveurs. Il veille au bon fonctionnement de la salle de restaurant et gère le personnel de la salle.

Dans la restauration rapide, l'équipier polyvalent doit servir d'interface entre le client et la cuisine et maintenir la salle propre, surtout en présence de clientèle, changer régulièrement les poubelles, surveiller la propreté des toilettes...

L'évolution de carrière est limitée et variable d'un restaurant à l'autre.

Le serveur évolue dans un environnement très variable d'un restaurant à l'autre. Il réalise de nombreux allers et retours entre la salle et la cuisine.

Sa posture est caractérisée par une position debout omniprésente avec un piétinement important.

4. Pâtissier :

4.1 Définition ¹⁵ :

Le pâtissier réalise les opérations de fabrication des gâteaux en fonction des types de pâtisseries souhaitées (composition, décoration). Il choisit et élabore les recettes, pèse la farine et les produits annexes selon les règles du métier. Il étale la pâte au laminoir, forme les viennoiseries, fonce les fonds de tartes, puis les mets sur plaques ou sur couches. Il cuit les pâtes, prépare les mousses, dresse la pâtisserie, nettoie et entretient les équipements et les locaux de travail. Il contrôle le niveau des stocks pour lancer une nouvelle production.

4.2 Descriptif des activités :

L'implantation des locaux dépend du type de restauration et de la taille du restaurant. Dans la restauration collective, il s'agit souvent d'un local isolé, séparé de la cuisine. Dans les autres restaurants, la pâtisserie est souvent située dans les locaux de la cuisine, séparée ou non par une cloison.

Les outils et machines utilisés sont la chambre froide pour le stockage à -25°C des surgelés déjà façonnés, un compartiment froid pour le stockage de la levure et des œufs, le pétrin le plus souvent mécanique, le batteur, les balances, le mélangeur, le four et le matériel à enfourner.

Le pâtissier manipule des farines, des additifs enzymatiques (alpha amylase fongique, facilitateur de la fermentation par la levure *saccharomyces cervisiae* ; xylanase fongique, enzymes réducteurs de sucre) mais également le sucre glace ou semoule, les œufs frais, les ovo produits (produits dérivés de l'œuf), le lait, la crème, les colorants, les alcools, les extraits naturels de vanille, de cacao, les fruits frais, au sirop ou congelés.

Plus les salariés sont nombreux plus ils se spécialisent. Chaque salarié exerce en moyenne 5 tâches différentes par jour¹⁶.

C. Les risques et nuisances :

Lorsque l'on compare, à partir des données de la littérature, les nuisances subies par les différents métiers de la restauration, on s'aperçoit qu'elles sont à peu près similaires quel que soit le poste. Une enquête sur les conditions de travail et les risques professionnels dans la restauration a répertorié 20 nuisances auxquelles les salariés sont exposés¹⁶.

Type de nuisances

Température du local trop élevée

Travail au froid

Travail dans l'eau

Humidité de l'atmosphère

Vapeurs, buées, fumées

Chauds et froids

Station debout, piétinements

Outils dangereux (coupants ou électriques)

Risques de brûlures

Manipulation de produits (détergents, désinfectants)

Eclairage mal adapté

Odeurs

Port de charges lourdes

Postures ou position de travail inconfortable

Encombrement des allées ou manque de place au poste de travail

Obstacles au déplacement (plans inclinés, escaliers)

Précipitation ou efforts intermittents

Bruit

Parcours importants

Sols glissants

Parmi ces nuisances, les 10 premières sont susceptibles de favoriser l'apparition de pathologies dermatologiques telles que décrites dans le chapitre suivant. A ces

nuisances, il faut aussi considérer les contraintes horaires avec de grandes amplitudes horaires surtout dans les restaurants de ville. Les professionnels de la restauration travaillent parfois le week-end, la nuit, avec une coupure l'après midi. Le rythme de travail est fluctuant dans la journée avec les « coups de feu » aux heures des repas. De plus les cuisiniers ont souvent pour mission annexe, la gestion du personnel et des achats¹⁷.

L'étude des postes permet de mieux connaître les nuisances et les risques auxquels les salariés des métiers de la restauration sont exposés. Ces conditions de travail sont responsables de pathologies dermatologiques.

D. Principaux allergènes dans les métiers de la cuisine¹⁸

1. Les additifs alimentaires

- Les conservateurs :

Les esters de gallate sont utilisés dans les produits gras pour prolonger la conservation et en prévenir le rancissement.

Les sulfites sont des antioxydants utilisés comme conservateurs. Ils peuvent apparaître naturellement en résultant d'une fermentation. On les retrouve aussi dans les fruits secs, salades et crudités (E220-226). Les allergies de contacts semblent rares. On a plutôt décrit des asthmes, flushs, urticaires, aggravation d'eczéma atopique, dysidrose.

L'acide benzoïque et son sel de sodium se retrouvent notamment dans les sirops, sodas, fruits rouges, bière, crevettes. Ils sont responsables le plus souvent d'urticaire de contact.

- Les épices :

La banque de données du CICBAA portant sur 539 patients rapporte 6,4% de sujets adultes sensibilisés aux épices¹⁹.

Une étude réalisée sur 1000 personnes consultant pour une maladie cutanée d'origine professionnelle de 1991 à 1995 retrouve 5 dermatoses de contact allergique chez des cuisiniers ou des salariés de la restauration. Les épices responsables sont l'ail, le gingembre, la cannelle, le curry et le clou de girofle²⁰.

Les principaux allergènes retrouvés dans la littérature sont le clou de girofle, la noix de muscade, le gingembre, la cannelle, le paprika, le laurier, la moutarde et le curry¹⁸.

Le curry est un mélange d'épices contenant notamment du coriandre, du poivre noir, du chili, du safran, du curcuma, de la cardamome, de la cannelle, du gingembre, de la moutarde, de la muscade, de la girofle²¹.

Kanerva²² décrit un cas de dermatose prurigineuse des mains chez un cuisinier de 22 ans, positif en prick test à la coriandre (composant du curry) ainsi qu'à plusieurs légumes. Ce patient a été reclassé professionnellement.

De nombreux cas d'allergie à l'ail sont rapportés^{23 24}, en particulier le cas d'une salariée d'une entreprise de préparation de plats cuisinés qui présente un eczéma des deux avants bras, 2 mois après avoir été en contact avec de l'ail et une mixture d'herbes. Les patchs tests sont positifs pour l'ail, la mixture d'herbe et de baume du Pérou. Les contrôles sur 15 patients sont négatifs. Les pricks tests sont négatifs. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que la salarié portait des gants avec un intérieur en coton, ceux ci étaient en mauvais état. Le manque d'étanchéité des manchettes entraînait une accumulation d'ail et de la mixture d'herbe dans les gants²⁵.

- Les aromatisants sont des aliments ou substances végétales ou animales utilisés dans l'alimentation pour en modifier le goût et l'odeur. Ils sont complexes et variables selon leur provenance :
 - Les arômes viandes et volailles sont utilisés pour aromatiser les protéines d'origine végétale, les soupes industrielles, les conserves. Les principaux composés utilisés sont les furanes, pyridines, pyrazines, des γ -butyro lactones.
 - Les arômes poissons et fruits de mer comportent notamment des composés à base d'aldéhydes benzéniques.
 - Les arômes légumes comportent, pour la pomme de terre des composés volatiles à base de méthional, d'hydrofuranne, de piperazine ; pour l'ail et l'oignon des sulfures et thiocyanate d'allyle ainsi que des furanes...
 - Les arômes fruits sont à base de limonène, citronellal, et citral pour les plus connus.
 - Les arômes épices et condiments sont souvent semblables à ceux des parfums.

Les aromates sont des candidats particuliers à l'induction de dermatites aéroportées.

- Les agents de textures, tels que les alginates, les gommes végétales, les gélatines et lécithines de soja, le caséinate de sodium (hot-dog).

- Les enzymes comme la papaïne utilisée dans l'industrie de la bière, l'alpha amylase utilisée dans la farine.
- Les colorants sont rarement mis en causes dans les dermatites de contact aux aliments.

2. Les fruits et légumes :

La dermatite des céréales, surtout à type de prurigo, est une dermatite professionnelle¹⁸.

Le falcarinol retrouvé dans les carottes, le céleri et le persil est responsable d'allergies de contact croisées chez une cuisinière d'école²⁶.

Tavadia²⁷ décrit une allergie croisée latex, tomates et pommes de terre chez une cuisinière atopique de 39 ans travaillant dans un restaurant de poisson et de pizza.

Le fenouil est également retrouvé comme responsable d'eczéma de contact chez un cuisinier de 43 ans²⁸.

Enfin, le concombre et les fraises sont responsables d'urticaires de contact chez une cuisinière exerçant depuis 20 ans²⁹.

Kanerva et al.³⁰ résument en 1995 les cas rapportés (généralement d'origine professionnelle) qui incluent les fruits et légumes suivants ; amandes, bananes, haricots, cumin, carottes, ricin, choux-fleurs, céleri, chicorée, cresson, concombre, fenouil, aubergine, endive, figues, ail, noisette, raifort, kiwi, citron, laitue, champignons, oignon, piments, persil, cacahuètes, ananas, pommes de terre et tomates.

3. Les viandes, les poissons et les crustacés :

Toutes les viandes peuvent être responsable d'urticaires de contact, mais la viande de bœuf est le plus souvent citée. L'urticaire qui peut se caractériser uniquement par un prurit immédiat des mains, peut parfois toucher la nuque, ou être associée à un eczéma des mains et des avant-bras.

Aspergillus et Hormodendrum, des moisissures présentes sur l'ensemble du salami, ont été responsables d'urticaire de contact. Ces moisissures sont ajoutées au salami pour le vieillir¹⁸.

Le poisson a été à l'origine de la description de la dermatite de contact aux protéines par Hjorth et Roed Petersen³¹, avec aux tests cutanés ouverts, une réaction vésiculeuse sur les zones préalablement atteintes d'eczéma atopique et une réaction urticarienne sur les zones non atteintes.

Chez les cuisiniers, une dermatite de contact aux protéines de calamar et de crevette a été décrite^{32 33}.

II. Recueil de cas cliniques de dermatoses dans les métiers de la restauration en région Lorraine³⁴.

Dans le cadre de ce sujet de thèse, nous avons proposé à l'IMSTL de réaliser une enquête s'intitulant « les pathologies dermatologiques dans les métiers de la cuisine ».

A. Objectifs de l'étude

Cette étude doit permettre de collecter et décrire les dermatoses professionnelles sur une période donnée dans les métiers de la restauration. Ces cas sont recensés par les médecins du travail membres de l'IMSTL.

B. Méthode

Le questionnaire à choix multiples (sur une page recto verso) a été validé par le comité scientifique de l'Association. (Annexe 1)

Le schéma de l'étude, le questionnaire ont été présentés et distribués aux médecins de l'IMSTL. Certains, médecins responsables d'établissements avec des effectifs particulièrement conséquents dans les métiers de la restauration, ont été contactés personnellement.

Les réponses des médecins du travail s'effectuaient de façon spontanée par courrier postal.

Le recueil des données a été effectué sur une durée d'un an et 3 mois.

Il s'agit d'une étude transversale d'observations de cas de dermatoses dans les métiers de la cuisine entre mars 2003 et mai 2004 en Lorraine.

C. Résultats

1. Données globales

Douze médecins établis sur la Meurthe et Moselle, la Moselle et les Vosges ont envoyé entre une et dix fiches signalétiques remplies.

Trente et un dossiers ont été rapportés, 16 dossiers antérieurs ne correspondant pas à la date d'inclusion ont été exclus.

Quinze dossiers de lésions dermatologiques en rapport avec la profession entre mars 2003 et mai 2004 ont été retenus.

- Données globales :

Le sex ratio était de 1,5, la moyenne d'âge était de 36 ans, 86,6% du recrutement correspondait à un statut soit d'artisans, soit de contrat à durée indéterminée. La majeure partie de l'effectif travaillait pendant une durée de 35 heures.

- Type de restauration étudiée :

Cinquante trois pour cent, soit 8 personnes de notre effectif travaillaient en restauration collective alors que 27% (4 personnes) étaient en restauration traditionnelle et 20% (3 personnes) en restauration rapide.

- Type de poste étudié :

L'effectif de cette étude regroupait 5 cuisiniers, 4 plongeurs, 1 serveur. Ces salariés étaient affectés à ce poste exclusivement. Cinq polyvalents étaient affectés à l'ensemble des tâches. Les pourcentages concernant la répartition des cas en fonction du type de poste sont rapportés dans le tableau suivant.

Poste	Effectif	Pourcentage
Cuisinier	5	33,3%
Plonge	4	26,7%
Service	1	6,7%
Polyvalent	5	33,3%

Tableau 1 : Effectifs par poste de travail

- Ancienneté au poste actuel :

L'ancienneté de ces salariés dans leur fonction actuelle oscillait entre 3 mois et 15 années. La moyenne, en terme d'ancienneté au poste, se situait à 5 ans et demi. Soixante quinze pour cent de la population étudiée avait moins de 10 ans d'ancienneté dans sa fonction actuelle.

- Pathologies rapportées :

Les pathologies dermatologiques relevées par les médecins du travail étaient au nombre de 6 dermites d'irritation, 1 eczéma. Parmi ces cas rapportés, 5 avaient réalisé un bilan dermato-allergologique. Pour une personne, un bilan a été proposé mais n'a jamais été réalisé.

Une verrue, 2 onychomycoses des mains, 2 périonyxis bactériens, 2 brûlures et une plaie ont également été rapportés.

Aucun cas de panaris, d'insuffisance veineuse, de psoriasis, d'urticaire, de dermatite atopique ou de syndrome de Raynaud n'a été rapporté.

Types de pathologies dermatologiques signalées	Nombre de cas
Dermite d'irritation	6
Eczéma	1
Verrue	1
Onychomycose des mains	2
Panaris	0
Perionyxis bactériens	2
Insuffisance veineuse	0
Psoriasis	0
Brûlure	2
Plaie	1
Urticaire	0
Dermatite atopique	0
Syndrome de Raynaud	0

Tableau 2 : Effectif par pathologie

- Les antécédents médicaux notifiés par les salariés:

Antécédent	Nombre de cas
Diabète	0
Dermatite atopique	1
Rhinite allergique	2
Asthme allergique	0
Eczéma	1
Onychophagie	4

Tableau 3 : effectif par antécédent

Les antécédents médicaux étaient représentés par une onychophagie dans 4 cas, 1 cas d'eczéma antérieur mal défini, 2 rhinites allergiques et une dermatite atopique. Notons que 4 personnes présentaient un terrain allergique.

- Mode d'évolution des pathologies :

La date moyenne d'apparition des lésions se situait à la fin de l'année 2002, soit environ 6 mois avant le début de la collecte des cas par les médecins du travail. Selon les données des fiches, sept pathologies étaient considérées comme guéries : on retrouve parmi celles-ci 2 périonyxis, 1 dermatite d'irritation, 2 brûlures, une plaie et une verrue.

Trois pathologies étaient considérées par les médecins du travail comme stabilisées : il s'agissait de 3 dermatites d'irritation.

Cinq pathologies étaient considérées par les médecins du travail comme chroniques : parmi celles-ci, 1 eczéma, 2 dermatites d'irritation, 2 onychomycoses.

- Accidents :

Les déclarations en accident du travail étaient au nombre de deux. Elles concernaient une plaie et une brûlure.

- Maladie Professionnelle :

Enfin, en ce qui concerne les pathologies professionnelles, un médecin du travail a conseillé une déclaration en maladie professionnelle au tableau numéro 77 pour un périonyxis, nous ne savons pas si celle ci a été reconnue.

2. Description clinique des cas rencontrés par nos confrères

- Dermatite d'irritation :

Le premier cas rapporté était un cuisinier de 45 ans qui présentait une dermatose récidivante, invalidante érythémato-squameuse fissuraire du dos des mains l'hiver. Ce salarié avait des antécédents atopiques avec une rhinite allergique aux acariens pour laquelle il a eu une désensibilisation par voie injectable.

En 2000, alors qu'il travaillait dans un restaurant gastronomique, il a fait une première poussée de cette dermatose sans atteinte palmaire régressive au printemps. Depuis, ce salarié n'avait pas représenté ce type de dermatose alors qu'il était parti dans la restauration collective. Il avait beaucoup moins les mains dans l'eau. En février 2004, après un nouveau changement de poste, cette dermatose a récidivé sans changement des produits manipulés, qu'il s'agisse des aliments ou des produits de nettoyage. Le rythme de la dermatose et sa description correspondaient à une dermatite d'irritation sur un terrain atopique.

Le prick test au latex ainsi que les pricks alimentaires sont tous négatifs. La batterie standard ne retrouve pas de sensibilisation, une sensibilité au chlorure de benzalkonium était retrouvée sur une batterie antiseptiques, anti-oxydants et excipients. Aucune pertinence n'a été retrouvée.

Le diagnostic de dermatite d'irritation a été retenu, une crème réparatrice ainsi que le port de gants lors du contact avec les produits de nettoyage ont été prescrits.

Le deuxième cas est une femme de 38 ans, embauchée depuis seize ans au poste de plonge dans une restauration collective. Elle ne présente pas d'antécédent particulier. Elle consultait son médecin du travail avec des lésions eczématiformes des avant bras et du visage. Elle signalait être exposée à de nombreuses projections de produit lessiviel (détergent alcalin servant au trempage, souvent utilisé pour de grosses pièces).

Le bilan allergologique proposé à la patiente n'a jamais été réalisé. Une étude de poste a révélé que les doses de produit préconisées par le fournisseur n'étaient pas respectées. Après un arrêt de travail de quinze jours, une information de la hiérarchie et de la salarié, une correction des erreurs de doses, la reprise de travail s'est effectuée sans aucune complication ou récurrence.

Un agent de la fonction publique, âgé de 42 ans, polyvalent en cuisine, ayant réalisé son apprentissage de pâtissier en 1977 et exerçant ce métier depuis 1986, présentait en octobre 2003 des lésions de dermatite d'irritation d'après le médecin du travail. Cet agent n'avait pas d'antécédent connu, aucun bilan complémentaire n'a été réalisé, le port de gants pour la plonge a été recommandé.

Un agent de la fonction publique, âgé de 29 ans, cuisinier depuis 1998 dans le même hôpital, présentait une dermatite des mains hivernale reproduite tous les ans. L'agent se soignait spontanément à l'aide de nivéa crème®, qui selon lui était d'une excellente efficacité. Le salarié refusait un bilan allergologique, il refusait de changer de crème. Le médecin du travail lui conseillait de mettre des gants lors de la manipulation des fruits et légumes, des viandes et poissons.

Un agent hospitalier de 33 ans, cuisinier et plongeur occasionnel depuis 1984 présentait une dermatite érythémato-squameuse fissuraire des deux mains à rythme hivernal. Les lésions avaient été améliorées lors d'un arrêt de

travail et une aggravation des lésions lors du port prolongé des gants. Il ne présentait pas de terrain atopique.

Les prick tests courants, alimentaires étaient négatifs. Les tests épicutanés de la batterie standard, conservateurs, anti-oxydant, excipients et métaux étaient négatifs, hormis un sodium métabisulfite positif à 2 + non pertinent. Les différents savons et gants en vinyle utilisés avaient été testés et étaient négatifs.

Le prélèvement mycologique était négatif.

Les conseils recommandés étaient de porter des gants lors du nettoyage des légumes, une crème à base de baume du Commandeur a nettement amélioré ses lésions. Par la suite, le salarié ne s'était plus plaint, il portait sous les gants en vinyle une paire de sous gants en coton.

Une femme de 21 ans, présentant des antécédents de rhinite allergique était plongeuse dans une cafétéria depuis 3 mois. Elle présentait des lésions eczématiformes des mains apparues d'après la salariée un an auparavant.

Un avis dermatologique a été demandé, des tests allergologiques n'ont pas retrouvé de sensibilisation. Le diagnostic de dermatite d'irritation avait été porté.

Le port de gant et de crèmes barrières avaient été recommandées.

- Eczéma

Un plongeur de 45 ans travaillant dans la restauration traditionnelle depuis 2000, présentait des lésions d'eczéma évoluant sur un mode chronique depuis 2002. Un avis dermatologique associé à un bilan allergologique trouvait un prick test positif à + pour Fragrance mix à 120 heures, un test douteux pour le produit de plonge utilisé.

Un test à la Bactilysine 0,1% dans l'eau était positif à + pertinent.

En effet, un produit était particulièrement incriminé mais aucune composition n'a pu être obtenue. Il s'agissait d'un produit de plonge, concentré, désinfectant. Celui ci a été changé.

