

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1580

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lina YANAT

le 07/10/2016

**Retentissement psychologique et suivi médico professionnel après
exposition professionnelle aux poussières de bois dans la cohorte
CERBois**

Anxiété et perception du risque cancer : bois versus tabac

Directeur de thèse : Dr Fabrice HERIN

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT	Président
Madame le Professeur Isabelle BALDI	Assesseur
Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC	Assesseur
Monsieur le Docteur Fabrice HERIN	Assesseur
Madame le Docteur Yolande ESQUIROL	Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHE
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U. - P.H.
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

A mon Maître et Président du jury

Monsieur le **Professeur Soulat**,

Professeur des universités,

Praticien Hospitalier,

Je vous remercie pour votre investissement dans notre discipline.

Je suis très fière d'avoir fait parti de la brigade des internes toulousains.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à chacun d'entre nous.

Je vous remercie de faire de la médecine du travail à Toulouse une spécialité vivante,
tournée vers l'avenir.

J'espère que je serai un bon soldat et que je saurai mettre en pratique vos
enseignements.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury

Madame le **Professeur Isabelle Baldi**,

Professeur des universités,

Praticien Hospitalier,

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger à ce jury.

Je vous remercie également pour la clarté de votre enseignement.

Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Aux membres du jury

Monsieur le **Professeur Michel Druet-Cabanac**,

Professeur des universités,

Praticien Hospitalier,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury.

Je vous remercie de votre enseignement de qualité.

Je vous prie de croire en l'assurance de ma respectueuse considération.

Aux membres du jury

Madame le **Docteur Yolande Esquirol**,

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier,

Je vous remercie de votre implication dans notre enseignement.

Je vous remercie de votre exigence et de votre rigueur qui nous pousse à nous dépasser.

Je suis honorée de votre présence dans ce jury.

Veillez croire en l'assurance de mon profond respect et de toute ma gratitude.

A mon directeur de thèse

Monsieur le **Docteur Fabrice Herin**
Maître de Conférences des Universités,
Praticien hospitalier,
Directeur de thèse,

Je vous remercie de m'avoir guidée tout au long de ce travail de thèse.
Je vous remercie également pour votre compétence, votre rigueur et votre implication
dans ce travail de thèse.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A mes maître de stage

A Séverine, Brigitte, Marie, Sylvie, Nathalie, Monique et Bernadette. Je vous remercie de m'avoir initiée à cette discipline dans une très bonne ambiance de travail. J'ai pu travailler avec des médecins impliquées qui ont su me montrer d'emblée une très belle image de la profession.

A Philippe, Bruce, Christian et Isabelle. Je vous remercie pour vos enseignements sans lesquels j'aurais bien du mal à exercer en santé au travail. Je vous remercie pour votre générosité et pour votre confiance.

A Yolande, je te remercie pour ta pédagogie. C'est avec toi que j'ai véritablement commencé à éplucher des dossiers pour trouver la relation santé et travail sur des thématiques pas encore bien connues. Tu auras su m'enseigner la démarche rigoureuse que doit avoir un professionnel de la santé au travail pour mettre en relation clinique, anomalies paracliniques et facteurs professionnels.

A Corinne, Michel et Hélène. Je vous remercie de m'avoir fait partager votre quotidien. J'espère que j'aurais un peu appris de vous pour ce qui concerne l'analyse et l'art de se positionner dans des situations conflictuelles. J'ai adoré faire des débriefings avec vous et je vous remercie pour votre partage d'expérience et de savoir faire.

A Thierry. Je te remercie pour ta disponibilité à chaque fois que j'en ai eu besoin. La fin de mon cursus approchant, tu as su me donner l'aplomb qu'il me manquait pour mon exercice futur.

A Anne. Je te remercie de m'avoir initiée au service autonome. Je te remercie pour ton écoute et la qualité de ton encadrement. Je te remercie aussi de m'avoir accordée ta confiance professionnelle.

A ma famille

A mes parents, Nadja et Mustapha. Je vous dois beaucoup beaucoup pour ne pas dire tout. Déjà d'être là. Je vous remercie infiniment pour ce que vous m'avez appris. Je vous remercie aussi de m'avoir apporté votre écoute, votre attention et tout votre amour. Je n'oublierai jamais tous les sacrifices que vous avez faits pour moi en quittant un pays en guerre pour m'offrir un avenir en France. Grâce à vous, j'ai vécu une enfance formidable dans un pays où je me sens bien et libre. J'espère que vous serez fiers de moi.

A mes sœurs, Noor et Nayla. Je vous aime mes chéries et je suis derrière vous. En tant que « grande sœur », je serai toujours là pour vous soutenir. J'adore les moments qu'on passe ensemble. Je vous connais tellement bien et je vous trouve tellement ouf ! J'espère qu'on saura garder le lien qui nous unit mais je n'en doute pas une seule seconde.

A Nicolas. Mon amour pour la vie. Je te remercie de m'avoir choisie pour t'accompagner. Je te remercie pour ton soutien au quotidien depuis onze ans déjà. Je te remercie de faire que chaque jour soit beau. Je te remercie de me porter parfois à bout de bras. J'adore notre complicité et je ne pourrai pas vivre sans toi, c'est certain. Je te remercie d'avoir cru en moi depuis le début. Tu as su m'apprivoiser ce qui n'était pas gagné d'avance et tu as désormais toute ma confiance.

A Arthur. Mon petit chou à la crème.

A Marie-Noëlle. Je te remercie pour ton écoute attentive et pour ta gentillesse envers moi. Je te remercie pour ton soutien et ta bienveillance. Je te remercie de t'occuper si bien de petit chou.

A mes amis

A mes potes de promo Ranguelloise 2007 :

Ariane et Greg, Aurore, Claire, Karine, Sandra, Vincent. J'aurais passé de très belles années sur les bancs de la fac avec vous. Et des soirées mémorables. J'espère surtout qu'on ne se perdra jamais de vue et que vous viendrez me rendre visite dans le Gard où vous êtes bien sûr les bienvenus !

A mes potes de Médecine du Travail du Ghetto :

Betty, Charlie, Célia, Christine, July, Julie, Lubitch, Manon, Hélène. Surtout ne changez rien, vous êtes au top niveau ! Je compte sur vous pour révolutionner notre discipline conformément aux vœux de notre Chef international !

A mes potes du foyer de bonnes sœurs : Camille et Maïlis, vous aurez bien égayé mes journées de taff en P1. Et il le fallait !

A Zazou, ma pote de toujours bientôt maman. Le temps passe trop vite.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	5
2	Matériels et Méthodes.....	7
2.1	Etude CERBois.....	7
2.2	Questionnaire PCQ.....	8
2.3	Perception du risque	9
2.4	Analyse statistique	10
3	Les poussières de bois.....	11
3.1	Epidémiologie.....	11
3.1.1	Composition.....	11
3.1.2	Classes	11
3.1.3	Production et nombre de professionnels exposés en France	11
3.1.4	Filières et activités du bois (Base Colchic 1987-2002).....	12
3.2	Effets sur la santé.....	12
3.2.1	Cancer naso-sinusien.....	12
3.2.2	Autres effets.....	13
3.3	Réglementation.....	15
3.3.1	VLEP.....	15
3.3.2	Surveillance médicale renforcée.....	15
3.4	Prévention.....	16
3.4.1	Prévention primaire.....	16
3.4.2	Prévention secondaire	17
4	Le tabac.....	19
4.1	Epidémiologie.....	19
4.1.1	Composition de la fumée de tabac	19
4.1.2	Mortalité.....	19
4.1.3	Consommation.....	19
4.2	Effets sur la santé.....	20
4.2.1	Le cancer du poumon	20
4.2.2	Autres pathologies	20
4.3	Réglementation.....	20
4.3.1	Prévention	21

5	Résultats de l'étude	24
5.1	Description de la population d'analyse	24
5.2	Retentissement psychologique de l'exposition aux poussières de bois.....	27
6	Discussion.....	30
7	Conclusion	40
8	Bibliographie	41
9	Annexes	46
9.1	Synthèse des recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'effet cancérigène des poussières de bois (HAS, 2011).....	46
9.2	Arrêter de fumer et ne pas rechuter : recommandation HAS 2014.....	48
9.3	Questionnaire PCQ.....	52
9.4	Questionnaire comparatif de la perception du risque associé à une exposition aux poussières de bois versus tabac	53

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Répartition par centre	25
Figure 2. Répartition fumeurs et non fumeurs.....	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Filières et activités du bois.....	12
Tableau 2 : Tableau 47 du RG des Maladies Professionnelles	14
Tableau 3 : Répartition par secteur d'activité	26
Tableau 4 : Comparaison de la perception, des conséquences pour la santé et de la répartition des risques secondaires à l'exposition aux poussières de bois par rapport au tabac.....	29

GLOSSAIRE

BAI	Inventaire d'Anxiété de Beck
BDI	Inventaire de Dépression de Beck
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
CMR	Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques
EFR	Exploration Fonctionnelle Respiratoire
HAD	Hospital Anxiety Depression scale
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
IPP	Incapacité Permanente Partielle
PCQ	Psychological Consequences Questionnaire
SMR	Surveillance Médicale Renforcée
TNS	Traitements Nicotiniques de Substitution
VLEP	Valeur Limite d'Exposition Professionnelle

1 Introduction

Les poussières de bois, quelque soit le type de bois, sont classées comme cancérogènes du groupe I (cancérogènes avérés pour l'homme) par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Le dépôt répété de poussières de bois dans les voies aériennes supérieures peut être à l'origine de cancers naso-sinusiens.

En France, les poussières de bois sont la deuxième cause d'indemnisation de cancers professionnels. On compte 500000 travailleurs exposés ou ayant été exposés aux poussières de bois. L'incidence des cancers des cavités nasales et de la face est de 1 pour 100000 et 45% d'entre eux seraient attribuables à une exposition aux poussières de bois [1].

Des recommandations produites par la HAS ont définies de nouvelles modalités de dépistage de cette pathologie (annexe 1). Le dépistage par fibroscopie nasale permettrait une détection plus précoce de la maladie améliorant ainsi le pronostic du cancer naso-sinusien. Il n'en demeure pas moins que le dépistage est une démarche volontaire. Il reste un choix qui traduit l'histoire personnelle de l'individu, ses affects et sa relation au corps.

Ainsi, la question du retentissement psychologique liée à une procédure de dépistage de cancer est un sujet crucial. C'est pourquoi un outil permettant d'évaluer l'anxiété d'un individu a été développé dans le cadre d'une procédure de dépistage. Il s'agit du questionnaire PCQ [2]. D'abord utilisé dans le dépistage du cancer du sein, il a ensuite permis une évaluation de l'aspect anxiogène induit par une procédure de dépistage dans le domaine des cancers professionnels au travers de l'amiante. Cela étant, cet aspect n'a fait l'objet d'aucune évaluation pour ce qui concerne l'exposition aux poussières de bois.

Pourtant, il paraît essentiel de s'intéresser à la question du retentissement psychologique à l'heure d'une plus grande information et de la mise en place de campagnes de dépistage. En effet, les effets dits « délétères » de l'information dans le cadre de la procédure de dépistage du cancer ou de la surveillance sont reconnus dans la littérature et notamment à travers une étude conduite en Italie sur 945 individus [3].

Dans cette étude, Domati et Al ont retrouvé qu'une faible proportion des sujets, après information sur les modalités de dépistage, était prête à le « subir » avec, comme principal frein avancé, la peur du résultat.

De même, la perception du risque liée à l'exposition aux poussières de bois n'a fait l'objet d'aucune évaluation. Cependant, l'étude de la perception du risque permet une meilleure compréhension des déterminants des comportements individuels face à un risque. Elle permet aussi de mesurer l'efficacité du travail de sensibilisation qui est mené en santé au travail notamment.

Dans la littérature, ce sujet a été traité en profondeur pour d'autres cancérigènes et en particulier le tabac. Dans des stratégies de prévention, il a été montré que chercher à identifier et comprendre les facteurs déterminants la perception des risques liés au tabac permettait un meilleur accompagnement au sevrage [4]. Ces travaux ont permis de mettre en évidence différents phénomènes de « dénis » qui expliquent en partie la prise de risque des fumeurs pour le cancer bronchopulmonaire.

Ainsi, nous nous sommes donnés comme objectif principal l'évaluation du retentissement psychologique des poussières de bois chez des sujets exposés et comme objectif secondaire l'étude de la perception du risque cancérigène lié à l'exposition aux poussières de bois. Pour ce faire, nous avons utilisé le score PCQ [2] (annexe 3) et nous avons comparé la perception du risque induit par cet agent versus un autre agent cancérigène : le tabac.