Les conseils communiqués aux salariés n'ont pas été rapportés.

- Plaie et brûlures

Une femme de 43 ans, polyvalente dans une cafétéria d'un centre commercial a été victime d'une plaie de la face dorsale de la première phalange de l'index gauche alors qu'elle coupait des tomates pour les préparations froides. La plaie peu profonde, sans atteinte ligamentaire, a été suturée au bloc opératoire. L'accident avait été déclaré en accident du travail. Il persistait une légère dysesthésie en visite de reprise.

Une des complications rapportée dans un cas non inclus dans l'étude est la formation d'un panaris au niveau du point de piqûre par un couteau souillé non désinfecté. L'agent de service avait bénéficié d'un arrêt maladie jusqu'à la guérison du panaris.

Un homme de 28 ans, polyvalent dans un service de restauration collective depuis 1996, présentait en visite de reprise après accident de travail une cicatrice de brûlure. Celui-ci s'était brûlé au deuxième degré la face dorsale de la main gauche en voulant déplacer un récipient à réchauffer dans le bain-marie, il s'est brûlé avec l'eau et la résistance électrique.

Une femme de 20 ans, polyvalente dans une restauration rapide depuis 2002, présentait une brûlure du poignet et du coude après avoir soulevé un toasteur chaud. La brûlure était signalée lors de la visite annuelle, deux mois après l'accident. Celui-ci n'avait pas été déclaré en accident de travail.

De nombreuses plaies (par coupures et brûlures) déclarées dans le registre des accidents bénins dans le cadre d'une restauration collective pour étudiants n'ont jamais été constatées dans le service de médecine du travail. Les plaies et une grande partie des brûlures étaient prises en charge par la médecine de ville ou d'urgence.

- Onychomycose

Un homme de 27 ans en troisième année d'apprentissage en cuisine présentait lors d'une visite annuelle une onychomycose des mains évoluant

depuis 1 an. Celle-ci était associée à une onychophagie. Le médecin du travail lui conseilla de consulter son médecin traitant pour mise en route d'un traitement adapté. Par ailleurs, le médecin du travail lui recommandait de se sécher soigneusement les mains. Il ne bénéficia pas d'un arrêt de travail et ne souhaita pas réaliser de déclaration en maladie professionnelle.

Un homme de 46 ans, plongeur dans une restauration traditionnelle depuis 2001, présentait une onychomycose des mains attestée par un avis dermatologique et mycologique.

Une information sur la maladie professionnelle avait été donnée au salarié. Celui-ci avait été traité par un traitement anti-fongique.

- Périonyxis d'origine bactérienne

Une femme de 57 ans consultait dans le service de dermatologie de Nancy pour un périonyxis au niveau du majeur droit associé à un bourgeon charnu au niveau de la base de l'ongle. La patiente était plongeuse dans une brasserie. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques mettaient en évidence du staphylocoque méti-sensible. Un arrêt de travail était prescrit par le dermatologue associé à la prescription de CIFLOX® per os et de FUCIDINE pommade. L'écoulement a été tari en quelques jours, le bourgeon charnu a disparu spontanément. Des stries longitudinales observées sur les ongles correspondaient au fait que la patiente refoulait régulièrement les cuticules. Le dermatologue lui a recommandé de limiter cette pratique qui pouvait favoriser la survenue de périonyxis.

Un homme de 21 ans, cuisinier dans une restauration collective présentait un périonyxis inflammatoire des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} doigt de la main droite et du 2^{ème} doigt de la main gauche associé à une onychophagie. Un staphylocoque aureus était trouvé lors des prélèvements bactériologiques au niveau cutané et des fosses nasales.

Le médecin du travail avait rendu le port de gants obligatoire pendant les 5 jours de traitement par Bactroban® et douches à l'Hibiscrub®, associés à une pose de vernis amer pour sensibiliser à l'onychophagie.

- Verrue

Une femme de 54 ans, affectée aux cuisines d'un fast-food, présentait lors d'une visite périodique en médecine du travail, une verrue de la main. La salariée a été maintenue au poste avec port obligatoire de gants jusqu'à disparition de la lésion. La patiente a été adressée à un dermatologue.

- Contamination cutanée

Ce cas rapporté n'est pas inclus dans l'étude de par son antériorité, mais est intéressant de le discuter.

La présence d'*Aspergillus* était retrouvée sur les mains d'un salarié de 38 ans atteint par ailleurs de lésions psoriasiques et eczématiformes. Ce salarié était cuisinier en contrat à durée indéterminée dans une restauration collective d'hôpital. Il était chargé de la préparation des plats pour les immunodéprimés. Pendant le traitement, et après avis du service de maladies infectieuses, l'agent a été affecté à l'internat où les clients étaient à priori des gens immunocompétents. Il n'y a pas eu d'obligation de port de gants.

Les pathologies citées dans notre étude sont présentes dans les métiers de la cuisine. Il est important de faire le point sur la pathologie afin d'aider le médecin du travail dans sa recherche diagnostique et lui permettre de mettre en place une conduite à tenir et une prévention adaptée.

III. Les dermatoses des métiers de la restauration classées par type de nuisance ou de risque.

A. Rappel des faits

Une enquête d'un an et 3 mois sur les pathologies dermatologiques dans les métiers de la restauration en Lorraine a été réalisée. Douze médecins du travail ont rapporté 15 dossiers de lésions dermatologiques. Le sex ratio est de 1,5, la moyenne d'âge est de 36 ans. Huit personnes travaillent en restauration collective, 4 en restauration traditionnelle et 3 en restauration rapide. Les postes occupés regroupaient 5 cuisiniers, 4 plongeurs et 1 serveur. Cinq polyvalents étaient affectés à l'ensemble des tâches. La moyenne d'ancienneté au poste est de 5,5 ans.

Sur 15 cas, on rapporte 6 dermatites d'irritation et 1 eczéma de contact, 1 plaie, 2 brûlures, 2 périonyxis bactériens, 1 verrue, 2 onychomycoses de main, aucune dermatite de contact aux protéines. La guérison est observée dans 7 cas, la stabilisation dans 3 cas rapportés et la chronicisation dans 5 cas.

Dans cette enquête, les pathologies dermatologiques dans les métiers de la cuisine sont donc des pathologies rares puisque seuls 15 cas sont recensés sur les 204 médecins du travail que comptait l'IMSTL.

B. Les études de la littérature comparées à notre enquête

- Les métiers de la restauration, un secteur d'activité à risque de dermatoses professionnelles :

Le secteur de l'alimentation constitue l'un des principaux groupes professionnels à risque de dermatoses professionnelles³.

Au Danemark, où les médecins doivent déclarer toutes les maladies professionnelles, il constitue le 3^{ème} groupe à risque de dermatoses professionnelles le plus élevé avec une fréquence de 5,3%³⁵.

En 1995, une étude allemande sur les déclarations de maladies professionnelles, rapportait 79 pathologies chez les cuisiniers du nord de la Bavière en 3 ans. Soit un taux d'incidence de 34/10 000 pour 3 ans³⁶.

Dans notre étude, le taux d'incidence pour l'année 2002 était évalué à 1,14 pour 10 000 employés.

Nous ne sommes donc pas exhaustif dans notre étude, même si notre recrutement ne s'étale que sur 1 an et 3 mois.

Ce faible taux peut s'expliquer par le fait que :

- Les dermatoses professionnelles sont à déclaration obligatoire en Allemagne.
- La visite annuelle et maintenant bisannuelle n'a pas lieu au moment de la pathologie.
- Les salariés ne connaissent pas le rôle du médecin du travail. Ils préfèrent un résultat curatif que leur médecin traitant pourra leur donner et ne savent pas qu'il existe des moyens de prévention pour bon nombre de pathologies.
- Le tiers temps du médecin du travail est aujourd'hui plus orienté sur le risque chimique dans certaines entreprises. La restauration, considérée sur ce thème comme moins dangereuse, est peut-être délaissée.
- Dans cette étude, 8 pathologies sur 15 sont considérées comme stabilisées ou chroniques. Le manque de solution thérapeutique ou le manque de moyens financiers sur le plan de la prévention dans de petites entreprises décourage peut-être le médecin du travail.
- La déclaration en maladie professionnelle apporte peu de bénéfice au salarié. Le risque de changement de poste lui fait même probablement peur et peut-être n'ose-t-il pas parler de ses problèmes dermatologiques.
- Le médecin du travail n'est peut-être pas suffisamment sensibilisé à la dermatologie. En effet, sur les 31 cas rapportés, un médecin du travail en a relaté 10. Même si tous les cas n'ont pu être inclus, cela montre bien que les dermatoses existent bien. Ce sous-diagnostic est regrettable car il existe de nombreuses solutions peu coûteuses pour améliorer les conditions de travail et de vie pour ces salariés. Ces derniers sont très friands de nos conseils, même si, dans la réalité, ils ne les mettent pas tous en œuvre.
- Le médecin du travail n'a peut-être pas le temps ou l'envie de participer à des enquêtes épidémiologiques.

En 1986, Gawkrödger³⁷ rapportait 15% de dermatoses sur un effectif de 121 employés de cuisine dans un hôpital. La majeure partie de ces dermatoses est représentée par ces dermites d'irritation.

Dans notre étude, malgré le faible recrutement, la hiérarchisation des pathologie semble préservée, notamment la prédominance des dermites d'irritation.

- Les urticaires :

Les métiers de la restauration sont responsables d'un grand nombre d'urticaires d'origine professionnelle. On retrouve 56 salariés de la restauration sur 815 urticaires de contact d'origine professionnelle entre 1990 et 1994 en Finlande³⁸.

La collecte des données étant différente entre notre étude et celle des finlandais, nous ne pouvons comparer les résultats.

- Les eczémas et dermites d'irritation :

Sur 72 consultations, entre 1987 et 1991, chez des employés des métiers de la restauration, Acciali³⁹ rapportait 16 cas de dermites d'irritation : 14 cas de dermites d'origine allergique, notamment aux métaux, au baume du Pérou, au bisulfite de sodium, aux thiurams, au butyl hydroxyanisole et à l'ail. Par ailleurs, il rapporte 2 cas de dermatites de contact aux protéines, 1 cas de paronychie candidosique et 19 autres maladies cutanées non professionnelles urticariennes ou de dermatite atopique.

Greig, rapporté par Cronin⁴⁰, met en évidence dans sa thèse que 25% des ménagères comme des employés des métiers de l'alimentation, présentent une dermatite de contact aux aliments, qu'elle soit irritative, urticarienne ou eczémateuse.

Notre étude montre une prédominance des dermatites d'irritation. Elle montre l'importance des conseils de prévention simples à apporter au moment de la formation et pendant l'activité des personnels de cuisine.

- Dermite de contact aux protéines :

L'effectif trop restreint de cette étude n'a pas permis de relever de dermite de contact aux protéines. Même si les cas sont rapportés dans la littérature pour les métiers de la cuisine⁴¹, il n'existe pas de statistique faisant état de cette pathologie dans les métiers de la restauration.

On peut se demander si cette pathologie est connue du médecin du travail.

- Evolution des pathologies dans le temps :

L'évaluation de l'évolution des pathologies dans le temps.

Dans la littérature, seule une étude fait état d'un suivi de 32 salariés de la restauration atteints de dermatoses professionnelles (dermatites d'irritation et eczéma de contact) pendant une durée de deux ans⁴² :

- 19 patients ont continué à cuisiner. Parmi ces derniers, 4 ont guéri, 15 ont des poussées régulières sur leurs mains.
- 13 patients ont dû changer de métier à cause de leur lésions. 4 ont vu leur lésions disparaître après le changement de travail, 9 ont continué à avoir des poussées d'eczéma, 5 d'entre eux étant notamment atopiques.

Si nous ne considérons que nos 6 cas de dermatites d'irritation et un eczéma de contact, 1 seul guérit, 3 se stabilisent et 3 deviennent chroniques. Nous restons donc dans les mêmes proportions malgré notre petit effectif.

Notre étude ne rapporte aucun cas de reclassement professionnel. Cependant si la profession du salarié a changé, il est possible qu'il ne soit plus dans les effectifs du médecin du travail et qu'il n'ait pas été comptabilisé.

C. Description clinique et facteurs étiologiques des dermatoses dans les métiers de la restauration

Nous allons réaliser un rappel sur les différentes pathologies favorisées par les conditions de travail dans les métiers de la restauration. Les pathologies sont classées en fonction des nuisances ou des activités qui les favorisent afin d'aider le médecin du travail dans sa démarche diagnostique et de prévention.

1. Les plaies

1.1 Rappels de notre étude

Dans notre étude, seul un cas de plaie de la face dorsale de la première phalange de l'index gauche est rapporté. Il faisait suite à une erreur de manipulation d'un couteau lors de la découpe de tomates pour les préparations froides.

1.2 Epidémiologie

D'après les données de la CRAM², les outils à main, les couteaux, occasionnent 15% des accidents dans la restauration traditionnelle.

1.3 Diagnostic

Les plaies des parties molles s'accompagnent d'une effraction, voire d'une perte de substance cutanée.

L'interrogatoire permet dans un premier temps d'évaluer avec précision le terrain du patient (âge, immunodéficience, corticothérapie, diabète, etc...) ainsi que la nature de l'agent pénétrant (couteau, scie,...).

Dans un second temps, l'examen clinique permet de préciser l'aspect de la plaie (franche, contuse ou siège d'une perte de substance), de suspecter une lésion profonde vasculaire, nerveuse ou musculotendineuse.

Une radiographie doit être prescrite de façon systématique si le siège de la lésion est en regard de la main ou d'une articulation.

L'examen attentif de la plaie (sous anesthésie locale éventuelle) aux Urgences chirurgicales doit permettre de décider si la plaie doit être parée et explorée au bloc opératoire.

1.4 L'évolution et les complications

- Immédiates

- Plaie de nerf :

Elle doit être suspectée devant une plaie profonde située sur le trajet des axes nerveux des membres ou devant un déficit sensitivomoteur du membre.

La plaie doit être explorée au bloc opératoire dans les 12 heures pour contrôler l'intégrité du nerf en amont et en aval de la plaie.

- Atteinte vasculaire :

Il s'agit d'une urgence.

Les mesures thérapeutiques préconisées sont :

- *La compression directe de la plaie ou le clamage éventuel du vaisseau.

- *Le remplissage vasculaire.

- *L'exploration chirurgicale en urgence (moins de 6 heures après le traumatisme).

Elle est suspectée devant une plaie profonde située sur le trajet des axes vasculaires des membres ou devant une plaie hémorragique en jet ou avec un hématome pulsatile, ou enfin en présence d'un syndrome ischémique (douleur, membre froid et blanc, paralysie sensitivomotrice).

Ces différentes situations peuvent être associées à un choc hypovolémique.

- Secondaires

La principale complication à redouter est l'infection. Son risque augmente en cas de retard de traitement, chez les sujets âgés ou présentant une diminution de l'immunocompétence.

L'infection est souvent polymicrobienne. Le tétanos doit être systématiquement prévenu.

1.5 La plaie de la main.

Les plaies de la main méritent une attention particulière du fait de la fréquence élevée de lésions tendineuses et nerveuses associées et de leur risque potentiel infectieux important.

Un testing clinique précis et rigoureux des tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts doit être réalisé avant l'exploration chirurgicale.

Un examen moteur et sensitif complet doit permettre le diagnostic de lésions nerveuses.

Les amputations doivent être transférées le plus rapidement possible dans un centre spécialisé de type « Urgences mains ». Le ou les doigts amputés doivent être conservés entourés dans une compresse puis mis dans un sac de glace pour éviter une nécrose des tissus par contact direct du doigt amputé avec la glace⁴³.

2. Insuffisance veineuse des membres inférieurs⁴⁴

2.1 Rappel des facteurs favorisant l'insuffisance veineuse dans les métiers de la restauration

L'insuffisance veineuse n'est jamais rapportée dans notre étude et aucune étude spécifique aux métiers de la restauration concernant cette pathologie n'a été trouvée.

Pourtant, le travail en cuisine est souvent favorable à la survenue d'une insuffisance veineuse par la station debout prolongée, l'ambiance chaude et humide à proximité des fours et des cuisinières.

2.2 Diagnostic

Nombreux et d'intensité variable, les signes fonctionnels d'insuffisance veineuse les plus fréquemment rencontrés sont :

- les lourdeurs ou pesanteurs de jambes. Il peut s'agir d'une fatigabilité à la station debout, d'une gêne ou d'une tension obligeant le salarié à s'asseoir.
- les impatiences ou «syndrome des jambes sans repos» sont des sensations d'engourdissement des membres inférieurs apparaissant au cours du repos allongé ou lors de la station assise. Elles surviennent principalement la nuit, obligeant le salarié à se lever et à marcher.
- les crampes nocturnes peuvent exister mais sont parfois difficiles à rattacher à une pathologie veineuse.
- des paresthésies avec prurit, fourmillements ou engourdissements sont possibles, de même que des dysesthésies des jambes (sensation de chaleur ou de froid) pouvant aller évoluer vers l'érythémalgie nocturne. Il s'agit d'une sensation nocturne de chaleur intense, de cuisson des pieds, accompagnée d'un érythème diffus, amenant le patient, de façon stéréotypée, à enlever les draps et rechercher le contact avec un sol froid (amélioration de la symptomatologie lors de l'immersion dans l'eau froide).

Ces signes fonctionnels caractérisent une insuffisance veineuse lorsqu'ils sont :

- majorés dans la journée, ou lors de la station debout prolongée.
- induits par le chauffage par le sol, par certaines conditions de pression atmosphérique (temps lourd et humide).
- calmés par le contact avec le froid, la surélévation des jambes, l'exercice physique et la contention élastique.

2.3 Les différentes formes cliniques

- Selon l'étiologie

- Insuffisance veineuse primitive

Fréquente surtout chez les femmes, elle est représentée d'une part par les varices essentielles qui intéressent le plus souvent la grande saphène interne, fréquemment de façon bilatérale, mais également par l'insuffisance valvulaire profonde. Cette dernière, plus rare, réalise un tableau fonctionnel très gênant, avec des varices parfois inapparentes au début, puis diffuses avec des perforantes incontinentes.

- Insuffisance veineuse secondaire

Elle est essentiellement le fait de la maladie post-thrombotique veineuse. Elle présente des signes particuliers :

- varices diffuses de répartition anarchique
- siégeant au tiers inférieur de jambe
- volontiers unilatérales
- sur un membre souvent augmenté de volume par rapport au membre controlatéral
- apparues tardivement
- en relation avec des perforantes incontinentes alors que la crosse saphène est respectée;
- avec des troubles trophiques dus à la stase veineuse évolutive
- et des notions d'antécédents de thrombose veineuse profonde.

Les varices des angiodyplasies également à l'origine d'une insuffisance veineuse secondaire sont généralement diffuses, non systématisées avec (syndrome de Parkes-Weber) ou sans (syndrome de Klippel-Trenaunay) communications artérioveineuses.

- Selon le terrain

Les varices de la grossesse apparaissent généralement au premier trimestre ; les douleurs siègent sur le trajet veineux. Leur maximum de développement se situe au cinquième mois. Après l'accouchement, elles ont tendance à régresser, voire à disparaître. Des varices préexistantes peuvent être aggravées par la grossesse. Le débit artériel majoré par l'activité sportive augmente le débit veineux et peut entraîner une augmentation du calibre des veines superficielles pouvant se compliquer par l'apparition d'un reflux veineux ; il ne s'agit pas de varices à proprement parler, mais cela peut, dans certains cas, précipiter une maladie variqueuse à l'arrêt de l'activité sportive.

2.4 Evolution⁴⁵

Les varices résultent de l'altération de la paroi veineuse ; la veine se dilate, de manière transitoire puis permanente et son trajet devient sinueux.

Au delà de la gêne esthétique, les varices peuvent être responsables de complications aiguës ou chroniques : la thrombophlébite superficielle, la thrombose veineuse profonde, la rupture de varice ou de perle variqueuse, l'eczématisation en regard du trajet variqueux, l'ulcère de jambe que l'on observe aussi bien lors des défaillances des veines superficielles que profondes.

- Manifestations cutanées réversibles de l'insuffisance veineuse :

Certaines manifestations cutanées régressent ou disparaissent après correction de l'hyperpression veineuse.

- L'oedème périphérique ; à prédominance vespérale, il disparaît en position déclive.
- Le purpura : prédominant à la partie distale des membres inférieurs, il est disposé le long d'un trajet variqueux.