2 Matériels et Méthodes

2.1 Etude CERBois

Nous avons utilisé les données recueillies dans l'étude nationale multicentrique prospective CERBois, financée par l'Institut National du Cancer et portée par la Société Française de Médecine du Travail. Cette étude avait pour objectif principal d'étudier la faisabilité des recommandations émises par la société française de médecine du travail pour la surveillance médicale des travailleurs du bois.

Dans cette cohorte, les sujets étaient recrutés en France dans les services de santé au travail ou dans les services de consultations de pathologies professionnelles pour les artisans. Nous avons exclu ces derniers de cette analyse car nous ne disposions pas encore des données les concernant. Les services de santé au travail étaient : ACMS à Suresnes, AHI33 à Bordeaux, GNMST-BTP à Paris, Ville de Paris à Paris et le Pôle Santé Travail à Lille.

Etaient éligibles, l'ensemble des travailleurs vus dans les centres participants en visite de médecine du travail par un médecin du travail volontaire.

Les critères d'inclusion dans l'étude CERBois étaient :

- femme ou homme
- âge supérieur à 44 ans
- travailleur salarié ou artisan
- exposition professionnelle actuelle ou ancienne aux poussières de bois
- début de l'exposition aux poussières de bois remontant à plus de 30 ans
- exposition cumulée aux poussières de bois supérieure à 12 mois
- exposition aux poussières de bois lors de tâches d'usinage (sciage, fraisage, rabotage, perçage, ponçage) ou lors de toutes activités documentées exposant à une concentration de poussières de bois de plus de 1 mg/m³ mesurée sur 8 heures
- affiliation à un régime de sécurité sociale, travailleur acceptant la surveillance médico-professionnelle préconisée par les recommandations.

Les modalités de recueil des données de notre analyse étaient : à la visite d'inclusion à partir du printemps 2012, deux questionnaires étaient renseignés par les participants.

L'un était un auto-questionnaire comprenant 9 questions portant sur les données démographiques des sujets (âge, sexe) et leur exposition aux poussières de bois (date de première exposition, curriculum laboris).

Le second était aussi un auto-questionnaire dit « PSY 1 » comprenant 34 questions remis lors des visites d'inclusion et que les personnes devaient retourner au moyen d'une enveloppe T.

Il permettait d'une part, une évaluation de la perception du risque induit par une exposition professionnelle aux poussières de bois en comparaison avec une cancérigène communautaire, le tabac.

Il permettait d'autre part le recueil d'informations concernant l'évaluation du retentissement psychologique lié à l'exposition cancérigène aux poussières de bois et au dépistage des maladies associées par l'évaluation du score PCQ.

Le score PCQ était considéré comme normal s'il n'excédait pas 17 chez l'homme et 19 chez la femme. Avant de renseigner ce questionnaire, les personnes incluses bénéficiaient d'une information quant aux risques pour la santé induits par une exposition aux poussières de bois et aux modalités de dépistage du cancer naso-sinusien.

2.2 Questionnaire PCQ

Le questionnaire PCQ est un outil qui a été initialement mis au point pour mesurer les conséquences psychologiques du dépistage du cancer du sein. Il était composé de douze items et correspondait à un autoquestionnaire. Il se donnait pour objectif d'évaluer les conséquences de cette procédure sur la sphère affective, sociale et physique afin de rendre compte du retentissement psychologique de cette méthodologie [2].

Le score PCQ a été aussi adapté en français toujours pour servir dans l'évaluation des conséquences psychologique du dépistage du cancer du sein chez les personnes relevant de cette procédure [3].

Enfin, il a été utilisé pour la première fois dans le domaine de l'évaluation des conséquence psychologiques d'une procédure de dépistage d'un risque professionnel dans une étude portant sur le dépistage scannographique des pathologies liées à l'amiante [6].

2.3 Perception du risque

Afin d'évaluer la perception du risque qu'avaient les salariés inclus dans cette étude, nous avons utilisé une autre partie du questionnaire PSY1.

Cette section permettait le recueil de données ayant trait à la perception du risque lié à l'exposition aux poussières de bois versus tabac. La même question était posée pour le cancérigène tabac et la cancérigène poussière de bois. La personne interrogée pouvait renseigner la question en chiffrant sa réponse de 0 (pas du tout) à 10 (très fort).

Le choix du tabac était motivé par plusieurs raisons. D'une part, le tabac est la première cause évitable de mortalité en France, causant plus de 60 000 décès par an [7]. Par ailleurs, il s'agit d'une exposition « communautaire » active volontaire contrairement à une exposition « professionnelle » à l'amiante par exemple.

Aussi, il était plus facile de connaître son exposition vis à vis de cet agent et d'éviter ainsi un biais de mesure chez les salariés interrogés. Et cela, d'autant plus que les salariés renseignaient eux même le questionnaire.

2.4 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été faites avec le logiciel STATA13 avec pour seuil de significativité 0,05 (p-value). Pour comparer les moyennes des réponses de l'ensemble des personnes interrogées sur leur perception du tabac versus poussières de bois, il s'agissait de confronter deux moyennes correspondant à deux séries appariées. Les variables à comparer étaient quantitatives en séries appariées. En effet, la même personne renseignait deux mêmes questions avec pour seule différence qu'elle portait soit sur le tabac soit sur les poussières de bois. Les conditions d'utilisation de tests paramétriques comme le test de Student pour séries appariées n'étant pas réunies, nous avons donc du nous limiter à un test non paramétrique de type Wilcoxon.

Pour mener des analyses en sous-groupe et comparer la perception du risque pour la santé lié aux poussières de bois versus tabac selon que l'on soit fumeur-ex-fumeur ou non-fumeur, nous avons utilisé le test de Student pour séries indépendantes quand les conditions d'utilisation du test étaient réunies et dans le cas contraire, nous avons utilisé le test de Wilcoxon pour séries indépendantes. Nous avons procédé de la même manière pour comparer les scores PCQ chez les fumeurs et les non-fumeurs. Dans les deux cas, nous avons considéré comme fumeuses les personnes qui déclaraient fumer au moment du questionnaire ou qui avaient fumé et comme non-fumeur les personnes qui n'avaient jamais fumé. En effet, un non-fumeur est une personne qui a consommé moins de 100 cigarettes dans une vie [8]. Nous avons aussi réalisé une analyse complémentaire en créant trois classes (fumeurs, non-fumeurs et anciens fumeurs) pour valider les résultats obtenus en ne considérant que deux classes (fumeurs et non-fumeurs).

3 Les poussières de bois

3.1 Epidémiologie

3.1.1 Composition

Le bois se compose de cellulose à 40-50%, d'hémicellulose à 10-30% et de lignine à 15-30%. Il peut aussi contenir des composés phénoliques (tanins), des terpènes et des composés inorganiques (Na, K, Cr) [9].

3.1.2 Classes

On distingue deux classes de bois : les gymnospermes (conifères) et les angiospermes (bois à feuilles caduques). Ces derniers comprennent des bois européens comme le chêne, le merisier, le hêtre, le châtaigner et des bois exotiques comme le bété ou le makoré [10].

3.1.3 Production et nombre de professionnels exposés en France

500 000 travailleurs sont ou ont été exposés aux poussières de bois dont 300 000 actifs et 200 000 retraités.

La production annuelle de bois est de 20 m³ pour les résineux, 5,5 m³ pour les feuillus et de 12 m³ pour les panneaux dérivés du bois [11].

3.1.4 Filières et activités du bois (Base Colchic 1987-2002)

Tableau 1 : Filières et activités du bois

Filières du bois	Activités
Sylviculture	Reboisement
Exploitation forestière	Abattage Débardage
Première transformation	Transport de grumes Séchage Ecorçage Sciage Placage Panneaux dérivés du bois Pâte à papier Préservation Carbonisation

3.2 Effets sur la santé

3.2.1 Cancer naso-sinusien

Les poussières de bois peuvent induire des pathologies respiratoires. Les poussières de bois sont cancérogènes pour l'homme [15]. Le dépôt répété de poussières de bois au niveau des voies respiratoires supérieures peut donner des cancers naso-sinusiens. Le délai entre la date de première exposition et le développement de cette pathologie excède trente ans [16].

Les signes fonctionnels qui accompagnent cette pathologie ne sont pas spécifiques. Cependant certains signes doivent alerter le praticien : unilatéralité, douleur, exophtalmie, profession du patient. Les signes fonctionnels rhinologiques sont dominés par : l'obstruction nasale, l'épistaxis, la rhinorrhée chronique purulente ou hémorragique et la cacosmie dans certains cas [17].

Le dépistage par fibroscopie nasale peut être utilisé pour explorer les différentes zones de la fente olfactive [18] [19] [20]. C'est à cet endroit que les adénocarcinomes nasosinusiens prennent leur origine [21]. Un dépistage précoce permet d'améliorer le pronostic de cette lésion [22].

3.2.2 Autres effets

Les professionnels du bois ont un risque accru de développer une fibrose pulmonaire [23].

Ainsi, des modifications pathologiques ont été observées dans les poumons de deux hommes qui par leur travail avaient respiré pendant des années des poussières de bois. Les modifications comprenaient : de la fibrose et de l'emphysème du lobe central, la présence de particules alvéolaires basophiles qui avaient déclenché une réaction d'histiocytose et de corps étranger [24].

Les poussières de bois sont aussi responsables de pathologies allergiques. L'asthme du menuisier/charpentier apparaît après un à dix ans d'exposition aux poussières et peut être précédé ou accompagné de rhinite, de conjonctivite ou d'eczéma [24].

Le tableau numéro 47 du régime général de la Sécurité sociale (Tableau 2) assure la réparation des affections professionnelles provoquées par les poussières de bois (rhinite, conjonctivite, asthme).

L'asthme ou la dyspnée doivent être confirmés par les EFR, s'ils récidivent en cas de nouvelle exposition au risque. Le délai de prise en charge est de sept jours. Si l'une des conditions du tableau n'est pas remplie, la prise en charge est fonction du taux d'IPP. En France, 200 à 250 cas d'asthmes professionnels, tous métiers confondus, sont indemnisés chaque année [26].

Tableau 2 : Tableau 47 du RG des Maladies Professionnelles

Désignations des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A	A	A
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané	15 jours	Manipulation, traitement et usinage des bois et tous travaux exposant aux poussières de bois
Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après une nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable	30 jours	
Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs	1 an	
B	B	B
Cancer primitif : carcinome des fosses nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois notamment : - Travaux des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage - Travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois

3.3 Réglementation

3.3.1 VLEP

Le décret n° 2003-1254 du 23 décembre 2003, relatif à la prévention du risque chimique qui a transposé en droit national la directive 98/24CE et parachevé la transposition en droit national de la directive 1999/38/CE, a fixé une valeur limite l'exposition professionnelle (VLEP) contraignante pour les poussières de bois.

Les poussières de bois ont une VLEP réglementaire sur 8 heures de 1 mg/m³ (article R. 4412-149 du Code du travail). Le contrôle du respect de cette VLEP est effectué par un organisme accrédité au moins une fois par an et lors de tout changement nuisant à la santé des travailleurs (décret 2009-1570 relatif au contrôle du risque chimique sur les lieux de travail).

3.3.2 Surveillance médicale renforcée

Dans le prolongement de la loi de modernisation sociale de 2002, le décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 définit les conditions et le rythme des visites médicales destinées à s'assurer de l'aptitude médicale du salarié à son poste de travail, et par là même à limiter autant que faire se peut le risque d'accident du travail.

Les articles R 4624-16 à 20 du Code du travail définissent les modalités de la visite médicale, et plus particulièrement le R 4624-17 et les R 4624-19 et 20 pour la surveillance médicale renforcée (SMR). Ainsi, « bénéficient d'une SMR : les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par les dispositions particulières intéressant certaines professions ou certains modes de travail. » L'arrêté du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale et mentionne les travaux exposant aux poussières de bois [27].

3.4 Prévention

En santé au travail, la prévention primaire permet d'éviter l'apparition d'effets délétères chez les salariés exposés à un risque.

La prévention secondaire consiste à dépister les pathologies liées au travail, en essayant d'être le plus précoce possible : par la recherche d'effets cliniques, biologiques ou fonctionnels ou de par des interventions techniques sur les lieux de travail suite à un accident de travail ou à la découverte d'une pathologie professionnelle.