- La dermite ocre : due aux dépôts ferriques dermiques secondaires à l'extravasation des hématies, elle siège préférentiellement à la partie distale de la jambe. Elle peut régresser lors de l'amélioration de la circulation veineuse mais le plus souvent elle est irréversible.
 - Les eczémas jambiers : leur origine doit être déterminée précisément par un dermatologue.
 - La dermite de stase, d'étiologie multifactorielle, est régulièrement prurigineuse, peut être aiguë, exsudative ou chronique, sèche.
 - L'eczéma de contact des membres inférieurs complique fréquemment l'insuffisance veineuse chronique. Les altérations cutanées et microcirculatoires prédisposent le patient à une sensibilisation aux nombreux topiques émollients, phlébotoniques ou cicatrisants utilisés. Un bilan allergologique est indispensable.
 - La papillomatose cutanée, résultant d'une stase lymphatique chronique, est souvent associée. De larges nappes hyperkératosiques d'aspect verruqueux, de couleur gris-brun, siègent sur le dos des orteils, du pied, ainsi que dans les régions malléolaires.
- Les troubles trophiques ne sont pas complètement réversibles :
- L'ulcère de jambe correspond à une perte de substance chronique d'importance variable et siégeant préférentiellement à la face antérieure de la jambe.
 - L'hypodermite scléreuse est constituée de placards de couleur rouge-brun, plutôt bien limités, infiltrés et douloureux à la pression.
 - Les calcifications sous cutanées se développent autour des foyers de nécrose graisseuse et de fibrose.

3 Les brûlures

3.1 Rappels de notre étude

Nous avons rapporté deux cas de brûlures : un polyvalent dans un service de restauration collective présentant en visite annuelle une cicatrice de brûlure du 2^{ème} degré du dos de la main gauche provoqué par une erreur de manipulation d'un bain-marie et une femme de 20 ans, polyvalente dans une restauration rapide depuis 2002, présentant une brûlure du poignet et du coude après avoir soulevé un toasteur chaud. La brûlure était signalée lors de la visite annuelle, deux mois après l'accident. Aucun des deux accidents n'a été déclaré en accident du travail. Selon la CRAM², en 2001, 5% des accidents du travail déclarés dans les métiers de la restauration étaient dus à des produits chauds.

3.2 Brûlures⁴⁶

Une brûlure est une lésion du revêtement cutané produite par l'action de la chaleur, de l'électricité, de produits caustiques ou de divers rayonnements. Seules les brûlures limitées, peu profondes, concernent le dermatologue. Il est donc essentiel d'apprécier les éléments pronostiques d'une brûlure afin de pouvoir diriger les patients le plus rapidement possible vers un service spécialisé. Trois éléments pronostiques sont essentiels ; la surface brûlée, la profondeur et l'âge du patient. De plus, certaines localisations comme les paupières, la bouche et les doigts nécessitent des traitements spécifiques en raison des risques de complications. Enfin, le dermatologue est amené à prendre en charge les séquelles de brûlures et l'érythème *ab igne*.

3.2.1 Etendue de la brûlure

La codification en pourcentage suit une règle classique de Pulaski et Wallace : cette « règle des 9 » évalue chaque segment corporel comme multiple ou sous-multiple de 9%. Néanmoins, on a souvent tendance à surévaluer la surface brûlée. Pour apprécier les petites surfaces, la méthode de la paume de la main est un complément très utile. La surface de la paume de la main et des doigts représente

1% de la surface corporelle. Dans les centres spécialisés, on utilise des tables plus précises.

3.2.2 Profondeur de la brûlure

On distingue classiquement trois degrés d'atteinte :

- 1^{er} degré (ou brûlure superficielle) : elle atteint histologiquement le *stratum corneum* mais peut s'étendre à tout l'épiderme en excluant la membrane basale. Cliniquement, il s'agit d'un érythème douloureux, non phlycténulaire qui guérit en quelques jours sans séquelles.
- 2^e degré : Les lésions s'étendent à la totalité de l'épiderme et à une partie plus ou moins importante du derme. On distingue le deuxième degré superficiel qui se caractérise cliniquement par la présence de phlyctènes et d'une douleur très vive au moindre contact ; cette hyperesthésie est capitale pour le diagnostic. Dans le deuxième degré profond, la brûlure atteint largement les couches profondes du derme.
- 3^e degré : elle entraîne une destruction totale du revêtement cutané. Aucune reconstruction spontanée n'est possible. La peau est de couleur variable, allant de la couleur blanche ou brune jusqu'au noir carbonné. La plupart du temps, ces lésions sont indolores.

Il est donc important de distinguer les brûlures superficielles (1^{er} et 2^e degrés superficiels) des brûlures profondes (2^e degré profond et 3^e degré). C'est la préservation partielle ou totale des cellules régénératrices épidermiques qui fait la différence entre une brûlure superficielle et une brûlure profonde. Si elles sont préservées, la lésion cicatrisera spontanément, sinon il faudra opter pour un traitement par greffes avec des risques possibles de séquelles. L'examen clinique précis et répété avec étude de la sensibilité et de la circulation capillaire (changement de couleur et recoloration) est donc indispensable.

3.2.3 Age physiologique

L'âge du malade et son état général avant la brûlure sont très importants. Une tare peut décompenser et aggraver le pronostic vital.

3.2.4 Facteurs étiologiques

- Les brûlures thermiques sont les plus fréquentes et représentent en moyenne 90% des brûlures. Parmi celles-ci, on distingue les brûlures par contact solide ou liquide (braise, eau bouillante, huile chaude, sortie de fours, toasteurs, assiettes préchauffées,...). Elles sont souvent étendues et peu profondes. Par ailleurs, les brûlures par flammes sont dues soit aux huiles enflammées (huiles de cuisson), soit à l'explosion de gaz ou de vapeur d'essence. Elles sont en général peu profondes ou en mosaïque, profondes et superficielles.
- Les brûlures chimiques par un acide sont souvent de moyenne profondeur si l'on a pris la précaution de laver la lésion précocement. Les brûlures par une base sont d'emblée profondes, évolutives et plus graves. L'aspect clinique peut varier entre une brûlure profonde, nécrotique, du troisième degré, une forme bulleuse et érythémateuse ou plus simplement des lésions érythémato-oedémateuses un peu suintantes.

L'utilisation de produits nettoyants puissants est devenue courante dans les cuisines, en restauration collective ou individuelle, mais aussi dans les locaux scolaires et cantines dépendant de mairies ou d'organismes privés. Les produits de vaisselle utilisés sont souvent très acides ou au contraire franchement basiques, les produits servant au nettoyage des tables également. On note le caractère particulièrement corrosif des produits de nettoyage pour four, utilisés dans les métiers de la cuisine présentant des pH aux environs de 14. Les fiches de données de sécurité indiquent souvent des chiffres de pH inférieurs aux chiffres retrouvés par l'analyse des produits utilisés, apportés par les malades.

Ce qui aggrave encore le tableau est la pulvérisation de ces produits sur de grandes surfaces avec des nettoyeurs haute pression, ce qui les fait

pénétrer sur toute la surface cutanée exposée et sous les vêtements. Lors de l'utilisation des pulvérisateurs sous haute pression, les détergents sont souvent beaucoup plus caustiques que ceux utilisés manuellement.

Les produits de nettoyage sont souvent pulvérisés sans précautions. On a pu noter l'intensité des brûlures chimiques du fait de l'utilisation, au nettoyeur haute pression, de produits dont le pH se situait pour certains entre 0 et 1 et, pour d'autres, entre 13 et 14. La composition est à base de potasse ou de soude⁴⁷.

- Les brûlures électriques sont toujours très profondes. La sévérité des brûlures électriques dépend du voltage, de l'épaisseur, de l'humidité de la peau et de la durée du contact. Les brûlures liées à l'utilisation des appareils de bas voltage pénètrent profondément le long des vaisseaux et des nerfs.

- Des brûlures liées aux radiations d'un four à micro-ondes sont également décrites : le rayonnement est de longueur d'onde courte, de fréquence élevée et non ionisant. Il génère de la chaleur par son action sur les molécules d'eau. Quelques secondes d'exposition peuvent entraîner des paresthésies, mais lorsque l'exposition est plus longue, la destruction nécessite parfois une amputation. Il faut remarquer que lorsque l'énergie délivrée par le four à micro-ondes est suffisante pour brûler la peau, les muscles ou les viscères, on note que le tissu cellulaire graisseux sous-cutané est en général préservé. Cela paraît être spécifique de ce type de rayonnement.

4. Les urticaires physiques

4.1 Urticaire de contact à la chaleur^{48 49}

Nous ne rapportons pas d'urticaire dans notre étude, cependant le contact avec des éléments chauds est fréquent, notamment lors de la sortie des fours, de la prise d'assiettes préchauffées, de la vaisselle des batteries...

L'urticaire de contact à la chaleur est rare (20 cas rapportés, le plus souvent chez des femmes entre 30 et 40 ans). Immédiatement après le contact direct de la peau avec une source de chaleur (eau, objet, aliment), surviennent un prurit, un érythème puis un oedème strictement localisés à cette zone de contact, qui disparaissent en 1 heure environ et peuvent s'associer à un fébricule, à des signes digestifs ou pulmonaires. Il existe une période réfractaire, inconstante, de quelques minutes au cours de laquelle les lésions ne peuvent pas être reproduites.

Le patient doit éviter le contact avec les objets chauds, l'exposition au chaud solaire, dans les hammams, les saunas, les bains en eau chaude. La consommation d'aliments et boissons très chaudes doit être très prudente ou interdite.

4.2 Urticaire de contact au froid^{48 49}

4.2.1 Des conditions de travail favorisantes

Les salariés des métiers de la restauration sont souvent polyvalents et ils se chargent souvent de la gestion du stock en chambre froide. Aussi, sont-ils souvent amenés à travailler avec des produits surgelés et en atmosphère à -25°C ou à $+4^{\circ}\text{C}$. De plus, beaucoup de préparations de pâtes, de miniatures, de poissons ou de viandes se font sur des tables réfrigérées.

4.2.2 Diagnostic

Les urticaires au froid peuvent être divisés en typiques et atypiques :

- L'urticaire typique au froid :

Cette éruption urticarienne relativement fréquente (3 % des urticaires chroniques) apparaît quelques minutes après l'exposition au stimulus déclenchant : exposition à l'air froid, ingestion de boissons froides, immersion complète ou partielle dans l'eau froide, manipulation d'objets ou d'aliments froids.

Elle disparaît environ une heure après et peut être suivie d'une période réfractaire de plusieurs heures. Un angio-oedème (surtout lors d'ingestion de substances froides) peut s'y associer ainsi que des signes digestifs (douleurs abdominales, nausées, vomissements), des arthralgies ou des signes généraux (frissons, flush, tachycardie, syncope). L'évolution est aiguë (une semaine) ou chronique (plusieurs années).

L'urticaire typique au froid peut être secondaire à une cryoglobulinémie, une cryofibrinogénémie, à une maladie des agglutinines froides ou à une hémoglobinurie paroxystique nocturne. Elles peuvent être associées à une dysglobulinémie, à un lymphome, à une maladie auto-immune, à un déficit de la fraction C2 ou C4 du complément.

Des formes transitoires d'urticaires au froid peuvent accompagner une infection comme la mononucléose infectieuse, la syphilis, une infection par le virus de l'hépatite B, de la rougeole, du VIH, ou encore une sérothérapie anti-venin, une piqûre de méduse, une maladie sérique ou des prises médicamenteuses.

- L'urticaire atypique au froid familiale :

Très rare, autosomique dominante, dans sa forme immédiate les lésions sont atypiques par leur persistance dans le temps (4 à 6 heures), leur présentation avec des papules et macules érythémateuses parfois cyanotiques, entourées d'un halo blanc, s'accompagnant de sensation de brûlure et de la présence de signes généraux tels que frissons, arthralgies, myalgies et céphalées.

L'urticaire atypique au froid, acquise :

Extrêmement rare, elle peut se manifester par une urticaire généralisée s'accompagnant parfois de réaction anaphylactoïde. Elle peut être composée de lésions urticariennes apparaissant quelques minutes après l'exposition au froid mais persistant une semaine ou plus.

4.2.3 Prévention

Une protection vestimentaire contre le froid est préconisée. La consommation d'aliments et de boissons glacés, les bains et les plonges en eau froide doivent être supprimés.

Le bilan étiologique et la prise en charge du traitement sont du ressort de la dermatologie.

5. Acrocyanose⁵⁰

5.1 Diagnostic

Le diagnostic est porté chez une adolescente ou une jeune femme dans 90 % des cas. La consultation se fait spontanément ou sur les conseils de l'entourage familial ou professionnel en raison d'une teinte cyanique des extrémités. Une histoire familiale d'hypersensibilité au froid quelle qu'en soit l'expression clinique (acrorhigose, engelures, phénomène de Raynaud, acrocyanose) est fréquente. L'apparition du trouble vasomoteur dès l'enfance est possible. La pratique de professions exposées (station debout au froid) est souvent retrouvée.

5.2 Clinique

Cette coloration cyanique des extrémités, variable du bleu foncé au rouge, est uniforme, permanente, mais changeante dans son intensité. Elle intéresse les doigts et peut remonter jusqu'aux poignets ; elle atteint souvent les pieds, parfois le nez et les oreilles. Elle est indolore, du moins à la température ambiante (Photo1, Annexe 9).

- Formes cliniques

Les doigts sont objectivement froids, parfois un peu oedématiés, «matelassés» et le siège d'une transpiration plus ou moins profuse (hyperhidrose). La pression localisée crée sur la peau une tache blanche qui se recolore progressivement. La cyanose diminue sans disparaître lors de l'élévation du membre. Sans que sa signification s'en trouve modifiée, l'acrocyanose peut apparaître mouchetée de taches plus claires en raison de l'inhomogénéité de la circulation cutanée. Elle peut aussi s'associer à une cyanose des jambes (érythrocyanose sus-malléolaire) ou à des marbrures des membres influencées par le froid ou la déclivité (livedo reticularis). Quant à l'individualisation sous le nom d'acroïodèse d'une entité autonome regroupant une acrocyanose et des manifestations fonctionnelles d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, sans autres anomalies objectives que quelques varices, elle est nosologiquement discutable même si elle paraît correspondre à une réalité clinique.

5.3 Evolution

L'évolution est chronique, émaillée d'exacerbations pendant l'hiver, notamment en cas d'activités manuelles. Ces sujets sont particulièrement prédisposés aux engelures. La forme nécrosante est rare mais sévère, associant douleur, ulcération et gangrène des doigts.

5.4 Physiopathologie

L'affection relèverait d'une dilatation du secteur veineux des anses capillaires, visibles à la capillaroscopie, et responsable de la cyanose et de la stase, entraînant l'ouverture des anastomoses artérioveineuses.

5.5 Diagnostic différentiel

Il permet d'éliminer l'érythème palmaire familial, stable au froid, dû à une dysplasie des anses capillaires. Le syndrome de Raynaud est écarté par l'absence d'épisodes paroxystiques.

6 Le syndrome de Raynaud

Fréquent chez la femme de 15 à 40 ans et déclenché par le froid, le syndrome de Raynaud est un trouble vasomoteur ischémique paroxystique et réversible des extrémités. Il est d'usage de distinguer la maladie de Raynaud, idiopathique, du syndrome de Raynaud signe d'une affection générale ou locale. Sa prévalence est estimée en France entre 5 et 6% de l'ensemble de la population adulte.

6.1 Clinique

Le diagnostic d'un phénomène de Raynaud est exclusivement clinique. Il est fondé sur la décoloration des doigts provoquée par le froid, conférant à ce phénomène intermittent les caractères d'une crise vasomotrice.

Elle se déroule classiquement en deux ou trois phases. Une première phase syncopale à début brusque avec pâleur bilatérale des doigts qui sont froids et insensibles, est suivie en quelques minutes par une phase asphyxique, avec cyanose douloureuse, puis par un érythème lors du réchauffement. Les pouls sont toujours normaux.

Ces symptômes sont probablement la traduction clinique de la succession suivante : vasospasme, veinostase puis hyperhémie réactionnelle. La localisation du phénomène aux orteils, au nez, aux oreilles, aux lèvres ou à la langue est possible, mais beaucoup moins fréquente. D'autres topographies plus exceptionnelles ont été décrites : aux seins, surtout chez des femmes qui allaitent ou à la verge avec troubles de l'érection.

L'association au phénomène de Raynaud d'un syndrome du canal carpien n'est pas exceptionnelle et peut modifier l'expression clinique de l'acrosyndrome du fait de l'existence d'acroparesthésies nocturnes qui viennent s'ajouter aux crises vasomotrices.

Des formes incomplètes (phase syncopale ou asphyxie isolée), ou à minima (sensation de doigt mort), ou déclenchées par une émotion, peuvent rendre le diagnostic moins aisé. C'est néanmoins le plus souvent un diagnostic facile, établi lors de l'interrogatoire.

Les critères diagnostiques de la maladie de Raynaud idiopathique deviennent de plus en plus stricts : cette maladie ne doit être retenue que lorsque l'enquête clinique, biologique et capillaroscopique, se révèle normale à plusieurs reprises. L'âge de début précoce, une notion familiale, l'absence de troubles trophiques, les pouls normaux en toute position, l'atteinte bilatérale et symétrique et l'évolution depuis au moins deux ans sans complications en constituent les paramètres exigés.

6.2 Etiologies

Les causes des phénomènes de Raynaud sont variées mais très inégalement réparties. Explorer un phénomène de Raynaud doit permettre d'assurer précocement le diagnostic d'une connectivite et de rechercher des maladies chirurgicalement curables, beaucoup plus rares mais dont la méconnaissance pourrait conduire à une aggravation irréversible des lésions vasculaires digitales.

La sclérodermie généralisée demeure l'affection le plus souvent redoutée en cas de phénomène de Raynaud bilatéral et sans doute la première cause de phénomène de Raynaud secondaire.

Les artériopathies digitales sont plus rares. Elles sont surtout observées chez les hommes. Elles doivent également être reconnues car leur aggravation est largement influencée par la poursuite de l'intoxication tabagique dont l'arrêt est impératif. Au cours de la maladie de Buerger, le phénomène de Raynaud est l'un des signes cardinaux ; cette affection est d'autant plus facilement diagnostiquée que l'on retrouve chez un sujet jeune fumeur, outre un acrosyndrome sévère souvent compliqué de nécroses digitales, des thromboses veineuses superficielles et une artériopathie distale des membres inférieurs.

La nécessité d'une exploration est encore plus nette lorsque le phénomène de Raynaud est strictement unilatéral car il est alors pratiquement toujours secondaire. Le métier du patient est parfois en cause et la reconnaissance du diagnostic impose un reclassement professionnel. Certaines activités sportives telles que le karaté, le volley-ball ou le motocross peuvent également être responsables de lésions traumatiques de cette nature. L'occlusion des artères digitales peut aussi être la conséquence de la migration thromboathéromateuse en distalité à partir d'une lésion athéroscléreuse de l'artère sous-clavière. Quant aux tumeurs glomiques, elles sont souvent localisées à la dernière phalange d'un doigt. Elles sont à l'origine de très

vives douleurs au moindre effleurement, souvent associées à un phénomène de Raynaud localisé à un seul doigt. Ces caractères sémiologiques très particuliers permettent d'évoquer le diagnostic. Une artériographie est utile pour localiser la tumeur dont l'exérèse guérit les symptômes.

7 Les engelures

Les engelures sont des lésions d'allure inflammatoire provoquées par l'exposition au froid mais aussi à l'humidité. Une protection insuffisante vis-à-vis de ces facteurs climatiques apparaît comme une cause majeure dans leur développement, expliquant sans doute le paradoxe qui fait que les engelures sont moins fréquentes dans les pays où les conditions climatiques sont particulièrement rudes mais où les mesures de protection sont plus sérieuses et mieux appliquées. Les engelures sont fréquentes en France. Une étude menée au sein de la communauté urbaine de Lille, sur une cohorte de 1 832 agents volontaires sains (513 femmes et 1 319 hommes) fait état d'une fréquence de 1,56 % (2,53 % chez la femme, 0,51 % chez l'homme).

Les lésions sont uniques ou multiples, érythémateuses, s'accompagnant d'une sensation de cuisson et de prurit aggravée par la chaleur. Dans les cas les plus sévères, des phlyctènes, des fissures douloureuses, voir des ulcérations peuvent apparaître. Les localisations les plus caractéristiques sont la face dorsale des phalanges distales des doigts et surtout les orteils. Les talons sont également des localisations fréquentes. L'atteinte du nez, des oreilles ou des genoux est plus rare. Les engelures ont tendance à récidiver durant la saison froide. Elles surviendraient plus volontiers sur un terrain d'hypersensibilité au froid tel qu'une acrocyanose. Elles guérissent spontanément en 1 à 3 semaines.