Enfin, la prévention tertiaire se donne pour objectif d'éviter l'aggravation de certaines pathologies pour ainsi permettre aux salariés porteurs d'une déficience physique ou mentale de garder leur emploi ou de retrouver un nouvel emploi au sein de l'entreprise [12].

3.4.1 Prévention primaire

3.4.1.1 Prévention collective

Des règles relatives à l'assainissement des locaux doivent être respectées par l'employeur (articles 4222-1 à 4222-17 du Code du Travail). Un dispositif de captage efficace des poussières de bois à la source doit être mis en place (articles 4222-12 et 4422-13 du Code du Travail). Son entretien doit être régulier (article 4212-3 du Code du Travail).

3.4.1.2 Prévention individuelle

Quand les protections collectives sont insuffisantes, l'utilisation d'un masque complet ou d'un demi-masque muni d'un filtre au minimum P2 ou des pièces faciales filtrantes au minimum FFP2 est préconisée en fonction de la concentration au poste de travail. Ces recommandations sont issues d'une brochure INRS parue en février 2006 (ED 974) et consacrée à la prévention des risques liés à l'exposition aux poussières de bois.

3.4.1.3 Rôle du médecin du travail

Il est recommandé que, lors de l'examen médical d'embauche et lors des examens médicaux ultérieurs, le médecin du travail vérifie et complète l'information du salarié sur le sujet.

Un document d'information sur les risques de cancers liés à l'exposition aux poussières de bois et sur les moyens de prévention peut être remis au salarié lors de l'examen médical d'embauche, en complément de l'information orale. Le médecin doit s'assurer de la compréhension du message apporté au travailleur [28].

Cette recommandation s'applique également aux médecins scolaires chargés du suivi des lycéens de la filière professionnelle « bois ». Il est recommandé que, lors de l'examen médical d'embauche et lors des examens médicaux ultérieurs, une explication détaillée soit donnée au travailleur sur les modalités de la surveillance médicale (objectifs, contenu, chronologie, éventuels examens médicaux, suivi post-professionnel...). Les symptômes qui doivent amener à consulter en dehors des examens périodiques programmés doivent lui être clairement indiqués [28].

3.4.2 Prévention secondaire

Des recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'effet cancérigène des poussières de bois ont été émises par la Société Française de Médecine du Travail en 2011. Elles ont reçu le label conjoint HAS-INCa.

Elles définissent un protocole de dépistage par nasofibroscopie et rappellent le rôle des visites périodiques dans cette démarche. Il est proposé au-delà de la trentième année après le début de l'exposition et s'adresse à tout travailleur exposé ou ayant été exposé aux poussières de bois pendant plus de 12 mois cumulés, lors de tâches d'usinage (sciage, fraisage, rabotage, perçage, ponçage) ou lors de toute activité documentée exposant à une concentration de poussières de bois de plus de 1 mg/m³ mesurée sur 8 heures. La nasofibroscopie est proposée tous les 2 ans. De même, à l'occasion des visites

médicales périodiques, le médecin du travail doit rechercher une symptomatologie évoquant un processus tumoral naso-sinusien [28].

A notre connaissance aucune étude n'a permis l'étude de la perception du risque cancérigène induit par les poussières de bois. Pourtant, le comportement d'une personne vis-à-vis d'un risque est intimement lié à la perception qu'elle en a ; cette évaluation subjective conditionne les niveaux d'exposition qu'elle juge acceptables ou inacceptables.

Pour se faire, nous avons aussi choisi de comparer la perception du risque cancérigène induit par les poussières de bois versus un cancérogène bien connu du public et communautaire : le tabac. Le choix du tabac était motivé par plusieurs raisons rappelées en introduction.

4 Le tabac

4.1 Epidémiologie

4.1.1 Composition de la fumée de tabac

La fumée de tabac contient d'une part des gaz comme le monoxyde de carbone mais aussi de la nicotine, des goudrons et des irritants. Elle comporte aussi de nombreux métaux lourds comme l'aluminium, l'arsenic, le cadmium, le chrome, le cuivre, le manganèse, le mercure, le nickel, le plomb, le polonium 210, le sélénium et le zinc [31].

4.1.2 Mortalité

Chaque année en Europe, 650 000 personnes meurent de maladies cardiovasculaires, de cancers et de maladies des voies aéro-digestives supérieures liées au tabagisme. Le tabagisme est la première cause évitable de mortalité en France, causant plus de 60 000 décès par an [7].

4.1.3 Consommation

La consommation quotidienne de tabac a augmenté en France entre 2005 et 2010 chez les adultes de 18 à 75 ans, passant de 28% à 30% et cela particulièrement chez les femmes.

Chez les jeunes de 17 ans, elle a augmenté de 10% entre 2008 et 2011 concernant 32,7% des garçons et 30,2% des filles. Le nombre de cigarettes fumées par jour a diminué en France entre 2005 et 2010, passant de 15,4 cigarettes par jour à 13,9.

Mais l'exposition active des individus à la fumée des cigarettes et donc à la toxicité des cigarettes n'a pas changé, voire a augmenté. L'on comptait en 2010, 72 % (35,5 millions) d'expérimentateurs du tabac et 27 % (13,4 millions) de fumeurs quotidiens (11-17ans inclus) soit une population de référence de 49 millions de personnes âgées de 11 à 75ans) [7].

4.2 Effets sur la santé

4.2.1 Le cancer du poumon

Le principal facteur de risque des cancers broncho-pulmonaires est le tabagisme avec 85 à 90% des cancers broncho-pulmonaires. Les cancers broncho pulmonaires non à petites cellules représentent près de 85% des cancers broncho-pulmonaires. Les formes les plus fréquentes sont l'adénocarcinome, le carcinome épidermoïde et le carcinome à grandes cellules. Le cancer broncho-pulmonaire à petites cellules représente près de 15% des cancers broncho-pulmonaires. Le plus souvent le cancer broncho-pulmonaire est évoqué devant la présence ou la persistance de symptômes respiratoires (toux, dyspnée, hémoptysie) en particulier chez un fumeur ou un ancien fumeur [29].

4.2.2 Autres pathologies

Le tabac est aussi à l'origine d'autres complications respiratoires représentées par la BPCO et l'IRC [4]. Par ailleurs, il est en cause dans les pathologies cardiovasculaires, les ulcères gastroduodénaux, les altérations cutanées (augmentation des rides et vieillissement cutané de 5 à 10 ans par rapport à l'âge réel) [30].

4.3 Réglementation

La loi Evin de 1991 a permis plusieurs avancées. Le premier volet de ce texte fondamental a instauré une protection de non fumeurs par la réglementation stricte de l'usage du tabac dans les lieux publics. Ainsi un principe général d'interdiction de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif a été posé, exception faite de la possibilité de réserver des lieux pour les fumeurs. Ce qui a été précisé par un décret en conseil d'Etat. Le second volet de cette loi a interdit et sanctionné toute propagande et publicité en faveur du tabac.

De même, cette loi a encadré le commerce et la production des produits du tabac avec en particulier des règles concernant les mentions obligatoires de conditionnement du

produit, destinées à l'information des fumeurs. Et, afin que la législation soit correctement appliquée, la loi Evin a prévu le recours à la sanction pénale et civile.

Depuis, au niveau européen, une directive du 5 juin 2001 a permis notamment la mise en place d'avertissements sanitaires standards. Au niveau national, la loi du 31 juillet 2003 a restreint la consommation de tabac chez les jeunes en interdisant la vente et l'offre gratuite de tabac aux moins de seize ans ainsi que les paquets dit « enfants » de moins de 19 cigarettes [32].

4.3.1 Prévention

4.3.1.1 Prévention primaire

Elle comprend l'éducation, la communication, la formation et sensibilisation du public. Mais aussi la mise en place des avertissements sanitaires illustrés sur les produits de tabac la mise à disposition de services d'aide au sevrage tabagique et leur financement. Enfin, elle passe par le soutien aux activités de recherche sur le thème de l'aide au sevrage tabagique [7].

La convention cadre pour la lutte antitabac, signée par la France en 2004 donne trois leviers d'action qui permettraient une réduction de la consommation de tabac en France : la fiscalité par l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'interdiction de la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac [7].

4.3.1.2 Sevrage tabagique selon les recommandations HAS d'octobre 2014 (annexe 2)

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac. Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.

Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions. Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse.

Les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent impérativement pris en charge. Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.

Il est recommandé de questionner le patient sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement). L'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'autoquestionnaires : Hospital Anxiety Depression scale (HAD), Inventaire d'Anxiété de Beck (BAI), Inventaire de Dépression de Beck (BDI).

Il est recommandé de se renseigner auprès du patient sur la consommation d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, opiacés, médicaments...) et sur l'existence d'addictions comportementales.

La prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes.

Les traitements nicotiques de substitution sont le traitement médicamenteux de première intention. On distingue deux types de TNS : les dispositifs transdermiques (timbres ou patches), les formes à action rapide et absorption buccale (gomme à mâcher, comprimés à sucer).

La mortalité des fumeurs âgés est multipliée par 2 à 3 par rapport à celle des sujets qui n'ont jamais fumé et 70% des décès liés au tabagisme surviennent au-delà de 60 ans. Le tabagisme reste un facteur de risque de décès prématuré, y compris chez les sujets les plus âgés, avec une perte d'au moins dix ans d'espérance de vie par rapport aux non-

fumeurs. Le sevrage tabagique augmente l'espérance de vie même chez les sujets de plus de 60 ans avec une réduction relative du risque de décès de l'ordre de 20 à 30%, y compris au-delà de 80 ans. Le bénéfice le plus rapide et le plus important est cardiovasculaire, particulièrement dans le cadre de la prévention secondaire. Ce bénéfice augmente avec l'ancienneté du sevrage, d'où l'importance d'un sevrage le plus précoce possible [13].

5 Résultats de l'étude

5.1 Description de la population d'analyse

Le nombre de personnes ayant complété l'auto questionnaire était de 280 avec un âge moyen de 53 ans. Le nombre de personnes qui a rempli le questionnaire PSY1 était de 181 personnes avec un âge moyen semblable de 53 ans ($p=0,06$). La répartition par centre est donnée dans la Figure 1.

Parmi les personnes ayant renseigné le questionnaire PSY1, 98 personnes étaient des fumeurs ou des anciens fumeurs soit 55% et 81 personnes n'avaient jamais fumé soit 45% d'entre elles (Figure 2). Nous ne disposons pas de cette donnée pour deux participants. La répartition par secteurs d'activité exposants aux poussières de bois des participants à l'auto-questionnaire est donnée dans le Tableau 3.

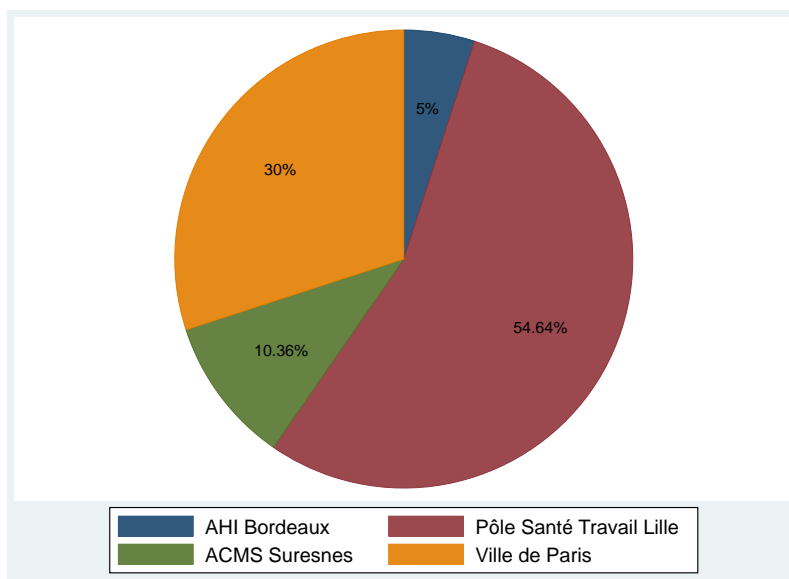


Figure 1. Répartition par centre

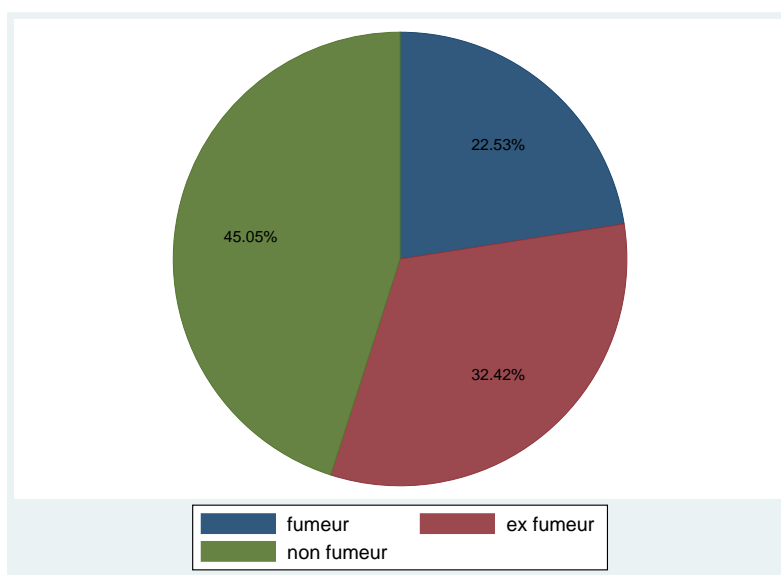


Figure 2. Répartition fumeurs et non fumeurs

Tableau 3 : Répartition par secteur d'activité

	Secteur d'activité (n=280)%
Exploitation forestière/sylviculture	(22) 8,59
Industrie du bois	(143) 55,86
Scierie/travail mécanique du bois	(37) 14,45
Fabrication de pâte à papier	Abs [†]
Exploitation forestière/sylviculture/scierie/travail mécanique du bois	(5) 1,95
Industrie du bois/scierie/travail mécanique du bois	(47) 18,36
Exploitation forestière/sylviculture/industrie du bois	(1) 0,39
Exploitation forestière/sylviculture/industrie du bois/scierie/travail mécanique du bois	(1) 0,39
Non renseigné	(24)8

[†] Pas de participants ayant déclaré cette activité.