Le diagnostic d'engelure est simple devant les caractères des lésions, leur tendance à la récurrence dans les mêmes territoires, leur évolution saisonnière, leurs circonstances d'installation, l'âge le plus souvent jeune des patients et la normalité, par ailleurs de l'examen clinique. Devant un orteil douloureux, tuméfié, d'aspect inflammatoire, la palpation de tous les pouls distaux élimine une artériopathie des membres inférieurs. Des embolies de cholestérol localisées aux orteils peuvent être responsables d'un tableau comparable mais le contexte clinique est habituellement bien différent puisque ces embolies accompagnées de douleurs surviennent dans un contexte athérosclérotique, soit spontanément, soit après un cathétérisme artériel.

8. La dermatite d'irritation

8.1 Enseignements de notre étude

Notre étude rapporte 6 cas de dermatite d'irritation. Le sexe, l'âge, l'ancienneté au poste et le type de poste ne semblent pas influencer la pathologie dans les métiers de la restauration. L'ensemble des postes est touché.

La rythmicité des lésions à prédominance hivernale est retrouvée.

Un bilan allergologique est proposé dans 5 cas et réalisé pour 3 salariés.

Les tests positifs ne sont pas pertinents dans le contexte professionnel. Les lésions évoluent vers la stabilisation, ce qui veut dire que les poussées sont toujours envisageables.

Les mesures de prévention reposent sur une adaptation des doses d'agent lessiviel, le port de gants et de sous-gants en coton, ainsi que l'application de crème de réparation.

8.2 Définition⁵¹

La dermatite d'irritation est consécutive à l'application sur la peau d'une ou plusieurs substances irritantes, c'est-à-dire exerçant des effets délétères d'intensité variée sur le tégument (en fonction de nombreux paramètres : pouvoir irritant propre de la substance, durée et fréquence des applications, occlusion ou non-occlusion, site cutané et surface de peau atteinte, etc...). Par définition, la dermatite d'irritation n'a pas de composante immunologique et elle doit être différenciée des eczémas.

8.3 Clinique⁵²

- La dermatite d'irritation aiguë se caractérise par le développement de macules, de maculopapules et de placards érythémateux, érythématosquameux ou d'érosions cutanées bien limités aux régions qui ont été en contact direct avec le produit irritant. Ils ne s'étendent pas à distance (sauf très exceptionnellement), contrairement à l'eczéma de contact. Les lésions sont parfois prurigineuses, parfois douloureuses, quelquefois subjectivement asymptomatiques. Certains placards de peau irritée sont infiltrés ou lichénifiés par le grattage. D'autres sont recouverts

d'un semis de vésicules qui, en confluant peuvent même former des bulles (le stade de brûlure chimique du premier degré est ainsi atteint), et plus rarement de pustules, habituellement mais non exclusivement folliculaires.

- La dermatite d'irritation chronique (dermite d'usure), consécutive aux agressions répétées par des irritants mineurs comme les produits détersifs ou les solvants organiques, prédomine au dos des mains :
 - Rugosité excessive de la peau, accompagnée d'une fine desquamation au dos de la main s'étendant parfois aux avant-bras.
 - Disparition par « usure » des empreintes digitales à la pulpe des doigts.
 - Présence de crevasses, parfois profondes et très douloureuses, principalement localisées à la pulpe des doigts et à la paume des mains.

8.4 formes cliniques

- Troubles trophiques des ongles⁴⁷

Ces dermatites d'irritation, survenant à répétition, sont à l'origine de troubles trophiques des ongles, dont la repousse se fait anormalement avec des stries transversales dystrophiques, correspondant aux poussées les plus importantes. De véritables greffes mycosiques peuvent survenir sur les ongles ainsi fragilisés.

- Dermatites d'usure⁴⁷

Lorsque ces agressions chimiques surviennent en association avec des traumatismes physiques répétés, comme le frottement avec une éponge métallique ou des objets divers jouant le rôle d'une sorte de pierre ponce sur les zones de préhension des faces palmaires des mains, on peut observer un aspect de dermatite d'usure : simple disparition des empreintes digitales au début, puis dermatite des pulpes des doigts et des paumes des mains ensuite, sèche, finement squameuse, puis fissuraire. Ces lésions sont dues aux mêmes facteurs chimiques que les dermatites d'irritation, mais secondaires à un geste professionnel traumatisant et répété (opérations de nettoyage par exemple).

Il existe des variations individuelles expliquant la disparité des lésions pour des expositions identiques : tel ouvrier manipulera à mains nues, tous les jours, un

produit irritant, en ayant très peu de lésions, alors qu'un autre, pour la même exposition, aura les mains dans un état sévère qui nécessitera parfois l'hospitalisation.

8.5 Etiologies

- L'eau : en Allemagne, le Ministère chargé du travail a publié une note technique sur le travail en milieu humide dès 1996. Le travail y est défini comme :
 - Un travail régulier avec les mains dans un environnement humide (environ 2 heures par jour)
 - L'utilisation régulière de gants occlusifs environ 2 heures par jour.
 - Un lavage des mains fréquent et intensif.

Le personnel de l'alimentation est cité dans la liste des professions exposées à ce risque. L'eau est un irritant cutané. Cette atmosphère professionnelle humide peut être provoquée directement par l'eau mais aussi par l'occlusion et le port prolongé de gants³.

- Les détergents sont utilisés quotidiennement à domicile et au travail. Ils sont connus depuis longtemps comme facteurs responsables de la dermatite dite « des ménagères » ou des « plongeurs de restaurants » ou des cuisiniers⁴⁷.

Les détergents sont classés en quatre groupes :

- Anioniques : alkylcarboxylate (savon), sodium laurylsulfate...
- Cationiques : ammoniums quaternaires.
- Amphotères : cocamidopropylbétaine.
- Non-ioniques : propylène glycol, polysorbate 20, cocamide DEA, lauramide DEA...

Crepy³ rapporte que les surfactants les plus irritants sont les anioniques et les cationiques et qu'après rinçage de certains savons, la peau, contient encore des surfactants irritants. Elle forme un réservoir de substances altérant la barrière

cutanée de manière infraclinique, favorisant ainsi le développement d'une dermatite de contact plus persistante.

Chez les cuisiniers, l'action agressive des sucs de légumes ou fruits se surajoute à celle des détergents⁴⁷.

9. La dermatite atopique⁵²

9.1 Diagnostic

Le diagnostic de la dermatite atopique est en général aisé. Il repose sur la présence de lésions d'eczéma dont la topographie varie avec l'âge du patient, associées à une xérose cutanée. L'évolution de ces lésions est chronique avec des poussées entrecoupées de périodes de rémission.

Avant l'âge de deux ans, les lésions se localisent sur les zones convexes du visage, avec un respect de la zone médio-faciale, et des membres. Sur le tronc, les lésions s'arrêtent en général au niveau de la zone couverte par les couches-culottes. Une atteinte des plis est déjà possible, ainsi qu'une atteinte « séborrhéique » au niveau du cuir chevelu.

Chez l'enfant de plus de deux ans, l'atteinte prédomine au niveau des plis des coudes, des genoux et du cou, ou sur les zones « bastion », c'est-à-dire les mains, les poignets, les chevilles, les mamelons et les sillons rétro-auriculaires. La xérose cutanée est plus marquée à cet âge. Ces lésions typiques peuvent être absentes et remplacées par un prurigo ou seulement par des signes cliniques mineurs que nous développerons plus loin. Des eczématides achromiantes peuvent être observées sur le visage et le tronc. Une atteinte inversée pour l'âge est possible dans les formes graves, avec des lésions sur la face d'extension des membres. Au niveau des pieds, un aspect de pulpites sèche est fréquent, parfois isolé.

A l'adolescence, une recrudescence est possible, peut-être à l'occasion de conflits psychoaffectifs et de stress.

Chez l'adolescent et l'adulte, les formes graves peuvent se présenter sous un aspect érythrodermique. Plus fréquemment, on retrouve un prurigo lichénifié prédominant aux membres. Des aspects cliniques identiques à ceux de l'enfant sont associés, en particulier l'atteinte lichénifiée des plis de flexion. Un eczéma nummulaire peut coexister. Une atteinte de la tête et du cou peut prédominer.

Il n'est pas exceptionnel d'avoir une atteinte marquée des mains très invalidante pour les professions manuelles et/ou en contact avec le public, donc en particulier les métiers de la restauration.

Des critères de diagnostic ont été proposés afin de déterminer de façon plus rigoureuse si un patient est atteint d'une dermatite atopique :

◇ critères diagnostiques d'Hanifin et Rajka :

◆ critères majeurs :

- prurit
- topographie et aspect typique des lésions :
- lichénification des plis chez l'enfant ou lésions à disposition linéaire chez l'adulte ;
- visage et face d'extension des membres chez les enfants et les nourrissons ;

- éruption récidivante et/ou chronique
- antécédents personnels ou familiaux d'atopie (asthme bronchique, rhinite allergique, dermatite atopique)

◆ critères mineurs :

- xérose
- ichtyose / kératose pileaire / hyperlinéarité palmaire
- réaction de type I aux tests cutanés
- élévation des IgE sériques
- âge de début inférieur à 5 ans
- tendance à la surinfection cutanée
- dermatite des mains et des pieds
- eczéma mamelonnaire
- chéilite
- conjonctivite récurrente
- double pli palpébral inférieur de Dennie-Morgan
- kératocône
- cataracte sous-capsulaire antérieure
- pigmentation péri-orbitaire
- pâleur / érythème facial
- pityriasis alba

- plis antérieurs du cou
- intolérance à la sueur
- intolérance à la laine et aux solvants des lipides
- aggravation péri-folliculaire
- intolérance alimentaire
- influence des facteurs émotionnels et environnementaux
- dermatographe blanc.

Pour retenir le diagnostic de dermatite atopique, il faut observer au minimum trois critères majeurs et trois critères mineurs.

◇ critères de diagnostic britanniques (UK Working party) :

Critère obligatoire : dermatose prurigineuse ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte, et trois ou plus des critères suivants :

- antécédents personnels de dermatite flexurale (fosses anté-cubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou) et/ou des joues chez les enfants de moins de dix ans
- antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de quatre ans)
- antécédents de peau sèche généralisée au cours de la dernière année
- eczéma des grands plis visibles ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de quatre ans
- début des signes cutanés avant l'âge de deux ans (critère utilisable chez les plus de quatre ans seulement).

L'aspect clinique peut être modifié par les surinfections cutanées bactériennes ou virales ou par la survenue d'un eczéma de contact surajouté, par exemple par sensibilisation à des topiques utilisés ou à des allergènes professionnels.

La réalisation d'examens complémentaires n'est en général pas utile pour affirmer le diagnostic, sauf dans des cas douteux, par exemple chez l'adulte. La

biopsie cutanée retrouverait une spongiose épidermique, un infiltrat dermique en général modéré à dominance lymphocytaire, avec quelques lymphocytes migrant vers l'épiderme (exocytose lymphocytaire). Le dosage des IgE totales sériques est augmenté dans la plupart des cas. La réalisation de prick tests aux pneumallergènes ou aux trophallergènes permet en cas de positivité d'apporter un argument diagnostique supplémentaire (mise en évidence d'une réaction d'hypersensibilité de type I de la classification de Gell et Coombs). La réalisation d'un bilan allergologique est également utile s'il existe un asthme, une rhino-conjonctivite, une suspicion d'allergie alimentaire ou une sensibilisation de contact surajoutés. Depuis peu, des tests épicutanés avec les allergènes alimentaires, les acariens et les phanères d'animaux ont été proposés dans l'investigation des dermatites atopiques (patch-tests aux atopènes). Leur sensibilité et leur spécificité demeurent à déterminer.

9.2 Caractéristiques de la peau des atopiques

La peau atopique est caractérisée par une sécheresse et un défaut du film hydrolipidique protecteur. Les principales anomalies sont situées au niveau de la couche superficielle de l'épiderme, le *stratum corneum* (couche cornée), avec des anomalies de cohésion des cellules qui la composent.

Ces anomalies de la barrière cutanée entraînent une diminution, variable d'un individu à l'autre, de la résistance aux irritations, qu'elles soient d'origine biologique, chimique ou mécanique, facilitent la pénétration des allergènes et la déperdition transépidermique d'eau.

Les conditions thermiques, hygrométriques et les contacts avec des agents caustiques et alimentaires dans les métiers de la cuisine posent donc un problème pour les atopiques

Ceci favorise la xérose, conduit à un abaissement du seuil de déclenchement d'une irritation cutanée et favorise les poussées d'eczéma. L'atopie est parfois associée à une ichtyose vulgaire, ce qui accroît encore l'irritabilité cutanée.

Par ailleurs, lorsque des lésions d'eczéma sont présentes, la peau est encore plus perméable, par exemple vis-à-vis des protéines qui sont des molécules de grande taille. Ceci favorise des sensibilisations successives à des protéines.

9.3 Facteurs déclenchant ou aggravant les poussées d'eczéma chez les atopiques

Les facteurs aggravant l'eczéma atopique de façon non spécifique sont l'humidité, la sécheresse, la souillure, la friction, la chaleur, le froid, la poussière, le stress émotionnel, la sueur, la pollution, la fumée de tabac.

Le contact avec des produits irritants, par exemple des savons ou des détergents (produits de nettoyage de vaisselle, travail en milieu humide constant), peut aggraver ou déclencher des poussées en diminuant le film lipidique protecteur cutané et éventuellement par le biais d'une sensibilisation à une molécule les composant favorisée par l'irritation cutanée. Le contact avec les aliments peut entraîner une irritation ou une allergie.

Rystedt réalise une comparaison entre les facteurs aggravant l'eczéma des mains chez les atopiques et chez les non atopiques⁵³. Les contacts avec l'eau, les produits chimiques et la friction n'étaient pas spécifiques des atopiques. Les facteurs « froid », « poussière » et « stress psychologique » étaient significativement plus importants chez les sujets aux antécédents de dermatite atopique. Comme nous l'avons décrit dans le premier chapitre, l'ensemble de ces critères fait partie de l'environnement des métiers de la restauration.

9.4 Facteurs prédictifs de l'apparition ou de la sévérité d'un eczéma des mains chez l'adulte atopique

La notion de l'existence de tels facteurs prédictifs est d'une grande importance car elle permet de mieux « cibler » les adolescents à risque chez lesquels il faut intervenir en priorité dans le choix de leur orientation professionnelle.

Une étude a été réalisée en 1984 par Rystedt en Suède afin d'identifier ces facteurs. Les sujets étudiés étaient répartis en deux groupes. Le groupe 1 était constitué de 549 sujets ayant été hospitalisés dans un secteur de dermatologie de 1952 à 1956, à l'âge de 0 à 14 ans, avec le diagnostic de dermatite atopique. Le groupe 2 était constitué de 406 sujets qui ont été traités pour une dermatite atopique dans la même tranche d'âge, à une ou plusieurs occasions, en 1955 et 1956, en externe dans le même service de dermatologie. Le traitement en externe et non en hospitalisation laisse supposer que la dermatite atopique était moins sévère dans ce groupe. Lors de la réalisation de l'étude, ces sujets étaient âgés de 24 à 44 ans. L'étude a comporté un questionnaire et un examen clinique de 183 sujets du groupe 1 et 162

sujets du groupe 2 sélectionnés au hasard. Les facteurs prédictifs de l'apparition ou de la sévérité d'un eczéma chez l'adulte atopique mis en évidence dans cette étude sont :

- la présence d'un eczéma des mains dans l'enfance (avant l'âge de 15 ans),
- la présence de lésions d'eczéma persistantes sur le reste du corps après l'âge de 15 ans,
- la présence d'une xérose (peau sèche) et d'une peau prurigineuse,
- la sévérité de l'eczéma dans l'enfance :
 - patient ayant été hospitalisé pour eczéma atopique dans l'enfance,
 - extension des lésions sur une grande partie du corps : plus le nombre de sites atteints est important dans l'enfance, plus le risque de développer un eczéma des mains à l'âge adulte est grand, un site pouvant correspondre à une ou deux mains, tête et/ou cou, pli(s) du coude, creux poplité(s), autre(s) localisation(s) sur les membres supérieurs, autre(s) localisation(s) sur les membres inférieurs ou les pieds, tronc,
- les antécédents familiaux de dermatite atopique ; par contre les antécédents familiaux de rhino-conjonctivite ou d'asthme ne sont pas un facteur prédictif péjoratif,
- l'association d'un asthme ou d'une rhinite allergique à la dermatite atopique ; par contre l'asthme ou la rhinite allergique isolés ne sont pas des facteurs prédictifs péjoratifs,
- l'antécédent de réactions cutanées immédiates (prurit, érythème) après contact avec des aliments (rôle des protéines alimentaires),
- le sexe féminin.

Parmi ces facteurs, la présence d'un eczéma des mains dans l'enfance semble être le facteur de risque le plus important dans la survenue d'un eczéma des mains à l'âge adulte.

Chez les individus n'ayant pas présenté une telle atteinte, le facteur prédictif dominant est l'étendue et la sévérité de l'eczéma dans l'enfance.

Ensuite, la présence de lésions d'eczéma sur le reste du corps après 15 ans ou d'une peau sèche et prurigineuse.

Les autres facteurs sont moins importants.

Selon cette étude, ces facteurs « endogènes », ou constitutionnels, seuls ou associés sont plus importants que les facteurs « exogènes », tels que l'exposition à

un milieu humide, aux produits chimiques, à la friction et à la souillure, dans le développement de l'eczéma des mains chez les atopiques. Cependant, en présence d'un eczéma des mains chez un atopique, il est impossible de dire par le simple aspect clinique s'il est d'origine endogène ou exogène.

10. Eczéma⁵⁴

10.1 Enseignements de l'enquête

Il s'agissait d'un eczéma des mains chez un plongeur évoluant depuis deux ans. Le bilan allergologique positif pour Fragrance mix, Bactilysine diluée à 0,1% dans l'eau et douteux pour le produit de plonge semblait pertinent avec l'utilisation du produit de plonge, concentré, désinfectant. La composition n'a jamais pu être connue. Le produit a été changé. Le cas ne reportait pas d'autres doléances.

10.2 Aspects cliniques

- La forme typique

L'eczéma est formé de placards de nombre, de dimensions et de formes variables, dont les contours sont réguliers ou émiettés.

La lésion d'eczéma passe schématiquement par quatre stades successifs :

- phase érythémato-oedémateuse : rougeur diffuse plus ou moins oedémateuse et prurigineuse, émiettée en bordure, avec souvent aspect granité au toucher ;
- phase vésiculeuse : semis de vésicules superficielles et claires sur le placard érythémato-oedémateux. Cet aspect évolue le plus souvent vers une rupture des vésicules avec écoulement de sérosité ;
- phase de suintement : la surface du placard est suintante, légèrement jaunâtre, se coagulant sous forme de croûtelettes. Ce suintement dure plusieurs jours à plusieurs semaines ;
- phase de desquamation : la rougeur diminue, des squames se forment et, si la cause de l'eczéma est supprimée, le prurit disparaît et l'on observe une *restitutio ad integrum* de l'épiderme.

Le prurit est constant, de la phase érythémateuse à la phase desquamative.

- Formes cliniques selon l'aspect

- Eczéma craquelé : la peau est sillonnée par des craquelures rouges, linéaires, s'entrecroisant. Il siège assez fréquemment sur les faces d'extension des membres.

- Eczéma papulovésiculeux : il est constitué de petites élevures papuleuses légèrement infiltrées, surmontées d'une petite vésicule, en plaques (cou, membres), ou disséminées sur le tronc et les membres.
- Eczéma nummulaire : rebelle et récidivant, il est formé de lésions arrondies ou ovalaires le plus souvent multiples, nettement délimitées, de 1 à 5 cm de diamètre. Il a tendance à se disséminer.
- Eczéma lichénifié : c'est une forme chronique d'eczéma prenant l'aspect d'une plaque ou d'une nappe bien circonscrite, de couleur grisâtre, épaissie, quadrillée et très prurigineuse.

- Formes topographiques

- Aux extrémités

La dyshidrose, très prurigineuse, est constituée de vésicules tendues, profondément enchâssées dans l'épiderme et remplies d'un liquide clair, localisées aux paumes, aux plantes et à la face latérale des doigts et des orteils. L'évolution est, soit discrète avec assèchement des vésicules, soit bulleuse par confluence des vésicules pouvant se surinfecter.