5.2 Retentissement psychologique de l'exposition aux poussières de bois

Le score PCQ était anormal chez 86 sujets et normal chez 93 personnes. Nous ne disposions pas de la donnée pour 2 sujets. Le score PCQ ne différait pas entre fumeurs et non-fumeurs. Il était respectivement en moyenne de 17,18 et 17,44 ($p=0,6$). En considérant trois classes (fumeurs, ex-fumeurs et non fumeurs), les moyennes de score PCQ ne différaient pas non plus ($p=0,75$). Ils étaient en moyenne de 17,3, 17,1 et 17,6.

Le niveau de danger des poussières de bois était sous-estimé par rapport à celui du tabac. Il était évalué à 6,2 sur 10 versus 8,4 sur 10 pour le tabac ($p<10^{-4}$). Les risques liés aux poussières de bois étaient perçus comme davantage subis que ceux liés au tabac ($p<0,10^{-4}$) et comme touchant inéquitablement la population par rapport au tabac ($p=10^{-4}$).

Les risques liés à l'exposition au tabac étaient perçus comme mieux démontrés scientifiquement que ceux liés à l'exposition aux poussières de bois ($p<10^{-4}$).

Les sujets interrogés étaient globalement plus persuadés de pouvoir tirer un bénéfice ou un avantage du fait de leur exposition aux poussières de bois plutôt que du fait d'une exposition au tabac ($p<10^{-3}$).

Les risques liés à l'exposition aux poussières de bois étaient perçus comme davantage familiers que les risques liés à l'exposition au tabac ($p<10^{-4}$). L'exposition au tabac était perçue davantage comme une menace immédiate que l'exposition aux poussières de bois ($p<10^{-3}$) et davantage comme une possible catastrophe sanitaire ($p<10^{-4}$).

Les conséquences pour la santé associées au tabac étaient jugées plus irréversibles et plus graves que celles associées à l'exposition aux poussières de bois ($p<10^{-4}$).

Les sources d'information sur les risques associés aux poussières de bois étaient considérées comme moins fiables que celles concernant le risque lié au tabac ($p<0,05$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la perception du risque que peuvent induire une exposition poussières de bois ou le tabac sur la survenue d'une maladie. Il en allait de même pour la confiance en la capacité qu'ont les pouvoirs publics ou les employeurs à maîtriser et prévenir ces risques (Tableau 4).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les fumeurs (personnes ayant fumé ou toujours fumeuses à l'inclusion) et les non-fumeurs sur leur perception du risque lié à leur exposition aux poussières de bois pour le niveau de danger des poussières de bois. Il était évalué comme moins dangereux à 5,9 sur 10 chez les fumeurs et à 6,4 sur 10 chez les non-fumeurs ($p=0,15$). Il en était de même pour le risque de tomber malade à cause des poussières de bois. Il était évalué à 4,7 chez les fumeurs et à 5,2 chez les non-fumeurs ($p=0,17$).

En revanche, il y avait une sous-estimation du risque de danger pour la santé du tabac par les personnes tabagiques versus les non fumeuses. Il était évalué à 8 sur 10 chez les fumeurs versus 8,8 chez les non-fumeurs ($p<0,05$).

Tableau 4 : Comparaison de la perception, des conséquences pour la santé et de la répartition des risques secondaires à l'exposition aux poussières de bois par rapport au tabac

		Exposition aux poussières de bois ¹	Exposition au tabac ¹	Pvalue ²
Perception	Possibilité de bénéfice personnel ³	8	8,3	<10 ⁻²
	Niveau de familiarité ³	4,2	5,5	<10 ⁻³
	Confiance en les pouvoirs publics et employeur dans la maîtrise des risques ³	4,7	5,1	0,14
	Familiarité des sources d'information ³	4,2	3,5	0,02
	Niveau de danger ⁴	6,16	8,4	<10 ⁻⁴
	Niveau de démonstration scientifique ⁵	6,16	8,5	<10 ⁻⁴
Santé	Risque de tomber malade ⁶	5	4,5	0,08
	Niveau de gravité et d'irréversibilité pour la santé ⁷	6,8	8	<10 ⁻⁴
	Possibilité de menace immédiate ⁸	2,4	3,2	<0,0 1
Répartition des risques	Risques choisis ou subis ⁹	7,3	4,1	<10 ⁻⁴
	Possibilité de catastrophe ¹⁰	4,2	7,1	<10 ⁻⁴
	Inéquitabilité de répartition des risques ¹¹	7,2	5,8	<10 ⁻⁴

† Moyennes des scores auto-évalués sur une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10 par chaque participant et pour chaque item.

² Degré de significativité du test global de comparaison des fréquences (test de Wilcoxon).

³ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « tout à fait » et 10 correspondant à « pas du tout ».

⁴ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « absolument pas dangereux » et 10 correspondant à « extrêmement dangereux ».

⁵ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « absolument pas démontrés » et 10 correspondant à « tout à fait démontrés ».

⁶ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « aucun risque » et 10 correspondant à « risque extrême ».

⁷ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « réversibles » et 10 correspondant à « irréversibles ».

⁸ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « menace différée dans le temps » et 10 correspondant à « menace immédiate ».

⁹ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « choisis » et 10 correspondant à « subis ».

¹⁰ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « quelques cas isolés » et 10 correspondant à « catastrophe ».

¹¹ Autoévaluation de 0 à 10 avec 0 correspondant à « très inéquitable » et 10 correspondant à « très équitable ».

6 Discussion

A l'heure de la « totale » information en matière de cancer, des progrès en matière de dépistage et des nouvelles thérapeutiques, il apparaît comme essentiel de s'intéresser également aux éventuels « effets secondaires » de ces pratiques et notamment ceux sur le plan psychologiques induits par l'information sur le risque cancérigène et les examens mis en place à l'occasion du dépistage dans des populations comme celle des travailleurs ayant une certaine banalisation du risque professionnel.

Ce travail avait pour objectif principal d'évaluer le retentissement psychologique au moyen du score PCQ face au risque cancérigène induit par une exposition aux poussières de bois bien identifié à l'occasion de la réalisation de la surveillance médico-professionnelle selon les critères HAS dans une population de travailleurs exposés aux poussières de bois.

Les résultats de notre travail ont permis de constater un score PCQ anormal chez un grand nombre de sujets suggérant un niveau d'anxiété supérieur à la moyenne. Ce fait n'est pas sans conséquence. Dans une étude conduite en Italie sur 945 individus où une faible proportion des sujets était prête à subir un dépistage, l'un des principaux freins était la peur des résultats [3].

Les résultats que nous obtenons pour ce score sont bien supérieurs à ceux retrouvés dans une étude portant sur l'évaluation du retentissement psychologique de la procédure de dépistage par scanner des pathologies induites par une exposition à l'amiante. En effet, les salariés inclus avaient dans cette étude un score PCQ anormal dans 20,5% des cas ($p < 0,001$) avant la procédure de dépistage [2]. Cette différence peut trouver son explication dans la nature des tests de dépistage. Dans notre étude, il s'agissait d'un test par nasofibroscopie et, bien que cet examen ne soit pas irradiant à l'inverse d'un scanner thoracique, il peut être source de davantage d'appréhension de la part du public. De même, cette différence peut s'expliquer par le fait que les périodes des deux études n'étaient pas semblables. En effet, la cohorte CERBois avait été constituée en 2012 alors que l'étude portant sur les conséquences psychologiques d'une procédure de dépistage par scanner dans les pathologies secondaires à l'amiante avait été menée entre 2003 et 2005. Enfin, les deux études différaient également quant aux

caractéristiques de leur population pour ce qui concernait l'âge et le statut tabagique. Dans notre étude, on retrouvait un âge moyen de 53 ans avec environ 23% de tabagiques actifs tandis que dans l'autre publication, les sujets étaient en moyenne âgés de 62 ans avec 9,1% de fumeurs.

A notre connaissance c'est la première étude dans la littérature qui traite de la comparaison entre la perception du risque cancérigène des poussières de bois en population de travailleurs et notamment de sa comparaison à un cancérigène dit communautaire, le tabac. Ce travail a déjà été réalisé au travers d'une thèse d'exercice pour une autre nuisance professionnelle, celle des poussières d'amiante, à partir de l'étude Ed Nat [63].

Pourtant, l'étude de la perception du risque peut revêtir un caractère diagnostique dans la mesure où la compréhension des processus et des mécanismes de la perception ainsi que des biais qu'ils renferment, éclairent certaines attitudes et comportements des individus devant les risques.

Elle permet notamment de comprendre pourquoi dans certains cas, des précautions qui peuvent paraître élémentaires n'ont pas été prises, pourquoi dans d'autres certains comportements « osés » sont déployés, ou encore pourquoi les campagnes de prévention ne suscitent pas toujours un grand enthousiasme.

La prise de risque ou l'acceptation du risque est généralement précédée par une certaine évaluation du risque, de sa probabilité d'occurrence, de sa gravité ainsi que des bénéfices qu'il peut procurer.

Un certain nombre de modèles d'adoption de comportements d'autoprotection prenant appui sur les perceptions et les croyances sont développés, notamment en psychologie de la santé et pourraient trouver une application à la prévention de divers types d'accidents.

Par exemple, selon le Health Belief Model, une personne sera d'autant plus encline à prendre de précautions qu'elle perçoit le risque comme étant grave, elle-même comme

étant vulnérable et que le rapport perçu entre coût et bénéfice du comportement sécuritaire est faible.

De même, le Modèle de la Motivation à la Protection postule que la motivation à se protéger se fonde sur deux processus cognitifs, l'évaluation du risque et l'évaluation de la capacité à y faire face. Il semble que l'auto-efficacité et l'efficacité perçues des mesures préventives soient de nature à impulser les comportements adaptés. La prise en compte des perceptions peut contribuer à accroître la pertinence perçue des messages de prévention parce que reposant sur des représentations et des croyances partagées par la population cible des campagnes [50].

Par ailleurs, quand on interroge les salariés sur ce sujet, on s'aperçoit que dans leur esprit, il existe bel et bien une hiérarchie de ces cancérigènes. En effet, ils estiment que le risque de développer des pathologies en cas d'exposition aux poussières de bois est très inférieur en comparaison avec une exposition au tabac.

De même, le niveau de danger des poussières de bois est considéré comme largement plus faible que celui du tabac. Cette différence est telle qu'elle pose la question du niveau de connaissance du danger lié aux poussières de bois chez les salariés exposés. Cet écart de perception du risque est multifactoriel.

Tout d'abord, les risques liés aux poussières de bois sont perçus comme davantage subis que les risques liés à l'exposition au tabac. Il est vrai que les professionnels du bois commencent généralement leur exposition à l'occasion de leur formation en apprentissage, période durant laquelle ils sont mineurs. Cette exposition est obligatoire et non comportementale. Elle est subie plus que choisie et reste inhérente à leur profession.