Les kératodermies palmoplantaires sont formées de plaques érythémato-squameuses prurigineuses dont le diagnostic est difficile avec certaines dermites d'irritation ou dermatoses hyperkératosiques et fissuraires, dont le psoriasis.

Dans les acropulpites, les pulpes des doigts sont rêches, finement crevassées, prurigineuses et douloureuses lorsqu'elles sont fissuraires.

- Au visage

Prédominant sur les zones exposées en respectant le fond des plis et les zones non ensoleillées (régions sous-orbitaires, sous-nasales, sous-mentonnières), il évoque une photosensibilité ; prédominant au fond des plis sans respecter les zones photoprotégées, il évoque une allergie aéroportée.

10.3 Diagnostic étiologique

L'interrogatoire est capital. Il fait préciser les antécédents atopiques et allergiques, la profession, les activités extraprofessionnelles, les cosmétiques utilisés, les circonstances et le siège d'apparition, l'existence d'une aggravation solaire, les traitements prescrits pour une autre pathologie ou pour l'eczéma.

L'examen clinique recherche :

- les signes en faveur d'une dermatite atopique, d'un prurit, d'une lichénification des plis.
- la topographie des lésions initiales avec leur éventuelle extension.
- les complications avec leur éventuel retentissement psychologique.

Le bilan allergologique cutané est le troisième élément du diagnostic.

La finalité des tests épicutanés (patch-test) est de reproduire la réaction clinique observée sur une région circonscrite de la peau, par mise en contact avec les allergènes suspects. Un test positif n'a de valeur que s'il s'intègre à l'histoire clinique (pertinence du test). Les allergènes les plus fréquents sont testés systématiquement avec la batterie standard de l'International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG). On y retrouve les métaux, les composants des caoutchoucs et des colles, les marqueurs des parfums et des végétaux, des conservateurs, les molécules ayant une amine primaire en para, la néomycine et la lanoline (alcools de laine).

Les autres allergènes étudiés dépendent du diagnostic évoqué et comportent des batteries plus spécialisées ainsi que les produits utilisés par les patients.

Eczéma de contact allergique :

L'eczéma de contact est une réaction inflammatoire immune de type hypersensibilité retardée, médiée par les lymphocytes et induite par la pénétration dans la peau de substances de faible poids moléculaire ou haptènes qui ne deviennent antigéniques qu'après liaisons aux protéines des cellules épidermiques. Le mécanisme de la sensibilisation se fait en deux phases, l'induction et la révélation. La multiplicité des substances appliquées sur la peau est vraisemblablement la cause de l'augmentation de fréquence de ces sensibilisations.

10.4 Réglementation et maladies professionnelles⁵⁵

Le principe de la réparation de ces affections repose sur le principe de la présomption d'origine où la victime ou ses ayants droit n'ont pas à faire la preuve de la relation causale travail-maladie.

En contre-partie, il existe des conditions médicales, professionnelles et administratives, mentionnées sur les tableaux des maladies professionnelles, qui permettent de qualifier une maladie professionnelle.

- Régime général, tableau n°65 : LÉSIONS ECZÉMATIFORMES DE MÉCANISME ALLERGIQUE (Annexe 2).

- Régime général, tableau n°63 : AFFECTIONS PROVOQUÉES PAR LES ENZYMES (Annexe 3).

- Régime agricole, tableau n°44 : AFFECTIONS CUTANÉES ET MUCQUEUSES PROFESSIONNELLES DE MÉCANISME ALLERGIQUE (Annexe 4).

11. Urticaire généralisée, localisée

11.1 Diagnostics positifs et différentiels⁵⁶

La forme d'urticaire la plus fréquente se caractérise par une éruption aiguë et fugace de papules ou de placards bien circonscrits, volontiers figurés, érythémateux ou rose orangé, en « peau d'orange », de taille, de nombre et de topographie très variables, plus ou moins prurigineux. Les éléments apparaissent et disparaissent rapidement sans laisser de trace, la poussée durant quelques heures à quelques jours. Elle est généralement sans lendemain sauf en cas de nouveau contact avec l'allergène.

Il existe par ailleurs des formes circonscrites (érythème marginé de Marfan), micropapuleuses (urticaire cholinergique), à tendance purpurique ou ecchymotique, notamment chez le nourrisson ou lors de maladie systémique sous-jacente, localisées (zones photoexposées lors d'urticaire solaire, aspect linéaire lors d'urticaire de contact ou de dermatographisme), diffuses ou généralisées (urticaire géante).

L'angio-oedème (ou oedème de Quincke) se manifeste par un oedème blanc rosé souvent plus douloureux que prurigineux, siégeant préférentiellement à la face (lèvres, paupières, langue, pharynx, larynx), aux régions génitales et aux régions palmoplantaires. Il peut être isolé ou associé à une urticaire superficielle (dans près de la moitié des cas d'urticaire, essentiellement dans les topographies palpébrales et labiales), la précéder ou lui succéder et par conséquent résulter des mêmes causes. L'urticaire chronique se définit arbitrairement par la persistance de poussées quasi quotidiennes au-delà de 6 semaines, ce qui la distingue de l'urticaire récidivante ou récurrente se traduisant par des poussées aiguës espacées de plusieurs semaines à plusieurs mois. La démarche étiologique est néanmoins souvent la même, a fortiori en cas de récurrences fréquentes. En revanche, la prévalence des étiologies est différente selon que l'urticaire est aiguë ou chronique, avec logiquement des causes plus complexes, plus souvent « endogènes », plus graves et plus difficiles à traiter lors de passage à la chronicité.

L'urticaire chronique est le plus souvent idiopathique. Son bilan nécessite uniquement la réalisation d'une NFS, un dosage des hormones thyroïdiennes, une recherche d'un syndrome inflammatoire et une parasitologie des selles.

11.2 Urticaires et angio-oedèmes de contact⁵⁷

L'urticaire de contact se définit comme une réponse érythématopapuleuse survenant moins de 30 minutes après l'application sur la peau saine d'une substance rapidement absorbée à travers l'épiderme, de mécanisme allergique ou non (histaminolibération).

L'urticaire peut rester localisée ou s'associer à un angio-oedème, ou encore se généraliser, se compliquer d'une réaction anaphylactique (lors de réaction immunologique) ou de manifestations extracutanées (rhinite, conjonctivite, asthme, signes buccaux, laryngés ou digestifs).

La symptomatologie est très variable, allant du simple prurit à l'urticaire ou au choc anaphylactique. La poudre d'amidon de maïs des gants est surchargée en protéines de latex et peut être à l'origine de symptômes aéroportés (conjonctivite, rhinite, asthme).

Les tests *in vivo* (tests ouverts, prick tests) lors d'urticaire de contact peuvent déclencher un angio-oedème et surtout un choc anaphylactique, ce qui impose leur réalisation en milieu hospitalier, sous surveillance médicale, avec matériel de réanimation à disposition.

12. Dermite de contact aux protéines⁵³

L'importance de cette dermatose est sous-estimée car elle est mal connue et le diagnostic n'est souvent pas fait. Nous ne rapportons d'ailleurs aucun cas dans notre enquête. C'est pourquoi nous allons développer plus particulièrement ce chapitre.

12.1 Etiologies :

C'est un eczéma dû à une hypersensibilité immédiate aux protéines et dont le diagnostic étiologique repose sur des pricks tests et non des patch tests.

Elle est due au contact avec des substances protéiques qui peuvent être classées en plusieurs groupes :

- Les fruits, légumes, épices, plantes : des variétés très diverses ont été décrites comme responsables de dermatite de contact aux protéines. Le latex entre dans cette catégorie.
- Les protéines animales : de nombreuses espèces de mammifères, volailles, poissons et crustacés peuvent être en cause. Il peut s'agir de la viande mais également de la peau, des intestins, du foie, avec des différences selon les espèces. Des cas de dermatite de contact aux protéines ont également été décrits avec le lait de vache, des fromages, le jaune d'œuf. Chez les vétérinaires, ont été mis en cause le sang, la salive et le liquide amniotique. Dans le cas des poissons, les lésions peuvent être aéroportées en raison du caractère volatile des protéines de poisson.
- Les farines : elles sont fréquemment en cause chez les boulangers. Les lésions peuvent être également localisées aux zones découvertes et des manifestations de rhino-conjonctivite ou d'asthme peuvent coexister. Les céréales le plus souvent responsables sont le blé et le seigle.
- Les enzymes : elles peuvent être d'origine animale, bactérienne ou végétale. Elles sont utilisées dans la fabrication de savons, de produits pharmaceutiques et dans l'alimentation. Il s'agit en particulier de l' α -

amylase, qui peut être responsable de dermatite de contact aux protéines chez les boulangers, avec une présentation clinique similaire à celle provoquée par la farine.

12.2 Diagnostic :

L'aspect clinique est en général celui d'un eczéma chronique ou récurrent, avec des lésions érythémato-squameuses, plus ou moins vésiculeuses. Parfois, des exacerbations urticariennes ou vésiculeuses se produisent quelques minutes après le contact avec l'allergène en cause, avec un prurit, une sensation de brûlure, des picotements ou une douleur. Les zones atteintes sont en général les mains et les avant-bras. Des symptômes autres que cutanés peuvent être associés, douleurs abdominales, diarrhées, angio-oedèmes, prurit ou picotements de la muqueuse buccale lors de l'ingestion de l'aliment en cause. S'il s'agit d'un allergène volatile, les lésions peuvent se localiser au niveau du visage et des zones découvertes, être accompagnées d'une rhino-conjonctivite ou d'un asthme. Parfois, on peut voir une aggravation d'un eczéma atopique préexistant. En général, les aliments en cause consommés cuits ne donnent lieu à aucun symptôme.

Le diagnostic de dermatite de contact aux protéines nécessite la réalisation d'un bilan allergologique à la recherche d'une hypersensibilité de type I aux allergènes suspectés. Il faut donc réaliser à la recherche des réactions immédiates des prick-tests qui consistent en la réalisation d'une scarification, suivie du dépôt de la substance protéique suspectée puis dans le deuxième cas d'une cupule de test, avec une lecture à 20 minutes. Pour certains allergènes, on peut également réaliser une recherche d'IgE spécifiques par RAST, en sachant qu'un RAST négatif n'exclut pas le diagnostic de dermatite de contact aux protéines due à l'allergène testé (Photo 3 et 4, Annexe 9) .

12.3 Prévention spécifique aux dermatites de contact aux protéines⁵⁷

Les principes de prévention généraux sont abordés dans le chapitre suivant :

- Il faut supprimer ou réduire les contacts cutanés avec l'allergène.
- L'application de dermocorticoïdes est souvent nécessaire sur les lésions d'eczéma.
- L'association à des symptômes respiratoires, la gravité des éléments cliniques et la difficulté de mise en œuvre des moyens de prévention peuvent aboutir à un reclassement professionnel.

13. Dermatoses d'origine infectieuse dans les métiers de la restauration

13.1 Les onychopathies⁵⁸

13.1.1 Enseignements de notre enquête

Nous rapportons 4 cas de périonyxis, 2 plongeurs et 1 cuisinier et 1 apprenti. Trois avaient bénéficié d'un avis dermatologique et d'un prélèvement bactériologique et mycologique. Deux onychophagies étaient signalées. Deux cas étaient d'origine bactérienne, un staphylocoque méti-sensible et un staphylocoque *aureus*, les autres cas étaient d'origine fongique. Seule, la salariée infectée par le staphylocoque méti-sensible avait été arrêtée pendant son traitement antibiotique. L'origine de cette lésion était probablement le refoulement régulier de cuticules qui associé aux conditions de travail dans la plonge ont favorisé l'infection. Deux autres étaient traités, l'un avec un antifongique, l'autre avec un antibiotique et un antiseptique local. Les mesures de précaution étaient le port de gants et l'application de vernis amer pour une sensibilisation à l'onychophagie. Celui étiqueté par le médecin du travail comme onychomycose a été adressé à son médecin traitant, il lui a été recommandé de bien se sécher les mains.

13.1.2 Diagnostic :

Les onychopathies professionnelles sont rares, hormis les paronychies chroniques. Le diagnostic se fait sur l'analyse de la symptomatologie, et surtout grâce à un interrogatoire particulièrement précis et détaillé (études des gestes effectués, des produits manipulés).

Dans une paronychie chronique, les replis inguéraux proximaux et latéraux sont érythémateux et oedématiés. La cuticule est absente et la partie centrale du repli unguéal proximal se décolle, provoquant un récessus constituant un réceptacle pour les micro-organismes et de fines poussières de l'environnement, qui continuent d'entretenir l'inflammation chronique. A la longue, le repli unguéal se rétracte, s'épaissit et forme un bourrelet arrondi découvrant l'ongle proximal.

L'évolution est émaillée d'épisodes inflammatoires aigus douloureux, spontanément régressifs, dus en partie à des infections bactériennes ou candidosiques, en partie à la pénétration sous le repli unguéal proximal d'irritants ou d'allergènes. Des sillons transversaux sont des indicateurs rétrospectifs des poussées aiguës antérieures. Une onychomadèse est le résultat d'un dommage matriciel grave alors qu'une dyschromie des bords latéraux de l'ongle signe souvent une atteinte bactérienne à pseudomonas.

13.1.3 Leurs étiologies sont multiples :

- *Facteurs mécaniques et traumatiques* : gestes agressifs répétés, friction, pression, engins vibrants, corps étrangers sous-unguéaux (écailles de poissons, éclat d'os de viande ...).
- *Agents physiques* : froid, brûlures, radiations des fours à micro-ondes.
- *Agents chimiques* :
 - substances sensibilisantes : formaldéhyde, ... ;
 - substances irritantes : alcalins, acide oxalique, détergents, chlore, produits phytosanitaires, formaldéhyde, ...
 - *Agents végétaux ou animaux* : plantes, oignons, protéines des poissons, de la viande.
 - *Agents infectieux* : bactéries (staphylocoques, streptocoques, tularémie, érysipéloïde, mycobactéries, ...), virus (verruge, herpès, orf), mycoses (*Candida* ou dermatophytes).

a. Exemple du perionixis⁵⁹

Favorisés par l'humidité, ils sont particulièrement fréquents dans certaines professions (ménagère, artisan pâtissier, ouvrier de conserverie, plonge, etc.). La contamination se fait le plus souvent à partir d'un réservoir chez l'individu lui-même. Aux mains, le début se marque fréquemment par une paronychie : les replis sus et péri-unguéaux se tuméfient, la peau devient érythémateuse, brillante, tendue, puis desquame. La pression sur le bourrelet inflammatoire peut faire soudre une gouttelette de pus contenant des levures. La douleur, continue ou intermittente, est exacerbée par toute pression mécanique et souvent par le contact à l'eau. L'onyxis secondaire à une paronychie débute par la partie proximale ou latérale de l'ongle. Il se traduit par de petites taches jaunes ou verdâtres, des sillons transversaux, occasionnellement par de petites dépressions. La lame unguéale s'opacifie

progressivement, devient molle et friable, se détache progressivement de son lit, et parfois s'élimine spontanément.

Aux pieds et plus exceptionnellement aux mains, l'onyxis est souvent primaire. Il commence sur le bord libre ou les bords latéraux de la lame, qui devient friable, blanchâtre, verdâtre ou même franchement noire. L'ongle s'épaissit avant de se désagréger en sa partie ventrale, entraînant une onycholyse.

Les examens histologiques, mycologiques, bactériologiques et sérologiques permettent de reconnaître la paronychie candidosique des périonyxis bactériens ou syphilitiques. De même, ce sont les examens de laboratoires qui permettent de reconnaître l'onyxis candidosique de toutes les autres atteintes de la lame unguéale (à dermatophytes, à moisissures, psoriasique, lichénienne, peladique, etc.)

b. Réglementation et maladie professionnelle

Les pathologies sont décrites comme suit :

- Régime général, tableau n°77 : PERIONYXIS ET ONYXIS (Annexe 5)
- Régime agricole, tableau n°15 : MYCOSES CUTANÉES, PERIONYX ET ONYX D'ORIGINE PROFESSIONNELLE (Annexe 6)

13.2. Mycoses⁶⁰

13.2.1 Clinique

Les mycoses cutanées font partie des infections superficielles, semi-profondes, causées par des champignons microscopiques. Vivant sur ou dans ces organismes, la plupart de ces champignons restent inoffensifs. Seuls quelques champignons se comportent en pathogènes vrais, tandis que d'autres sont opportunistes, profitant d'une défaillance de la résistance immunologique, de troubles métaboliques (diabète) ou d'influences médicamenteuses.

Les dermatophytoses des mains et des pieds.

Les dermatophytes anthropophiles le plus souvent isolés sont *T. rubrum*, *T. mentagrophytes var. interdigitale* et *E. floccosum*. Exceptionnelles chez l'enfant, les dermatophyties palmoplantaires sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

Aspects cliniques : Les pieds sont plus souvent atteints que les mains. Les lésions plantaires sont favorisées par les troubles circulatoires et le port de chaussures imperméables. Le prurit, parfois violent, est exacerbé par la transpiration et le contact de l'eau. Le patient accuse parfois seulement une sensation de brûlure. Ce sont les plis interdigitaux (en particulier le 4^e) et sous-digitaux qui sont le siège le plus fréquent de l'infection, avec extension à la voûte plantaire. La face dorsale et les bords latéraux sont moins fréquemment touchés. Les lésions débutent soit par un intertrigo exsudatif, ou simplement squameux, souvent avec rhagades au fond des plis entre et sous les orteils, soit par un placard érythématovésiculeux plantaire, parfois bulleux, pouvant s'étendre pour confluer avec d'autres placards et parfois occuper toute la surface plantaire. Selon l'épaisseur de la couche cornée, les vésicules sont plus ou moins visibles. Elles sèchent ou s'érodent, laissant à nu une surface rouge entourée d'une collerette cornée. Il en existe deux formes cliniques, appelées dysidrosique et hyperkératosique. Dans la forme hyperkératosique, une xérose érythémateuse peut s'étendre sur toute la voûte plantaire et les bords latéraux du pied avec une topographie de mocassin. Aux mains, l'atteinte hyperkératosique prédomine au niveau de la paume, réalisant parfois le tableau du syndrome « deux pieds une main ».

13.2.2 Traitement et prévention

Les imidazolés, triazolés et alkylamines sont les classes d'antifongiques les plus utilisées pour le traitement topique des dermatophytoses superficielles. La ciclopiroxolamine topique est également efficace dans cette indication.

Les applications topiques doivent être généreuses et dépasser de deux à trois centimètres les limites cliniques des lésions.

Pour les mycoses des pieds, des mesures d'hygiène ont une importance capitale. Chez les individus à risque et en cas de récurrences fréquentes, l'usage d'une poudre antifongique peut être bénéfique à titre prophylactique.

Les antifongiques oraux sont indiqués pour les atteintes plurifocales, étendues, chronique ou récidivantes. Le fluconazole, l'itraconazole et terbinafine ont fait preuve d'une efficacité remarquable alors que leurs effets indésirables sont très souvent mineurs et réversibles.

Le Kétoconazole a une cytotoxicité hépatique à surveiller. La Terbinafine est sans efficacité sur les levures ou les moisissures.

13.3. Les dermohypodermites bactériennes nécrosantes

13.3.1 Clinique

Elles correspondent à des lésions inflammatoires profondes, qui possèdent toutes les caractéristiques de l'érysipèle, mais ne comportent pas la bordure périphérique saillante. Elles réalisent un placard infiltré rouge violacé à bordure extensive, le plus souvent sur les doigts et la main, après piqûre lors de la manipulation de poisson, de volaille, inoculant le bacille du rouget du porc (*Erysipelothrix rhusiopathiae*). Les règles d'hygiène étant de plus en plus strictes et le débitage à l'abattoir étant de plus en plus la règle, cette pathologie ne devrait plus se trouver dans les métiers de la restauration.

13.3.2 Evolution

Il faut systématiquement rechercher des signes de gravité et une imagerie médicale en urgence est nécessaire⁶⁰.

13.3.3 Réglementation

Les pathologies sont décrites comme suit :

- Régime général, tableau n°88 : ROUGET DU PORC (Erysipéloïde de Baker-Rosenbach) (Annexe 6)
- Régime agricole, tableau n°51 : ROUGET DU PORC (Erysipéloïde de Baker-Rosenbach) (Annexe 7)

13.4. Les verrues⁶¹

13.4.1 Rappel du cas

Une femme de 54 ans, affectée aux cuisines d'un fast-food, présentait lors d'une visite périodique en médecine du travail, une verrue de la main. La salariée a été maintenue au poste avec port obligatoire de gants jusqu'à disparition de la lésion.

13.4.2 Diagnostique

Les verrues cutanées sont des tumeurs qui peuvent prendre plusieurs aspects. Les verrues typiques sont des tumeurs bourgeonnantes, à surface irrégulière et kératosique. Lorsqu'on décape la couche superficielle, apparaissent des ponctuations noires qui correspondent aux vaisseaux. Les verrues sont d'épaisseur variable, souvent en fonction de leur localisation. Leur épaisseur est souvent plus importante dans les zones cornées. Elles sont surtout localisées aux mains et aux pieds, mais peuvent également siéger sur tout endroit de la peau, plus particulièrement les genoux et les coudes.

Sur les mains, elles touchent surtout les doigts. Habituellement isolées, elles peuvent, dans la localisation plantaire, se regrouper en plaques ; elles sont alors plus superficielles formant des verrues en « mosaïque ».

Les verrues peuvent également être planes. Elles ressemblent alors à de petites pastilles de couleur jaune ou chamois posées sur la peau. Elles siègent le plus souvent sur la face et sur le dos des mains, c'est-à-dire sur une peau fine. Elles sont parfois isolées ou peuvent se regrouper en plaques. Sur la face, elles sont volontiers situées dans la région péri-buccale. Il s'agit parfois d'une contamination familiale (mère-enfant). Chez l'homme, leur présence dans la barbe témoigne d'une auto-inoculation. Sur le dos des mains, elles peuvent être confondues, si elles sont pigmentées, avec des lentigos actiniques ou des kératoses séborrhéiques.

13.4.3 Etiologie

Le virus HPV (Human Papillomavirus) est responsable de verrues. La fréquence des sujets porteurs de verrues est particulièrement importante dans certaines professions, en particulier chez les bouchers et les employés d'abattoirs de volailles⁶². Malgré leur contact avec la viande, aucune publication ne fait état d'une contamination plus grande dans les métiers de la restauration.

Les dermatoses dans les métiers de la restauration sont fréquemment observées. Dans le cadre de ses missions, des actions peuvent être entreprises par le médecin du travail pour l'amélioration de l'état de santé des salariés.

IV. Les missions du médecin du travail dans les dermatoses des métiers de la restauration

A. Réglementation :

1. La surveillance médicale spéciale

« En ce qui concerne les travaux de préparation, de conditionnement, de conservation et de distribution de denrées alimentaires, seules sont visées les opérations terminales de préparation, de conditionnement et de conservation dans la mesure où elles précèdent la distribution en milieu de travail de ces denrées alimentaires tant animales que végétales. En d'autres termes, seul le personnel travaillant dans les restaurants d'entreprises ou dans les établissements extérieurs qui préparent des aliments destinés à la consommation en milieu de travail est soumis à la surveillance spéciale. » (Circulaire d'application n°10 du 29 avril 1980 relative à l'application de l'arrêté du 11 juillet 1977)

La circulaire du 8 mars 1995, précise que les salariés manipulant des denrées animales destinées à être consommées par le personnel de l'entreprise à laquelle ils appartiennent, sont suivis dans le cadre de la surveillance médicale spéciale par le médecin du travail de l'entreprise. Par ailleurs, cette même circulaire précise que la surveillance médicale spéciale des salariés manipulant des denrées animales destinées à des consommateurs étrangers à l'entreprise ne relève pas du médecin du travail.

2. La visite médicale

Le salarié soumis à une surveillance médicale renforcée (terme qui remplace celui de surveillance médicale spéciale depuis le décret du 28 juillet 2004) bénéficie obligatoirement d'un examen médical avant son embauche (article R. 241-48 du code du Travail).

Les examens périodiques pratiqués dans le cadre de la surveillance médicale renforcée sont renouvelés au moins annuellement. (article R. 241-50 du code du Travail)

Un salarié est défini comme travailleur de nuit s'il accomplit, au moins deux fois par semaine, selon son horaire de travail habituel, au moins trois heures de son temps de travail quotidien durant la période 21h-6h ou s'il accomplit, au minimum 270 heures de travail de nuit en 12 mois (article L213-2 du code du Travail).

L'article L.213-5 du code du Travail impose une visite semestrielle pour les travailleurs de nuit.

B. Le tiers temps

Le tiers temps est caractérisé par l'ensemble des actions que le médecin du travail mène pour améliorer le milieu et les conditions de travail.

Le médecin du Travail a désormais 150 demi journées par an pour se consacrer à ses missions en milieu de travail, « Tiers temps » (article 241-47 du code du Travail).

1. La fiche d'entreprise

Aux termes de l'article R. 241-41-3, dans chaque entreprise ou établissement qu'il a en charge, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.

La réalisation de cette fiche n'est possible qu'après une étude détaillée des postes.

Elle relève l'ensemble des accidents du travail, des maladies professionnelles et des maladies à caractère professionnelles, notamment à orientation dermatologique.

En matière de dermatoses dans les métiers de la cuisine, le médecin du travail doit étudier plus particulièrement les risques physiques de type thermique (chaleur et humidité dans la cuisine, froid dans les réserves, courants d'air), hygrométrique, fumées et aérosols, travail debout en permanence, piétinement.

L'analyse du risque chimique comprend la manipulation de substances allergisantes ou irritantes non étiquetées comme certains fruits et légumes. Les fiches de données de sécurité sont à consulter afin d'établir une liste des effectifs exposés aux substances cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (rares dans une cuisine), aux produits allergisants.

Le médecin du travail doit également évaluer la charge de travail, notamment le coup de feu bien connu dans les métiers de la cuisine.

Les risques d'accidents dans les métiers de la restauration sont importants à spécifier. (les risques de chute, les machines dangereuses, les risques d'explosion ou d'incendie).

En matière de dermatoses dans la restauration, l'hygiène générale des locaux est également très intéressante : il faut rechercher, les dispositifs d'aération, de ventilation et tester leur efficacité.

Enfin, la fiche d'entreprise doit contenir les informations concernant les mesures de prévention collectives et individuelles ainsi que les consignes de sécurité et les conduites à tenir en cas d'urgence. Elle relève l'ensemble des salariés formés au sauvetage secouriste en milieu du travail.

La réalisation de cette fiche d'entreprise permet au médecin du travail de formaliser sa connaissance du milieu de travail et d'établir un plan d'activité. Il s'agit d'une obligation de planification des actions de prévention.

2. La prévention des dermatoses dans les métiers de la cuisine :

Il est nécessaire de mettre en place ces mesures de prévention dès l'apprentissage³.

2.1 Collective :

- De conception ;
 - Prévoir des cuisines au nord pour protéger des grosses chaleurs.
 - Prévoir des cuisines de taille suffisante.
 - Installer les cuisines de restaurant sur le même niveau que les zones de stockage pour éviter les montées d'escaliers.
 - Respecter les normes de sécurité, notamment pour les risques électriques, les incendies.
 - Respecter l'ergonomie et les règles d'hygiène pour l'implantation des postes de travail (qualité des sols, lavabo à commande non manuelle, essuie-mains jetables, doux de préférence).
 - Installer une extraction des vapeurs efficace et régulièrement contrôlée. Le décret du 7 décembre 1984 fixe certaines normes minimales d'aération et de ventilation des locaux. Un système de ventilation correct permet de prévenir certaines dermatites aéroportées. Les systèmes d'aspiration à la source sont de plus en plus utilisés⁶³. Les hottes aspirantes doivent être régulièrement nettoyées. L'air ambiant doit être régulièrement renouvelé, soit en entretenant régulièrement la ventilation mécanique, soit en ouvrant les fenêtres².
 - Les tests pratiqués sur l'animal devraient permettre de dépister en amont les animaux infectés asymptomatiques et les éliminer de la chaîne alimentaire⁶⁴.
 - Obligation de vestiaires, lavabos et douches pour le personnel.
- D'organisation :
 - Respecter le principe de la marche en avant pour la confection des repas.
 - Entretien et contrôle régulier des machines. Les équipements de travail doivent avoir été mis en conformité et être estampillés CE pour les appareils neufs à compter du 01/01/95. Ces équipements doivent respecter la normalisation « NF EN » et/ou « NF HSA » et être livrés avec une notice d'instruction rédigée en

français. Leur entretien permanent doit, en particulier, conserver en bon état de fonctionnement leurs dispositifs de sécurité.

- Entretien du linge par un service spécialisé, éviter les assouplissants.
- Utilisation des produits d'entretien spécifiques aux locaux et matériaux alimentaires. Les produits doivent être étiquetés et rester dans leur emballage d'origine. Les dosages recommandés par le fabricant doivent être respectés.
- En matière de risque chimique, le médecin du travail étudie l'utilisation de l'ensemble des produits utilisés. Il recherchera sur les fiches de données de sécurité ou sur l'étiquetage les phrases de risques suivantes : R10, inflammable ; R30, peut devenir facilement inflammable pendant l'utilisation ; R34, provoque des brûlures ; R35, provoque de graves brûlures ; R38, irritant pour la peau ; R43, peut entraîner une sensibilisation par contact avec la peau ; R40, effets cancérigènes suspectés ; R45 peut provoquer le cancer ; R49, peut provoquer le cancer par inhalation ; R66, peut provoquer dessèchement ou gerçures de la peau ; R68 possibilité d'effets irréversibles.

Les substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques sont à retirer des métiers de la restauration. Les produits sensibilisants, doivent être, lorsque cela est possible retirés, substitués ou utilisés dans des conditions optimales de sécurité et de surveillance. C'est ainsi que la disparition des sels de chrome de l'eau de javel a entraîné une diminution de la prévalence des tests cutanés au bichromate de potassium chez les femmes consultant en Dermatologie⁶³.

Les produits inflammables doivent être utilisés avec les recommandations stipulées sur les fiches de données de sécurité et adaptées au poste de travail.

- Organiser les tâches de manière à faire varier les postures pour une même personne afin d'éviter le piétinement⁶⁵.
- Mettre à disposition des tabourets « assis-debout ».
- Pour éviter les brûlures, positionner les queues de casseroles à l'intérieur des plans de cuisson pour éviter leur renversement. Il faut avoir des protections (poignées spéciales, tissus...) pour la saisie des plats. Il faut éloigner la friteuse des points d'eau et des feux vifs.
- Pour éviter les coupures, lors de l'utilisation de machine à trancher ou les mélangeurs, veiller à toujours travailler avec les protections. Les couteaux et tout

autre outil tranchant doivent être rangés après usage. Dans le cadre de la plonge, il faut essayer de faire la vaisselle au fur et à mesure, de nettoyer les couteaux à part (armoires avec désinfection par ultra violet pour les couteaux de cuisine). Il faut stocker de manière correcte la vaisselle sale².

- De gestion :


- Prévoir une salle de repos pour le personnel en cas de travail en coupure.
- Organiser les plannings du personnel pour permettre une certaine régularité de vie, ainsi qu'une rotation dans les chambres froides.
- Favoriser le travail en équipe.
- Former les directions au respect du personnel et à la gestion des encouragements.

2.2 Individuelle

- Le port de gants de protection :

- La norme CE est le symbole visuel apposé sur le gant mis sur le marché. Il est obligatoire. Il atteste que ce produit est certifié conforme aux exigences essentielles de sécurité d'une directive appliquée sur tout le territoire Européen. Il satisfait aux procédures de certification qui lui sont applicables⁶⁶.
- La directive cadre 89/109/CEE s'applique à tous les articles et matériaux destinés à entrer en contact avec des aliments ; elle définit les exigences en matière d'intégrité et d'innocuité des substances qui sont contenues dans ces matériaux ; ceux ci doivent être fabriqués exclusivement à partir de substances autorisées et le fabricant doit pouvoir garantir que ces articles et matériaux ne vont pas détériorer les aliments, ni en modifier le goût, l'arôme, la couleur, la texture ou l'odeur, ni entraîner une réaction insalubre.

Cette directive cadre est complétée par des directives spécifiques dont l'une régit les matières plastiques : directive 90/128/CEE. Elle concerne les films et emballages plastiques mais aussi les gants. La

directive fixe la limite globale de migration ^a et la limite spécifique de migration ^b. Lorsque le pictogramme  est présent, cela signifie qu'il peut être utilisé pour manipuler n'importe quel aliment ; s'il n'est approprié que pour certaines catégories (aliment acide, aliment alcoolisé, aliment gras, aliment aqueux), elles doivent être précisées. Lorsque le gant est approprié à la manipulation d'aliments gras, le coefficient de réduction ^c doit être précisé. Il faut noter que la législation interdit tout contact entre des marquages et les aliments : le pictogramme ne être apposé sur le gant mais uniquement sur son emballage (avec les coordonnées du fabricant).

- Les gants doivent être adaptés au type de tâches effectuées ;

Des gants épais en nitrile ou en PVC à longues manches doivent être utilisés pour le nettoyage et la désinfection. Un grand nombre de patients de ce secteur professionnel vus en dermatologie professionnelle pour eczéma des mains avaient l'habitude, soit de porter des gants occasionnellement, soit de porter pour ces tâches des gants vinyle fins à très courtes manches, laissant pénétrer les produits à l'intérieur avec effet occlusif. La structure moléculaire du vinyl, rigide par rapport au caoutchouc, facilite l'apparition de micro-trous et micro-déchirures lors de l'utilisation des gants, laissant également pénétrer les produits.

^a **Limite Globale de migration** : Le plastique ne peut pas transmettre ses constituants aux aliments dans des quantités supérieures à 10 milligrammes par décimètre carré de surface du matériau ou de l'article utilisé.

^b **Limite Spécifique de migration** : Une limite spécifique de migration est donné pour un certain nombre de substance et additifs autorisés et indiqué dans la Directive 95/3/CEE

^c **Coefficient de réduction** : L'huile d'olive a des propriétés extractives bien plus élevées que la plupart des aliments gras. Le résultat des tests est divisé par un coefficient de réduction pour arriver aux valeurs extractives réelles des aliments.

Coefficient	Type d'aliments concernés
1	graisses, huiles entières, aliments baignant dans l'huile
2	beurre et margarine
3	poisson, fromage, mayonnaise, pâtes à base de noix
4	viande
5	chocolat, poudre de cacao, pâtisseries grasses

Le port prolongé de gants peut entraîner une diminution de la fonction barrière de la peau. Le port de gants pendant un temps aussi court que possible et l'utilisation de gants en coton sont recommandés sous les gants de nettoyage pour lutter contre l'hyperhydratation de la couche cornée provoquée par le port de gants occlusifs⁶⁶.

Pour le contact avec les aliments (épluchage des légumes, agrumes et manipulation d'épices) les gants fins (nitrile, PVC,...) sont conseillés. Afin de diminuer les réactions croisées d'allergies au latex avec certains aliments (ananas, banane, châtaigne, kiwi...), A. Lee & al concluent que les gants en vinyle devraient être utilisés à la place des gants en latex dans la mesure où leurs prix sont semblables. Dès l'apprentissage, cette formation sur le choix des gants appropriés devrait être donnée⁶⁷.

Pour les mains manipulant des couteaux et objets tranchants, il est recommandé d'utiliser des gants tricotés résistant à la coupure (type Kevlar ou Fibre Spectra). Lors du désossage de viande, la main ne tenant pas le couteau doit être protégée par un gant en cote de mailles (avec manchette)⁶⁸.

Les gants sont indispensables dès que la température est inférieure à 10°C. Il est recommandé de fournir des gants spéciaux réduisant la surface de contact afin de prévenir les gelures⁶⁹. Pour les manipulations de denrées froides ou surgelées, il est conseillé de porter seuls (denrée sèche) ou en sous gants (aliments humides ou salissants), des gants tricotés de protection thermique en fibres creuses type "ThermaStat"⁷⁰.

Dans le cadre du port de gants de manutention pour toute manipulation de cageots ou cartons, certaines règles sont préconisées^{2 71} :

- Eviter de manipuler la partie externe des gants à main nue.
- Laisser sécher l'intérieur avant de les remettre.
- Changer régulièrement les gants sales ou usés.
- Porter une manchette si le gants est trop court pour protéger l'avant bras exposé.
- Se laver les mains après avoir enlevé les gants.
- Port de gants à l'extérieur l'hiver (le froid dessèche la peau)

Plusieurs fabricants se sont spécialisés dans les gammes de gants alimentaires, notamment Ansell® avec sa gamme « pro Food » et son site internet très bien conçu (<http://www.ansell.be/>), Bacou® et MAPA®.

- Crèmes de protection avant le travail :

Ces crèmes ont pour fonction de renforcer le pouvoir de défense naturelle de la peau, même en cas de port de gants, car les liquides peuvent couler sous les gants.

Exemple : avant le travail, mettre la crème stokoprotect plus®. Pendant le travail, remettre la crème toutes les deux à trois heures. Cette crème n'est pas un traitement, et ne doit pas être appliquée sur une peau lésée⁷¹.

Frimat⁷² recommande l'application de la crème comme suit :

- Après un lavage et un séchage complet, étaler une noisette sur le dos et la paume des mains, en insistant sur les espaces interdigitaux, les articulations, le bord des ongles et sur leur bord libre.
- Le massage doit être prolongé, la crème sera plus efficace si elle adhère bien à la peau.
- Il faut ensuite laisser sécher 2 minutes.

- Le lavage des mains :

En cas de contamination par un produit de nettoyage acide ou alcalin, nettoyer à grande eau la zone atteinte pendant au moins 15 minutes⁷¹.

Il est proscrit d'utiliser des liquides vaisselle ou tout détergent industriel pour se laver les mains.

La fréquence de lavage doit être la plus faible possible, avec des savons doux contenant des surfactants les moins irritants³.

A la maison, le salarié doit se laver avec un savon surgras (La Roche Posay, Roger Cavalles, Deltaderm® de Laphi), qui est peu agressif, à pH neutre, et contient des corps gras renforçant le film gras naturel de la peau.

Au travail, il est indispensable de se laver les mains à l'eau, ou s'il reste du produit sur la peau, utiliser de préférence ce même savon surgras.

Le rinçage des mains à l'eau tiède (en évitant l'eau trop chaude ou trop froide) doit permettre d'éliminer les surfactants déposés sur la peau par le savon.

Le séchage des mains s'effectue avec un chiffon propre, ou des serviettes en papier doux jetable, sans les frotter avec trop d'énergie, pour éviter d'aggraver les effets des traumatismes professionnels⁷¹.

- Entretien de la peau après le travail⁷¹ :

Les crèmes émoullientes ont pour but de redonner à la couche cornée ses fonctions lipidiques protectrices évitant la perte intraépidermique d'eau. Il en existe de très nombreuses marques sur le marché. Il faut les appliquer après le travail y compris sur une peau sèche et irritée.

Exemple : la crème STOKOLAN® de la firme Stockhausen.

- Contention élastique

Des chaussettes de compression de 15 à 20 mm Hg peuvent être utilisées de manière à augmenter le confort lors de certaines activités professionnelles qui risquent de perturber l'hémodynamique veineuse⁷³.

Elles représentent probablement la base nécessaire si ce n'est indispensable du traitement.

La taille doit être adaptée à la jambe du patient et la pression doit être dégressive de la distalité vers la partie proximale de façon à ne pas créer un effet de garrot.

Il est très important de passer du temps à expliquer la contention et son intérêt au patient de façon à permettre une meilleure observance. Il est préférable de conseiller au patient de se rendre, au moins pour la première prescription, dans un centre spécialisé pour l'achat de sa contention, car une contention mal adaptée ne sera pas portée. Il est cependant à noter que, malgré les efforts réalisés par les fabricants, tant au plan esthétique que technologique, l'observance en termes de contention élastique n'est pas très bonne. Des efforts doivent donc être entrepris pour l'améliorer, notamment en prescrivant ces produits de façon adaptée et en y associant une information des patients⁷⁴.

- Protection du corps :

Selon l'arrêté « Restauration collective » du 29 septembre 1997 (JO du 23 octobre) ; « Toute personne en contact avec des denrées alimentaires doit porter des

vêtements de travail de couleur claire, des chaussures réservées au travail et une coiffure englobant l'ensemble de la chevelure. »

La directive européenne 93/43/CE relative à l'hygiène des denrées alimentaires rappelle que : "Toute personne travaillant dans une zone de manutention de denrées alimentaires doit respecter un niveau élevé de propreté personnelle et, le cas échéant, porter des vêtements de protection propres et adaptés".

2.3 Evaluation des résultats :

Du fait du caractère contraignant et de la lourdeur de toutes ces mesures, il est intéressant de savoir quels espoirs de bons résultats on peut avoir si on les suit scrupuleusement⁷⁵.