La perception du risque est un phénomène complexe qui peut avoir des déterminants sociaux, psychologiques, physiques, politiques et culturels. Elle se structure par diverses variables qui dépendent des dimensions même du risque ainsi que des caractéristiques des sujets percevants. La perception du risque par le public non spécialiste semble liée à

certaines caractéristiques du risque telles que sa familiarité, sa probabilité d'occurrence, sa contrôlabilité et l'importance ou la gravité de ses conséquences (son potentiel catastrophique). Généralement, les gens perçoivent comme plus risqués qu'ils ne le sont en réalité, les événements peu fréquents, catastrophiques, et involontaires et comme moins risqués les événements fréquents, familiers, et volontaires [50] [56].

La perception du risque peut notamment être déterminée par des variables individuelles (âge, sexe, expérience, expertise, motivations, perception de ses compétences, des précautions prises et des efforts de contrôle), mais aussi par des variables sociales et culturelles (culture, position sociale ou hiérarchique) et politiques.

Ainsi, dans une étude récente sur la perception du risque de contamination par le staphylocoque doré, il a été mis en évidence que les personnes expérimentées et les personnes qui étaient le plus en contact avec les patients tendaient à banaliser le risque tandis que les personnes les moins bien formées ou celles qui avaient déjà fait l'expérience d'une contamination, semblaient redouter plus ce risque [50].

Pour ce qui concerne les caractéristiques propres des individus, trois types de prédispositions psychologiques sont décrits dans la littérature. On distingue les « risk seeking », les « risk averse » et les « risk neutral ». Dans le premier cas, l'idée de gains potentiels domine celle de pertes potentielles et la personne prendra des risques y compris pour des bénéfices faibles. Dans le second cas, l'idée de pertes potentielles domine celle de gains potentiels, ce qui se traduit par le refus de prendre systématiquement des risques. Dans le troisième cas, les sujets accordent la même valeur au concept de gains que de pertes potentielles [57].

Les personnes exposées ont donc tendance à utiliser le déni pour ne pas voir le danger. Il s'agit d'un phénomène connu par ailleurs. Ainsi, dans une récente étude portant sur les fumeurs, seuls la moitié d'entre eux estimaient qu'en cas de poursuite de la consommation les risques étaient forts contre 90% des non fumeurs [50]. Autrement dit, quand on est exposé à un risque, on a tendance à en minimiser les conséquences. Nous retrouvons des résultats en accord avec cette publication puisque nous avons

montré qu'il existait chez les salariés inclus une minimisation des conséquences pour la santé de la consommation de tabac chez les fumeurs versus les non-fumeurs.

Il faut aussi rappeler que ces résultats ont été obtenus alors que les personnes incluses bénéficiaient d'une information sur les risques pour la santé induits par une exposition aux poussières de bois et cela juste avant de renseigner le questionnaire. C'est dire la nécessité de répéter les messages de prévention pour parvenir à une sensibilisation effective auprès des salariés exposés à un risque professionnel [53].

Les effets des poussières de bois sur la santé sont jugés plus réversibles et beaucoup moins graves que ceux du tabac. Pourtant, il n'y a aucune preuve que le risque d'occurrence des cancers liés aux poussières de bois soit inférieur à celui des cancers liés au tabac. Pour ce qui concerne les autres pathologies, il est même avéré que l'impact global de santé publique du sevrage tabagique est très important en raison d'un potentiel de réversibilité extrêmement rapide des mécanismes responsables des accidents vasculaires (thromboses, spasme). Il est vrai cependant que l'existence d'une VLEP peut participer à entretenir cette fausse croyance déjà démontrée chez les fumeurs selon laquelle il existe un seuil de dangerosité en deçà duquel les conséquences pour la santé sont perçues comme floues, incertaines.

Cela étant, le cancer naso-sinusien reste largement moins fréquent que le cancer broncho-pulmonaire. Les incidences de ces deux pathologies sont très éloignées : 1 pour 100000 pour le cancer naso-sinusien versus 51,7 pour 100 000 hommes et 18,6 pour 100 000 femmes [51].

De plus, on a pu montrer l'existence d'une perception plus négative des sources d'information sur le thème des poussières de bois en comparaison au tabac. Ceci conduit inexorablement à minimiser les conséquences de cette exposition professionnelle sur la santé des salariés exposés. Les relais de cette information sont multiples. Ils peuvent être privés dans le cadre d'une documentation personnelle via Internet le plus souvent. Dans ce cas, la qualité des documents diffusés ne fait l'objet d'aucune évaluation pour l'heure. Mais les effets cancérigènes liés aux poussières de bois sont surtout diffusés

dans le cadre professionnel au travers du service de médecine de prévention essentiellement.

Pour ce qui concerne le service de santé au travail, il se pose la question de la confiance des salariés en la capacité qu'ont les médecins du travail à les sensibiliser aux risques professionnels. En effet, le message délivré en médecine du travail est peut être mis en défaut par l'image qu'ont les salariés de la spécialité. Dans un bilan de la perception de la médecine du travail par les adhérents de l'AST67 [64], seules 75% des personnes interrogées répondaient à l'affirmative à la question : pensez-vous que le médecin du travail soit à même de vous conseiller sur le niveau de toxicité des produits ? Les salariés méconnaissaient les spécificités du médecin du travail. De ce fait, l'utilité de la médecine du travail n'était jugée correcte que par 70% des personnes interrogées. Par ailleurs, les petites entreprises paraissaient les plus éloignées des services de santé au travail. Ainsi, le nom du médecin du travail qui n'était connu que par la moitié des personnes interrogées l'était encore moins dans les plus petites structures.

Une autre enquête de satisfaction menée par le service inter-entreprises de l'AMETIF en 1999 a fait l'objet d'une publication [48]. La méthodologie retenue était l'envoi d'un questionnaire standardisé employeur par mail et en parallèle, la remise de questionnaires salariés lors de visites médicales. Sur les 6018 entreprises adhérentes, le nombre de réponses obtenu était de 1281 soit un taux de réponse de 21%. Pendant la période de l'enquête, 2454 questionnaires salariés ont été collectés.

La médecine du travail était jugée utile par 70% des employeurs et par 85% des salariés. Au regard des employeurs, sa mission essentielle résidait dans le dépistage (72%) bien avant l'évaluation des risques (44%), le conseil en hygiène, sécurité et conditions de travail (41%) et l'aptitude (37%).

Pour les salariés, l'évaluation des risques arrivait en tête (56%), suivie du conseil en hygiène et sécurité et du dépistage (respectivement 50 et 48%). Si 64% des employeurs connaissaient le nom de leur médecin du travail, c'était le cas uniquement de 29% des salariés.

Cela étant, délivrer une information sur un risque est nécessairement toujours entaché d'incertitude, un phénomène d'autant plus marqué que la fréquence des événements en question est faible. Aussi, un expert pourra donc difficilement offrir une information strictement objective sur les risques qu'il encourt. Cela dépendra de la qualité, de la cohérence des données scientifiques mais aussi du jugement et de l'expérience du professionnel ainsi que de la confrontation de ses opinions avec celles de ses confrères, dont l'expertise devrait être sollicitée dans les cas complexes et peu documentés [49].

Les agences de l'Etat sont également des sources d'information. Dans les recommandations relatives à la surveillance des sujets exposés aux poussières de bois, une référence est faite à la brochure INRS. Ce document comprend des chiffres mais aucun taux. Pourtant, l'étude Yamagishi [56], révélait que parmi les différents formats de présentation, un taux semblait mieux compris des patients qu'une proportion. Plus étonnant, le cancer était perçu plus meurtrier dans l'énoncé « le cancer tue 1286 personnes sur 100000 » que dans la formulation « le cancer tue 24,14 personnes sur 100 » simplement parce que le dénominateur était plus élevé dans le premier cas. En revanche adjoindre un calcul du risque relatif posait problème. Sur 100 femmes atteintes d'un cancer du sein, une étude montrait que 33 d'entre elles n'avaient pas su calculer la réduction de leur risque relatif [52]. C'est dire l'importance du choix de la modalité d'information.

Par ailleurs, compte tenu de la physiopathologie cancéreuse, les salariés malades ne sont en général plus en activité au moment du diagnostic. Par conséquent, ils ne sont pas susceptibles de générer de l'inquiétude vis-à-vis de ce cancérogène au sein de leur structure de travail. Ainsi, les salariés, n'ayant pas eu connaissance dans leur entourage professionnel de personnes atteintes d'adénocarcinome naso-sinusien, vont minimiser les risques de développer cette pathologie. L'heuristique de « représentativité » [52] qui consiste à fonder son jugement sur un nombre limité d'expériences pouvant conduire à des représentations stéréotypées ne peut pas être mise en jeu dans le processus de représentation du risque de cancers liés aux poussières de bois.

Les historiens ont montré la puissance des « mécanismes de refoulement » des connaissances sur « l'usure au travail » qui « se sont mis en place dès les débuts de la

révolution industrielle », pour des raisons proprement épistémologiques comme pour des raisons liées aux intérêts économiques et à leur orientation productiviste. Les exemples de la silicose ou, plus récemment, de l'amiante attestent bien de ces mécanismes. Le développement de l'hygiénisme industriel au XIX^{ème} siècle s'est heurté à la double résistance des patrons et des ouvriers. Aujourd'hui encore, la perception des liens entre santé et travail n'est immédiate ni pour les travailleurs, ni pour ceux qui les dirigent, ni pour les scientifiques [60].

La difficile sensibilisation aux risques que représentent les CMR s'appuie en grande partie sur le caractère différé de leurs conséquences. Différentes recherches ont déjà montré que chaque entreprise, chaque contexte de travail produit son propre cadrage de hiérarchisation des risques, en fonction de la nature des tâches, de la gravité mais aussi de l'immédiateté des risques.

Les salariés ont plus tendance à parler des dangers de leur poste de travail et non pas des risques d'accident. Leur décision de se protéger de ces dangers dépend en grande partie de la représentation contextualisée du danger qu'ils se sont construits à partir d'indices prélevés au cours de leur activité professionnelle [58].

Ainsi, le terme de « risque » renvoie davantage à un danger immédiat (chutes, machines, engins roulant, pièces coupantes). L'exemple des poussières de bois est à ce titre éclairant car le cancer de l'ethmoïde est rare dans la population générale et tant que la maladie n'a pas de réalité, la factualité n'existe pas : « je ne sais pas, déclare un chef d'entreprise, moi je ne connais personne dans mon entourage, même des personnes anciennes, qui travaillaient avec des raboteuses, des toupies, ils travaillaient sans aspiration à l'époque, je n'ai jamais entendu parler de cas de décès ». Un médecin du travail soulignera d'ailleurs qu'avant la connaissance du cas d'un ancien artisan, président régional de la filière bois qui a eu un cancer de l'ethmoïde, « on n'y croyait pas », s'incluant en quelque sorte dans ceux qui doutaient de la réalité du lien entre poussières de bois et cancer [61].

Un autre aspect contenu dans l'item interrogeant les salariés exposés aux poussières de bois sur la possibilité de tirer un bénéfice personnel et inhérent aux pathologies

professionnelles a été mis en évidence. En effet, les personnes incluses sont davantage persuadées de pouvoir tirer un bénéfice personnel du fait de leur exposition aux poussières de bois. Ce phénomène est lié au fait que les pathologies provoquées par l'inhalation de poussières de bois peuvent être reconnue comme maladie professionnelle au titre du tableau 47 des maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale ou au titre du tableau 36 du régime agricole de la sécurité sociale. De ce fait, après reconnaissance d'une maladie professionnelle, la victime perçoit des prestations en nature (prise en charge à 100% des soins médicaux et chirurgicaux) et des prestations en espèces (indemnité en capital forfaitaire, rente d'incapacité permanente). Les indemnités journalières dans le cadre d'un arrêt de travail dû à une maladie professionnelle sont versées sans délai de carence.

Les atouts de la cohorte CERBois sont essentiellement d'être une étude nationale et multicentrique. Ce sont autant d'éléments qui permettent de croire en la fiabilité des résultats obtenus.

Cependant, le caractère rétrospectif en ce qui concerne la recherche d'une exposition aux poussières de bois ne permet pas de s'affranchir d'un éventuel biais de mémoire et donc de mesure.

De même, nous ne disposons pas de résultats pour les personnes exposées aux poussières de bois du régime des indépendants. Or, il est vrai que le niveau d'information et de sensibilisation au risque doit être plus faible chez les artisans plutôt que dans de plus grandes structures où le statut de salarié prévaut.

Parmi les limites de cette étude, on retiendra la non-évaluation après procédure de dépistage du score PCQ. Or, il serait intéressant d'évaluer sa progression pour comprendre un peu plus l'impact psychologique de ce dépistage professionnel après la nasofibroscopie.

De même, nous n'avons pas pu étudier l'impact des caractéristiques individuelles en dehors du statut tabagique ou non des salariés dans le retentissement psychologique du dépistage du cancer de l'ethmoïde. En effet, nous disposons d'un échantillon homogène.

Or on sait que la perception du risque peut notamment être déterminée par des variables individuelles (âge, sexe, expérience, expertise, motivations, perception de ses compétences, des précautions prises et des efforts de contrôle), mais aussi par des variables sociales et culturelles (culture, position sociale ou hiérarchique) et politiques [48].

7 Conclusion

Dans notre démarche de dépistage de cancers professionnels, nous devons veiller d'une part à la qualité et la nature de l'information que nous délivrons dans le cadre d'un consentement libre et éclairé. Nous devons d'autre part aussi travailler sur les mécanismes de déni dans la perception des risques professionnels pour les cancérogènes.

Car en effet, la participation à un dépistage dans le cadre de pathologies cancéreuses est une démarche volontaire. Le retentissement psychologique de l'information préalablement donnée avant tout dépistage est un élément fondamental à prendre en compte dans nos pratiques. Cet échange indispensable est une source d'angoisse. Or, on sait que cette procédure est très souvent évitée pour cette raison.

De même, la perception du risque conditionne le comportement de prévention au niveau primaire comme secondaire. En tant que professionnels de la prévention en milieu de travail, nous devons améliorer la pertinence de nos messages pour toucher davantage les salariés que nous suivons et qui sont exposés professionnellement aux poussières de bois. Il nous faut davantage nous interroger sur le choix des modalités d'information et sur la notion de « répétition » de l'information adaptée [53].

Et, dans le cas des cancérogènes, il faut aussi tenir compte du caractère différé de leurs conséquences qui éloigne le risque dans l'esprit des salariés. La sous-estimation du risque cancérogène lié aux poussières de bois ainsi que le manque de confiance envers les informations délivrées sur ce même sujet sont autant de facteurs susceptibles de freiner les salariés, d'une part en prévention primaire et d'autre part, dans leur procédure de dépistage en prévention secondaire.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

15.07.16

E. SERRANO

Professeur Jean-Marc SOULAT
Coordonnateur Interrégional
DES de Médecine du Travail
SMPE - Pavillon Turiaf
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN
SA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex

8 Bibliographie

- [1] A. Auperin, C. Hili. Épidémiologie des carcinomes des voies aérodigestives supérieures. *Cancer/Radiothérapie*, 2005 ; 9(1) : 7-1.
- [2] C. Paris, M. Maurel, A. Luc, A. Stoufflet, J-C. Pairon, M. Letourneux. CT scan screening is associated with increased distress among subjects of APEXS. *BMC Public Health* 2010 ; 657-647.
- [3] F. Domati, E. Travlos, C. Cirilli , G. Rossi, P. Benatti, M. Marino et al. Attitude of the Italian general population towards prevention and screening of the most common tumors, with special emphasis on colorectal malignancies. *Intern Emerg Med* 2009 ; 4(3) : 213-20
- [4] C. Hill. Les effets sur la santé du tabagisme passif. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire* 2011 ; 20-21 : 235-233.
- [5] C. Léon, C. Menard. Santé et environnement : comment les Français perçoivent les risques. *La Santé de L'Homme* 2008 ; 398 : 5-4.
- [6] K. Rouffiac, G. Boudet, I. Biat, D. Gabrillargues, F. dutheil, A. Chamoux. Bilan d'une expérience de dix ans de prévention santé en milieu de travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement* 2012 ; 73 : 287-283.
- [7] A-L. Le Faou, M. Baha. Policy and routine practice for smoking cessation in France. *La Presse Médicale* 2012 ; 41(12) : 1285-1279.
- [8] I. Grémy, S. Halfen, K. Slama, A-J. Sasco. Ecart entre la connaissance et l'acceptation pour soi-même des risques liés à la consommation de tabac, à propos du cancer du poumon. *BEH* 2004 ; 22-23 : 92-90.
- [9] Les bio-carburants à partir des ressources lignocellulosiques : présentation des filières et identification des risques, 2006.
- [10] A. Demers. L'industrie du bois. *Encyclopédie de Sécurité et de Santé au Travail* ; 71.2.
- [11] Sumer 2002, Woodex 2004
- [12] B. Loddé, J.-F. Gehanno, D. Jousset , R. Pougnet , Q. Durand-Moreau, J.-D. Dewitte. Conflits éthiques en Santé au Travail : quelques particularités de la réglementation française opposées à des difficultés pratiques de mise en œuvre. *Ethique et Amp* 2014 ; 12(2) : 144-138.

- [13] D. Thomas. Faut-il arrêter le tabac quand on est âgé ? Oui ! Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge : Coeur, vaisseaux et âge. *La Presse Médicale* 2013 ; 42(6) : 1027-1019.
- [14] L-T. Kozlowski, M-E. Goldberg, B-A Yost et al. Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *Am J Prev Med* 1998 ; 15 (1) : 16-9.
- [15] Manaouil C, Doutrelot-Philippon C, Graser M. Affections liées au travail du bois. *Le concours médical* 2002 ; 38 : 2515-2510.
- [16] De Gabory L, Conso F, Barry B, Stoll D. Carcinogenesis of the ethmoidal adenocarcinoma due to wood dust. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2009 ; 130(2) : 104-93.
- [17] X. Dufour, K. Ouaz, B. Fouillet, J.-M. Goujon, C. Beauvillain de Montreuil. Tumeurs des cavités nasales et paranasales. *EMC Oto-rhino-laryngologie* 2015.
- [18] Porez F, de Pomerol JM, Stoll D, Krief P, Conso F, de Gabory L. Assesment of nasal fibroscopy to explore olfactory cleft. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011 ; 145(4) : 677-82.
- [19] Sadek SA, De R, Scott A, White AP, Wilson PS, Carlin WV. The efficacy of topical anaesthesia in flexible nasoendoscopy : a doubles-blind randomised controlled trial. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2001 ; 26 : 25-8.
- [20] Singh V, Brockbank M-J, Todd G-B. Flexible transnasal endoscopy : is local anesthetic necessary ? *J Laryngol Otol* 1997 ; 111 : 616-18.
- [21] Jankowski R, Georgel T, Vignaud JM, Hemmanoui B, Toussaint B, Graff P, Geoffrois L, Henrot P, Kaminsky MC. Endoscopic surgery reveals that woodworker's adenocarcinomas originate in the olfactory cleft. *Rhinology* 2007 ; 45(4) : 314-308.
- [22] De gabory L, Conso F, Barry B, Stoll D. Is ethmoidal adenocarcinoma screenong in employees to wood dust justified ? *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2008 ; 129(4-5) : 219-26.
- [23] Ricco M. Lung fibrosis and exposure to wood dusts : two case reports and review of the literature. *Med Pr* 2015 ; 66(5) : 739-47.
- [24] L. Michaels. Lung changes in woodworkers. *Can Med Assoc J.* 1967 ; 96(16) : 1155-1150.

- [25] Fontaine JR, Muller JP, Braud MC, Broute P, Accart R, Pinsard D et al. Evaluation des performances de captage de trois types de machines à bois portatives. *Hygiène et sécurité au travail* 2010 ; 218 : 15-3.
- [26] S. Monier, M-L Hemery, P. Demoly, H. Dhivert-Donnadieu. L'asthme professionnel aux poussières de bois. *Revue Française d'Allergologie* 2008 ; 48(1) : 34-31.
- [27] E. Prévot, A. Benzekri le Louet, V. Bayon, D. Choudat, D. Leger. Aspects réglementaires du travail posté et du travail de nuit. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2009 ; 70(3) : 271-262.
- [28] Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois. HAS 2011
- [29] Guide « Cancers broncho-pulmonaires ». HAS Juillet 2013.
- [30] G. Lagrue. Tabagisme : toxicologie, dépendance. EMC 1999.
- [31] M. Chiba, R. Masironi. Toxic and trace elements in tobacco and tobacco smoke. *Bulletin de l'OMS* 1992; 70(2) : 275-269.
- [32] C. De Berard, A. Hirsch. La réglementation de l'usage du tabac, bilan et perspective. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2005 ; 50 : 6-64.
- [33] J. Ayanian, P. Cleary. Perceived risk of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Jama* 1999 ; 17 : 1021-1019.
- [34] S. Sutton. How ordinary people in Great Britain perceive the health risks of smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998 ; 52 : 339-338.
- [35] C. Massard. Cancer : épidémiologie, cancérogenèse, développement tumoral, classification, *La Revue du Praticien* 2013, 1781.
- [36] C. Teutsch. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003 ; 87 : 1115-45.
- [37] R. Ardaillou, *La prévention en questions*, Cachan, Editions Médicales internationales, Lavoisier, 2009, 202.
- [38] F. Bourdillon. *Traité de prévention*, Paris, Flammarion, Médecine-Sciences, 2009, 421.
- [39] D. Gros. Toutes et tous, nous voulons « sauver la vie des femmes » ! *Psycho-Oncol* 2013 ; 7 : 65-57.
- [40] J.G. Trudel, N. Leduc, S. Dumont. Communication entre soignant et soigné : historique, définitions et mesures. *Psycho-Oncol* 2013 ; 7 : 136-130.

- [41] J-C. Holland, N. Geavy, A. Marchini et al. An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest* 1987 ; 5 : 151-4.
- [42] Dépistage et prévention du cancer colorectal : actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Haute Autorité de Santé 2013.
- [43] A. Le Bonniec, K. Djoufelkit, F. Cousson-Gélie. Quels sont les facteurs psycho-sociaux déterminant la participation au dépistage du cancer colorectal ? Intérêt de la théorie du comportement planifié et du concept de coping. *Psycho-Oncol* 2015 ; 9 : 114-108.
- [44] C-L. Holt, C. Lee, K. Whright. A spiritually based approach to breast cancer awareness: cognitive response analysis of communication effectiveness. *Health Commun* 2008 ; 23(1) : 22-13.
- [45] J. Cockburn, T. De Luise, S. Hurley, K. Clover. Development and validation of the PCQ: a questionnaire to measure the psychological consequences of screening mammography. *Soc Sci Med* 1992 ; 34(10) : 1134-1129.
- [46] J. Maziade, L. Thomassin, R. Morin. Emotional, physical and social consequences of breast cancer: viability and utilization of a clinical questionnaire. *Can J Public Health* 2001 ; 92(1) : 61-57.
- [47] M. Muller. Promotion de la santé : apports conceptuels et méthodologiques en santé au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2012 ; 73 : 275-273.
- [48] B. Libert, N. Motsch, P. Martinet, C. Février. « Votre opinion nous intéresse » - Enquête de satisfaction en médecine du travail et démarche qualité. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2001 ; 62 : 353.
- [49] P. Bizouarn, E. Fiat, D. Folschied. Choix rationnel, prédiction et décision médicale. Apport des scores de gravité. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2006 ; 20 : 812-807.
- [50] R. Kouabenan. La perception des risques comme voie d'analyse et de prévention des risques : état de l'art. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2002 ; 63
- [51] Institut National du Cancer, *Epidémiologie des Cancers*, 2012.
- [52] A. Massardier-Pilonchery, B. Charbotel, J.-C. Normand, A. Bergeret. *Cancers professionnels*. EMC 2013.

- [53] I. Thaon, I. Mouchetrou Njoya, A. Luc, E. Penven, J-C Pairon, C. Paris. Anxiété et suivi post-professionnel amiante au sein de la cohorte ARDO. Archives de Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2016 ; 77 : 498-496.
- [54] A. Tversky, D. Kahneman. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. Science 1974 ; 185(4157) : 1131-1124.
- [55] D. Kahneman, A. Tversky, A. Availability : a heuristic for judging frequency and probability. Cogn Psychol 1973 ; 4 : 232-207.
- [56] J. Thieblemont, P. Garnerin, F. Clergue. La perception et la communication du risque médical. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2006 ; 25 : 62-50.
- [57] D. Kahneman, A. Travesky. Prospect theory : an analysis of decision under risk. Econometrica 1979 ; 47 : 291-263.
- [58] C. Rousseau. Perception et comportements face aux risques professionnels. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2003 ; 64(4) : 234-229.
- [59] P. Slovic. Perception of risk. Science 1987 ; 236(4799) : 285-280.
- [60] P. Bouffartigue, J-R. Pendaries, J. Bouteiller. La perception des liens travail/santé. Revue Française Sociologique 2010 ; 51(2) : 280-247.
- [61] A. Mias, E. Legrand, D. Carricaburu, F. Féliu, L. Jamet. Le travail de prévention, Toulouse, Octares, Travail et Activité Humaine, 2013, 188.
- [62] F. Lançon, N. Sannino, J. Viguier. Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2012 ; 35-36-37 : 420-417.
- [63] M. Batsch. Perception de l'impact sanitaire et retentissement psychologique de l'exposition à l'amiante et au tabac dans une population de fonctionnaires de l'Education Nationale, 2015.
- [64] Bilan de perception et image de la Médecine du Travail auprès des adhérents de l'AST67, 2006.

9 Annexes

9.1 Synthèse des recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'effet cancérigène des poussières de bois (HAS, 2011)

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'effet cancérigène des poussières de bois

Janvier 2011

Les poussières de bois arrivent au deuxième rang des agents cancérogènes professionnels, derrière l'amiante, en termes de nombre de cancers induits et reconnus en maladie professionnelle. Elles provoquent des cancers naso-sinusiens qui sont essentiellement des adénocarcinomes en France. Les recommandations émises s'inscrivent dans un contexte réglementaire de surveillance médicale renforcée annuelle en médecine du travail prescrite par le code du travail et de suivi post-professionnel prévu et protocolisé dans le code de la sécurité sociale.

Objectif des recommandations

Ces recommandations visent à optimiser la prévention du risque cancérigène des poussières de bois et le suivi médical des travailleurs exposés à ce risque.

Elles portent :

- sur la prévention primaire et la traçabilité des expositions ;
- sur le suivi médical, en proposant des modalités de dépistage des adénocarcinomes naso-sinusiens en deuxième partie de vie professionnelle et au delà de la période d'activité.

Le protocole de dépistage basé sur les connaissances scientifiques devrait permettre :

- de diminuer la morbidité et la mortalité associées à ces cancers naso-sinusiens,
- d'homogénéiser les pratiques des médecins du travail,
- d'assurer une cohérence entre le suivi en cours de vie professionnelle par le médecin du travail et le suivi post-professionnel assuré par le médecin généraliste, cette cohérence permettant d'induire une observance accrue des personnes suivies.

Quels sont les professionnels de santé concernés ?

Au cours des différentes étapes de la vie professionnelle et au-delà de la période d'activité, plusieurs professionnels de santé interviennent dans le suivi des travailleurs du bois.

Ils figurent au tableau ci-dessous en fonction du type de recommandation et de la période de vie professionnelle des travailleurs du bois.

Etapas de la vie professionnelle des travailleurs du bois	Typologie des recommandations		
	Recommandations de prévention primaire		Surveillance médicale
	Information Traçabilité des expositions	Surveillance du poste de travail	
Formation initiale en lycée professionnel	Médecin scolaire Infirmier scolaire	Médecin scolaire	Médecin scolaire
Formation initiale en alternance (apprentissage)	Médecin du travail Infirmier de santé au travail	Médecin du travail	Médecin du travail
Activité professionnelle* <i>Première période</i> (30 premières années d'exposition)	Médecin du travail* Infirmier de santé au travail	Médecin du travail*	Médecin du travail
Activité professionnelle * <i>Deuxième période</i> (au delà de 30 ans d'exposition)	Médecin du travail* Infirmier de santé au travail	Médecin du travail*	Médecin du travail ORL Radiologue
Retraite (ou cessation d'activité)			Médecin généraliste ORL Radiologue

*pour les artisans travailleurs du bois, en l'absence de médecine du travail, le suivi peut être effectué dans le cadre de conventions passées entre le Régime Social des Indépendants et le médecin généraliste ou dans d'autres structures sanitaires.

Quelles actions de prévention primaire mettre en place ?

Le médecin du travail doit :

- rappeler l'importance de la réduction de l'empoussièrement au poste de travail - en coordination avec les autres acteurs de la prévention en santé au travail - lors de son action en milieu de travail,
- apporter au travailleur du bois une information sur la nature des risques professionnels liés aux poussières de bois lors des consultations médicales, dès la visite d'embauche, en s'aidant de documents (cf. annexe 1 des recommandations),
- assurer la traçabilité individuelle des expositions en portant au dossier médical de santé au travail les expositions actuelles et passées aux poussières de bois.

Comment dépister les adénocarcinomes naso-sinusiens dus aux poussières de bois ?

Seul un dépistage chez le sujet asymptomatique permet de détecter des tumeurs à un stade précoce.

Quels examens de dépistage ?

Type d'examen	Fréquence	Recommandation	Grade
Recherche de signes fonctionnels ORL	annuelle lors de la visite médicale périodique de médecine du travail	Recommandé mais ces signes fonctionnels tardifs ne permettent pas un diagnostic à un stade précoce de la maladie	Accord professionnel
Radiographie des sinus de la face	-	Non recommandée	Grade B
Tomodensitométrie des sinus de la face	-	Non recommandée	Grade B
Imagerie par Résonance Magnétique des sinus de la face	-	Non recommandée	Accord professionnel
Nasofibroscopie	bisannuelle*	Recommandée	Accord professionnel

* tous les 2 ans

Quelle population cible du dépistage ?

La nasofibroscopie est proposée tous les deux ans pour le suivi des personnes - qu'elles soient encore en activité ou retraitées - ayant été exposées professionnellement il y a plus de trente ans à des activités professionnelles exposant aux poussières de bois, pendant plus de **12 mois cumulés**, lors de tâches d'usinage (sciage, fraisage, rabotage, perçage, ponçage) ou lors de toute activité documentée exposant à une concentration de poussières de bois de plus de 1 mg/m³ mesurée sur 8 heures. (Accord professionnel)

Actualisation

Ces recommandations sont émises pour la période 2011-2015 et devront ensuite être actualisées notamment à la lumière des études cliniques en cours.

Ces recommandations de bonne pratique ont reçu le label conjoint HAS-INCa. Ce label signifie que les recommandations ont été élaborées selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par l'INCa et la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès de la société promotrice.

9.2 Arrêter de fumer et ne pas rechuter : recommandation HAS 2014



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ARRÊTER DE FUMER ET NE PAS RECHUTER : LA RECOMMANDATION 2014 DE LA HAS

QUESTIONS / RÉPONSES : SEVRAGE TABAGIQUE

L'arrêt du tabac : quelques chiffres... le point sur quelques idées reçues...

- 29 % des Français sont fumeurs, soit 12 millions d'usagers quotidiens.
- Près de 2 fumeurs sur 3 souhaitent arrêter de fumer.
- 97 % des fumeurs n'arrivent pas à arrêter sans aide.
- Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque. Le taux de mortalité est augmenté même chez les fumeurs qui fument peu.
- Il est plus difficile d'arrêter de fumer que d'arrêter de consommer de l'alcool, du cannabis ou de la cocaïne.

Qu'est-ce que cette recommandation apporte de nouveau dans la prise en charge de l'arrêt du tabac ?

Les dernières recommandations sur le sevrage tabagique dataient de 2003. Dans sa nouvelle recommandation, la Haute Autorité de Santé (HAS) s'adresse aux professionnels de santé qui ont en face d'eux tout fumeur, et pas seulement les fumeurs qui expriment le souhait d'arrêter de fumer. Ainsi, la HAS envisage l'intégralité des étapes traversées par un fumeur dans sa démarche d'arrêt du tabac, des premières intentions d'arrêt jusqu'au maintien de l'abstinence. Elle insiste sur le rôle crucial du professionnel de santé dans la maturation du projet d'arrêt et dans la motivation du patient.

Aujourd'hui, le dépistage de la consommation du tabac auprès de tous les patients est préconisé ainsi qu'un conseil d'arrêt systématique. Peu formés et informés sur

le sevrage tabagique, les professionnels de santé trouveront dans la recommandation l'ensemble des outils existants qui les aideront à dépister, évaluer et aider le fumeur. L'accent est mis sur l'accompagnement par le professionnel de santé, qui doit être mis en place à l'occasion de consultations dédiées à l'arrêt du tabac. Pour plus de 9 fumeurs sur dix, la volonté ne suffit pas et arrêter seul ne marche pas. Il est indispensable de mettre en place un soutien psychologique et médical.

Dans ce nouveau travail, la HAS émet des recommandations d'usage sur les traitements nicotiques, les médicaments disponibles mais également sur les autres prises en charge existantes ainsi que sur la cigarette électronique.

La recommandation en 5 points clés

- Un suivi médical à chaque étape traversée par un fumeur dans sa démarche d'arrêt.
- Un renforcement des pratiques des professionnels de santé qui doivent dépister et conseiller l'arrêt du tabac de façon systématique.
- Établir un partenariat fumeur/médecin généraliste dans l'arrêt du tabac.
- Associer l'accompagnement psychologique du fumeur à des traitements à base de nicotine en 1^{re} intention, et réserver les médicaments varécline et bupropion en seconde intention.
- La HAS ne recommande pas la cigarette électronique comme outil de l'arrêt du tabac mais considère que son utilisation chez un fumeur qui a commencé à vapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée.

Quelles sont les méthodes recommandées par la HAS pour arrêter de fumer ?

L'accompagnement par un professionnel de santé est un des facteurs clés pour arrêter de fumer. En revanche, sans accompagnement, 97 % des fumeurs n'arrivent pas à arrêter. Cet accompagnement peut être effectué par son médecin traitant dans le cadre de consultations dédiées destinées à apporter un soutien psychologique et à renforcer la motivation du fumeur.

Selon la dépendance évaluée par le professionnel de santé, les traitements nicotiques de substitutions (TNS) peuvent être prescrits en première intention. Ils peuvent être utilisés dans une stratégie d'arrêt ou en stratégie de réduction de la consommation de tabac, si l'arrêt n'est pas encore envisageable pour le fumeur.

Les autres traitements médicamenteux tels que la varécline et le bupropion ne doivent être prescrits qu'en seconde intention.

Les méthodes alternatives telles que l'acupuncture, l'hypnothérapie ou, pour certains, l'activité physique ne doivent pas être découragées si le fumeur les considère comme utiles dans sa démarche.

La cigarette électronique n'est pas recommandée à ce jour comme outil d'aide à l'arrêt du tabac, car en l'état actuel des connaissances, son efficacité et son innocuité n'ont pas été suffisamment évaluées. Mais son utilisation temporaire par le fumeur qui souhaite arrêter de fumer ne doit pas être déconseillée.

Quels outils propose la HAS ?

Ces recommandations sont une source d'information et d'aide à la pratique courante pour les médecins généralistes et chaque professionnel de santé, encore trop peu informés et formés aux spécificités du sevrage tabagique.

Afin de renforcer l'action des professionnels de santé auprès du fumeur et de les aider dans leurs pratiques, la HAS a créé et adapté des outils (questionnaires, algorithmes, échelles d'évaluation, fiches pratiques, etc.) pour chaque étape de la prise en charge de l'arrêt du tabac :

- des outils pour dépister la consommation de tabac, dont un algorithme de dépistage qui détaille la marche à suivre à chaque stade de la motivation du patient et qui rappelle les outils disponibles ;
- des outils d'évaluation de la dépendance du fumeur et de sa motivation à l'arrêt comme par exemple le modèle de Prochaska et Di Clemente qui évalue le

stade de motivation du patient pour adapter la stratégie d'arrêt du tabac :

- pré-intention : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer,
- intention : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent,
- décision : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt,
- action : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer,
- maintien/liberté : il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.

- des outils d'aide à l'arrêt et d'accompagnement du fumeur comme par exemple une méthode d'entretien motivationnel qui liste des questions telles que « *Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ?* », « *Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ?* », etc.

- des outils de prévention de la rechute avec l'adaptation des colonnes de Beck à la prévention de la rechute

qui servent à analyser les pensées qui poussent à la rechute selon une grille rationnelle telle que :

Événements Situations	Émotions Réactions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
« J'ai du mal à me concentrer sur mon travail »	« Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette »	« Ça va me stimuler »	« Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien »

La HAS met également à disposition des outils d'aide pour les patients ainsi qu'une animation pédagogique pour ouvrir le dialogue entre le médecin et le fumeur.

La cigarette électronique a-t-elle sa place dans le sevrage tabagique ?

La cigarette électronique, avec ou sans nicotine, n'est pas un produit de consommation anodin, car - même si elle en comprend moins que la cigarette traditionnelle - elle contient aussi des produits toxiques.

Dans l'état actuel des connaissances, la cigarette électronique ne fait pas partie des traitements recommandés pour arrêter de fumer car il n'est pas démontré qu'elle :

- soit sans danger ;
- qu'elle permette d'arrêter de fumer durablement.

La HAS ne recommande pas la cigarette électronique comme outil de l'arrêt du tabac mais considère que son utilisation chez un fumeur qui a commencé à vapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée.

La HAS reste attentive à toute nouvelle donnée qui permettra de réévaluer la place de la cigarette électronique dans la stratégie thérapeutique d'arrêt du tabac.

Les méthodes alternatives sont-elles efficaces ?

C'est un des points d'évolution par rapport aux recommandations précédentes.

Les méthodes alternatives telles que l'acupuncture, l'hypnothérapie, ou pour certains l'activité physique, n'ont pas fait preuve de leur efficacité. Pour autant, la

HAS considère qu'il est important pour le professionnel de santé de ne pas casser la motivation d'un fumeur, ni de le décourager ou le culpabiliser et que ces méthodes peuvent trouver leur place dans une démarche d'arrêt du tabac en complément des méthodes recommandées.

Quels sont les risques à fumer ?

Le tabagisme tue un fumeur sur deux d'une maladie liée à son tabagisme. Le tabagisme est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers et de 81 % des décès par cancers bronchopulmonaires en France.

Le tabagisme est un facteur de risque pour d'autres maladies l'ostéoporose, le risque d'infections bactériennes ou virales sévères, la maladie de Crohn.

Le tabagisme diminue l'efficacité de certains médicaments : anti-infectieux, antidiabétiques, anti-hypertenseurs.

L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non fumeur.

Quels sont les bénéfices à arrêter de fumer ?

Les bénéfices de l'arrêt du tabagisme sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Arrêter de fumer réduit la mortalité totale et particulièrement la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer broncho-pulmonaire.

Le bénéfice existe quel que soit l'âge du patient au moment de l'arrêt. Ainsi, un patient qui cesse de fumer à 40 ans augmente son espérance de vie de 7 ans, et à 50 ans, il l'améliore de 4 ans.

Quelle est la prise en charge financière d'un suivi médical pour sevrage tabagique ?

L'Assurance Maladie prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur, etc.) inscrits sur la liste des substi-

tuts nicotiniques remboursables à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Ce montant est porté à 150 euros pour les femmes enceintes et pour les jeunes âgés de 20 à 25 ans.

Fumer a-t-il un impact sur la fertilité des couples qui souhaitent avoir un enfant ?

Le tabagisme réduit la fertilité de l'homme et de la femme, diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple, allonge le délai de conception, augmente l'effet négatif de l'âge sur la fécondité.

Il est recommandé aux couples désireux d'avoir un enfant d'arrêter de fumer de préférence avant la conception.

Il est recommandé aux professionnels de santé de profiter de ce projet pour repérer spécifiquement le tabagisme chez la femme en projet de grossesse et/ou son compagnon et conseiller l'arrêt.

Quelles sont les recommandations pour les femmes fumeuses enceintes ?

Il est clairement démontré que le tabagisme pendant la grossesse peut affecter de manière importante le déroulement de la grossesse et le développement fœtal, avec des conséquences pour l'enfant, y compris à long terme.

Plus l'arrêt du tabac est précoce chez la femme enceinte, plus les bénéfices pour la mère et l'enfant sont importants. Mais les bénéfices à arrêter de fumer existent quel que soit le moment de la grossesse. Les interventions d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse réduisent :

- la proportion de femmes qui continuent à fumer en fin de grossesse ;
- les petits poids de naissance et les naissances avant terme.

Une fois que la femme enceinte a réalisé les bénéfices importants de l'arrêt du tabac pour sa santé et celle de son nouveau-né, le médecin pourra lui proposer une aide soutenue d'aide à l'arrêt lors de la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse.

Un accompagnement psychologique pourra être proposé aux femmes enceintes qui désirent arrêter de fumer pour maximiser leurs chances de réussite.

Dans le cadre d'une prise en charge médicale, il est moins nocif pour une femme enceinte de recourir à des traitements à base de nicotine que de continuer à fumer.

En revanche, la varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés au cours d'une grossesse.

Est-il dangereux d'associer pilule et tabac ?

Le risque de thrombose artérielle (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral) chez une femme prenant la pilule est augmenté en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque connus d'athérosclérose : tabac, hypertension artérielle, diabète et hypercholestérolémie. Source : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201309/10e_version_contraception_cardiop2-2207.pdf

La HAS a élaboré en 2012 un ensemble de fiches sur la contraception dont une à destination des professionnels

dans laquelle elle ne recommande pas la prescription de pilule aux femmes de plus de 35 ans et recommande un suivi plus attentif qu'en règle normal pour celles âgées de moins de 35 ans.

Elle y rappelle qu'il faut adapter la méthode contraceptive en fonction de son statut tabagique et proposer une aide au sevrage tabagique à toute femme en consultation pour le choix d'une méthode contraceptive : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/fiche_contraception_conditions_prescription.pdf

9.3 Questionnaire PCQ

A quelle fréquence avez-vous vécu les situations suivantes au cours de la dernière semaine ? (Cochez la case qui correspond à votre réponse)

	Jamais	De temps en temps	Souvent	Toujours
Vous avez mal dormi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez constaté un changement dans votre appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti malheureux ou déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez eu peur, vous étiez sujet à la panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti nerveux, tendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti stressé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez constaté que vous cachez des choses à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous étiez plus impatient que d'habitude envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez constaté que vous vous détachiez de vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez eu du mal à accomplir les tâches domestiques que vous faites d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez eu du mal à faire face à vos obligations ou à vos engagements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti inquiet face à votre avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation pour établir le score PCQ :

Pour jamais, coter 1

Pour de temps en temps, coter 2

Pour souvent, coter 3

Pour toujours, coter 4

Score anormal si strictement supérieur à 17 chez l'homme et à 19 chez la femme.

9.4 Questionnaire comparatif de la perception du risque associé à une exposition aux poussières de bois versus tabac

Les questions suivantes portent sur votre opinion sur les risques associés à une exposition aux poussières de bois et au tabagisme.

Sur les échelles de 0 à 10 ci-dessous, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

1.1 D'après vous, quel est le niveau de danger des poussières de bois ?

Absolument pas dangereux

Extrêmement dangereux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1.2 D'après vous, quel est le niveau de danger du tabac ?

Absolument pas dangereux

Extrêmement dangereux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.1 Quel est le risque que vous tombiez malade à cause des poussières de bois ?

Aucun risque

Risque extrême

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.2 Quel est le risque que vous tombiez malade à cause du tabac ?

Aucun risque

Risque extrême

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.1 Pensez-vous que les risques liés aux poussières de bois sont plutôt des risques choisis ou des risques subis ?

Risques choisis

Risques subis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.2 Pensez-vous que les risques liés au tabac sont plutôt des risques choisis ou des risques subis ?

Risques choisis

Risques subis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.1 Considérez-vous que les risques liés à l'exposition aux poussières de bois soient actuellement bien démontrés scientifiquement (ou au contraire existe-t-il des incertitudes concernant les effets d'une telle exposition) ?

Absolument pas
démontrés

Tout à fait
démontrés

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.2 Considérez-vous que les risques liés à l'exposition au tabac soient actuellement bien démontrés scientifiquement (ou au contraire existe-t-il des incertitudes concernant les effets d'une telle exposition) ?

Absolument pas
démontrés

Tout à fait
démontrés

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.1 Pensez-vous pouvoir tirer un bénéfice quelconque ou un avantage personnel de votre exposition aux poussières de bois ?

Tout à fait

Pas du tout

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.2 Pensez-vous pouvoir tirer un bénéfice quelconque ou un avantage personnel de votre exposition au tabac ?

Tout à fait

Pas du tout

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6.1 Les risques associés aux poussières de bois vous paraissent-ils familiers (êtes-vous habitué(e) à vivre avec) et pouvez-vous y penser sereinement ?

Tout à fait familiers

Pas du tout familiers

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6.2 Les risques associés au tabac vous paraissent-ils familiers (êtes-vous habitué(e) à vivre avec) et pouvez-vous y penser sereinement ?

Tout à fait familiers

Pas du tout familiers

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7.1 Pensez-vous que les risques associés aux poussières de bois constituent une menace immédiate ou plutôt différée dans le temps ?

Menace différée
dans le temps

Menace
immédiate

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7.2 Pensez-vous que les risques associés au tabac constituent une menace immédiate ou plutôt différée dans le temps ?

Menace différée
dans le temps

Menace
immédiate

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8.1 Considérez-vous que les risques associés aux poussières de bois constituent une menace immédiate ou plutôt différée dans le temps ?

Menace différée
dans le temps

Menace
immédiate

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8.2 Considérez-vous que les risques associés au tabac constituent une menace immédiate ou plutôt différée dans le temps ?

Menace différée
dans le temps

Menace
immédiate

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9.1 Considérez-vous que les risques associés aux poussières de bois ne concernent que quelques cas isolés ou à l'inverse peuvent constituer une catastrophe sanitaire ?

Quelques cas isolés

Catastrophe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9.2 Considérez-vous que les risques associés au tabac ne concernent que quelques cas isolés ou à l'inverse peuvent constituer une catastrophe sanitaire ?

Quelques cas isolés

Catastrophe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10.1 Selon vous, les risques liés à l'exposition aux poussières de bois sont-ils répartis de façon équitable dans la population (ou au contraire de façon inéquitable) ?

Très équitable

Très inéquitable

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10.2 Selon vous, les risques liés à l'exposition au tabac sont-ils répartis de façon équitable dans la population (ou au contraire de façon inéquitable) ?

Très équitable

Très inéquitable

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11.1 Les conséquences pour la santé associées aux poussières de bois vous paraissent-elles réversibles et peu sévères ou au contraire irréversibles et graves ?

Réversibles

Irréversibles

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11.2 Les conséquences pour la santé associées au tabac vous paraissent-elles réversibles et peu sévères ou au contraire irréversibles et graves ?

Réversibles

Irréversibles

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12.1 Avez-vous confiance en la capacité des pouvoirs publics ou de l'employeur à maîtriser les risques associés aux poussières de bois ?

Tout à fait
confiance

Pas du tout
confiance

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12.2 Avez-vous confiance en la capacité des pouvoirs publics ou de l'employeur à maîtriser les risques associés au tabac ?

Tout à fait
confiance

Pas du tout
confiance

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13.1 Les différentes sources d'information (pouvoirs publics, médias, associations, médecins...) sur les risques associés aux poussières de bois vous semblent-elles fiables ?

Tout à fait fiables

Pas du tout fiables

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13.2 Les différentes sources d'information (pouvoirs publics, medias, associations, médecins...) sur les risques associés au tabac vous semblent-elles fiables ?

Tout à fait fiables

Pas du tout fiables

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Retentissement psychologique et suivi médico professionnel après exposition professionnelle aux poussières de bois dans la cohorte CERBois :

Anxiété et perception du risque cancer : bois versus tabac

RESUME EN FRANÇAIS :

L'exposition aux poussières de bois peut engendrer des cancers nasosinusiens dépistables par nasofibroscopie. La question du retentissement psychologique lié à cette procédure est un sujet crucial évaluable notamment par un score d'anxiété, le score PCQ. A partir d'une partie de la cohorte CERBois, le questionnaire PSY1 permettait son calcul et l'évaluation de la perception du risque pour la santé des poussières de bois. Il était renseigné après information sur les modalités de dépistage et les risques pour la santé induits par les poussières de bois. Sur les 181 personnes étudiées, le score PCQ était anormal chez 86 sujets. Le retentissement psychologique de l'information préalablement donnée avant tout dépistage est un élément fondamental à prendre en compte dans nos pratiques car il est source d'angoisse.

TITRE EN ANGLAIS : Psychological impact and medical follow-up after wood dust exposure of workers in the cohort CERBois – Anxiety and cancer risk perception wood versus tobacco.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Poussières de bois, cancer naso-sinusien, anxiété, dépistage, perception du risque

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Fabrice HERIN