Il est donc nécessaire de mesurer l'impact des efforts de prévention réalisés. Pour cela, le médecin du travail peut s'aider du registre des accidents bénins quand il existe, des motifs d'accidents du travail, du nombre de déclaration de maladies professionnelles. Il peut également faire un relevé clinique qualitatif et quantitatif des dermatoses aperçues en consultation de routine. Il peut, par l'intermédiaire du CHSCT ou de son propre fait, réaliser un petit questionnaire d'évaluation au sein de l'entreprise.

3. Formation, sensibilisation

3.1 Qui cibler de préférence ?

Un questionnaire élaboré par un groupe de médecins de travail de la Société de Médecine du Travail de l'Ouest de l'Île de France, a été adressé aux médecins de cette société surveillant du personnel de restauration, à l'exclusion du personnel des établissements de soins et scolaires.

Les réponses à la question « quels sont les moyens de formation du personnel ? », sont rassemblées dans le tableau suivant :

Moyen	Médecins	
	Interentreprises	Autonomes
CHSCT	88%	64%
Mise en place d'affiches	44%	53%
Distribution de brochures sur l'hygiène	57%	41%
Organisation de réunions débats	13%	30%
Projection de films	13%	28%

D'après les médecins du travail, le CHSCT en 1988 reste le moyen préférentiel pour la formation en hygiène et sécurité du travail du personnel de restauration.

Pour l'utilisation de moyens de formation nécessitant du temps ou des supports techniques (réunion, films), des difficultés de réalisation sont rencontrées par les médecins des services interentreprises⁷⁶.

C'est à l'apprentissage que doivent être données l'information sur les risques cutanés liés au secteur de l'alimentation et la nécessité de consulter dès l'apparition des premiers signes d'irritation cutanée, avant l'apparition de formes chroniques plus sévères et le développement d'une allergie ; ce sont des symptômes d'alarmes à prendre en considération³.

3.2 Principes de l'information en entreprise⁷⁷

- La réglementation :

L'information des salariés sur les mesures de prévention est une obligation pour l'employeur (articles L.231-3-1 et L.231-3-2). Elle est réalisée en liaison avec les services de santé au travail afin que son contenu soit le mieux adapté possible à la réalité des expositions et renouvelé périodiquement.

- Quand réaliser l'information ?

Cette information intervient à des moments différents de la gestion des risques :

- A l'introduction ou lors de l'émergence d'un risque : conseils et mesures conservatoires à destination des salariés, propositions concrètes de suppression ou de diminution du risque auprès de l'exécutif de l'entreprise.
 - Quand le risque existe et qu'il est connu : rappels périodiques aux salariés comme à la hiérarchie des nuisances dans l'entreprise et de leurs effets sur la santé, des précautions à prendre, de l'utilité de respecter les mesures d'hygiène, des mesures de prévention collective et individuelle mises en place, des mesures à prendre en cas d'incident.
 - Après un accident ou incident : réexamen des mesures existantes avec le personnel concerné et formulation de nouvelles propositions en matière de prévention. Lorsqu'elles sont adoptées, le personnel est informé des modifications intervenues dans les procédures d'hygiène et de sécurité.
- Les thèmes abordables dans le cas des dermatoses dans les métiers de la restauration :
- Thème d'information : reprendre les différentes tâches du salarié, expliquer les risques qui y sont associés et les relations de cause à effets entre le travail et la santé.

- Thème d'exécution : reprendre l'ensemble des moyens de protection collectifs et individuels et faire une démonstration claire, précise et sans ambiguïté de leurs avantages et de leurs limites.
 - Thème de motivation : mise en évidence des résultats des actions entreprises pour réduire les dermatoses en rapport avec l'activité professionnelle.
 - Thème de mobilisation : mise en œuvre d'actions concrètes et de moyens pour maîtriser un risque précis.
- Méthodes utilisées :
- Unilatérale passive : il n'y a pas de participation du groupe cible au cours du transfert d'informations.
 - Bilatérale active : l'orateur facilite le dialogue et la participation de l'assemblée.
- Appuis didactiques :
- Les supports graphiques : brochures, affiches, tracts et de nombreuses affiches concernant les métiers de la cuisine sont disponibles sur le site www.inrs.fr.
 - Les supports audio et vidéo : de nombreux supports vidéo sont disponibles sur le site www.inrs.fr.
 - Les conférences, l'enseignement.
 - Les entretiens sur le terrain, qu'ils soient individuels ou collectifs.

Le message doit traiter d'un sujet unique et bien ciblé. Il doit être clair et donné dans un langage simple et adapté au groupe cible.

- Evaluation des actions de formation et d'information :

Les indicateurs d'efficience et d'efficacité et le ratio coût-bénéfice permettent d'évaluer les efforts consentis (financier, disponibilité) pour ce type d'action de prévention primaire.

Un taux élevé d'actions réalisées par rapport aux objectifs initiaux témoigne d'une bonne efficience de la campagne d'information.

L'efficacité directe est mesurée par l'application effective sur le terrain des mesures préconisées. L'efficacité indirecte est appréciée au travers d'effets induits (diminution de la morbidité en relation avec l'activité professionnelle).

4. Premiers secours aux accidentés et aux malades

L'employeur a la responsabilité de prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs (selon l'article L. 230-2 du code du travail). L'article R. 241-40 du code du travail précise que, « en l'absence d'infirmières ou d'infirmiers, ou lorsque leur nombre [...] ne permet pas d'assurer une présence permanente de ce personnel, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les dispositions nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades.

4.1 Contenu de la boîte à pharmacie de l'entreprise en matière de dermatoses professionnelles⁷⁸.

Il convient d'installer l'armoire à pharmacie à proximité d'un point d'eau, le soignant devant pouvoir se laver les mains correctement.

- * Gants d'examen médical en vinyl, non stériles, avec un choix de taille adapté (pour le soignant)
- * Pansements autoadhésifs de différentes tailles
- * Rouleaux de Sparadrap (ordinaire et/ou hypoallergénique)
- * Sutures adhésives (stéri-strip®)
- * Compresses stérilisées (7,5 cm X 7,5 cm) en sachet individuel
- * Bandes extensibles (Élastoplaste, de 3 cm de largeur par exemple)
- * Sachets propres en plastique et glaçons dans le réfrigérateur (pour les sections de membre)
- * Antiseptique externe, type chlorhexidine® ou Bétadine solution dermique® en petit conditionnement
- * Un tube de Biafine® et pansements hydrocolloïdes type URGOTUL® ou JELONET® 10*10 cm

- * Doigtiers à usage unique
- * Sérum physiologique pour les yeux en dosettes individuelles type Physiologica
- * Coalgan (mèche pour hémorragie nasale)
- * Couverture isolante métallisée
- * Paire de ciseaux à bouts arrondis
- * Pince à épiler

Il faut s'assurer à l'avance que les salariés ne sont pas allergiques à certains de ces produits (allergie vraie à l'iode pour la Bétadine) et indiquer les éventuelles contre-indications.

4.2 Etablissement des conduites à tenir

- Conduite à tenir en cas de brûlure^{79 80 81}(Annexe 10).
- Conduite à tenir en cas de plaie^{78 82 83}(Annexe 1).

5. Expert de santé dans l'entreprise

En tant qu'expert médical dans les conditions de travail, le médecin du travail devrait être consulté sur les projets de construction ou d'aménagements nouveaux et sur les modifications apportées aux équipements⁷⁷.

C. Les visites médicales :

1. Définitions⁷⁷

- La visite d'embauche :

Les objectifs de ces examens sont fixés de façon précise par le code du Travail ; il s'agit :

- de rechercher si le salarié est atteint d'une affection dangereuse pour les autres salariés ;
- de s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter ;
- de proposer éventuellement les adaptations du poste ou de l'affectation à d'autres postes.

- La visite périodique

La visite périodique doit permettre de s'assurer que le salarié est toujours apte à occuper son poste.

2. Points abordés en consultation:

L'entretien approfondi est mené par le médecin du travail.

Cet entretien abordera successivement les éléments suivants:

2.1 Connaissance des antécédents personnels et familiaux.

- Médico-chirurgicaux :

Le médecin du travail recherche les antécédents d'insuffisance veineuse, de syndrome de Raynaud, d'eczéma, d'urticaire, d'atopie. Il recherche la présence actuelle de ces lésions.

- Les antécédents professionnels :

L'interrogatoire sur les antécédents professionnels peut permettre de retrouver une exposition à un agent cancérigène ou mutagène pour lequel il faut entreprendre une surveillance post exposition.

Le médecin du travail demande au salarié s'il a déjà présenté des maladies professionnelles, s'il a déjà été victime d'accident du travail.

2.2 Compréhension des conditions de travail.

Le questionnement précis du salarié sur ses conditions de travail permet d'identifier l'éventail des produits manipulés et les situations à risques qu'il peut rencontrer. Il précise le caractère occasionnel ou habituel de l'exposition. Ceci complète la connaissance du milieu de travail acquise lors du tiers temps. L'inventaire des nuisances auxquelles le salarié est exposé permet une recherche logique des pathologies à risque. (voir Chapitre 3)

2.3 Retentissement socioprofessionnel actuel de la symptomatologie.

Rappel de l'histoire de la maladie, recherche de signes fonctionnels et de la prise éventuelle de traitement.

Le médecin du travail recherche la survenue, la reprise ou l'aggravation des lésions lors de l'activité professionnelle et la régression pendant les périodes de congés. Il interroge sur la pratique des équipements de protection individuelle.

2.4 Possibilité de déclaration en maladie professionnelle.

Le médecin du travail recherche les arguments nécessaires à la reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle.

2.5 Conséquence d'une éviction à l'agent sensibilisant ou de la tâche favorisant les lésions.

Une discussion de ce problème permet de mieux appréhender une discussion avec l'encadrement⁷⁷.

2.6 L'examen clinique qui suit cet interrogatoire permet de s'assurer de la nature de la symptomatologie et de l'hygiène du salarié.

2.7 Les examens complémentaires

Le cas échéant, le médecin du travail peut prescrire des examens complémentaires ou adresser le salarié dans une consultation spécialisée dans le cadre d'une détermination de l'aptitude médicale au poste de travail ou pour dépister une maladie professionnelle. (article R. 241-52 du code du Travail)

Les consultations de dermatologies professionnelles se développent de plus en plus au sein des CHU. La vision pluridisciplinaire et l'accueil unique du patient permettent d'avoir une réponse immédiate aux questions dermatologiques et professionnelles qu'il se pose, concernant les intérêts éventuels mais aussi les conséquences d'un reclassement, d'une déclaration de maladie professionnelle. La formalisation d'une activité souvent éclatée, permet de plus un recensement des pathologies rencontrées. L'association de plusieurs cas, a permis, par exemple de mettre l'accent sur les carences d'informations ou de mesures de sécurité dans certains secteurs d'activité, ceci rendant les campagnes de prévention plus efficaces et plus ciblées⁸⁴.

2.8 L'avis d'aptitude :

Au terme de l'examen, le médecin du travail se prononce sur l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail. Cet avis est pris en comparant les exigences du poste aux résultats de l'examen médical. La petite taille des entreprises de la restauration ne permet pas toujours d'adapter les conditions de travail. La vaste panoplie des moyens de protections collectives et individuelles pas forcément coûteux doit alors être étudiée.

Conclusion

Les établissements de la restauration se répartissent en deux grandes catégories, la restauration collective et la restauration commerciale. Quatre grands corps de métiers se partagent une partie importante des tâches de ce secteur professionnel, parmi lesquels on retrouve les cuisiniers, les serveurs, les agents de plonge et les pâtisseries.

Les facteurs thermiques, hygrométriques, la manipulation d'aliments, de produits d'entretien divers et de matériel tranchant, ainsi que la position debout et l'empressement des « coups de feu » font des métiers de la restauration, un des secteurs les plus à risque de dermatoses professionnelles.

Les dermatoses les plus fréquentes sont représentées par les dermites d'irritation et les eczémas de contact. La déclaration en maladie professionnelle au titre du tableau n°65 du régime général est pourtant exceptionnelle. De plus, un nombre probablement important de brûlures et de coupures ne sont jamais déclarées en accidents du travail.

L'étude des conditions de travail et notamment des nuisances auxquelles le salarié est exposé permet au médecin du travail de cibler l'ensemble des pathologies dermatologiques à rechercher.

Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail est un conseiller du chef d'entreprise et du salarié en matière de prévention collective au niveau de la conception des locaux de travail et de l'organisation du travail. Il peut également donner son avis sur des problèmes de gestion favorisant l'état de santé du salarié. Il explique les textes juridiques concernant la santé des salariés.

En matière de dermatoses dans les métiers de la restauration, les éléments de protection individuelle sont le port de gants adaptés au risque, conforme à la réglementation, l'utilisation de crème de protection avant le travail et de crème réparatrice lors des repos. La contention élastique de faible niveau doit prévenir la sensation de jambes lourdes de l'insuffisance veineuse chronique.

L'ensemble de ces dispositifs de prévention mis en place doit toujours être évalué.

Le médecin du travail participe à l'information du personnel sur les dermatoses dans les métiers de la restauration : la phase d'apprentissage semble le meilleur moment. Par la suite le CHSCT est le meilleur interlocuteur.

Le chef d'entreprise demande au médecin du travail d'organiser les premiers secours. Ce dernier doit gérer la pharmacie et établir des conduites à tenir en cas de brûlures et de plaies.

En tant qu'expert de santé au sein de l'entreprise, il doit donner ses bons conseils lors de réflexions sur la construction ou la rénovation de locaux.

Enfin, la visite médicale doit permettre d'adapter les exigences du poste de travail à l'état de santé du salarié.

Naturellement, l'ensemble de ces missions est rendu difficile par la multitude de petites entreprises. Aussi, la réforme actuelle de la médecine du travail devrait permettre au médecin du travail d'optimiser sa prestation. Les 150 demi journées de tiers temps par an devrait permettre une plus grande disponibilité dans la formation sur le terrain.

Par ailleurs, il peut être intéressant de regrouper plusieurs effectifs de restaurants afin de faire partager les différentes expériences en matière de prévention des dermatoses professionnelles et ainsi augmenter les chances de réussite de cette dernière.

Annexes

ANNEXE 1 :

**Les pathologies dermatologiques dans le métier de la
restauration (enquête IMSTL).**

COORDONNEES DU MEDECIN DU TRAVAIL (tampon)

Nom et prénom du salarié:

Sexe : M F

Age :

Restaurant :
Restauration collective
Restauration rapide (fast-food)
Restauration traditionnelle

Situation sociale :
Apprenti Si oui, année d'apprentissage :
Artisan, CDI
Intérimaire, CDD

Postes de travail :
Cuisine Pâtisserie
Plonge Autres (préciser)
Service

Date de première embauche dans un métier de restauration :

Date d'entrée dans l'entreprise :

Ancienneté dans la fonction actuelle :

Nombre d'heures par semaine :

ANTECEDENTS DU PATIENT :

Diabète	oui	non
Dermatite atopique	oui	non
Rhinite allergique	oui	non
Asthme allergique	oui	non
Eczéma	oui	non
Onychophagie	oui	non
Autres		

T.S.V.P.

TYPE DE LESION :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dermite d'irritation
Eczéma | <input type="checkbox"/> Périonyxis
Insuffisance veineuse |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de Raynaud
Verrue des mains | Dermatite atopique |
| Onychomycose des mains | Psoriasis |
| Panaris | Brûlure |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) | <input type="checkbox"/> Plaies |
| | <input type="checkbox"/> Urticaire ; <input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée |

En cas d'eczéma ; préciser :

Eczéma de contact : Préciser les causes :

Eczéma atopique : Préciser les allergies connues :

Date d'apparition des lésions :

Mode d'évolution: Guérison
 Stabilisation
 Passage à la chronicité

Bilan complémentaire réalisé (avis dermatologique , prélèvements bactériologiques , mycologiques , biopsie , bilan allergologique ; si oui, résultats) :

SUITES PROFESSIONNELLES :

Déclaration en accident de travail : oui non

Déclaration en maladie professionnelle : oui non

Si oui, quel tableau éventuel :

Quelles adaptations du poste de travail ont été apportées :

Quelle orientation professionnelle a été envisagée :

Remarques personnelles :

<p>Document à adresser à Monsieur Guillaume Ulrich, Service de dermatologie-vénérologie 36, Quai de la Bataille – CO 34 – Nancy Cedex France. Fax : 03 83 85 24 12 Pour tous renseignements, téléphone : 06 87 15 91 57</p>
--

ANNEXE 2 :

Régime général : tableau n°65

LESIONS ECZEMATIFORMES DE MECANISME ALLERGIQUE

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané positif au produit manipulé.	15 jours	<p>Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après :</p> <p>A. - Agents chimiques : Acide chloroplatinique Chloroplatinales alcalins Cobalt et ses dérivés Persulfates alcalins Thioglycolate d'ammonium Epichlorhydrine Hypochlorites alcalins Ammoniums quaternaires et leurs sels, notamment dans les agents détergents cationiques Dodécyl-aminoéthyl glycine Insecticides organochlorés Phénothiazines Pipérazine Mercapo-benzothiazole Sulfure de tétraméthyl thiurame Acide mercapto-propionique et ses dérivés N-isopropyl N-phénylparaphénylènediamine et ses dérivés Hydroquinone et ses dérivés Dithiocarbamates Sels de diazonium, notamment chlorure de diéthylaminobenzène diazonium Benzisothiazoline-3-one Dérivés de la thiourée Acrylates et méthacrylates Résines dérivées du para-tert-butylphénol et du para-tert-butylcatéchol Dicyclohexylcarbodilimide</p> <p>B. - Produits végétaux ou d'origine végétale : Produits d'extraction du pin, notamment essence de térébenthine, colophane et ses dérivés Baume du Pérou Urushiol (laque de Chine) Plantes contenant des lactones sesquiterpéniques (notamment artichaut, arnica, chrysanthème, camomille, laurier noble, saussurea, frullania, bois de tulipier, armoise, dahlia) Primevère Tulipe Alliées (notamment ail et oignon) Farines de céréales</p>

ANNEXE 3 :

Régime général : tableau n°63

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LES ENZYMES

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	Préparation, manipulation, emploi des enzymes et des produits en renfermant, notamment :
Ulcérations cutanées	7 jours	
Conjonctivite aiguë bilatérale récidivant en cas de nouvelle exposition ou confirmée par un test.	7 jours	Extraction et purification des enzymes d'origine animale (trypsine), végétale (broméline, papaïne, ficine), bactérienne et fongique (préparés à partir des bacillus subtilis, aspergillus, orysae) ;
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	Fabrication et conditionnement de détergents renfermant des enzymes.
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	

ANNEXE 4 :

Régime agricole : tableau n°44

**AFFECTIONS CUTANÉES ET MUQUEUSES PROFESSIONNELLES DE
MÉCANISME ALLERGIQUE**

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant après nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané positif au produit manipulé.	15 jours	Manipulation ou emploi habituels, dans l'activité professionnelle, de tous produits.
Urticaire de contact récidivant en cas de nouvelle exposition et confirmé par un test.	7 jours	

ANNEXE 5 :

Régime général : tableau n°77 : PERIONYXIS ET ONYXIS

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
<p>Atteinte des doigts :</p> <p>Inflammation périunguéale, douloureuse d'origine infectieuse accompagnée ou non de modifications de l'ongle telles que fissurations, striations, dentelures du bord libre, coloration brunâtre, onycholyse.</p>	7 jours	<p>Manipulation et emploi des fruits sucrés et de leurs résidus.</p> <p>Préparation, manipulation et emploi des jus de fruits sucrés, notamment lors des travaux de plonge en restauration.</p>

ANNEXE 6 :

Régime agricole : tableau n°15 : MYCOSES CUTANÉES, PERIONYX ET ONYX D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
La nature mycosique de l'atteinte doit être confirmée par examen direct et culture.		
D - Périonyxis et onyxis des doigts : Inflammation périunguéale, douloureuse, d'origine infectieuse accompagnée ou non de modifications de l'ongle telles que fissurations, striations, dentelures du bord libre, coloration brunâtre, onycholyse.	7 jours	Manipulation et emploi des fruits sucrés et de leurs résidus. Préparation, manipulation et emploi des jus de fruits sucrés. Travaux de plonge en restauration.

ANNEXE 7 :

Régime général : tableau n°88 : ROUGET DU PORC (Erysipeloïde de Baker-Rosenbach)

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Forme cutanée simple : placard érysipéloïde (en dehors des cas considérés comme accidents du travail).	7 jours	Travaux exécutés dans les boucheries, charcuteries, triperies, boyauderies, abattoirs, ateliers d'équarrissage, volailleries, pêcheries, poissonneries, cuisines.

ANNEXE 8 :

Régime agricole : tableau n°51 : ROUGET DU PORC (Erysipéloïde de Baker-Rosenbach)

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Forme cutanée simple : Placard érysipéloïde (en dehors des cas considérés comme accident du travail).	7 jours	Travaux exécutés dans les boucheries, charcuteries, triperies, boyauderies, abattoirs, ateliers équarrissage, volailleries, pêcheries, poissonneries, cuisines. Travaux exécutés dans les élevages d'ovins, de porcins, de volaille ou de gibier.

ANNEXE 9 :



Photo 1: Acrocyanose
(Dermatologie, Hôpital Fournier, Nancy)



Photo 2: Engelures
(Dermatologie, hôpital Fournier, Nancy)



Photo 3 et 4 : Dermite de contact aux protéines, farine, poissons et fruits exotiques (Pr. A. Barbaud, Dermato-allergologie, Hôpital Fournier, Nancy)



ANNEXE 10 : *Conduite à tenir en cas de Brûlure :*

Votre médecin du travail vous informe :

Éliminer l'agent causal, couvrir en cas de flamme.

Refroidir la brûlure en l'arrosant immédiatement pendant 5 minutes à l'eau froide, sans pression sur la brûlure.

Retirer les bagues et les vêtements pendant l'arrosage, à l'exception de ceux qui adhèrent à la peau.



Si la brûlure est très étendue, ou que les cloques sont de grandes tailles (plus de la moitié de la paume de la main de la victime), la brûlure est dite grave.

- Installer la victime en **position demi-assise**.
- Ne pas donner à boire ou à manger
- Alerter au plus vite les secours :

SAMU : numéro de téléphone : 15

- Surveiller la victime jusqu'à l'arrivée des secours.

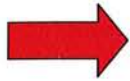


Si la brûlure est simple,

- Légère rougeur peu étendue et sans cloque (1^{er} degré) :
→ BIAFINE® à renouveler 2 à 3 fois/jour pendant 2 jours.
- Si rougeur plus importante avec ou sans cloque (2nd degré) :
→ recouvrir de pansement gras URGOTUL® ou JELONET®, maintenir par un bandage léger, à renouveler toutes les 24 heures.
- Surveiller la brûlure, si elle devient chaude, gonfle ou si elle continue à faire mal dans les 24 heures, consulter un médecin.

Faire vérifier la vaccination antitétanique par un médecin.

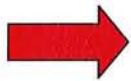
ANNEXE 11 : **Conduite à tenir en cas de plaie :**
Votre médecin du travail vous informe :



S'il s'agit d'une **plaie superficielle** :

- Nettoyage à l'aide d'un désinfectant local type Chlorexidine®.
- Pansement avec un pansement stéril individuel ou stérilstrip®
- Si la plaie devient chaude, gonfle ou si elle fait mal dans les 24 heures, consulter un médecin.

Plaie de la main = médecin.



S'il s'agit d'une **plaie grave** :

- **Comment reconnaître une plaie grave?**

Il s'agit d'une **plaie étendue**, **souillée**, contenant des **corps étrangers** ou d'une plaie située au niveau de l'**œil**, du **ventre** ou de la **poitrine**.

- **Que faire ?**

- **Allonger** la victime ou la mettre en position demi assise si elle a du mal à respirer.
- **Alerter** les premiers secours :

SAMU : numéro de téléphone : 15

- **Ne pas désinfecter** la plaie.
- **Ne jamais retirer un corps étranger** présent dans une plaie grave.
- **Ne jamais donner à boire ou à manger** à une victime qui vous le demande

Toujours faire vérifier la vaccination antitétanique par un médecin.

- ¹ www.umih.fr/chiffres/restauration.php, décembre 2004
- ² La restauration traditionnelle, prévention des risques professionnels, INRS, Paris, ED 880, 2002, 1-15
- ³ M.N. Crépy, Dermatoses professionnelles dans le secteur de l'alimentation, Document pour le Médecin du Travail, 2004, 99, 411-422
- ⁴ www.ofival.fr/marches_filières/point_sur/nsynttspece/restcom.pdf, décembre 2004
- ⁵ Convention Collective de la restauration Rapide, J.O., 13/12/88, p 1557
- ⁶ G. Chautard, F. Cuvellier, I. Grimaud, C. Richoux, Le travail dans la restauration rapide à Paris, Document pour le Médecin du Travail, 72 TF 77, 1997, 72, 337-346
- ⁷ Restauration d'entreprise, Aide mémoire juridique, INRS, Paris, 1999, 1-29
- ⁸ F. Bergaut-Zoppi, P. Goudifa, H. Reffet-Paquot, Cuisinier, Fiche médico-professionnelle numéro 35, CAMIP, 2001, 2
- ⁹ www.umih.fr/metiers/cuisine.php, décembre 2004
- ¹⁰ G. Chautard, F. Cuvellier, I. Grimaud, C. Richoux, Le travail dans la restauration rapide à Paris, Document pour le Médecin du Travail, 72 TF 77, 1997, 72, 337-346
- ¹¹ P. Bruneteau, A. Delevoye, E. Demeester, E. Hunzinger, M.L. Ribes, F. Roux, A. van Brederode, Plongeur en restauration, Fiches Médico-professionnelles numéro 43, CAMIP, 2003, 3
- ¹² P. Bruneteau, A. Delevoye, E. Hunzinger, M.L. Ribes, F. Roux, A. Van Brederode, Plongeur en restauration. Etudes métrologiques, CAMIP, 2003, 3, 281-289
- ¹³ P. Guinel, F. Andrieu, P. Bruneteau, Le serveur en restauration, Fiche médico-professionnelle numéro 14, CAMIP, 1995, 2
- ¹⁴ www.umih.fr/metiers/restaurant.php, décembre 2004
- ¹⁵ www.bossons-fute.com/Fiches, décembre 2004
- ¹⁶ M.C. Courthiat, L. Boitel, N. Chau, G. Juillard, Conditions de travail dans la restauration et risques professionnels dans la restauration, Documents pour le Médecin du Travail, 1990, 43, 239-247

- ¹⁷ F. Bergaut-Zoppi, P. Goudifa, H. Reffet-Paquot, Cuisinier, Fiche médico-professionnelle numéro 35, CAMIP, 2001, 2
- ¹⁸ G. Jelen, Dermites des métiers de l'alimentation, Progrès en dermato allergologie, Bâle, John Libbey Eurotext, 1996, 181-199
- ¹⁹ A. Pons-Guiraud, Les épices : de l'histoire à l'allergie, Progrès en dermato-allergologie, John Libbey Eurotext, Lille, 2004, 59-78
- ²⁰ L. Kanerva, T. Estlander, R. Jolanki, Occupational allergic contact dermatitis from spice, Contact Dermatitis, 1996, 35, 157-162
- ²¹ J. Hafner, C.E. Riess, B. Wüthrich, Protein contact dermatitis from paprika and curry in a cook, Contact dermatitis, 1992, 26, 51
- ²² L. Kanerva, M. Soini, Occupational protein contact dermatitis from coriander, Contact Dermatitis, 2001, 45, 354-355
- ²³ E. Bleumink, H.M.G. Doeglas, A. H. Klokke, J.P. Nater, Allergic contact Dermatitis to garlic, Br. J. Derm., 1972, 87, 6-9
- ²⁴ S.A. Eming, J-O. Piontek, N. Hunzelmann, H. Rasokat, Severe toxic contact dermatitis caused by garlic, Br. J. Derm., 1999, 141, 391
- ²⁵ T.M. Hughes, S. Varma, N.M. Stone, Occupational contact dermatitis from a garlic and herb mixture, Contact Dermatitis, 2002, 47, 48
- ²⁶ S. Machado, E. Silva, A. Massa, Occupational allergic contact dermatitis from falcarinol, Contact Dermatitis, 2002, 47(2), 113-4
- ²⁷ S. Tavadia, C.A. Morton, A. Forsyth, Latex, potato and tomato allergy in a restaurateur, Contact Dermatitis, 2002, 47, 109
- ²⁸ J. Monteseirin, J.L. Pérez-Formoso, M.C. Sanchez-Hernandez, M. Hernandez, M.J. Camacho, I. Bonilla, P. Guardia, J. Conde, Occupational contact dermatitis to dill, Allergy, 2002, 57, 866-867

- ²⁹ S. Weltfriend, C. Kwangstith, I. Maibach, Contact urticaria, from cucumber pickle and strawberry, *Contact Dermatitis*, 1995, 32, 173-174
- ³⁰ L. Kanerva, P. Elsner, J.E. Wahlberg, H.I. Maibach, Occupational Contact Dermatitis to Plants, *Handbook of Occupational Dermatology*, Springer-Verlag, 2000, 747-749
- ³¹ Roed-Petersen, N. Hjorth, Contact dermatitis from antioxydants. Hidden sensitizers in topical medications and foods, *British Journal of Dermatology*, 1976, 94, 233-241
- ³² R. Valsecchi, B. Pansera, A. Reseghetti, P. Leghissa, R. Cortinovia, L. Cologni, Contact urticaria from *Loligo japonica*, *Contact Dermatitis*, 1996, 35, 367-368
- ³³ L. Schärer, J. Hafner, B. Würtlich, C. Bucher, Occupational protein contact dermatitis from shrimps, *Contact Dermatitis*, 2002, 46, 181-182
- ³⁴ G. Ulrich, C. Paris, S. Pale, C. Siegfried, G. Petiet, A. Barbaud, Les pathologies dans les métiers de la restauration : enquête de l'institut de sécurité et Médecine du travail de Lorraine (IMSTL), 25^{ème} cours d'actualisation en Dermato Allergologie, communication orale, Lille 2004
- ³⁵ L. Halkier-Sorensen, Occupational skin diseases, *Contact Dermatitis*, 1996, 35 (1 Suppl), 1-120
- ³⁶ J. Tacke, A. Schmidt, M. Fartasch, T.L. Diepgen, Occupational contact dermatitis in bakers, confectioners and cook, *Contact Dermatitis*, 1995, 33, 112-117
- ³⁷ D. J. Gawkrödger, M.H. Lloyd, J.A.A. Hunter, Occupational skin disease in hospital cleaning and kitchen workers, *Contact Dermatitis*, 1986, 15, 132-135
- ³⁸ L. Kanerva, J. Toikkanen, R. Jolanki, T. Estlander, Statistical data occupational contact urticaria, *Contact Dermatitis*, 1996, 35, 229-233
- ³⁹ M.C. Acciali, C. Brusi, S. Francalanci, S. Giorgini, A. Sertoli, Allergic contact dermatitis in caterers, *Contact Dermatitis*, 1993, 28, 48
- ⁴⁰ E. Cronin, Dermatitis of the hands in caterers, *Contact Dermatitis*, 1987, 31, 55

- ⁴¹ M.N. Crépy, Dermatite de contact aux protéines, Document pour le Médecin du Travail, 1999, 79, 249-253
- ⁴² E. Cronin, Dermatitis of the hands in caterers, Contact Dermatitis, 1987, 17, 265-269
- ⁴³ V. Gleizes, J.M. Féron, Urgences médico-chirurgicales de l'adulte, 2ème édition, Ernet, Paris, 2004, 681-682
- ⁴⁴ F. Zuccarelli, I. Koskas, Varices et insuffisance veineuse chronique, Encyclopédie Médico-chirurgicale, Elsevier, Paris, 2003, 2-0500,
- ⁴⁵ A.A. Ramelet, Manifestations cutanées des altérations vasculaires et neurologiques des membres inférieurs, Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles, 3ème édition, Masson, Paris, 1999, 670-679
- ⁴⁶ A. Domp Martin, D. Leroy, Autres dermatoses par agent physiques, Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles, 3ème édition, Masson, Paris, 1999, 401-406
- ⁴⁷ C. Gérard, D. Tripodi, Dermatoses professionnelles, Encyclopédie Médico-chirurgicale, Toxicologie-Pathologie professionnelle, Elsevier, Paris, 16-533-A-10, 1999, 1-22
- ⁴⁸ J.J. Morand, E. Lightburn, Urticaires, Encyclopédie médico-chirurgicale, Elsevier, Paris, 2000, 98-480-A-10
- ⁴⁹ A. Barbaud, Urticaires physiques, conférence de consensus, Annales de Dermatologie-Vénérologie, 2003, 130, 1S, 16-27
- ⁵⁰ E.H. Page, N.H. Shear, Temperature-dependent skin Disorders, Journal of American Academy of Dermatology, 1988, 18, 1003-1019
- ⁵¹ J.M. Lachapelle, Les eczémas, Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles, Masson, 3ème édition, Paris, 1999, 33-70
- ⁵² S. Muller Parickmiller, Orientation professionnelle des atopiques, thèse de Docteur en Médecine, Faculté de médecine de Nancy, 22 octobre 2002

- ⁵³ I. Rystedt, Factors influencing the occurrence of hand eczema in adults with a history of atopic dermatitis in childhood, *Contact Dermatitis*, 1985, 12, 185-191
- ⁵⁴ J.R. Manciet, Eczémas, *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Elsevier, Paris, Dermatologie, 2-0730, 2001, 1-8
- ⁵⁵ G. Abadia, A. Chapoutier, B. Delemotte, A. Delepin, N. Guillemy, A. Leprince, *Les maladies professionnelles*, INRS, ED 835, 2003,
- ⁵⁶ J.J. Morand, E. Lightburn, Urticaires, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Elsevier, Paris, 2000, 98-480-A-10
- ⁵⁷ M.N. Crepy, Dermatite de contact aux protéines, *Document pour le Médecin du Travail*, 1999, 59, 249-253
- ⁵⁸ A. Tosti, L. Guerra, F. Bardazzi, P.A. Fanti, Rôle et mécanismes pathogéniques des allergènes de contact dans les paronychies chroniques, cours du Gerda, Leuven, John Libbey Eurotext, Paris, 1994, 235-238
- ⁵⁹ G.E. Piérard, C. Piérard-Franchimont, *Mycoses, Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*, Masson, 3ème édition, Paris, 1999, 147-159
- ⁶⁰ M. Pechère, J.C. Pechère, *Dermatoses bactériennes, Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*, Masson, 3ème édition, Paris, 1999, 111-146
- ⁶¹ D. Penso-Assathiany, Verrues , *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Elsevier, Paris, 2001, 2-0649, 1-6
- ⁶² J. Fousserau, Les verrues professionnelles, *Documents pour le Médecin du Travail*, 1989, 48, 13-16
- ⁶³ A.F. Didier, E. Collet, D. Lambert, Protection individuelle et prévention des dermatoses professionnelles, *Archives de Maladies Professionnelles*, 1998, 595-604
- ⁶⁴ www.smia.asso.fr, décembre 2004
- ⁶⁵ F.Tomei, T. Paola Baccolo, E. Tomao, S. Palmi, M. Valeria Rosati, Chronic Venous Disorders and Occupation, *American Journal of Industrial Medicine*, 1999, 36, 653-665

- ⁶⁶ M.B. Cleenewerk, Comment choisir un gant de protection, Progrès en Dermato-allergologie, John Libbey Eurotext, Paris, 2004 : 231-261
- ⁶⁷ A. Lee, R. Nixon, K. Frowen, reduction of use of latex gloves in food handlers: an intervention study, Contact Dermatitis, 2001, 44, 75-79
- ⁶⁸ www.smia.asso.fr, décembre 2004
- ⁶⁹ M. Aptel, Le travail au froid artificiel dans l'industrie alimentaire. Description des contraintes et recommandations, Cahiers de notes documentaires, INRS, 1987, 126, 47-55
- ⁷⁰ www.smia.asso.fr, décembre 2004
- ⁷¹ C. Gérard, D. Tripodi, C. Vrchovsky, R. Vincent, Les ordonnances de prévention : application à plusieurs professions, Progrès en Dermato-Allergologie, John Libbey Eurotext, Paris, 2004, 277-298
- ⁷² P. Frimat, Y. Yeboue-Kouame, Les crèmes de protection et d'entretien pour les mains à usage professionnel. Institut de Médecine du Travail du Nord de la France, Calingaert, Loos, 2000, 1-85
- ⁷³ Commission 6, Qualité de vie et symptomatologie, Conférence de consensus, Phlébologie, 2003, 56, 4, 341-342
- ⁷⁴ F. Zuccarelli, Isabelle Koskas, Varices et insuffisance veineuse chronique, Encyclopédie Médico-chirurgicale, 2003, 2-0500
- ⁷⁵ C. Gérard, D. Tripodi, Expérience des ordonnances de prévention en dermatologie professionnelle dans un centre spécialisé, Document pour le Médecin du Travail, 1997, 123-133
- ⁷⁶ D. Corvisart, B. Demure, M. Saux, Surveillance du personnel de restauration collective, Document pour le Médecin du Travail, 1988, 121-125
- ⁷⁷ P. Dyèvre, D. Léger, Formation, information et éducation pour la santé, Médecine du travail, Approche de la santé au travail, 3ème édition, Abrégé Masson, Paris, p. 339

⁷⁸ www.33docavenue.com, décembre 2004

⁷⁹ H. Carsin, H. Le Bever, Brûlures, Urgences Médico-chirurgicales de l'adulte, 2ème édition, Ernet, Paris, 2004, 761-772

⁸⁰ O. Griffe, Pour la pratique, La revue de praticien, 2002, 52, 2264-2266

⁸¹ www.croix-rouge.fr/goto/secours/gestes/brulure.asp, décembre 2004

⁸² V. Gleizes, J.M. Féron, Plaies des parties molles des membres, Urgences Médico-chirurgicales de l'adulte, 2ème édition, Ernet, Paris, 2004, 681-683

⁸³ www.croix-rouge.fr/goto/secours/gestes/plaie.asp, décembre 2004

⁸⁴ A.M. Roguedas-Contios, D. Dupré-Goetghebeur, J.D. Dewitte, L. Misery, B. Lodde, L'intérêt d'une consultation conjointe de dermatologie et de pathologie professionnelle dans la prise en charge des dermatoses professionnelles, 25^{ème} cours d'actualisation en Dermato Allergologie, communication orale, Lille 2004



VU

NANCY, le **18 février 2005**
Le Président de Thèse

Professeur **G. PETIET**

NANCY, le **25 février 2005**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur **M.C. BÉNÉ**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **02 mars 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE

Les établissements de restauration comprennent la restauration commerciale et la restauration collective, 92,7% ont moins de 10 salariés. Les postes se répartissent en cuisiniers, serveurs, agents de plonge et pâtisseries.

Les facteurs thermiques, hygrométriques, la manipulation d'aliments, de produits d'entretien divers et de matériel tranchant, ainsi que la position debout et l'empressement des « coups de feu » font des métiers de la restauration, un des secteurs les plus à risque de dermatoses professionnelles.

Un questionnaire a été rempli par les médecins du travail de Lorraine. Sur 15 cas inclus, il rapporte : 6 dermatites d'irritation et 1 eczéma de contact qui sont les dermatoses les plus fréquentes. Une plaie et 2 brûlures probablement sous déclarées. Deux périonyxis bactériens, 1 verrue, 2 onychomycoses de main, aucune dermatite de contact aux protéines. La guérison est observée dans 7 cas, 3 cas sont stabilisés.

Sur le plan de la prévention collective, la prévention des dermatoses passe par le respect de la législation, l'amélioration de l'espace de travail et de la gestion du travail.

Les éléments de protection individuelle sont le port de gants adaptés au risque, l'utilisation de crème de protection avant le travail et de crème réparatrice lors des repos. La contention élastique doit prévenir les sensations de jambes lourdes de l'insuffisance veineuse chronique.

L'ensemble de ces dispositifs de prévention mis en place doivent toujours être évalués. Le personnel doit être informé des causes, des conséquences et des moyens de prévention des dermatoses professionnelles ; La phase d'apprentissage semble le meilleur moment pour cette information, puis le CHSCT le meilleur interlocuteur.

Le chef d'entreprise demande au médecin du travail d'organiser les premiers secours, il doit gérer la pharmacie et établir des conduites à tenir en cas de brûlures et de plaies.

Enfin, la visite médicale doit adapter les exigences du poste de travail à l'état de santé du salarié.

TITRE EN ANGLAIS

Dermatological diseases in the trades of catering: case report and occupational physicians advices.

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2005

MOTS CLEFS:

Dermatose ; professionnel ; restauration ; cuisine ; plonge ; serveur ; pâtissier ; épidémiologie ; prévention collective ; prévention individuelle ; brûlure ; plaie ; pharmacie ; formation.

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex