

Maintien dans l'emploi des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et traités par Alitrétinoïne

Martine Meharon

▶ **To cite this version:**

Martine Meharon. Maintien dans l'emploi des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et traités par Alitrétinoïne . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01620267

HAL Id: dumas-01620267

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01620267

Submitted on 20 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

université de BORDEAUX

Année 2017

THÈSE PRÉSENTÉE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE : SCIENCE ET VIE ET DE LA SANTÉ

SPÉCIALITÉ : DES MÉDECINE DU TRAVAIL

Par Martine MEHARON

MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS PRÉSENTANT UN ECZÉMA CHRONIQUE DES MAINS ET TRAITÉS PAR ALITRÉTINOÏNE

Sous la direction du Dr Brigitte Milpied

Soutenue le 10 Octobre 2017

Membres du jury :

Mme BALDI Isabelle Président du jury	Professeur	Université de Bordeaux
Mr BROCHARD Patrick	Professeur	Université de Bordeaux
Mr DRUET-CABANAC Michel	Professeur	Université de Limoges
Mme ESQUIROL Yolande	Docteur	Université de Toulouse
Mme MILPIED Brigitte	Docteur	Université de Bordeaux
Mme VERDUN-ESQUER Catherine	Docteur	Université de Bordeaux

REMERCIEMENTS

J’adresse mes sincères remerciements :

Au Dr Milpied : je vous remercie pour m’avoir aiguillé sur ce sujet et pour votre aide.

Au Dr Verdun-Esquer : je vous remercie pour vos conseils et pour le temps que vous m’avez accordé durant ce travail de thèse.

A l’ensemble des membres du jury : vous me faites l’honneur de juger ce travail. Que ce travail soit pour moi l’occasion de vous témoigner mon respect.

Au Pr Pairon, rapporteur de cette thèse.

A mes parents, Maria et Joseph : je vous remercie de m’avoir transmis votre enthousiasme et votre courage, ainsi que pour votre soutien inconditionnel durant ces longues années d’études.

A mon frère Marc, à Claudine et à mes nièces, Emeline et Clémence.

A mon oncle Henri et à mes cousins Clara et Periko.

A Camille, pour ton amitié sans faille et ton soutien durant toutes ces années.

A Vincent, pour ta présence à mes côtés et pour tous les beaux projets qui nous unissent. A Joëlle et à Michel pour votre accueil et l’aide que vous nous apportez.

A Frantz, pour ton soutien et ton écoute à toute épreuve durant ces années.

A Elodie, avec qui j’ai partagé les joies et le stress de la P1 et des ECN.

A Laure, Romain, Thaïs, François et Marceau pour tous ces bons moments passés avec vous.

A Charles et Mady, pour votre précieuse aide sur le résumé en anglais.

A mes chers cointernes qui se reconnaîtront, je ne vous oublie pas !

SOMMAIRE

INTRODUCTION 9

1 PARTIE THÉORIQUE 10

1.1 L'ECZÉMA DES MAINS 10

1.1.1 Physiopathologie 10

1.1.2 Diagnostic positif 12

1.1.3 Formes cliniques 13

1.1.4 Diagnostic étiologique 15

1.1.5 Diagnostics différentiels 21

1.1.6 Evolution et complications 21

1.1.7 Traitements 22

1.1.8 Eczéma chronique des mains d'origine professionnelle : réparation 27

1.2 CAS PARTICULIER DU TRAITEMENT PAR ALITRÉTINOÏNE 28

1.2.1 Indications 28

1.2.2 Formes, présentation et composition 28

1.2.3 Posologie et mode d'administration 29

1.2.4 Prescription et délivrance du traitement 29

1.2.5 Contre-indications, précautions d'emploi et interactions 30

1.2.6 Cas de la grossesse et de l'allaitement 31

1.2.7 Effets indésirables 31

1.2.8 Pharmacodynamie et pharmacocinétique 31

1.2.9 Impact social et professionnel 32

1.3 MAINTIEN DANS L'EMPLOI 33
1.3.1 Définition 33
1.3.2 Aspects réglementaires 33
1.3.3 Les acteurs du maintien dans l'emploi 35

2 PARTIE PRATIQUE 43
2.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 43
2.1.1 Objectif principal 43
2.1.2 Objectifs secondaires 43

2.2 MATÉRIELS ET MÉTHODES 44
2.2.1 Identification des patients 44
2.2.2 Critères d'inclusion 44
2.2.3 Critères d'exclusion 44
2.2.4 Recueil des données 44
2.2.5 Traitement des données et analyse 45

2.3 RÉSULTATS 47
2.3.1 Etude des dossiers patients 47
2.3.2 Contact des patients 49
2.3.3 Analyse des données 51

DISCUSSION 72

ANNEXES 86

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1: score de l'International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG) utilisé pour la lecture des tests épicutanés……..17

Tableau 2: niveau de diplôme des patients ayant répondu à l'enquête……...57

Tableau 3 : statut professionnel au moment de l'enquête des patients répondants..57

Tableau 4: situation professionnelle des répondants au moment de l'enquête……..58

Tableau 5: caractéristiques générales et médicales des répondants en fonction de leurs situations professionnelles au moment de l'enquête…….63

Tableau 6: description des arrêts de travail en fonction de la phase du traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®) chez les patients ayant répondu à l'enquête……..64

Tableau 7: raisons d'arrêt du traitement par TOCTINO® évoqués par les patients ayant répondu à l'enquête……66

Tableau 8: port des EPI chez les répondants au moment de l'apparition de l'eczéma des mains……67

Tableau 9: professions concomitantes à l'apparition de l'eczéma des mains, port de gants et notion de travail en milieu humide chez les patients ayant pu se maintenir à leur poste de travail à l'issue du traitement……...68

Tableau 10: anciennes et nouvelles professions des patients ayant changé d'emploi en raison de l'eczéma des mains, port de gants et notion de travail en milieu humide……70

Tableau 11: professions, port de gants et travail en milieu humide chez les patients ayant arrêté de travailler en raison de l'eczéma des mains……71

FIGURES

Figure 1: pose des tests épicutanés……..16

Figure 2 : lecture à 48 heures après retrait des patchs……..16

Figure 3 : pictogramme SGH07 :« Danger pour la santé humaine »……...23

Figure 4 : représentation des patients inclus et exclus initialement à l'aide d'un diagramme de flux…….48

Figure 5 : représentation des patients inclus et exclus secondairement à l'aide d'un diagramme de flux…….50

Figure 6 : classification professionnelle des patients inclus extraits de DxCare® basée sur la CITP-08……52

Figure 7 : classification diagnostique des patients inclus obtenue via DxCare® et basée sur l'ESCD 2015……53

Figure 8 : classification professionnelle des patients répondants extraits de DxCare® basée sur la CITP-08……....55

Figure 9 : classification diagnostique des patients répondants obtenue via DxCare® et basée sur l'ESCD 2015……....56

Figure 10 : classification diagnostique des patients ayant pu reprendre ou se maintenir à leur poste de travail obtenue via DxCare® et basée sur l'ESCD 2015….60

Figure 11 : classification diagnostique des patients contraints de changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains obtenue via DxCare® et basée sur l'ESCD 2015…....61

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD: affection longue durée
AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ASST: assistant en santé au travail
AT: accident de travail
CARSAT: caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CDAPH: commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHSCT: comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU: centre hospitalo-universitaire
CITP-08: classification internationale type des professions de 2008
CLP: Classification, Labelling, Packaging
CPAM: caisse primaire d'assurance maladie
CPME: cellule pluridisciplinaire de maintien dans l'emploi
CPOM: contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DIRECCTE: direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DLQI: index de qualité de vie
EECDRG: European Environmental and Contact Dermatitis Research Group
ESAT: établissements ou services d'aides par le travail
ESCD: European Society of Contact Dermatitis
FIPHFP: fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
ICDRG: International Contact Dermatitis Research Group
IPRP: intervenant en prévention des risques professionnels
HAS: Haute Autorité de Santé
MAPI: cellule de maintien dans l'emploi des indépendants
MDBGN: méthyldibromoglutaronitrile
MDPH: maison départementale des personnes handicapées
MIRT: médecin inspecteur régional du travail
MP: maladie professionnelle
MSA: mutualité sociale agricole
NOSQ-2002: nordic occupational skin questionnaire 2002
OMS: Organisation mondiale de la santé
OR: odd ratio
PPD: p-phénylènediamine
PRITH: plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRST: plan régional santé au travail
PTD: p-toluènediamine
ROAT: repeated open application test

RQTH: reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
RSI: régime social des indépendants
SAMETH: service d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SSTI: service de santé au travail interentreprises
SPF: Sun Protection Factor
TPT: temps partiel thérapeutique
TRGS 401: Technischen Regeln für Gefahrstoffe (réglementations techniques relatives aux substances dangereuses)
TSH: thyréostimuline
T4: thyroxine libre
UV: ultraviolets
VIP: visite d'information et de prévention

INTRODUCTION

L'eczéma est défini comme une dermatose inflammatoire associant cliniquement des lésions prurigineuses et papulo-vésiculeuses. Actuellement, il n'existe pas de consensus quant à l'utilisation du terme eczéma/dermatite (1). De plus, il existe de nombreuses formes d'eczéma notamment en termes d'aspects et de localisations faisant l'objet de nombreuses classifications.
Parmi celles-ci, l'eczéma chronique des mains est classiquement défini comme un eczéma des mains durant plus de 3 mois ou au moins 2 poussées par an (2).
Les données de la littérature révèlent que 10% de la population serait touchée par cette pathologie sur un an et 15% sur toute une vie (3). Les formes sévères surviendraient chez 5 à 7% de la population (4). Les femmes seraient également plus fréquemment atteintes (OR 2 :1) (4) et notamment les jeunes femmes avec un âge médian de 22 ans (5). Les hommes atteints par la pathologie, le seraient plus tardivement avec un âge médian de 31 ans. Cependant, des données de 2008 montrent que les formes sévères surviendraient plus fréquemment dans leurs cas (6).
Le traitement de référence de l'eczéma des mains consiste en l'application de dermocorticoïdes. Néanmoins, certains patients atteints d'eczéma chronique des mains sont réfractaires à ce traitement. C'est ainsi qu'en 2008, le premier traitement systémique de l'eczéma chronique des mains, l'Alitrétinoïne (TOCTINO®), voit le jour. Il obtient cette même année l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication d'eczéma chronique sévère des mains résistant aux corticoïdes topiques chez l'adulte. Une revue de la littérature de 2016 a montré qu'un traitement de 24 mois d'Alitrétinoïne permettait de réduire la sévérité des lésions ainsi que leur extension (7).
Une forte prévalence de la pathologie est rapportée dans certaines professions comme notamment, les métiers de la santé, de la coiffure et de l'esthétique, les métiers de l'entretien, la mécanique et l'agriculture (5). Il s'agit de professions particulièrement exposées au travail en milieu humide. Celui-ci n'est pas défini réglementairement en France à ce jour mais l'Allemagne a intégré cette notion dans une législation spécifique, la TRGS 401 (Technischen Regeln für Gefahrstoffe) (8).
Le maintien dans l'emploi des travailleurs présentant des pathologies chroniques est actuellement un enjeu majeur notamment en raison du vieillissement de la population des actifs et du contexte socio-économique. En 2009, les dermatoses professionnelles représentaient 20 à 34% des maladies professionnelles en Europe (9). Dans le cadre de l'eczéma des mains ou d'autres pathologies où le travail peut représenter un facteur favorisant la survenue ou l'entretien de la maladie, une intervention sur la composante « emploi » est d'autant plus importante.
Plusieurs études ont révélé que les personnes atteintes d'eczéma chronique des mains présentaient davantage de difficultés à se maintenir dans l'emploi ainsi qu'une altération de leur qualité de vie (10) (11). Le traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®) aurait par ailleurs un effet bénéfique sur cette dernière composante (12). En outre, aucune étude à ce jour n'a étudié le devenir professionnel des personnes atteintes par cette pathologie et traitées par Alitrétinoïne (TOCTINO®).
Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'étudier le maintien dans l'emploi des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et traités par Alitrétinoïne (TOCTINO®).

1 PARTIE THÉORIQUE

1.1 L'ECZÉMA DES MAINS

1.1.1 Physiopathologie

Il existe différentes formes d'eczéma pouvant résulter de mécanismes physiopathologiques diverses.
En ce qui concerne l'eczéma de contact allergique et de la dermatite atopique, leur survenue renvoie à des phénomènes dysimmunitaires à type d'hypersensibilité. Il s'agit de réactions excessives ou inappropriées vis-à-vis de certaines substances reconnues comme étrangères par l'organisme.

1.1.1.1 Physiopathologie de l'eczéma de contact allergique (14)

La genèse de l'eczéma de contact allergique se déroule en deux phases.

Premièrement, la phase de sensibilisation se caractérise par la pénétration cutanée d'une haptène qui se lie à une protéine. L'haptène est le plus souvent une substance de petite taille, non immunogène. L'haptène et la protéine forment alors un couple qui constitue l'allergène.
Cet allergène rencontre par la suite les cellules dendritiques épidermiques ou dermiques (Cellules de Langerhans). Le trio migre alors via le système lymphatique dermique vers la zone para-corticale des ganglions lymphatiques.
Les cellules de Langerhans subissent une maturation au cours de la migration leur permettant d'activer les Lymphocytes T « naïfs ». Ces derniers sont des lymphocytes qui ne sont pas encore différenciés, n'ayant pas connu d'antigènes.
A leur tour, les lymphocytes T se multiplient et se différencient en lymphocytes T mémoires circulants. Cette phase peut durer de quelques jours à plusieurs années. Elle est cliniquement asymptomatique.

La phase de révélation survient dans un second temps. Cette étape a lieu 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'allergène et nécessite que le sujet soit préalablement sensibilisé.
L'allergène, par le biais des cellules de Langerhans, est reconnu par les lymphocytes T mémoires circulants spécifiques.
Les lymphocytes T dits effecteurs prolifèrent et produisent des cytokines pro-inflammatoires (IL-2, IL-17, TNFβ, Interféron γ), de même que les kératinocytes (production d'IL-1, IL-6, GM-CSF, TNF β).
Ces cytokines induisent la libération de cellules mononuclées inflammatoires responsables de l'aspect clinique et histologique de l'eczéma.
L'eczéma de contact allergique se distingue de l'eczéma atopique par le type de lymphocytes mis en jeu (lymphocytes de type 2 dans la dermatite atopique produisant des cytokines différents: IL-4, IL-5 et IL-13).

1.1.1.2 Physiopathologie de la dermatite atopique (15)

L'atopie se définit comme « une prédisposition personnelle et/ou familiale d'origine génétique à produire des anticorps d'isotype E lors de l'exposition à des allergènes environnementaux ».
Plusieurs organes peuvent être atteints chez les personnes atopiques comme les bronches entraînant la survenue d'un asthme, une atteinte des muqueuses oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques responsable d'une rhinite ou d'une rhino-conjonctivite allergique. Une atteinte de la muqueuse digestive est également possible et est à l'origine d'allergies alimentaires.
La réponse dysimmunitaire dans la dermatite atopique est polyfactorielle. Elle résulte de l'interaction entre des facteurs génétiques, environnementaux et immuno-inflammatoires.
En effet, sur le plan génétique, « 50 à 70 % des personnes présentant une dermatite atopique ont un parent au premier degré atteint d'une dermatite atopique, d'un asthme ou d'une rhinite allergique ». Sur plan immunologique, il s'agit d'une hypersensibilité de type retardée. Des anomalies de la couche cornée avec notamment la mutation d'une protéine, la filaggrine, sont retrouvées chez les sujets atteints. De plus, l'amélioration des conditions d'hygiène et de santé dans les pays industrialisés est responsable d'une plus faible exposition aux agents infectieux, ce qui majorerait les phénomènes allergiques.

1.1.1.3 Physiopathologie de la dermite de contact d'irritation (14)

Cette forme d'eczéma ne fait pas intervenir de mécanismes spécifiques de l'allergène. Elle résulte de l'action directe des irritants et de leurs propriétés intrinsèques au contact de la peau. Les irritants fragilisent la barrière cutanée et de ce fait ils facilitent par ailleurs la pénétration des allergènes.

1.1.1.4 Physiopathologie de la dermite de contact aux protéines (16)

Il s'agit d'une entité particulière puisqu'elle fait intervenir l'hypersensibilité immédiate, IgE-médiée. Cela implique l'intervention des mastocytes qui libèrent des médiateurs de l'inflammation comme l'histamine. Ce dernier entraîne une vasodilatation ainsi qu'une augmentation de la perméabilité vasculaire responsable d'un œdème dermique.

1.1.2 Diagnostic positif

Le diagnostic d'eczéma est clinique, c'est pourquoi l'interrogatoire et l'examen clinique sont incontournables en ce qui concerne cette pathologie.

1.1.2.1 Interrogatoire

Permettant d'orienter le reste de l'interrogatoire, le motif de la consultation et le contexte (chronologie, date de début des lésions) sont à rechercher en premier lieu.
Le médecin doit interroger le patient sur les antécédents personnels et familiaux d'atopie : dermatite atopique, rhinite, asthme. Dans le cadre du diagnostic différentiel, il est nécessaire de rechercher les antécédents personnels et familiaux de psoriasis car il peut être difficile de distinguer cliniquement ces deux pathologies.
Le stress semble associé à un sur-risque d'eczéma des mains (17), il est important de questionner le patient à ce sujet ainsi que sur un éventuel tabagisme et sur les prises médicamenteuses.
De plus, la localisation précise des lésions ainsi que leur caractère prurigineux peuvent permettre d'orienter le diagnostic.
Afin de ne pas méconnaître un éventuel facteur de contact, la recherche des expositions du patient est essentielle. Ces expositions peuvent être domestiques (produits d'hygiène, produits ménagers), professionnels ou de l'ordre du loisir (jardinage, bricolage, sport).
Il peut être ainsi judicieux que le praticien se mette en relation avec le médecin du travail du patient. Celui-ci dispose d'informations sur les produits manipulés au cours des tâches au poste de travail, sur les équipements de protections collectifs et individuels et les produits d'hygiène utilisés dans ce cadre. La notion de rythmicité avec le travail doit être systématiquement recherchée. L'exposition au milieu humide est également à apprécier tant sur le plan domestique (parent de jeunes enfants, mère/père au foyer) que sur le plan professionnel.
Le médecin doit également s'enquérir d'éventuels traitements déjà entrepris par le patient (traitements topiques, émollients, traitements systémiques).

1.1.2.2 Examen clinique

Les lésions d'eczéma aigu évoluent classiquement en 4 phases (14).
La première est la phase érythémateuse : les lésions sont représentées par des placards érythémateux à contours émiettés.
La seconde est la phase vésiculeuse : les vésicules à liquide clair confluent parfois en bulles. Les lésions deviennent ensuite suintantes puis croûteuses et desquament.
L'eczéma peut se chroniciser et prendre différentes formes cliniques. Au niveau des paumes et des plantes, il peut exister des vésicules prurigineuses dures et enchâssées faisant évoquer une dysidrose ou un aspect fissuraire ou hyperkératosique.
Par ailleurs, l'examen des pieds et des ongles est indispensable devant toute dermatose (6). Cependant, il est à noter que l'aspect clinique de l'eczéma des mains ne préjuge en rien de son étiologie (5).

1.1.2.3 Examen histologique

La biopsie cutanée n'est pas indispensable si l'aspect clinique est classique d'un eczéma. Il peut cependant être utile notamment pour le diagnostic différentiel. En effet, l'aspect peut également faire évoquer un psoriasis, un lichen ou une dermatophytose (6).
En histologie, quatre aspects caractérisent l'eczéma.
La spongiose est un œdème dissociant les kératinocytes, cellules de l'épiderme, responsable de la formation de vésicules intra-épidermiques. Le deuxième aspect évocateur est l'exocytose, il s'agit d'un infiltrat de cellules mononuclées entre les kératinocytes. Enfin, un œdème dermique ainsi qu'un infiltrat lymphocytaire à prédominance vasculaire peuvent être mis en évidence (14).

1.1.3 Formes cliniques

1.1.3.1 Eczéma irritatif

Il s'agit de la forme la plus fréquente d'eczéma des mains, elle représenterait entre 32% et 48% des cas d'eczéma chronique des mains en fonction des auteurs (6).
Les femmes seraient plus fréquemment touchées ainsi que les personnes exposées au milieu humide (professionnel ou domestique).
Son délai d'apparition est généralement rapide. Les signes fonctionnels se caractérisent par des brûlures plutôt qu'un prurit, et cliniquement les lésions présentent des bords nets et sont limitées à la zone de contact (14).
Ce diagnostic est évoqué quand le patient est en contact avec des irritants cutanés, se lave les mains de façon répétée ou travaille en milieu humide.
Les facteurs irritants peuvent être de type mécaniques ou physico-chimiques (frottements répétés, eau, produits chimiques). Ils peuvent également aggraver les eczémas des mains de toute origine (12).

1.1.3.2 Eczéma de contact allergique

Sa fréquence est généralement estimée à moins de 30 % des cas d'eczéma des mains (6). La sensibilisation de contact peut être à l'origine de l'eczéma ou compliquer un eczéma atopique ou irritatif. Le risque de sensibilisation de contact est d'autant plus important que la durée d'évolution de l'eczéma des mains est longue (3). L'eczéma de contact allergique affecte plus volontiers le dos des mains mais certains allergènes donnent un aspect clinique particulier comme notamment des eczémas fissuraires dus aux chromates, les pulpites des résines (méth-) acryliques, les eczémas péri-unguéaux et aéroportés du visage aux résines époxy (6).
Malgré tout, il n'est pas possible de préjuger de l'origine allergique sur les seuls éléments cliniques.

1.1.3.3 La dermatite atopique

Des critères ont été définis pour le diagnostic de la maladie.
Le prurit est un critère obligatoire mais il est n'est pas spécifique de la dermatite atopique. Le patient doit également présenter au moins trois des critères suivants : début des lésions avant l'âge de deux ans, présence d'antécédents de lésions des convexités, des antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique, une peau sèche généralisée, des lésions d'eczéma des plis. De plus, l'hyperlinéarité palmaire fait partie intégrante de la maladie.
La topographie des lésions évolue avec l'âge : elles touchent les zones convexes chez le nourrisson et les plis de flexion des membres chez l'enfant plus âgé et l'adulte.
Il est nécessaire de faire des explorations allergologiques dans le cadre d'une dermatite atopique si l'on suspecte une allergie alimentaire ou respiratoire associée, ou un eczéma de contact allergique.
Il existe effectivement un risque important de sensibilisation aux topiques chez les personnes atteintes par cette pathologie du fait de leur application de façon prolongée.

1.1.3.4 L'eczéma nummulaire

Il s'agit de plaques d'eczéma bien limitées, sèches ou suintantes, de forme arrondie. Dans le cadre d'une atteinte des mains, on les retrouve au niveau de la face dorsale. De plus, cette forme s'intègre fréquemment dans le cadre d'un terrain atopique voire d'une dermatite atopique.

1.1.3.5 L'eczéma dysidrosique

Cette forme d'eczéma est caractérisée par des poussées récurrentes avec éruptions de vésicules dures et enchâssées. Les lésions sont localisées à la face palmaire des doigts et des mains ainsi qu'au niveau interdigital et des régions péri-unguéales (18). La chaleur et l'hyperhidrose sont des facteurs favorisant la survenue des poussées.

1.1.3.6 L'eczéma hyperkératosique

Ce type d'eczéma affecte la paume des mains. Il est caractérisé par de nombreuses fissures ainsi qu'un épaississement de l'épiderme. Sa survenue est favorisée par les traumatismes mécaniques. Cette forme est ainsi plus fréquemment retrouvée chez les travailleurs du bâtiment notamment ou les personnes ayant des activités de loisirs de type bricolage. Le principal diagnostic différentiel est le psoriasis (6).

1.1.3.7 La pulpite

Elle touche la face palmaire des doigts (pulpe) d'une ou des deux mains avec une localisation préférentielle pour les zones de préhension (pouce, index, majeur). Il s'agit d'une forme très douloureuse.
L'aspect est érythémato-squameux, avec parfois des crevasses et une disparition des dermatoglyphes.

1.1.3.8 La dermatite de contact aux protéines

Certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'une forme d'urticaire de contact (15). Les symptômes surviennent brutalement, quelques minutes après un contact avec l'allergène. Il s'agit d'un prurit ou d'une brûlure accompagnant un érythème et un œdème des mains. Cette forme peut également se manifester sous forme de poussées vésiculeuses. Un contact avec des irritants et le travail en milieu humide augmentent les risques de sensibilisation aux protéines. Les professions les plus à risque de développer une dermite de contact aux protéines sont les agriculteurs, les professionnels de santé, les vétérinaires, les personnels de laboratoires, les boulangers, les professionnels de la restauration et les coiffeurs. Les protéines du latex naturel, des protéines alimentaires (viandes, poissons) et non alimentaires peuvent être responsables.

1.1.4 Diagnostic étiologique

1.1.4.1 Interrogatoire et examen clinique

Voir ci-dessus chapitre « diagnostic positif ».

1.1.4.2 Examens complémentaires (5)

1.1.4.2.1 Tests épicutanés (patch tests)

On estime que ces tests doivent être réalisés pour tout eczéma des mains évoluant depuis plus d'un mois (19) et essentiellement après échec d'un traitement par dermocorticoïdes bien conduit.
Les allergènes testés sont orientés par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient. Les tests sont réalisés à distance de la poussée d'eczéma et exigent l'absence de dermatose active au niveau de la zone de pose des tests.

Il est également recommandé de ne pas réaliser ces tests chez la femme enceinte et de ne pas avoir été exposé aux rayonnements solaires ou aux ultraviolets artificiels au niveau des zones des tests au moins 4 semaines avant leur réalisation. En outre, le médecin doit être en possession de la composition chimique des produits professionnels qu'il souhaite éventuellement tester afin notamment de ne pas méconnaître la nature corrosive, acide (pH<3) ou basique (pH>11) d'un produit. Au moindre doute, un test de pH est réalisé.
Des recommandations spécifiques doivent être prises en compte en ce qui concerne les prises médicamenteuses : pas d'application de dermocorticoïdes au niveau des zones de tests 7 jours avant les tests, pas de traitement par photothérapie 4 semaines avant les tests ; arrêt d'une éventuelle corticothérapie systémique, de Ciclosporine ou de Tacrolimus.
L'EECDRG (European Environmental and Contact Dermatitis Research Group) recommande la réalisation d'une batterie standard européenne (annexe 1) (20) et selon l'activité professionnelle, des batteries spécifiques et des tests avec les produits professionnels peuvent être réalisés. La batterie standard européenne comprend les 30 allergènes les plus fréquemment responsables d'eczéma de contact allergique en Europe (20). Les tests sont généralement posés dans le dos du patient, sous occlusion pendant 48 heures.

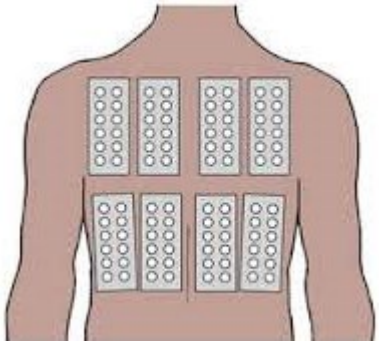


Figure 1: pose des tests épicutanés

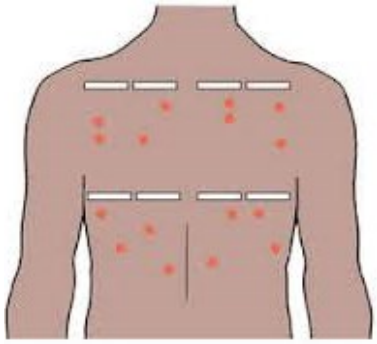


Figure 2 : lecture à 48 heures après retrait des patchs

A 48 heures de la pose des tests, ceux-ci sont retirés du dos du patient. Une première lecture est effectuée 30 minutes après le retrait des patchs.
La seconde lecture a lieu classiquement à 72 heures de la pose initiale des patchs. Une lecture additionnelle peut parfois être nécessaire notamment en fonction de certains allergènes comme les corticoïdes qui nécessitent une lecture retardée à 7 jours de la pose.
L'interprétation des résultats suit les critères de l'International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG). Si la peau est normale sous le patch, le test est considéré comme négatif ; un test est positif s'il reproduit une lésion d'eczéma (Tableau 1) (18).

Tableau 1: score de l'International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG) utilisé pour la lecture des tests épicutanés (21).

Score	Interprétation	Lésion élémentaire
NT	Non testé	Sert à coter un allergène manquant dans une série
–	Négatif	Absence de réaction
+ ?	Douteux	Érythème simple
+	Réaction positive faible	Érythème et œdème
++	Réaction fortement positive	Érythème, œdème et vésicules bien visibles
+++	Réaction violemment positive	Érythème, œdème et vésicules coalescentes ou bulles
IR	Réaction d'irritation	Œdème absent, aspect fripé, papules, pustules, hypopion, vésicules, pétéchies, nécrose

Enfin, il est essentiel d'évaluer la pertinence d'un test épicutané. La pertinence est certaine si le patient est en contact avec l'allergène responsable de la réaction. La pertinence est incertaine si la notion de contact est possible. Le test est non pertinent si le patient n'est pas en contact avec l'allergène. Il est ainsi important de préciser si la pertinence est actuelle ou ancienne.

1.1.4.2.2 Test semi-ouvert

Ce test est réalisé pour les produits comportant un pouvoir irritant avec lesquels le patient est en contact. Il est nécessaire de réaliser un test de pH préalablement à l'application cutanée. Ce test consiste à appliquer à l'aide d'un coton-tige une quantité infime de produit sur une surface cutanée d'environ 1cm². Une fois le liquide du produit évaporé, le test est recouvert d'un adhésif microporeux. Les modalités de lecture de ce test sont les mêmes que celles des tests épicutanés (Tableau 1).

1.1.4.2.3 Test ouvert à application répétée ou ROAT (repeated open application test)

Ce test consiste à appliquer 2 fois par jour une petite quantité de l'allergène suspecté sur l'avant-bras pendant 7 jours, voire plus en fonction des cas. Dans la plupart des cas, ce test est utilisé pour les cosmétiques. Si une réaction cutanée de type eczéma apparaît, l'application est arrêtée.

1.1.4.2.4 Prick tests

Ils sont indispensables au diagnostic de dermite de contact aux protéines. La réalisation de ces tests est orientée en fonction de l'histoire clinique du patient et éventuellement de sa profession.
Ce test consiste à déposer une goutte de solution contenant l'allergène à la face antérieure d'un avant-bras puis la goutte est percée avec une lancette.
Chaque goutte d'allergène testé doit être apposée de cette manière, de même que pour le témoin négatif (sérum physiologique) et le témoin positif (histamine). La lecture se fait 20 minutes après l'application des gouttes. En cas de sensibilisation, une réaction cutanée avec prurit, érythème et œdème se produit au niveau du test. Le test est positif si le diamètre de la papule mesure plus de 3 mm alors que le témoin négatif est effectivement négatif. Pour d'autres auteurs, le test est positif si la réaction mesure au moins le diamètre du témoin positif et il est négatif s'il est inférieur à la moitié du diamètre du témoin positif (22).
Un dosage complémentaire des immunoglobulines E spécifiques peut être effectué en complément de ce test, il ne peut cependant les remplacer.

1.1.4.3 Les différentes étiologies

L'origine de l'eczéma des mains est souvent multifactorielle. Des irritants et des allergènes peuvent notamment être mis en causes. Dans certains cas l'étiologie demeure inconnue malgré les investigations.

1.1.4.3.1 Dermite de contact d'irritation

Les irritants dits « forts » peuvent être responsables de lésions d'eczéma à la suite d'un contact unique. Cependant, les lésions surviennent plus fréquemment après des contacts répétés avec des irritants plus faibles (dermatite de contact irritative cumulative).
Le travail en milieu humide fait notamment parti des facteurs de risque de dermite de contact d'irritation. En Allemagne, il est défini par une législation spécifique dans la TRGS 401 (8) comprenant les critères suivants : mains dans l'eau plus de deux heures par jour, lavage fréquent ou intensif des mains et port de gants durant la période de travail correspondante.
Les autres facteurs irritants mis en cause sont les détergents, désinfectants et antiseptiques contenant des ammoniums quaternaires, les acides et bases, les solvants organiques, les fluides de coupe, des constituants de matières plastiques, les plantes et le bois, les produits phytosanitaires, les produits capillaires et les sels métalliques.
Des facteurs physiques peuvent également être associés et favoriser l'irritation. Ils peuvent être mécaniques (friction, frottement, abrasion, coupures…) et/ou thermiques (froid ou chaud).

1.1.4.3.2 Principaux allergènes responsables de dermites de contact allergiques (5)

Les allergènes les plus fréquemment responsables de dermite de contact sont les métaux et en particulier le Nickel qui représente le premier allergène responsable de dermite de contact en Europe et dans les pays industrialisés (prévalence de 10 à 15% chez les femmes et de 2 à 5% chez les hommes) (18). En 2ème et 3ème position, nous retrouvons le chrome hexavalent (prévalence de 1 à 3% dans la population générale) (24) et le Cobalt (prévalence de 1% dans la population générale) (25).

En ce qui concerne les dermites de contact allergiques d'origine professionnelles, les additifs du caoutchouc en sont la première cause dans de nombreux pays. Nécessitant un port de gants prolongé, les métiers les plus à risque sont les professionnels de santé, de l'alimentation et du nettoyage. Les allergènes responsables sont les additifs de vulcanisation (thiurames, dithiocarbamates, mercaptobenzothiazoles et dérivés, dérivés de la thiourée, diphénylguanidine, dithiomorpholines) et les antioxydants.

De même, les composants des matières plastiques (résines époxy, résines polyacrylates et polyméthacrylates) peuvent être responsables d'eczéma notamment dans le secteur de la plasturgie lors de la mise œuvre des procédés.

Certains colorants capillaires ont également été incriminés comme la p-toluènediamine (PTD) considéré comme un allergène fort et extrêmement fort comme la p-phénylènediamine (PPD) (9,10). Ils sont responsables avec les persulfates (décolorants capillaires) de la majorité des dermatites de contact allergiques chez les coiffeurs.

Certains végétaux contenant des lactones sesquiterpéniques (exemple des chrysanthèmes) peuvent être à l'origine de dermites de contact allergiques notamment chez les horticulteurs ou plus largement chez les personnes pratiquant le jardinage.

Certaines professions peuvent avoir des expositions multiples et variées. Nous pouvons prendre comme exemple les métiers du bâtiment exposés notamment à la fois au sel de chrome (ciment), au cobalt (peinture), aux résines époxy (colles, vernis, peintures), au formaldéhyde (colle) (10).
Ainsi, il peut être utile de tester le patient avec plusieurs batteries spécifiques en fonction de ses activités domestiques et de sa profession.

Les conservateurs sont également mis en cause notamment les Isothiazolinones (méthylisothiazolinone, chlorométhylisothiazolinone, benzisothiazolinone, octylisothiazolinone), le formaldéhyde, les libérateurs de formaldéhyde (1-3 dimethylol-5,5-dimethylhydantoine, bronopol, quaternium 15) et les autres aldéhydes comme le glutaraldéhyde et le glyoxal. Des sensibilisations au méthyldibromoglutaronitrile (MDBGN) existent également.

Les topiques peuvent également être incriminés notamment la néomycine, les antiseptiques, le sparadrap (colophane), le baume du Pérou, les anti-inflammatoires non stéroïdiens qui sont les plus souvent en cause. Il ne faut pas omettre la possibilité d'une sensibilisation aux dermocorticoïdes ou à d'autres topiques (émollients, crèmes barrières…) lorsqu'un patient n'est pas amélioré ou est aggravé à la suite de leurs applications.

Par ailleurs, des substances sensibilisantes variées comme les parfums, le baume du Pérou, les conservateurs (exemple de la méthylisothiazolinone) peuvent entrer la composition de produits cosmétiques.

Certains allergènes nommés photo-allergènes n'induisent de réactions qu'après expositions aux ultraviolets. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les phénothiazines, les filtres solaires chimiques et autres végétaux sont entre autres à l'origine des lésions. Dans ce cas particulier, le diagnostic se fait par des photo-patchs tests (des tests épicutanés sont posés puis irradiés par des ultraviolets A).

Enfin, des produits vestimentaires peuvent également être à l'origine de sensibilisations de contact.

Les eczémas de contact professionnels font parties des maladies professionnelles indemnisables les plus fréquentes (20 à 34% en Europe) (6). Le tableau 65 du régime général des maladies professionnelles regroupe l'ensemble des critères nécessaires à la reconnaissance (annexe 2).

1.1.4.3.3 Principaux allergènes responsables de dermites de contact aux protéines (5)

Il s'agit de protéines d'origine animale (crustacés, poissons, viandes…) ou végétale (fruits, légumes, épices, plantes, farines) et d'enzymes.

1.1.4.4 Classifications de l'eczéma des mains

Il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus pour la classification des eczémas des mains (6).
Des classifications morphologiques, étiopathogéniques et mixtes (morphologiques et étiologiques) ont été mises au point.
La classification morphologique distingue : la pulpite, l'eczéma du dos des doigts et des mains, l'eczéma de la face palmaire des mains, l'eczéma dysidrosique, l'eczéma hyperkératosique et l'eczéma nummulaire.
Une classification étiopathogénique a notamment été proposée par le groupe de travail de l'European Society of Contact Dermatitis (ESCD) en 2015, à partir d'une revue systématique de la littérature (1). Six sous-groupes y sont définis : la dermatite de contact allergique, la dermatite d'irritation de contact des mains, la dermite de contact aux protéines, l'eczéma des mains atopique, la dysidrose et l'eczéma des mains hyperkératosique.
La dermatite allergique de contact des mains se définit comme un eczéma des mains causé par des allergènes de contact dits « pertinents » (exposition actuelle à l'allergène) et objectivée à l'aide de tests épicutanés.

La dermatite de contact d'irritation des mains est un eczéma des mains avec exposition documentée à des irritants en l'absence d'allergie de contact pertinente. Le patient n'est pas exposé actuellement aux allergènes éventuellement retrouvés positifs aux tests épicutanés.

L'urticaire ou dermite de contact aux protéines est caractérisée par des lésions d'eczéma des mains avec une exposition documentée aux protéines (aliments, latex, matériel biologique), des prick tests positifs ou des immunoglobulines E spécifiques positives.

L'eczéma des mains atopique est caractérisé par un eczéma des mains chez un patient ayant des antécédents d'eczéma ou un eczéma atopique actuel. Par ailleurs, il ne présente pas d'exposition documentée à des irritants ou à des allergènes de contact pertinents.

La dysidrose est définie comme un eczéma des mains récidivant avec éruptions vésiculeuses. Il n'existe pas d'allergie de contact pertinente, ni d'exposition documentée à des irritants.

L'eczéma des mains hyperkératosique est un eczéma chronique avec hyperkératose des paumes ou des pulpes, sans vésicules ni pustules. Il n'existe pas d'exposition documentée à des irritants chez le patient.

Le groupe européen EECDRG (European Environmental and Contact Dermatitis Research Group) est à l'origine d'une classification mixte basée sur la clinique et les tests allergologiques. On y distingue 7 sous-groupes : l'eczéma de contact allergique, l'eczéma de contact allergique et irritatif, l'eczéma de contact irritatif, l'eczéma atopique, l'eczéma atopique et de contact irritatif, l'eczéma vésiculeux ou dysidrosique et l'eczéma hyperkératosique.

1.1.5 Diagnostics différentiels

Le principal diagnostic différentiel de l'eczéma des mains est le psoriasis. Une autre forme de psoriasis est à noter, le phénomène de Kœbner : il s'agit d'un psoriasis provoqué par des traumatismes cutanés (griffures, vaccinations, chirurgies, coups de soleil). Ces derniers favoriseraient la libération de cytokines inflammatoires via les kératinocytes (26).
Les autres pathologies dermatologiques dont l'aspect peut faire évoquer un eczéma sont le lichen plan, les dermatophyties chroniques des mains à Trichophyton Rubrum. D'autres pathologies peuvent également être évoquées comme la gale, la pemphigoïde (notamment en tant que diagnostic différentiel de la dysidrose) et la porphyrie cutanée (10).

1.1.6 Evolution et complications

En phase aiguë, il existe un risque de surinfection des lésions.
La principale complication est le passage à la phase chronique.

L'eczéma chronique des mains engendre notamment un retentissement sur la qualité de vie avec des répercussions sociales et professionnelles importantes.

Une étude menée aux Etats-Unis en 2006 s'est intéressée à l'impact de l'eczéma chronique des mains sur la qualité de vie et la productivité notamment en comparant une population de patients atteints d'eczéma chronique des mains et une population témoin. 507 patients ont répondu à un questionnaire évaluant ces différents paramètres. La qualité de vie et la productivité étaient significativement abaissées chez les patients présentant un eczéma chronique des mains par rapport à la population témoin (23).
Une étude plus récente de 2014 portant sur 104 patients atteints d'eczéma chronique des mains réfractaire au traitement par dermocorticoïdes présente des résultats similaires en ce qui concerne la baisse de la productivité et la diminution de la qualité de vie (DLQI moyen: 11,3) (24).
D'autres auteurs, Agner et al., rapportent également dans une étude de 2008 portant sur 416 patients que la qualité de vie est significativement corrélée à la sévérité de l'eczéma chronique des mains (28).

La qualité de vie est évaluée le plus souvent à l'aide du DLQI (Dermatology Life Quality Index). Il comprend 10 questions sur la vie quotidienne de la semaine précédente des patients, son score total est compris entre 0 et 30 (0 : pas de répercussion sur la qualité de vie, 30 : retentissement majeur sur la qualité de vie).

1.1.7 Traitements

1.1.7.1 Actions de prévention et éducation thérapeutique

Il existe 3 niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.
Le but étant d'agir le plus en amont possible, en prévention primaire, afin d'éviter la survenue de la pathologie.
Dans le but d'assurer la protection de la population (travailleurs et consommateurs), le règlement européen CLP (Classification, Labelling, Packaging) concernant l'emballage, l'étiquetage et le stockage des produits chimiques a été mis en place en 2008 (29).
Ainsi, par exemple, tout produit chimique comportant un risque d'irritation pour la peau ou les voies respiratoires doit comporter sur l'étiquette un pictogramme spécifique afin d'avertir le consommateur ou le travailleur. Il peut également comporter une phrase appelée « mention de danger » avertissant les personnes utilisant ce produit (30). Par exemple, en ce qui concerne les irritants, la mention H315 peut être apposée: « provoque une irritation cutanée ».



Figure 3: pictogramme SGH07 :

« Danger pour la santé humaine »

Des « conseils de prudence » informent l'utilisateur sur les mesures de précaution à prendre vis à vis de la substance ou du mélange (31). Par exemple, le conseil P280 : « porter des gants de protection/vêtements de protection/un équipement de protection des yeux/du visage ».
Au niveau professionnel, les mesures de prévention doivent être collectives et/ou individuelles. Elles doivent être menées en concertation avec l'employeur, le travailleur et le médecin du travail.
Quel que soit le cadre de la pathologie, l'éducation thérapeutique est un élément essentiel de la prise en charge du patient présentant un eczéma chronique des mains.
Ainsi, sur le plan individuel, l'utilisation de gants est recommandée afin de réduire la fréquence des lavages de mains. Leur port doit cependant être le plus court possible (32). Des gants de coton peuvent être utilisés sous les gants occlusifs pour les travaux de longue durée. Le lavage des mains à l'eau et au savon ne doit être effectué que si les mains sont manifestement souillées, il est également nécessaire de bien les rincer et les sécher soigneusement. Dans les autres cas, il est préférable d'utiliser des solutions hydroalcooliques. Cette recommandation est basée sur le fait que les solutions hydroalcooliques sont moins irritantes que les détergents (33).
Il est également préconisé de ne pas porter de bijoux au travail (bagues, bracelets) car les irritants ou les allergènes peuvent se retrouver piégés à leurs niveaux et représenter un obstacle au séchage correct des mains.
Il est conseillé à ces travailleurs d'appliquer des crèmes protectrices ou des émollients.
Sur le plan collectif, il est recommandé de mettre en place des mesures organisationnelles visant à réduire les tâches de travail en milieu humide et de les répartir le plus équitablement possible.
Quelle que soit l'exposition, domestique ou professionnelle, il est essentiel d'effectuer une éviction des produits irritants. Dans le cadre d'un eczéma des mains allergiques, l'éviction du ou des allergène(s) identifié(s) est indispensable car il n'existe aucune possibilité de désensibilisation.

1.1.7.2 Les traitements topiques

1.1.7.2.1 Les émollients

Plusieurs catégories d'agents hydratants existent. Les émollients (glycol, stéarate de glycérol) ont un rôle de lubrifiant cutané. Les agents occlusifs (vaseline, diméthicone, huile minérale) forment une couche retardant l'évaporation de l'eau. Les agents humectants (glycérol, acide lactique, urée) permettent d'attirer et de retenir l'eau (34). L'utilisation des émollients augmente l'hydratation cutanée et permet de réduire le prurit, la lichénification et la xérose cutanée. Par ailleurs, il n'existe pas de recommandation concernant la quantité et la fréquence d'application des émollients (34).
Certains émollients ont une autorisation de mise sur le marché spécifique dans le traitement de la dermatite atopique (association glycérol, paraffine liquide et vaseline) (35).

1.1.7.2.2 Les corticostéroïdes topiques (36)

Il s'agit à l'heure actuelle du traitement de référence concernant l'eczéma chronique des mains. Il repose sur l'application de dermocorticoïdes d'activité forte à très forte. Il n'existe pas de consensus concernant la durée et la posologie du traitement. Le traitement se décompose le plus souvent en un traitement d'attaque suivi d'un traitement d'entretien avec un schéma de décroissance progressive. Ils sont actifs sur certains processus inflammatoires et sur le prurit. Ils ont également un effet vasoconstricteur et inhibent la multiplication cellulaire.
Les dermocorticoïdes sont classés en 4 niveaux d'activités selon les tests de vasoconstriction cutanée. Les dermocorticoïdes d'activité très forte (groupe IV) sont indiqués en cure courte sur les lésions très inflammatoires (exemple : le clobétasol). Les dermocorticoïdes d'activité forte (groupe III) peuvent être utilisés en cure courte sur les lésions très inflammatoires ou en cure plus prolongée sur des lésions lichénifiées (exemple : le fluticasone). Les dermocorticoïdes d'activité modérée (groupe II) peuvent être utilisés dans certaines localisations telles que lésions des plis, du siège et du visage en cure courte (exemple : le désonide). Les dermocorticoïdes d'activité faible (groupe I) (exemple : l'hydrocortisone) peuvent être appliqués sur le visage mais ont un intérêt très limité (37).
Le choix entre les différentes classes de dermocorticoïdes dépend notamment de la sévérité, de la localisation des lésions et du risque d'effets secondaires. La forme galénique des dermocorticoïdes est choisie en fonction du site et du stade de la dermatose : les crèmes sont utilisées pour les lésions suintantes et des plis et la pommade pour les lésions sèches ou lichénifiées.
En phase inflammatoire, il peut être utile de recourir à l'application de dermocorticoïdes en occlusion pendant 1 à 3 semaines.
Ce traitement est contre-indiqué en cas d'infections cutanées, de lésions ulcérées et d'hypersensibilité à l'un des constituants.
Les effets indésirables des dermocorticoïdes sont la dermite faciale rosacéiforme, l'atrophie cutanée, la couperose, les vergetures, l'hypertrichose, l'eczéma de contact (par sensibilisation) et plus rarement la dépigmentation.

1.1.7.2.3 L’acide salicylique (36)

Il peut être utilisé dans les formes hyperkératosiques en préparation de 2, 3, 5, 10 voire 30%, 3 à 5 jours de suite puis être arrêté ou être utilisé en traitement d’entretien. Il possède une action kératolytique.

1.1.7.2.4 Les inhibiteurs de la calcineurine topiques (36)

Le Tacrolimus topique, immunosuppresseur local, est un médicament d'exception qui ne peut être prescrit que par un dermatologue. Il dispose d'une autorisation de mise sur le marché dans le traitement des poussées de dermatite atopique modérée à sévère, en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux traitements conventionnels (dermocorticoïdes), et en traitement d'entretien en cas d'exacerbations fréquentes (plus de 4 par an).
Dans le cadre de poussées de dermatite atopique, la posologie est de 2 applications de pommade à 0,1 % par jour. Ces applications doivent être poursuivies jusqu'à disparition des lésions. Une autre option thérapeutique doit être envisagée s’il n’est pas noté d’amélioration au terme de deux semaines de traitement.
Cependant, ces traitements ne disposent pas de l’autorisation de mise sur le marché pour la prise en charge des autres formes d’eczéma chronique des mains. Les effets indésirables rapportés sont le prurit, des brûlures et des sensations de picotements habituellement légers et transitoires.

1.1.7.3 Les traitements systémiques

1.1.7.3.1 Les antihistaminiques (36)

Ils peuvent être utilisés dans le cadre du traitement symptomatique du prurit mais ne disposent pas à ce jour de l’autorisation de mise sur le marché pour l’eczéma.

1.1.7.3.2 L’antibiothérapie (14)

En cas d’impétiginisation, une antibiothérapie systémique peut être prescrite. Elle doit être active sur les bactéries gram positif (pristinamycine, amoxicilline associé à l’acide clavulanique) sans retarder la mise en place des dermocorticoïdes. Les antiseptiques et antibiotiques locaux ne sont pas indiqués dans ce contexte.

1.1.7.3.3 La photothérapie

Les ultraviolets présentent un effet immunomodulateur local. Il existe deux principaux types de photothérapies : la photothérapie UVB et la PUVA thérapie.
La photothérapie UVB consiste en l'irradiation de la zone cutanée atteinte par des ultraviolets B (38).
La Puvathérapie consiste en l'irradiation par des ultraviolets A de la zone cutanée atteinte après la prise orale de méthoxsalène (ou 8-méthoxypsoralène). Ce dernier possède un pouvoir photodynamisant qui sensibilise la peau à l'action des rayons ultraviolets solaires ou artificiels (39). Dans le cadre de l'eczéma chronique des mains, il s'agit essentiellement d'une puvathérapie locale avec badigeon de méladinine avant l'exposition aux ultraviolets A.
Malgré son intérêt clinique, il existe un risque de survenue de cancer cutané. C'est également une méthode qui nécessite une disponibilité importante du patient sur une période pouvant durer de 6 à 9 mois.

1.1.7.3.4 Les immunosuppresseurs systémiques

La Ciclosporine peut être utilisée en cure de 3 à 6 mois à la posologie de 2 à 5 mg/kg/jour, à renouveler si nécessaire en respectant des intervalles inter-cures de 3 à 6 mois notamment en raison des effets secondaires rénaux. La prescription initiale est hospitalière, d'une durée de 6 mois (38).
Le Méthotrexate a un effet immunomodulateur. Une posologie de 7,5 à 25 mg/semaine est recommandée. Les principaux effets indésirables sont les troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, fibrose hépatique voire cirrhose), le risque de survenue d'une fibrose pulmonaire et la pancytopénie. De ce fait, la prise concomitante d'acide folique est nécessaire (36).
Dans les cas réfractaires, l'utilisation de Mycophénolate Mofétil est possible à la dose de 1,5 à 2 g/jour pendant 3 à 6 mois (36).
Enfin, l'Azathioprine peut être utilisé après échec des autres thérapeutiques à la posologie de 1 à 3 mg/kg/jour durant 3 à 9 mois. Il existe de nombreux effets secondaires : cytolyse hépatique, leucopénie, photosensibilité, infections, cancers (carcinomes épidermoïdes cutanés et lymphomes non hodgkiniens) (36).

1.1.7.3.5 Les rétinoïdes systémiques

(cf. chapitre indépendant concernant l'Alitrétinoïne)

1.1.8 Eczéma chronique des mains d'origine professionnelle : réparation

Les dermatites allergiques peuvent être reconnues en maladies professionnelles au titre du tableau 65 du régime général de la sécurité sociale et 44 du régime agricole. De nombreux autres tableaux spécifiques (du régime général ou du régime agricole) relatifs à des expositions particulières existent également permettant la reconnaissance en maladie professionnelle des eczémas de type allergiques et/ou irritatifs (annexe 3).
En France, l'article L 461-1 du Code de la Sécurité Sociale fixe le cadre de la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie : « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. » (Art. L461-1 du Code la sécurité sociale) (37). Des systèmes complémentaires existent notamment quand certaines conditions du tableau ne sont pas remplies (exemple du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles).
Pour la dermatite allergique de contact la définition utilisée est la suivante : « lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané ». Pour l'irritation, l'expression « dermites irritatives » est utilisée.

1.2 CAS PARTICULIER DU TRAITEMENT PAR ALITRÉTINOÏNE

Il s'agit du premier traitement systémique en Europe concernant l'eczéma chronique des mains sévère ne répondant pas au traitement par dermocorticoïdes (7).
Le service médical rendu est l'intérêt du médicament, notamment en fonction de l'intérêt clinique et de la gravité de la maladie. Il peut être insuffisant, faible, modéré ou important comme c'est le cas pour l'Alitrétinoïne (41).
L'autorisation de mise sur le marché date de 2008 pour l'Alitrétinoïne 30 mg (TOCTINO® 30 mg) et l'Alitrétinoïne 10mg (TOCTINO® 10mg) (42).
Ce traitement bénéfice d'une prise en charge par la sécurité sociale (Arrêté du 11 octobre 2012) (43).

1.2.1 Indications (44)

Le traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®) est indiqué dans les cas sévères d'eczéma chronique des mains. Il est uniquement prescrit chez l'adulte et en particulier chez ceux ne répondant pas au traitement par dermocorticoïdes puissants. Il n'est pas recommandé chez les personnes de moins de 18 ans. Il ne doit pas non plus être prescrit si l'eczéma peut être maîtrisé par des mesures d'éviction des allergènes et des irritants, des mesures de protection cutanée et l'application de dermocorticoïdes. Des études ont montré que les personnes présentant une forme hyperkératosique auraient une meilleure réponse thérapeutique que ceux présentant d'autres formes d'eczéma et notamment une dysidrose. (46)(43)

1.2.2 Formes, présentation et composition (44)

Il s'agit d'un traitement présenté sous la forme d'une capsule molle à 10mg ou 30mg et conditionné par boite de 30 capsules, sous plaquettes.
Parmi les excipients, on retrouve de l'huile de soja raffinée, de l'huile de soja partiellement hydrogénée, des triglycérides à chaînes moyennes, de la cire d'abeille jaune, du tout-rac-α-tocophérol. L'enveloppe de la capsule est composée de gélatine, glycérol, sorbitol liquide, d'eau purifiée, d'oxyde de Fer rouge, d'oxyde de Fer noir et d'oxyde de Fer jaune.

1.2.3 Posologie et mode d'administration

La posologie recommandée est de 10 à 30 mg une fois par jour, au moment des repas. L'assimilation du médicament serait plus que doublée lorsqu'il est administré au cours d'un repas riche en graisses (7). Habituellement, la dose initiale est de 30 mg mais une dose de 10 mg peut être prescrite chez des patients présentant des effets indésirables à une posologie plus élevée.
Chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, obésité, dyslipidémie), il est recommandé d'initier le traitement à la posologie de 10 mg/jour puis d'augmenter si nécessaire jusqu'à la dose de 30 mg/jour (44).
La durée de traitement préconisée est de 12 à 24 semaines. Un arrêt du traitement peut être décidé dès la 12ème semaine si l'on note la persistance d'une atteinte cutanée sévère. En cas de rechute, le dermatologue peut prescrire une nouvelle cure d'Alitrétinoïne (44).

1.2.4 Prescription et délivrance du traitement

La commission de la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que la prescription d'Alitrétinoïne soit limitée aux dermatologues (47).
La prescription nécessite au préalable le recueil de l'accord de soins et de contraception de la patiente ainsi que la remise d'un « carnet-patiente ». La mise en place d'un programme de prévention de la grossesse est nécessaire et implique plusieurs conditions (44).
La patiente doit impérativement comprendre le risque tératogène.
Elle doit ensuite accepter la mise en place d'une contraception dite « efficace ». L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu' « une contraception est très efficace si le nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation correcte et régulière de la méthode est inférieure à 1 » (48). Ainsi, la contraception hormonale (progestative ou œstroprogestative), la contraception intra-utérine et la stérilisation (masculine et féminine) sont considérées comme étant les méthodes les plus efficaces (48).
La contraception doit être débutée un mois avant la première prise d'Alitrétinoïne, être ininterrompue et se terminer au plus tôt un mois après l'arrêt du traitement. Il est recommandé dans ce cadre d'utiliser au moins une et de préférence deux méthodes contraceptives (dont une méthode mécanique). La patiente doit être en mesure d'appliquer les méthodes contraceptives prescrites. Une information est remise à la patiente sur les conséquences possibles d'une grossesse sous Alitrétinoïne et la nécessité de consulter rapidement un spécialiste s'il existe un doute sur une grossesse en cours. Si la patiente présente une aménorrhée, elle doit tout de même poursuivre les recommandations ci-dessus concernant une contraception efficace. Elle doit également accepter et comprendre la nécessité de réaliser mensuellement un test de grossesse avant (au moins 3 semaines après son dernier rapport sexuel non protégé), pendant et 5 semaines après l'arrêt du traitement. Les résultats doivent être bien entendu négatifs afin de permettre la prise du traitement et être consignés dans le carnet de suivi de la patiente. L'Alitrétinoïne doit être délivré 7 jours maximum après la réalisation d'un test de grossesse.
La prescription d'Alitrétinoïne chez une femme en âge de procréer se limite à 30 jours. La poursuite du traitement doit donc donner lieu à une nouvelle prescription.

1.2.5 Contre-indications, précautions d'emploi et interactions (44)

La grossesse est une contre-indication absolue au traitement, compte tenu de sa tératogénicité. Du fait de son caractère lipophile, il passe très probablement dans le lait maternel et est ainsi contre-indiqué chez les femmes allaitantes. De même, le traitement est contre-indiqué chez les femmes en âge de procréer qui ne rempliraient pas toutes les conditions du programme de prévention de la grossesse.
L'Alitrétinoïne est également contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique et d'insuffisance rénale grave. Une élévation transitoire des transaminases hépatiques peut survenir au cours des prises sans représenter une contre-indication absolue à la poursuite du traitement.
Il est important d'effectuer un contrôle du bilan lipidique à jeun préalablement au traitement en raison du risque d'hypercholestérolémie et d'hypertriglycéridémie. Une hypertriglycéridémie non contrôlée impose l'arrêt du traitement notamment en raison du risque de survenue d'une pancréatite. Il en est de même pour l'hypercholestérolémie non contrôlée.
Il existe également un risque de diminution des taux de thyréostimuline (TSH) et de thyroxine libre (T4). Une hypothyroïdie non contrôlée contre-indique la prise d'Alitrétinoïne.
Les autres contre-indications au traitement sont : l'hypervitaminose A, un traitement concomitant par tétracyclines ; une hypersensibilité à l'Alitrétinoïne, à d'autres rétinoïdes ou à un excipient ; l'allergie aux arachides, au soja ou l'intolérance au fructose.

Un certain nombre de mises en gardes complémentaires sont à prendre en compte et sont détaillées ci-dessous :
Des troubles psychiatriques ont été décrits chez des patients traités par rétinoïdes systémiques et notamment par Alitrétinoïne.
Les effets des ultraviolets (UV) sont exacerbés chez les personnes sous rétinoïdes, il est nécessaire d'éviter l'exposition au soleil et aux lampes ultraviolets et au besoin d'appliquer une protection solaire à haut coefficient de protection (indice de protection SPF [Sun Protection Factor] supérieur ou égal à 15).
Des myalgies et des arthralgies ont également été décrites chez des patients suivant ce traitement.
Des cas de sécheresse cutanée et oculaire ont également été associés au traitement, ainsi qu'une baisse de la vision nocturne. Ce dernier élément impose une vigilance accrue du médecin du travail dans les cas de travailleurs soumis à des autorisations de conduite de véhicules et d'utilisation de machines. Des cas d'hypertensions artérielles bénignes sous Alitrétinoïne peuvent survenir nécessitant l'arrêt immédiat du traitement.
Enfin, il existe de rares cas de réactions allergiques.

1.2.6 Cas de la grossesse et de l'allaitement (44)

Du fait de son pouvoir tératogène, une grossesse survenant pendant ou dans le mois suivant l'arrêt du traitement est à risque très élevé de malformations graves pour le fœtus. Il peut s'agir d'anomalies du système nerveux central (hydrocéphalie, anomalies cérébelleuses, microcéphalie), de dysmorphies faciales, de fentes palatines, d'anomalies de l'oreille externe ou d'anomalies oculaires (microphtalmie).
Il existe également un risque de malformations cardiovasculaire (tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux, malformations septales), d'anomalie du thymus et des parathyroïdes.
Un sur-risque d'avortement spontané est à prendre en compte également.
La femme enceinte devra être adressée sans délai à un spécialiste compétent en tératologie.

1.2.7 Effets indésirables (44)

Ils sont dose-dépendants et peuvent donc être régulés par une diminution de la posologie du traitement.
Cliniquement, les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés lors du traitement sont les céphalées (21 % pour le TOCTINO® 30mg et 11% pour le TOCTINO® 10 mg) et les bouffées vasomotrices (5,9 % pour le TOCTINO® 30mg et 1,6% pour le TOCTINO® 10 mg).
Sur le plan biologique, des anomalies du bilan lipidique à type d'hypercholestérolémie (27,8 % pour le TOCTINO® 30mg et 16,7% pour le TOCTINO® 10 mg) et d'hypertriglycéridémie (35,4 % pour le TOCTINO® 30mg et 17% pour le TOCTINO® 10 mg) surviennent fréquemment. Enfin, des anomalies du bilan thyroïdien comme une diminution de la TSH et de la T4 libre peuvent également survenir.

1.2.8 Pharmacodynamie et pharmacocinétique

L'Alitrétinoïne est un dérivé endogène de la vitamine A (7) et un agoniste spécifique des récepteurs RAR et RXR. Chez les personnes présentant un eczéma chronique des mains, une expression des ligands CXCR3 et des chimiokines CCL20 peut être mis en évidence. L'Alitrétinoïne joue un rôle immunomodulateur et anti-inflammatoire en agissant sur ces molécules. Il jouerait également un rôle sur la prolifération cellulaire, l'apoptose, l'angiogenèse, la kératinisation et la sécrétion de sébum (44).
Cependant, le mécanisme d'action de l'Alitrétinoïne dans l'eczéma des mains demeure inconnu.
L'Alitrétinoïne est métabolisé par voie hépatique via les iso-enzymes CYP3A4 en 4 oxo-alitrétinoïne puis un procédé d'isomérisation donne lieu à l'acide tout-trans rétinoïque et à l'acide 4-oxo-tout-trans-rétinoïque (44).
La demi-vie d'élimination varie entre 2 et 10 heures (44).

1.2.9 Impact social et professionnel

Plusieurs études ont montré que l'Alitrétinoïne permettait une amélioration de qualité de vie des patients atteints d'eczéma chronique des mains (44).
Cependant, peu d'études se sont intéressées à l'impact professionnel du traitement par TOCTINO® dans l'eczéma chronique des mains.
Dans une étude de 2016 portant sur 62 patients atteints d'eczéma des mains et traités par Alitrétinoïne, 70% des dermatologues ont considéré que leurs patients ont été capables de retourner au travail plus tôt que s'ils avaient bénéficié d'un autre traitement (50). Cette étude s'appuyait uniquement sur l'évaluation subjective du dermatologue. Ainsi, selon ces auteurs, le traitement par Alitrétinoïne présenterait un impact positif sur le devenir professionnel des patients atteints d'eczéma chronique des mains.

1.3 MAINTIEN DANS L'EMPLOI

1.3.1 Définition

Le maintien dans l'emploi, également appelé « prévention de la désinsertion professionnelle » consiste à prévenir le risque de perte d'emploi d'un salarié à la suite d'une altération de sa santé quelle qu'en soit l'origine.
L'expression de "prévention de la désinsertion professionnelle" apparaît dans le programme de la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche Accident du Travail/Maladie Professionnelle (AT/MP) de la Sécurité Sociale pour la période 2009-2012 (51) et confirmée dans les objectifs de la Convention d'Objectifs et de Gestion pour la période 2014-2017 (52).

1.3.2 Aspects réglementaires

Il existe une obligation de reclassement professionnel pour les salariés déclarés inaptes à leurs postes de travail (53) et les travailleurs reconnus handicapés (54).
Cette obligation de reclassement consiste à éviter que la santé ou le handicap ne constituent des raisons de licenciement.

1.3.2.1 Salariés déclarés inaptes à leur poste de travail

Quand un salarié victime d'une maladie ou d'un accident non professionnel ou professionnel « est déclaré inapte par le médecin du travail, en application de l'article L. 4624-4 (55), à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités. Cette proposition prend en compte, après avis des délégués du personnel, les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. Le médecin du travail formule également des indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté. L'emploi proposé est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, aménagements, adaptations ou transformations de postes existants ou aménagement du temps de travail » (Article 1226-2 du code du travail (48) et article L.1226-10 (56)).

L’obligation de reclassement n’entre en jeu qu’à partir du moment où un salarié est effectivement déclaré inapte à son poste par le médecin du travail, généralement lors de la visite de reprise. Quand l’inaptitude est prononcée, l’employeur dispose d’un mois pour proposer un poste de reclassement. Il n’est autorisé à licencier le salarié au terme de ce mois que s’il justifie par écrit de l’impossibilité de reclassement au poste de travail, dans l’entreprise ou dans le groupe, ou « refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions, soit de la mention expresse dans l'avis du médecin du travail que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi »(Art. L. 1226-2-1) (57). Les propositions de reclassement doivent en outre prendre en compte « l’avis et les indications du médecin du travail »(Art. L.1226-2-1) (57).

1.3.2.2 Travailleurs handicapés

Un texte réglemente l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés (Code du travail : articles L5212-1 à L5212-17 et articles R5212-1 à R5212-31).
Tout employeur de droit public ou privé ayant au moins 20 salariés est tenu d'employer (à temps plein ou à temps partiel) à hauteur de 6 % de l'effectif total de l'entreprise (ou 2 % à Mayotte) les travailleurs suivants : les titulaires d’une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé ; les personnes bénéficiant de l'allocation adulte handicapé ; les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité permanente d'au moins 10 % et titulaire d'une rente ; les titulaires d'une pension d'invalidité (avec réduction d’au moins 2/3 de la capacité de travail) ou d’une carte d’invalidité ; les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ; les sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée en raison d'un accident survenu ou d'une maladie contractée en service (53). Les établissements ne remplissant pas ou que partiellement cette obligation doivent s'acquitter d'une contribution (Art L5212-12) (59) à l'AGEFIPH (association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées) pour le secteur privé ou au FIPHFP (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) dans le secteur public.

Un salarié est considéré comme travailleur handicapé s’il est titulaire d’une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH). Ceci est possible quand l’on considère que les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites du fait de l'altération d'une ou plusieurs fonctions : physique, sensorielle, mentale ou psychique (Art. L5213-1) (60).
La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (Art. L5213-2) (61).
La demande s’effectue à partir d'un formulaire à envoyer ou à déposer à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ce formulaire est à remplir avec l’aide du médecin traitant. Une partie du document concernant le poste de travail et les tâches réalisées est également à compléter par le médecin du travail du salarié.

La RQTH est attribuée pour une durée de 1 à 5 ans renouvelable (62). Le salarié est libre de révéler ou non son statut à l'employeur.
Cette reconnaissance permet notamment au travailleur de bénéficier d'aménagements horaires ou du poste de travail. Des dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle (stages de réadaptation, de rééducation professionnelle, contrat d'apprentissage) ainsi qu'un accès facilité à la fonction publique (concours aménagé, recrutement contractuel spécifique) sont des avantages permis par la reconnaissance. De plus, il existe des structures de soutiens spécifiques pour la recherche d'emploi (services du réseau Cap Emploi par exemple).
Le salarié reconnu travailleur handicapé peut bénéficier d'un accompagnement afin de favoriser son maintien dans l'emploi par le biais du SAMETH (service d'aide et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés) et de la mobilisation d'aides de l'AGEFIPH ou du FIPHFP.
Le SAMETH travaille dans la recherche de solutions d'aménagements organisationnels, techniques, humains ou de reclassements professionnels, et accompagne la mise en œuvre de ces mesures (58).
Quand le travail en milieu ordinaire est compromis, le salarié titulaire de cette reconnaissance peut s'orienter vers un milieu de travail adapté (établissements ou services d'aides par le travail (ESAT)) ou vers un centre de rééducation professionnelle.

1.3.3 Les acteurs du maintien dans l'emploi

1.3.3.1 Les acteurs de la prévention au sein de l'entreprise

L'employeur est l'acteur principal de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Il agit en collaboration avec les salariés de l'entreprise, acteurs au quotidien de leur sécurité et de leur santé au travail.
Les représentants du personnel jouent un rôle important et notamment les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ainsi que les délégués du personnel. Le CHSCT est une instance représentative du personnel contribuant à la prévention des risques professionnels dans les entreprises d'au moins 50 salariés (64).
Les responsables d'équipes et les travailleurs compétents dans la mise en place des secours (sauveteurs secouristes du travail) contribuent à la gestion des risques sur le terrain.

1.3.3.2 Le service de santé au travail

« Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail»(65). Leur but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs en menant des actions diverses notamment en milieu de travail.
La loi impose à l'employeur d'organiser ou d'adhérer à un service de santé au travail (61). Il peut s'agir soit d'un service autonome pour les entreprises de plus de 500 salariés (62), soit d'un service de santé au travail interentreprises (SSTI) pour des effectifs de moins de 500 salariés.

Les SSTI sont soumis à un agrément, accordé pour une période de cinq ans, par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), après avis du médecin inspecteur du travail. Il détermine l'effectif maximal de travailleurs suivis par médecin du travail ou, pour les services interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail (68).
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) élaboré au cours de la commission médico-technique (Article L. 4622-10 du Code du travail) (69) permet l'élaboration de projets, notamment dans le cadre du maintien dans l'emploi des salariés. Ce contrat entre en cohérence avec les objectifs régionaux et territoriaux de santé au travail et de prévention (plan régional santé au travail (PRST)).
Les SSTI sont organisés en équipes pluridisciplinaires de santé au travail animées et coordonnées par le médecin du travail. L'équipe comprend des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), des infirmiers en santé au travail et éventuellement des assistants de services de santé au travail (ASST). L'équipe peut également s'appuyer sur l'aide d'un service social du travail (70).
Dans les services autonomes, les actions en milieu de travail sont effectuées par le médecin du travail, en collaboration avec les services de prévention des risques professionnels de l'entreprise.
L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail a pour rôle de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les mesures à prendre afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels et d'améliorer les conditions de travail (65). La surveillance de l'état de santé des travailleurs est assurée à l'aide des visites médicales mais également sur le terrain dans un cadre collectif ou individuel. En effet, certains membres de l'équipe peuvent se rendre en entreprise afin de réaliser des études de postes, d'analyser les risques professionnels, de créer ou de mettre à jour de la fiche d'entreprise. Des actions de formations sur la sécurité pour les secouristes du travail (article L. 4141-2) (71) ainsi que des campagnes d'informations et de sensibilisations aux risques professionnels sont menées sur le terrain. De même, la participation aux réunions du CHSCT fait partie des missions du service de santé. Toujours dans un but de prévention, des prélèvements et des mesures atmosphériques peuvent être réalisés en entreprise.
Afin de mener ces actions, le médecin du travail a libre accès aux lieux de travail (Art. R4624-1) (72). Ces actions sont menées soit à son initiative, soit à la demande de l'employeur ou du CHSCT, ou, à défaut, des délégués du personnel.

1.3.3.2.1 Le médecin du travail

Le rôle du médecin du travail consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (Art. L4622-3) (73). Il est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, et des représentants du personnel.
Il consacre également au moins un tiers de son temps à l'analyse des conditions de travail dans les entreprises.
Il assure la surveillance médicale des salariés au cours de visites médicales et constitue un dossier médical en santé au travail (Art. R. 4624-26) (74).
Il est à noter que les considérations suivantes concernent le secteur privé.
Nous pouvons distinguer deux types de visites (75).

Premièrement, l'examen médical d'aptitude préalable à l'embauche pour les salariés exposés à des risques particuliers (amiante ; plomb ; agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques ; agents biologiques 3 et 4, rayonnements ionisants, travail en milieu hyperbare, risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages). « Art. R. 4624-25. – Cet examen ainsi que son renouvellement donnent lieu à la délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude rendu conformément aux dispositions de l'article L. 4624-4. Cet avis d'aptitude ou d'inaptitude est transmis au travailleur et à l'employeur et versé au dossier médical en santé au travail de l'intéressé. »(76). Ces travailleurs bénéficient « … à l'issue de l'examen médical d'embauche, d'un renouvellement de cette visite, effectuée par le médecin du travail selon une périodicité qu'il détermine et qui ne peut être supérieure à quatre ans. Une visite intermédiaire est effectuée par un professionnel de santé au plus tard deux ans après la visite avec le médecin du travail. » (Art. R. 4624-28) (77). Les autres professionnels de santé cités dans le texte sont : l'infirmier en santé au travail, l'interne de médecine du travail et le collaborateur médecin.

Deuxièmement, la visite d'information et de prévention (VIP) pour les salariés non exposés aux risques mentionnés ci-dessus (3 mois maximum après la prise de poste pour les embauches) peut être effectuée par le médecin du travail ou déléguée à un professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire. « Art. R. 4624-16. – Le travailleur bénéficie d'un renouvellement de la visite d'information et de prévention initiale, réalisée par un professionnel de santé mentionné au premier alinéa de l'article L. 4624-1, selon une périodicité qui ne peut excéder cinq ans. Ce délai, qui prend en compte les conditions de travail, l'âge et l'état de santé du salarié, ainsi que les risques auxquels il est exposé, est fixé par le médecin du travail dans le cadre du protocole mentionné à l'article L. 4624-1»(78).
Le médecin du travail peut recevoir un salarié en visite de pré-reprise à la demande du médecin conseil de la sécurité sociale, du médecin traitant ou du salarié en situation d'arrêt de travail de plus de 3 mois (74). Au cours de cette consultation, le médecin du travail peut préconiser des aménagements de poste, un reclassement et des formations professionnelles. A l'issue de cette visite il informe des recommandations le médecin conseil et l'employeur sauf opposition du travailleur (75). Cette visite a pour but d'agir en amont de la reprise afin de prévenir la désinsertion professionnelle du travailleur.
En situation de reprise, le salarié ayant eu une absence d'au moins 30 jours pour accident du travail, maladie ou accident non professionnel ; une absence pour maladie professionnelle ou après un congé maternité bénéficie d'un examen de reprise (75). Cette visite est notamment l'occasion d'émettre des préconisations d'aménagements, d'adaptations de poste ou de reclassement (76). Le médecin du travail sera informé par l'employeur des arrêts de travail de moins de 30 jours pour accident du travail afin de mettre éventuellement en place des mesures de prévention (77).
Parmi les missions du médecin du travail, la création et la mise à jour de la fiche d'entreprise lui incombe également (84). Sur cette fiche sont consignés les effectifs des salariés, les risques professionnels, les dangers mis en évidence dans l'entreprise et les contraintes liées à l'organisation du travail. Elle est transmise à l'employeur et présentée aux délégués du personnel et/ou au CHSCT. Elle est également mise à disposition des agents des services de prévention des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et de l'Inspection du travail.

1.3.3.2.2 L'infirmier en santé au travail

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, l'infirmier en santé au travail mène, en accord avec le médecin du travail, des actions de prévention en milieu de travail (85). Il est recruté dans les services de santé au travail après avis du médecin du travail.
L'infirmier exerce ses missions propres (86). Sur la base des protocoles écrits, il peut également exercer des missions confiées par le médecin du travail (87). Il est également habilité à effectuer des visites d'information et de prévention qui consistent à : «Interroger le salarié sur son état de santé; l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ; de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre; d'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail; de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail. » (Art. R. 4624-11) (83).
Le nombre d'infirmiers par entreprise est défini par le Code du travail (Art R. 4623-32) en fonction de la masse salariale. Dans l'industrie, il est nécessaire de disposer d'un infirmier pour 200 à 800 salariés puis un de plus par tranche de 600 salariés. Les entreprises du secteur tertiaire quant à elles doivent se munir d'un infirmier pour 500 à 1 000 salariés et de un de plus par tranche de 1 000 salariés (89).

1.3.3.2.3 Les intervenants en prévention des risques professionnels.

Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sont des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ils ont des compétences techniques et organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail. Ils peuvent intervenir dans différents domaines : l'ergonomie, la toxicologie, l'hygiène industrielle ou sur l'organisation du travail (90).
Ils peuvent accéder à des informations sur la nature et la composition des produits utilisés, leurs modalités d'utilisation et les résultats de toutes les mesures et analyses réalisées dans l'entreprise concernée.
Les documents non nominatifs concernant la santé et la sécurité au travail de la structure sont également à leur disposition.

1.3.3.2.4 L'assistant de service de santé au travail

L'équipe pluridisciplinaire peut être complétée par des assistants de services de santé au travail (Article L4622-8) (70). Ses fonctions sont essentiellement administratives. Il assure des tâches de secrétariat et est en contact avec les adhérents et les salariés dans le cadre de l'organisation des visites médicales et des interventions en entreprise. Il apporte également une aide dans la gestion des examens complémentaires. En étroite relation avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, il veille à repérer les dangers éventuels et les besoins en santé au travail en priorité dans les entreprises de moins de vingt salariés (91).

1.3.3.2.5 Le service social du travail

Il existe un service social « dans tout établissement employant habituellement au moins deux cent cinquante salariés » (Article L4631-1) (92).
Il travaille avec les organismes de prévoyance, d'assistance et de placement pour conseiller les salariés sur les questions de législation sociale.
De plus, il peut apporter un conseil au comité d'entreprise sur les interrogations d'ordre social.

1.3.3.3 Le médecin traitant

Il suit le salarié au long cours et est souvent le premier interlocuteur du travailleur face à ses différentes pathologies. Il est le premier maillon de la chaîne notamment du fait de sa connaissance du patient et de son droit de prescription d'arrêts de travail. Les échanges entre le médecin traitant et le médecin du travail sont soumis à l'accord préalable du travailleur.
Le médecin du travail peut notamment conseiller au médecin traitant, après accord du salarié, d'effectuer une demande de temps partiel thérapeutique (TPT) s'il pressent que la reprise à temps plein est compromise.
Cette démarche peut permettre au salarié de retourner à son poste de façon progressive.
Le TPT doit obligatoirement faire suite à un arrêt de travail à temps complet sauf en cas d'affection de longue durée (Article L323-3 Code de la sécurité sociale) (93). Le médecin traitant le prescrit en précisant la durée, cette demande doit être accordée par le médecin conseil. Il est important de noter que l'employeur n'est pas tenu d'accepter la reprise de travail à temps partiel.
Le médecin du travail doit par la suite statuer sur la reprise du salarié à son poste à temps partiel thérapeutique. Le pourcentage d'activité est fixé par le médecin du travail (par exemple 50%, 60 %, 70 %, 80%), il ne correspond pas forcément à un mi-temps. La durée du temps de travail peut être augmentée progressivement au cours du temps partiel thérapeutique permettant au salarié de préparer la reprise à temps plein.
Une invalidité peut succéder à un temps partiel thérapeutique si le patient n'est pas en mesure de reprendre son activité à temps complet.
Elle doit faire suite à une maladie ou à un accident d'origine non professionnelle ayant entraîné une réduction de sa capacité de travail ou de gain d'au moins 2/3 (94).
La demande peut émaner du salarié en s'appuyant sur l'aide de son médecin traitant ou de la caisse d'assurance maladie via le médecin conseil.
Elle est accordée et versée par la caisse d'assurance maladie à la suite d'un examen médical par le médecin conseil. L'état d'invalidité est apprécié en fonction de la capacité de travail restante. Le service médical de la sécurité social statue sur la catégorie d'invalidité (1ère, 2ème ou 3ème catégorie) qui détermine le montant de la pension (95).
Quel que soit la catégorie, le salarié peut poursuivre une activité professionnelle, en accord avec le médecin du travail. L'activité salariée est rémunérée en complément du versement de la pension sans possibilité de percevoir un revenu cumulé supérieur à celui perçu avant la maladie (94).

1.3.3.4 La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Voir chapitre « travailleurs handicapés ».

1.3.3.5 Les régimes de protections sociales (96)

Il existe 3 principaux régimes d'assurance maladie : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants.
L'assurance maladie concerne les assurés du régime général.
« Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent » (Article 1er de la Constitution de 1946) (97).
La caisse nationale de l'assurance maladie pilote le réseau et définit les orientations à mettre en œuvre. Chaque département de la France métropolitaine possède au moins une caisse primaire d'assurance maladie. La sécurité sociale est séparée en plusieurs branches autonomes : la branche maladie, la branche accidents du travail/maladies professionnelles, la branche retraite, la branche famille et la branche recouvrement.
La mutualité sociale agricole (MSA) concerne la protection sociale des salariés du monde agricole. Elle regroupe des services de prestations d'assurance maladie, de contrôle médical, la médecine du travail et les services sociaux.
Le régime social des indépendants (RSI) est la caisse de sécurité sociale des travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales notamment).

1.3.3.5.1 La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

Diverses missions lui incombent.
Sur le plan individuel, elle gère les droits des assurés sociaux, les feuilles de soins ; assure le suivi des prestations d'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles.
Sur le plan collectif, un plan d'action de gestion du risque est défini chaque année. La CPAM joue aussi un rôle dans la politique de prévention et de promotion de dépistage en matière de santé. Elle mène également une politique d'action sanitaire et sociale avec la CARSAT.
Elle a notamment pour rôle de signaler au service social les assurés en arrêts de travail depuis plus de 90 jours. Au sein de la CPAM, une structure appelée «cellule de prévention de la désinsertion professionnelle » étudie les situations complexes de maintien dans l'emploi.
Le médecin du travail peut demander l'intervention de cette cellule. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire : assistante sociale, médecin conseil, référents de services administratifs et du service de prévention des risques professionnels. Des intervenants extérieurs peuvent y assister : médecin du travail, membres de la MDPH ou du SAMETH notamment.

Les dossiers portant sur le maintien dans l'emploi sont présentés lors de cette cellule soit par un membre du service social de la CARSAT soit par le médecin conseil. Les demandes d'accès à des formations professionnelles y sont notamment traitées.
Une cellule similaire existe au sein de la MSA appelée « cellule pluridisciplinaire de maintien dans l'emploi » (CPME) ainsi que pour le RSI nommée « cellule de maintien dans l'emploi des indépendants » (MAPI).

1.3.3.5.2 Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

Ce sont des organismes de droit privé exerçant des missions de service public : gestion des retraites des salariés, aide aux entreprises dans l'évaluation des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.
Elles interviennent dans la mise en place d'actions de formation, de conseil et de prévention sanitaire et sociale et participent au développement de la politique d'action sociale.
En son sein, le service social de la CARSAT a pour rôle d'apporter un soutien aux personnes confrontées à des difficultés professionnelles en lien avec leur santé, afin qu'elles puissent se maintenir dans l'emploi.
Les actions de formations sont possibles pendant un arrêt pour maladie ordinaire, un arrêt pour accident du travail du travail ou maladie professionnelle.
« Les assurés qui le souhaitent et dont l'état de santé l'autorise, peuvent accéder pendant la durée de leur arrêt de travail, médicalement justifié, à des actions de remobilisation précoce ou de formation en vue de préparer leur retour à l'emploi » (article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale).
Le médecin du travail peut préconiser la mise en place de formations professionnelles et donner son avis sur la capacité du travailleur à en bénéficier afin de favoriser le reclassement (Art. R. 4624-30 et Art. L. 1226-2) (53). Le médecin conseil vérifie que la formation peut avoir lieu pendant l'arrêt de travail. La CPAM donne son accord et informe l'employeur par écrit. Le travailleur reste en arrêt de travail durant la formation et perçoit ses indemnités journalières.
Deux types de formations existent dans ce cadre. Premièrement, les actions de formation professionnelle continue qui regroupent les bilans de compétences, la validation des acquis de l'expérience, les actions de promotion professionnelle, les actions d'adaptation et de développement des compétences. Deuxièmement, l'assuré peut bénéficier de mesures d'évaluation, d'accompagnement, d'informations et de conseils.

1.3.3.5.3 Le service du contrôle médical

Il est composé de praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) et de personnels administratifs.
Il a notamment une fonction de conseil auprès des assurés et des professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale. Il accompagne également les assurés et les professionnels de santé dans l'amélioration de la prise en charge des affections de longue durée (ALD).

Le médecin conseil rend des avis à la caisse d'assurance maladie dont il dépend sur la durée de l'arrêt de travail en maladie, en accident du travail, en temps partiel thérapeutique ; la consolidation d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ; le passage en invalidité d'un travailleur et le diagnostic de maladies professionnelles. Il peut également proposer un temps partiel thérapeutique.
Le médecin conseil émet un avis sur la capacité à exercer une activité rémunératrice et non pas sur le poste de travail du salarié qui est la mission du médecin du travail. Son avis s'impose et peut être contesté au cours d'une expertise médicale. En vue de prévenir la désinsertion professionnelle, il peut conseiller à un assuré social en arrêt maladie de consulter son médecin du travail pour une visite de pré-reprise.

1.3.3.6 L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) (98)

L'ANACT a pour mission d'améliorer les conditions de travail en menant des actions sur l'organisation du travail et les relations professionnelles. Elle met en place des méthodes et des outils afin de satisfaire la productivité des entreprises sans omettre la qualité de vie au travail. Dans ce cadre, elle joue un rôle en matière de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

1.3.3.7 La direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) (99)

La DIRECCTE coordonne le plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH). Le médecin inspecteur régional du travail (MIRT) joue un rôle dans l'organisation et le fonctionnement des services médicaux du travail. Il travaille en coopération avec les inspecteurs du travail notamment en ce qui concerne l'application de la réglementation relative à la santé au travail. De plus, il conseille les médecins du travail notamment dans leurs avis d'aptitudes.

L'inspection du travail joue un rôle de veille auprès des entreprises concernant l'application du droit du travail et des conventions collectives. Des conseils peuvent également être apportés aux employeurs et aux salariés. De même, l'inspection intervient dans l'évaluation des risques professionnels et s'assure que les règles d'hygiène et de sécurité au travail sont correctement respectées.

2 PARTIE PRATIQUE

2.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'étudier le maintien dans l'emploi des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et traités par Alitrétinoïne (TOCTINO®).

2.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient les suivants.

Premièrement, il s'agissait de décrire les caractéristiques socio-professionnelles et médicales des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et traités par TOCTINO®.

Deuxièmement, il s'agissait de décrire les situations de maintien ou non au poste de travail antérieur au traitement par TOCTINO® en fonction des caractéristiques socio-démographiques, du type d'eczéma, du délai entre le traitement par TOCTINO® et l'enquête, des arrêts de travail (pour accidents ou maladies non professionnelles, pour accidents ou maladies professionnelles), de la poursuite et réponse au traitement par TOCTINO®, des équipements de protections individuelles, du travail en milieu humide et de l'eczéma de forme hyperkératosique.

2.2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.2.1 Identification des patients

Les patients inclus étaient ceux sélectionnés à l'issue de l'étude des dossiers médicaux à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les patients répondants étaient des patients inclus ayant répondu au questionnaire.

Les patients non-répondants étaient des patients inclus n'ayant pas répondu au questionnaire.

2.2.2 Critères d'inclusion

Les patients inclus à l'étude des dossiers étaient ceux ayant un emploi, travaillant ou en arrêt de travail au moment de la consultation avec le dermatologue. Ils devaient également présenter un eczéma chronique des mains et avoir bénéficié de la prescription d'un traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®).

2.2.3 Critères d'exclusion

Les patients retraités ou sans emploi au moment du diagnostic ont été exclus. Les patients atteints de psoriasis ou d'une autre pathologie dermatologique sévère ou aiguë interférant avec le diagnostic d'eczéma chronique des mains ont également été exclus ainsi que ceux ne présentant pas d'eczéma au niveau des mains.

De même, les patients n'ayant pas bénéficié de façon certaine du traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®) ou présentant des difficultés de compréhension de la langue française ont également été exclus.

2.2.4 Recueil des données

Une requête a été effectuée initialement avec l'aide des techniciens et ingénieurs du service informatique du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Bordeaux à partir du Logiciel DxCare®.

La requête a été effectuée comme suit : recherche du mot clé « TOCTINO » dans les parties « synthèse » et « recueil médical » des dossiers médicaux des patients vus entre le 16/07/2009 et le 10/08/2016 en consultation de dermatologie au CHU de Bordeaux.
Les dossiers médicaux des patients ont été intégralement extraits via le logiciel DxCare®.
Chaque dossier a par la suite été analysé individuellement afin de répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Dans un second temps, un questionnaire a été élaboré en prenant en compte des données générales (nom, prénom, genre, code postal et ville), des caractéristiques socio-professionnelles (niveau de diplôme, statut professionnel, type de contrat, caractéristiques du poste de travail) et des questions plus spécifiques concernant le travail et le retentissement socio-professionnel de la pathologie (annexe 4).

Ce questionnaire a été adressé au domicile des patients inclus, par voie postale à l'aide de l'adresse indiquée dans le dossier médical. Une enveloppe réponse préaffranchie à l'adresse du service de consultation de dermatologie de l'hôpital Saint-André était jointe au courrier ainsi qu'une lettre d'information sur l'étude (annexe 5).

Les patients n'ayant pas répondu dans un délai de un mois ont été contactés par téléphone si un numéro avait été transmis au cours de la consultation. Un premier appel était émis en semaine et un autre le week-end. Les patients n'étaient plus relancés à l'issue de deux appels sans réponse.

2.2.5 Traitement des données et analyse

2.2.5.1 Variables

Le critère de jugement principal était le retour au même poste de travail (si arrêt de travail) ou le maintien au poste dans la même entreprise (en l'absence d'arrêt de travail) des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et ayant bénéficié d'un traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®).

Les autres variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le niveau de diplôme, le statut professionnel, la catégorie professionnelle, le type d'eczéma des mains, l'existence d'arrêts de travail et leurs types (arrêt pour maladie ou accident non professionnel, arrêt pour accident de travail ou maladie professionnelle), les notions d'amélioration et de guérison, la poursuite ou non du traitement par TOCTINO® (voire l'existence d'un traitement d'entretien et sa posologie), le délai entre le traitement par TOCTINO® et l'enquête, le port des équipements de protection individuels et la notion de travail en milieu humide.

La notion de guérison était explicitée dans certains dossiers médicaux de patients au cours d'une consultation avec le dermatologue. Elle correspondait à la disparition clinique des lésions d'eczéma des mains.

Le traitement d'entretien correspondait à la poursuite du traitement par TOCTINO® à une posologie allant généralement de 10 à 15mg/jour sur une durée variable de plusieurs mois après une première cure (à une posologie 30 mg/jour généralement).

Le délai entre la mise sous TOCTINO® et l'enquête était calculé en prenant en compte le mois de début du traitement mentionné dans le dossier médical et la date d'envoi des questionnaires au domicile des patients inclus, à savoir Février 2017.

2.2.5.2 Classifications

Les professions des patients ont été recueillies initialement via le dossier médical informatique puis à l'aide du questionnaire et ont été catégorisées en utilisant la classification internationale type des professions de 2008 (CITP-08) (annexe 6).
Il s'agit d'une nomenclature mise en place par l'organisation internationale du travail organisant les professions en des séries de groupes en fonction des tâches exécutées. La version la plus récente est la CITP-08 datant de 2008. Trois autres versions (CITP-58, CITP-68 et CITP-88) ont précédé celle-ci.

De plus, certaines professions ont été qualifiées dans cette étude de « travail en milieu humide ». A défaut de législation française en la matière, les recommandations allemandes (TRGS 401) (8) ont été appliquées dans l'étude. Le travail en milieu humide y est défini comme tel : « Activité au cours de laquelle les travailleurs passent une grande partie de leur temps de travail dans un environnement humide ou portent des gants étanches aux liquides ou se lavent les mains fréquemment ou intensivement » (7).
Les critères de la TRGS 401 concernant le travail en milieu humide sont les suivants : durée minimale de 2 heures par jour de travail en milieu humide avec les mains, ou lavage fréquent ou intensif des mains ou port de gants pendant la période de travail correspondante (7).

Pour coder le type d'eczéma, la classification étiopathogénique de l'European Society of Contact Dermatitis (ESCD) de 2015 a été retenue(2).
Cette classification a été élaborée à partir d'une revue systématique de la littérature.
6 sous-groupes y sont définis (cf. 1.1.4.4) : la dermatite de contact allergique, la dermatite d'irritation de contact des mains, la dermite de contact aux protéines, l'eczéma des mains atopique, la dysidrose et l'eczéma des mains hyperkératosique.

2.2.5.3 Traitement informatique : saisie et analyse

L'extraction des dossiers médicaux des patients inclus a été effectuée via le logiciel DxCare®.

DxCare® est un logiciel médical dédié aux personnels soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants) et aux gestionnaires des établissements. Il comprend le dossier patient, permet la gestion des soins et des plateaux techniques de biologie, d'imagerie et de pharmacie mais également la facturation et le pilotage de l'activité.

Les données statistiques ont été extraites à l'aide du logiciel Microsoft Excel® pour les calculs de moyennes, écarts-types et médianes.

Pour la comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des répondants et non répondants, les résultats ont été obtenus en utilisant le test de Student (pour l'âge et le délai entre début du traitement par TOCTINO® et l'enquête) et le test du Chi² (pour le sexe et l'existence ou non d'un traitement d'entretien).

2.3 RÉSULTATS

2.3.1 Etude des dossiers patients

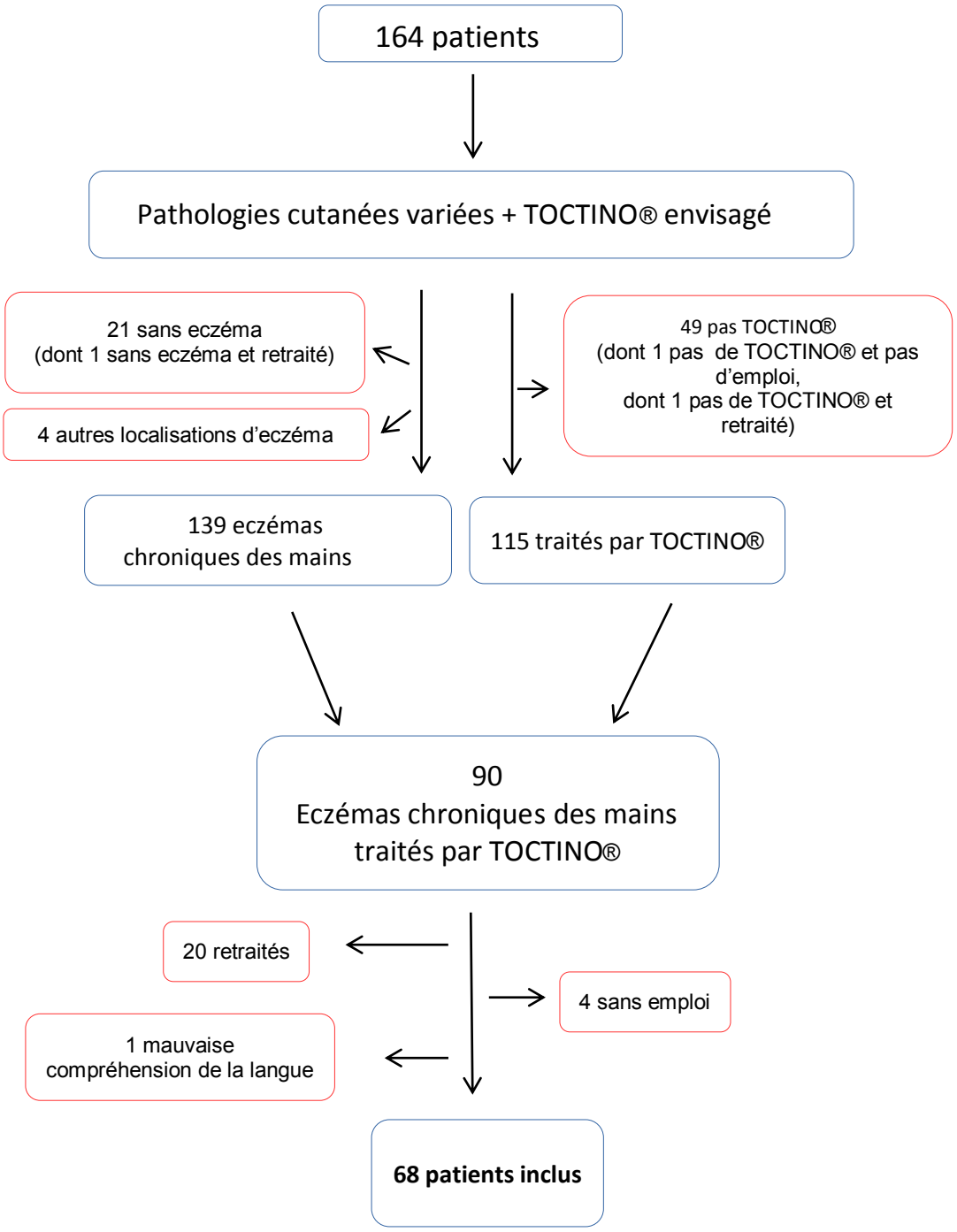
Le fichier extrait initialement à l'aide des techniciens informatiques du CHU de Bordeaux comprenait 311 consultations concernant 164 patients. Il s'agissait des patients pour qui un traitement par Alitrétinoïne avait été évoqué quel que soit leur statut professionnel et leur pathologie.

Les dermatologues prenant en charge ces patients étaient au nombre de 28.

Trois-cent-dix consultations ont eu lieu à l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux) : 2 consultations ont eu lieu en médecine interne, 2 autres consultations étaient des actes libéraux et 306 se sont déroulées en consultations de dermatologie. Une consultation a eu lieu dans le service de dermatologie à l'hôpital Haut-Lévêque (CHU de Bordeaux).

La figure 4 représente le nombre de patients inclus et exclus à l'issue de l'étude des dossiers médicaux ainsi que les motifs d'exclusion.

Figure 4 : représentation des patients inclus et exclus initialement à l'aide d'un diagramme de flux.



Au total, à l'issue de l'étude des dossiers, 96 patients ont été exclus et 68 ont été inclus (figure 4).

2.3.2 Contact des patients

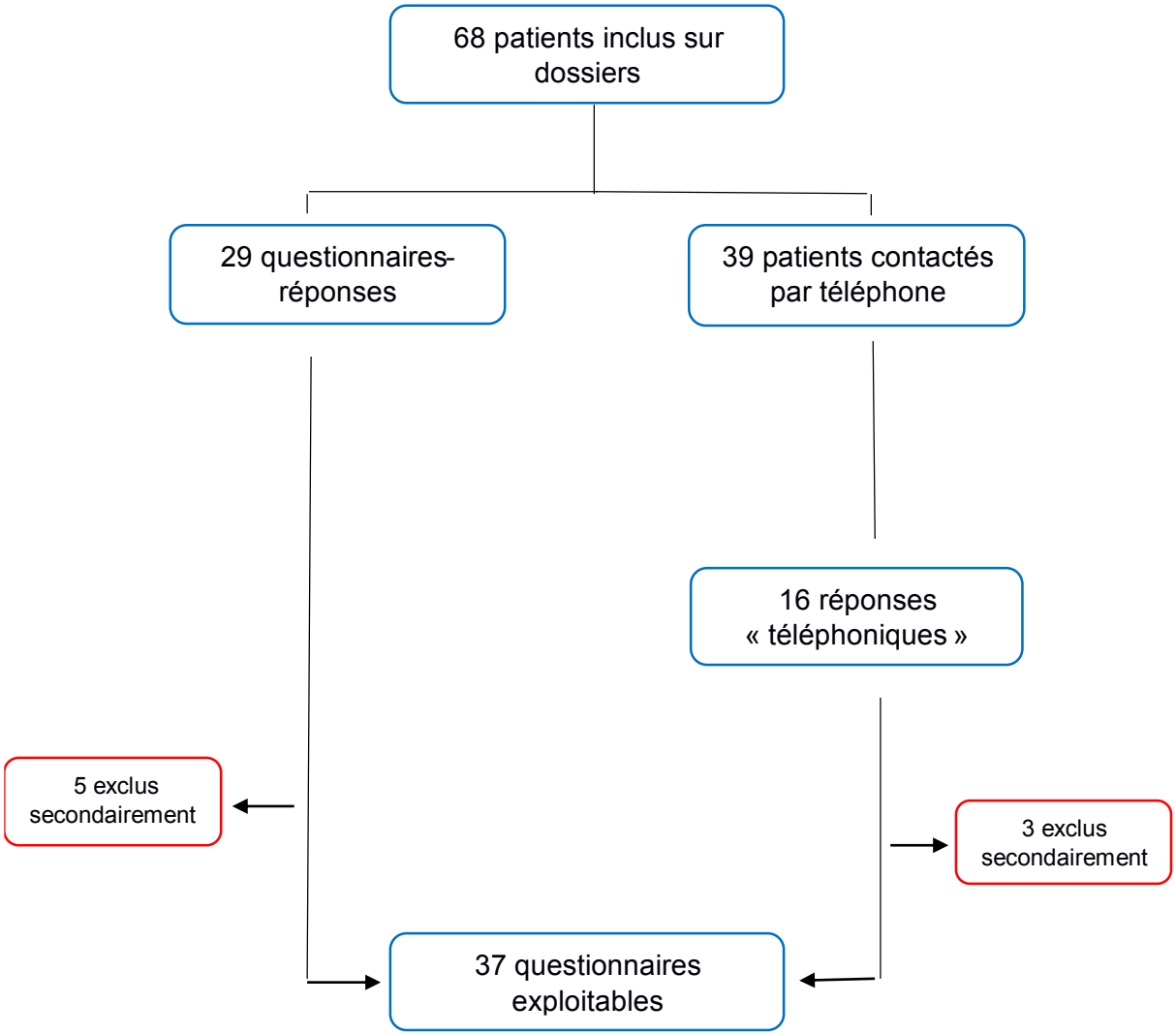
Un questionnaire a été transmis par voie postale aux 68 patients inclus. Vingt-neuf questionnaires réponses sont parvenus au service de consultation de dermatologie de l'hôpital Saint André. Parmi ces réponses, 4 patients ont déclaré être retraités et 1 sans emploi au moment de la consultation avec le dermatologue.

Quatre courriers ont été retournés au service de dermatologie car les patients n'habitaient pas à l'adresse indiquée dans le dossier médical.

Ainsi, 38 patients ont été contactés par téléphone. A l'issue de 2 appels, un émis en semaine et un en week-end, 16 patients ont répondu au questionnaire par téléphone, 1 patient a décroché mais a déclaré ne pas souhaiter répondre aux questions. Parmi les 16 patients ayant répondu par téléphone, deux d'entre eux ont déclaré avoir eu une atteinte des pieds et non des mains, un patient a déclaré ne pas avoir bénéficié du traitement par TOCTINO®.

La figure 5 représente le nombre de patients inclus et exclus secondairement à l'issue de l'analyse des questionnaires et des contacts téléphoniques ainsi que les motifs d'exclusions secondaires.

Figure 5 : représentation des patients inclus et exclus secondairement à l'aide d'un diagramme de flux.



Soixante-huit patients ont été inclus initialement après étude des dossiers. Huit d'entre eux ont été exclus secondairement après contact par courrier ou téléphone via le questionnaire. Au total, 60 patients ont été inclus définitivement. Parmi ces patients inclus, trente-sept ont répondu au questionnaire (par courrier et par téléphone).

2.3.3 Analyse des données

2.3.3.1 Caractéristiques socioprofessionnelles et médicales des patients inclus

Les caractéristiques des 60 patients présentant un eczéma des mains traités par TOCTINO® et travaillant au moment de la prise en charge ont été analysées.

Vingt-quatre (40%) d'entre eux étaient des femmes et 36 (60%) étaient des hommes.

L'âge moyen des patients inclus était de 45,6 ± 12,96 ans et l'âge médian était de 45,5 ans (20 - 66).

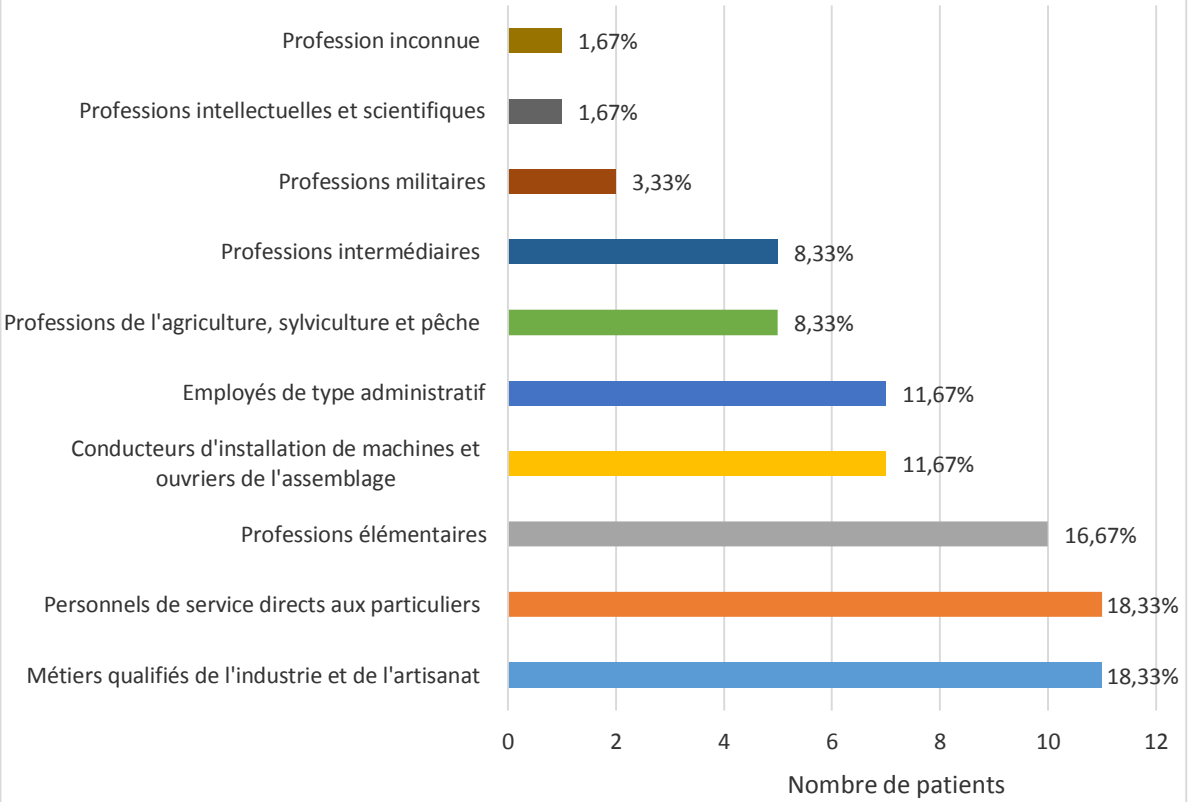
Le délai moyen entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête était de 45,71 ± 25,73 mois. Le délai médian était de 37 mois (6 – 87).

Une amélioration après traitement par TOCTINO® était notée dans le dossier médical pour 35 des patients inclus (58,33%). Pour 13 d'entre eux (21,67%) aucune amélioration n'est survenue. Une aggravation sous traitement a été mentionnée (1,67%). Pour 11 patients (18,33%), il n'a pas été possible de déterminer l'efficacité thérapeutique du TOCTINO® car celle-ci n'était pas clairement explicitée dans le dossier médical.

L'étude des dossiers patients a révélé que la guérison était survenue pour 11 d'entre eux (18,33%) à l'issue des traitements (pas exclusivement après TOCTINO®). Pour 13 patients (21,31%) nous ignorons l'évolution finale. Deux patients (3,28%) ont rechuté après une bonne réponse initiale aux traitements et 34 (56,67%) étaient toujours atteints d'eczéma des mains au moment de l'étude des dossiers.

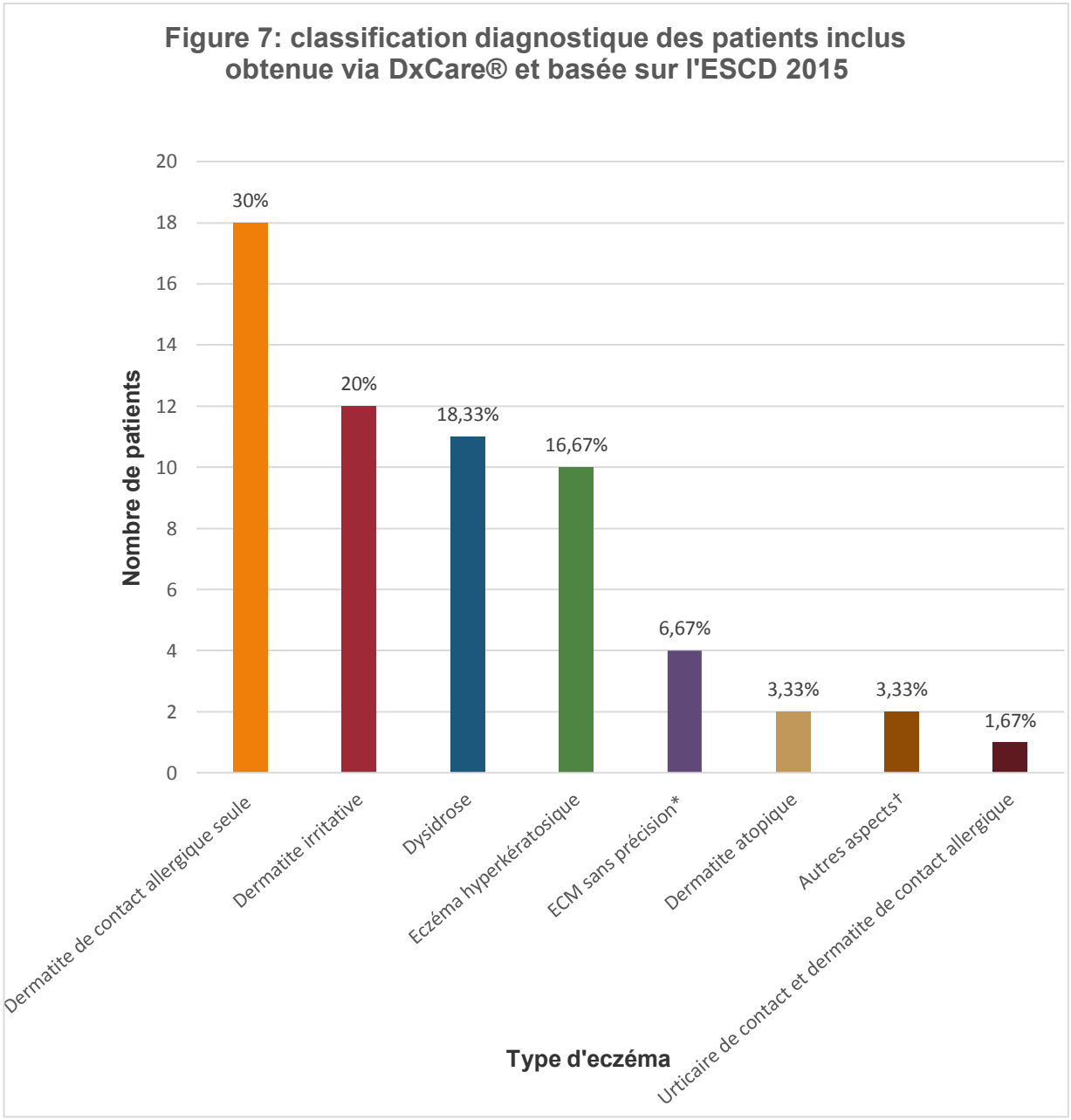
Vingt-deux patients (36,67%) ont bénéficié d'un traitement d'entretien par TOCTINO® (hors AMM) après une première cure à la posologie de 30 mg: 15 patients (25%) à la posologie de 10 mg, 3 patients (5%) à la posologie de 15 mg et pour 4 patients (6,67%) nous ignorions la posologie.
Vingt-un patients (35%) n'en ont pas bénéficié et pour 17 patients (28,33%) il n'était pas mentionné dans le dossier l'existence d'un traitement d'entretien par TOCTINO®.

Figure 6: Classifications professionnelles des patients inclus extraits de DxCare® basées sur la CITP-08



Les catégories professionnelles les plus représentées par les patients inclus étaient celles des métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat (n=11 ; 18,33%), des personnels de services directs aux particuliers (n=11 ; 18,33%) et des professions élémentaires (n=10 ; 16,67%).

Figure 7: classification diagnostique des patients inclus obtenue via DxCare® et basée sur l'ESCD 2015



*ECM : eczéma chronique des mains

†Autres aspects : 1 desquamation palmaire récidivante et 1 pulpite fissuraire

La dermite de contact allergique était la forme d'eczéma des mains la plus fréquente chez les patients inclus (n=18 ; 30%). La dermite irritative (n=12 ; 20%) et la dysidrose (n=11 ; 18,33%) étaient ensuite les formes les plus représentées.

2.3.3.2 Caractéristiques socio-professionnelles des patients répondants.

Le taux de réponse global était de 66,18 % avec 45 réponses obtenues par voie postale (42,65%) et par téléphone (23,53%) mais seuls 37 questionnaires ont été exploités (8 exclus secondairement).

Vingt-un patients répondants (56,76%) étaient des hommes et 16 étaient des femmes (43,24%).

L'âge moyen des patients répondants était de 47,59 ± 12,88. Leur âge médian était de 51 ans (25 – 66).

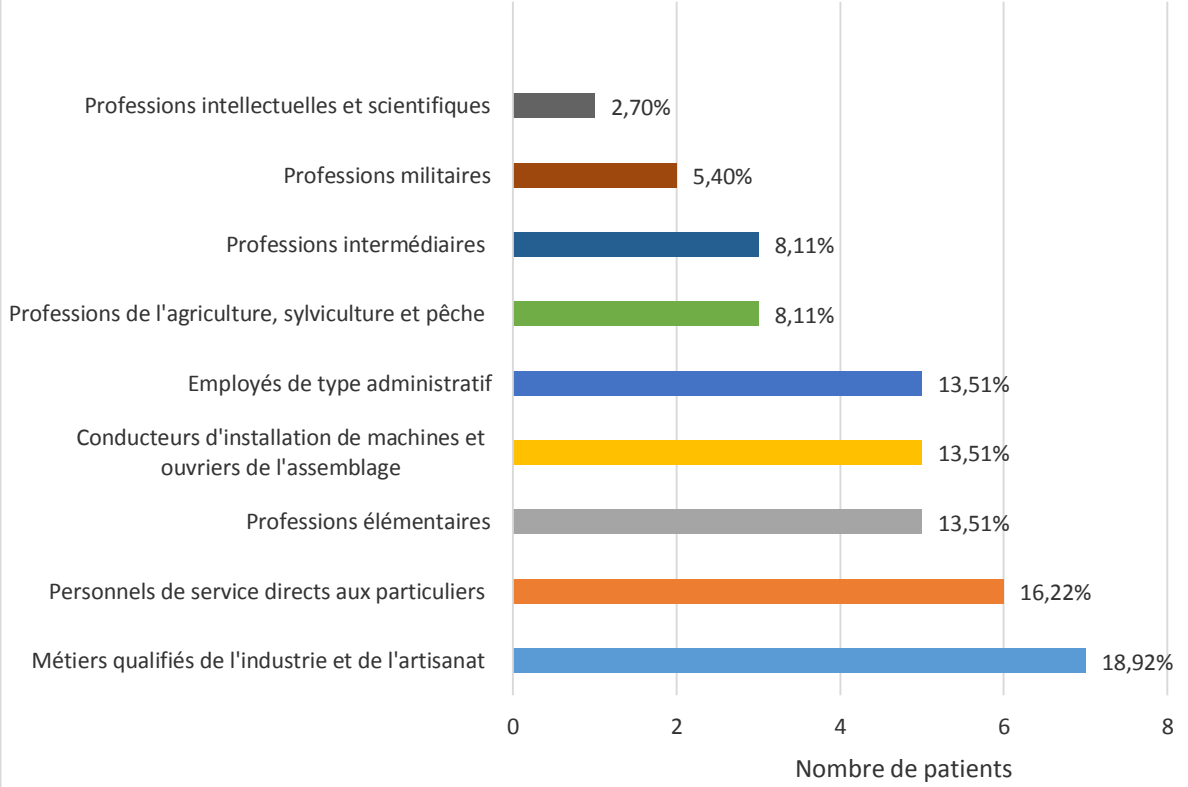
Le délai moyen entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête était de 41,08 ± 25,74 mois. Le délai médian était de 37 mois (6 – 87).

Seize des patients répondants (43,24%) ont bénéficié d'un traitement d'entretien par TOCTINO® après une première cure à la posologie de 30 mg: 13 patients (35,13%) à la posologie de 10 mg, 2 patients (5,40%) à la posologie de 15 mg et pour un patient (2,70%) nous ignorions la posologie.

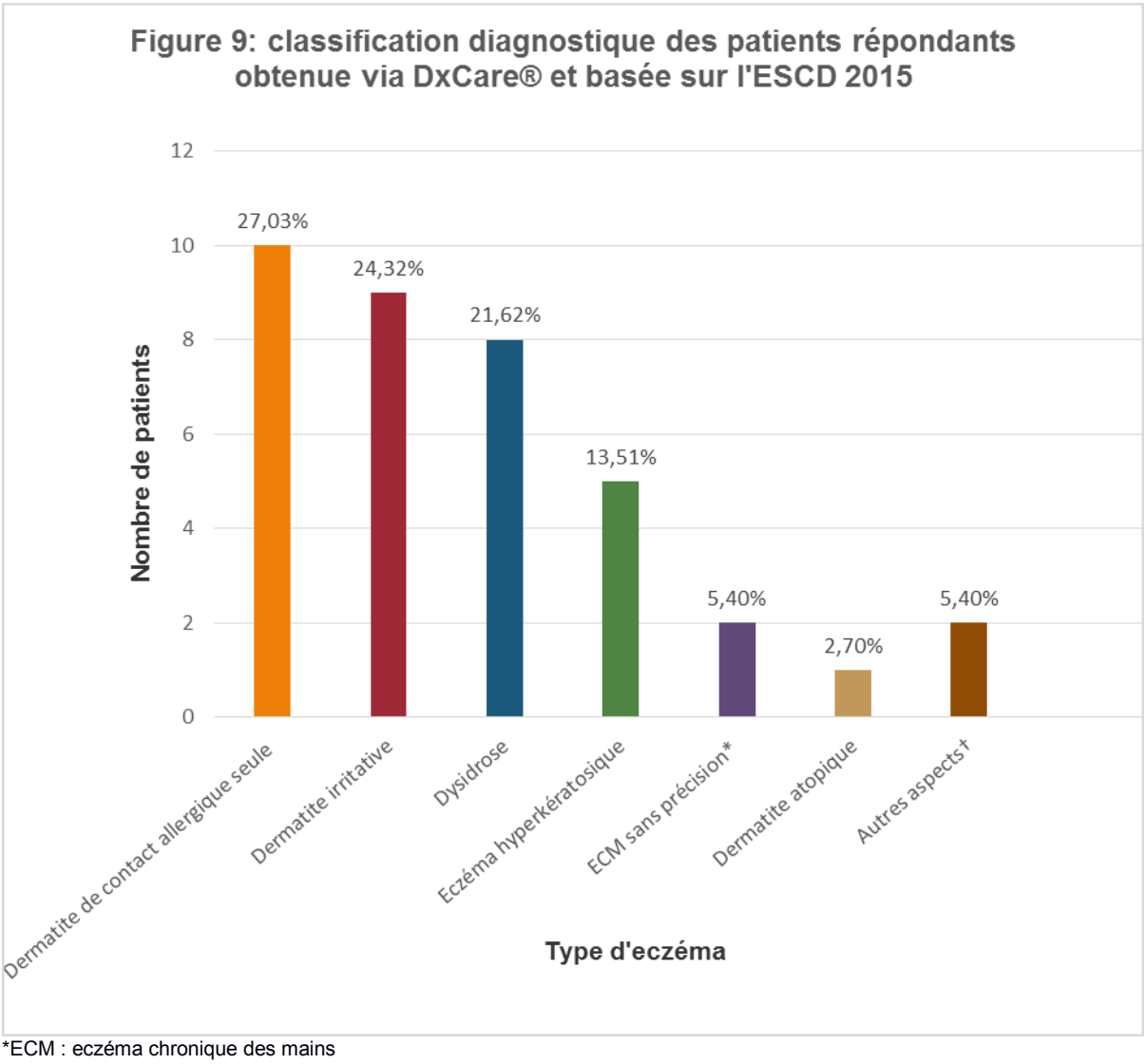
Seize des patients répondants (43,24%) n'en ont pas bénéficié et pour 5 patients (13,51%) il n'était pas mentionné dans le dossier l'existence d'un traitement d'entretien par TOCTINO®.

La figure suivante décrit les différentes catégories professionnelles des patients répondants (Figure 8).

Figure 8: Classifications professionnelles des patients répondants extraits de DxCare® basées sur la CITP-08



La catégorie professionnelle la plus représentée par les patients répondants était celle des métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat (n=7 ; 18,92%) suivie par la catégorie des personnels de services directs aux particuliers (n=6 ; 16,22%) et par les professions élémentaires (n=5 ; 13,51%). La catégorie des professions élémentaires était composée dans notre étude d'une auxiliaire de vie, d'un agent de propreté, d'un aide de cuisine, d'un éboueur et d'un ouvrier de voirie.



*ECM : eczéma chronique des mains

†Autres aspects : 1 desquamation palmaire récidivante et 1 pulpite fissuraire

Le type d'eczéma des mains le plus fréquent chez les répondants était la dermatite de contact allergique (n=10 ; 27,03%), suivi de la dermatite de contact irritative (n=9 ; 24,32%) et de la dysidrose (n=8 ; 21,62%).

Tableau 2: niveau de diplôme des patients ayant répondu à l'enquête.

Niveau de diplôme (%)	Nombre	Pourcentage
2ème ou 3ème cycle	6	16,22
Bac+2 ou 3	5	13,51
Bac général	1	2,70
Bac technique ou professionnel	6	16,22
CAP/BEP	13	35,13
Brevet des collèges	4	10,81
Sans diplôme	1	2,70
Autres *	1	2,70

** Certificat d'étude*

Tableau 3 : statut professionnel au moment de l'enquête des patients répondants.

Statut professionnel	Nombre	Pourcentage (%)
Salariés	27	72,97
Indépendants	5	13,51
Retraités	2	5,40
Non concerné *	2	5,40
Autres †	1	2,70

*En invalidité dans les suites d'accidents non professionnels
†Chômage

Le CAP/BEP était le niveau de diplôme le plus fréquemment atteint par les répondants (n=13; 35,13%).

Les répondants étaient en grande partie salariés (n=27; 72,97%).

Vingt-sept patients (72,97%) étaient en contrat à durée indéterminée (CDI), 5 patients (13,51%) étaient indépendants et 5 patients (13,51%) étaient considérés comme non concernés (2 retraités [5,40%], 2 en invalidité [5,40%] et 1 chômeur [2,70%]).

Ils travaillaient le plus souvent à temps plein (n=29 ; 78,38%). Trois patients (8,11%) étaient à temps partiel et 5 patients (13,51%) étaient non concernés par cette notion (2 retraités [5,40%], 2 en invalidité [5,40%] et 1 chômeur [2,70%]).

Trois répondants (8,11%) ont déclaré être en possession d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé pour l'eczéma des mains.

Quatre patients (10,81%) ayant répondu au questionnaire ont également déclaré avoir une reconnaissance en maladie professionnelle pour l'eczéma des mains et 1 patient (2,70%) ignorait s'il bénéficiait de cette reconnaissance.

Concernant l'âge (p=0,13), le sexe (p=0,70); le délai entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête (p= 0,099); et l'existence ou non d'un traitement d'entretien (p=0,29), il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les répondants et les non-répondants.

Le détail des caractéristiques socio-professionnelles et médicales (sexe, âge, catégorie diagnostique et catégorie professionnelle) des répondants et des non-répondants est regroupé dans les annexes 7 et 8.

2.3.3.3 Résultats principaux.

Tableau 4: situation professionnelle des répondants au moment de l'enquête.

	n (%)
Reprise du poste de travail antérieur au traitement par TOCTINO®	26 (70,27)
Changement d'emploi en raison de l'eczéma des mains	7 (18,92)
Arrêt de toute activité professionnelle en raison de l'eczéma des mains	3 (8,11)
Non concerné*	1 (2,70)

* Désinsertion professionnelle concomitante à l'eczéma des mains mais pour cause de séquelles de poliomyélite.

Vingt-six des travailleurs (70,27%) ayant répondu à l'enquête ont pu retourner à leur poste antérieur au traitement par TOCTINO®. Sept patients (18,92%) ont été contraints de changer d'emploi et 3 patients (8,11%) ont dû arrêter de travailler en raison de l'eczéma des mains.

Un patient (2,70%) a dû arrêter de travailler en raison de séquelles de poliomyélite.

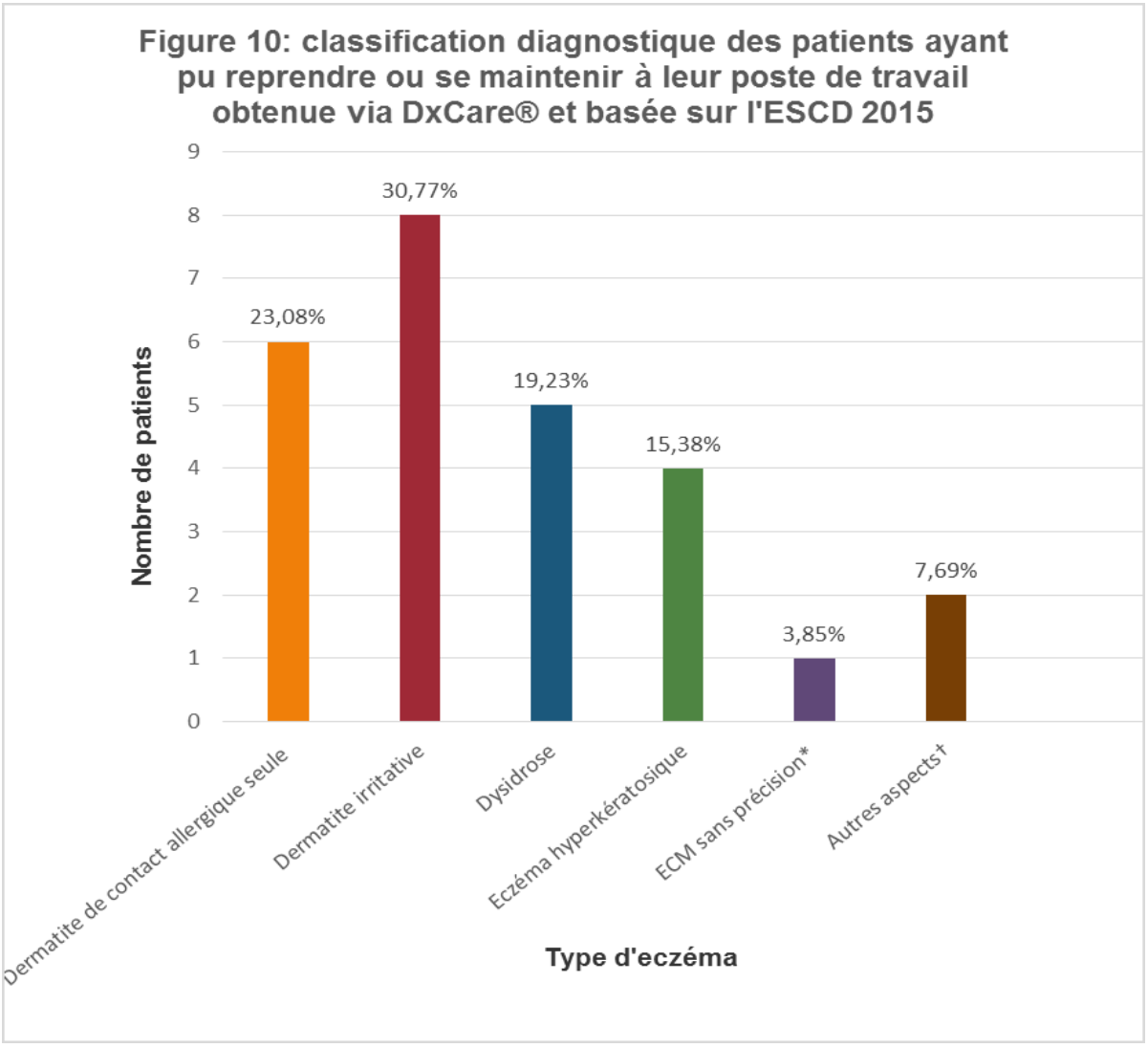
2.3.3.3.1 Retour au même poste de travail.

Vingt-six des répondants (70,27%) ont pu reprendre ou se maintenir à leur poste de travail antérieur au traitement par TOCTINO®.

Leur moyenne d'âge était de 50,15 ± 11,74 ans. Leur âge médian était de 53 ans (25 – 66).

Treize d'entre eux (50%) étaient des femmes et 13 (50%) étaient des hommes.

Dans cette population, le délai entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête était de 40,12 ± 25,55 mois. Le délai médian était de 36 mois (9 – 87).



*ECM : eczéma chronique des mains
† Autres aspects : une pulpite fissuraire et une desquamation palmaire récidivante

Les patients ayant pu reprendre à leur poste de travail antérieur au traitement par TOCTINO® étaient majoritairement atteints de dermatites de contact irritatives (n=8 ; 30,77%) et de dermatites de contact allergiques (n=6 ; 23,08%).

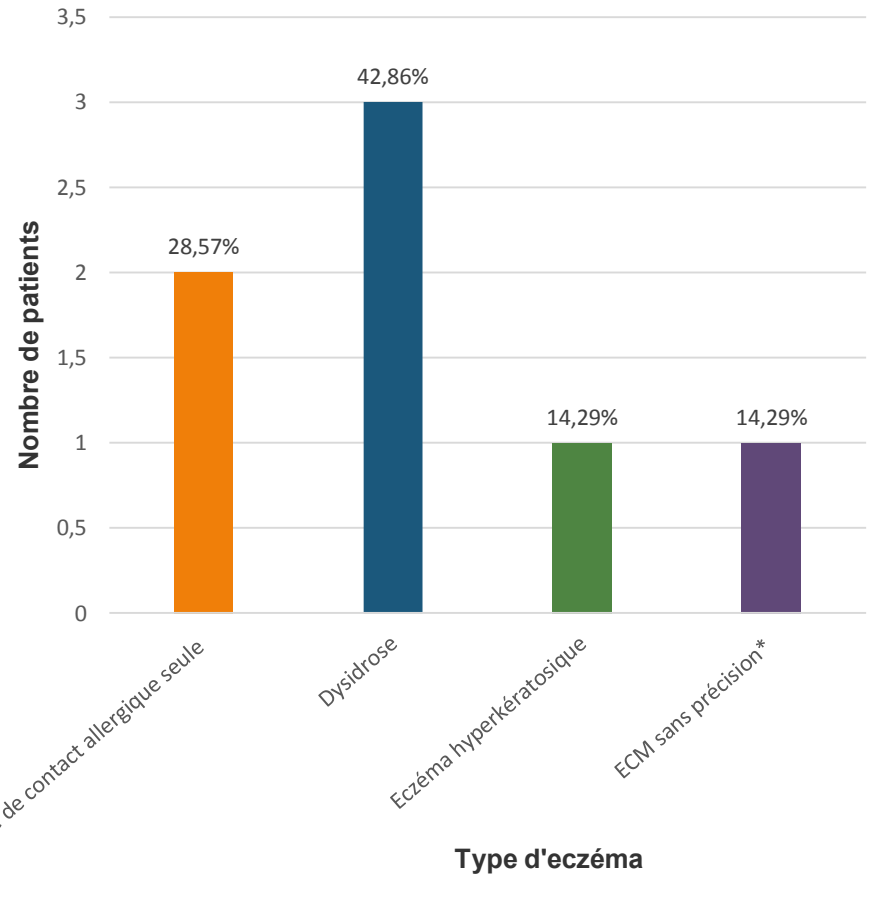
2.3.3.3.2 Changement d'emploi en raison de l'eczéma des mains.

Sept des répondants (18,92%) ont été contraints de changer d'emploi à cause de leur eczéma des mains.

Leur moyenne d'âge était de 34,1 ± 8,05 ans. L'âge médian était de 33 ans (25 – 47).

Six patients (85,71%) étaient des hommes et une (14,29%) était une femme. Le délai entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête était de 38,57 ± 29,95 mois. Le délai médian était de 27 mois (6 – 87).

Figure 11: classification diagnostique des patients contraints de changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains obtenue via DxCare® et basée sur l'ESCD 2015



*ECM : eczéma chronique des mains

Dans cette population de patients ayant dû changer d'emploi à l'issue du traitement par TOCTINO®, la dysidrose était la forme d'eczéma des mains la plus représentée (n=3 ; 42,86%).

A l'étude des dossiers, 5 d'entre eux avaient été améliorés par le traitement par TOCTINO®. Un patient (14,29%) n'en avait pas tiré de bénéfices et pour un (14,29%), nous ignorions l'efficacité du traitement.

Deux d'entre eux (28,57%) ont suivi un traitement d'entretien par TOCTINO® 10 mg, 3 patients (42,86%) n'en ont pas bénéficié et pour 2 d'entre eux (28,57%), cette donnée n'était pas mentionnée dans le dossier médical.

2.3.3.3.3 Arrêt de toute activité professionnelle en raison de l'eczéma des mains.

Trois des répondants (8,11%) ne travaillaient plus en raison de l'eczéma des mains.

Leur moyenne d'âge était de 53 ± 15,59 ans. L'âge médian était de 62 ans (35 – 62).

Parmi ces 3 patients, 2 (66,67%) étaient des femmes.

Le délai entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête était de 62 ± 12,29 mois. Le délai médian était de 67 mois (48 – 71).

Un patient présentait une dermite de contact allergique et était sensibilisé au chrome, baume du Pérou, méthyldibromoglutaronitrile, à la Méthylisothiazolinone et au Kathon CG (mélange de méthylchloroisothiazolinone et méthylisothiazolinone).

Un patient était atteint d'une dermite irritative et un présentait une dermatite atopique.

Un patient a bénéficié d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé. Les 2 autres n'en disposaient pas.

Un patient (2,70%) a changé de poste de travail pour une autre raison médicale (séquelles de poliomyélite).

Tableau 5 : caractéristiques générales et médicales des répondants en fonction de leurs situations professionnelles au moment de l'enquête.

	Reprise du même poste de travail antérieur au traitement par TOCTINO®	**Changement d'emploi en raison de l'eczéma des mains**	**Arrêt de toute activité professionnelle en raison de l'eczéma des mains**
Moyenne d'âge (ans)	50,15 ± 11,74	34,1 ± 8,05	53 ± 15,59
Sex Ratio (H/F)	1	6	0,5
Délai moyen entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête (mois)	40,12 ± 25,55	38,57 ± 29,95	62 ± 12,29
Type d'eczéma n(%)			
- **Dermatite de contact allergique**	6 (23,08)	2(28,57)	1(33,33)
- **Dermatite irritative**	8 (30,77)	0	1(33,33)
- **Dysidrose**	5 (19,23)	3(42,86)	0
- **Eczéma hyperkératosique**	4 (15,38)	1(14,29)	0
- **Dermatite atopique**	0	0	1 (33,33)
- **ECM sans précision***	1 (3,85)	1(14,29)	0
- **Autres aspects†**	2 (7,69)	0	0

*ECM : eczéma chronique des mains

† Autres aspects : une pulpite fissuraire et une desquamation palmaire récidivante

2.3.3.4 Résultats secondaires

2.3.3.4.1 Les arrêts de travail

Dix des répondants (27,03%) ont été en arrêt de travail en raison de l'eczéma des mains avant le traitement par TOCTINO®, 3 (8,11%) pendant le traitement et 1 (2,70%) après le traitement.

De façon globale, 10 des répondants (27,03%) ont été en arrêt de travail en raison de l'eczéma des mains.

Cinq (19,23%) des patients ayant pu retourner à leur poste de travail à l'issue du traitement par TOCTINO® ont été en arrêt de travail avant le traitement contre un (3,85%) pendant le traitement et aucun après le traitement.

Deux (28,57%) des patients ayant dû changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains ont été en arrêt de travail avant le traitement par TOCTINO®. Aucun arrêt de travail n'est survenu pendant ni après ce traitement.

Trois (100%) des patients ayant été contraints d'arrêter de travailler en raison de l'eczéma des mains étaient en arrêt de travail avant le traitement par TOCTINO®.

Tableau 6: description des arrêts de travail en fonction de la phase du traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®) chez les patients ayant répondu à l'enquête.

		OUI	NON	NSP*	NC†
Reprise du poste de travail	**Arrêt de travail avant traitement**	**5 (19,23%)**	**21 (80,77%)**	**0**	**0**
	- AM‡	4 (80%)			
	- MP§	1 (20%)			
	Arrêt de travail pendant le traitement	**1 (3,85%)** (AM‡)	**24 (92,31%)**	**1 (3,85%)**	**0**
	Arrêt de travail après le traitement	**0**	**24 (92,31%)**	**1 (3,85%)**	**1 (3,85%)**

Changement d'emploi	**Arrêt de travail avant traitement**	**2 (28,57%)**	**5 (71,43%)**	**0**	**0**
	- AM‡	2 (100%)			
	Arrêt de travail pendant le traitement	**0**	**7 (100%)**	**0**	**0**
	Arrêt de travail après traitement	**0**	**5 (71,43%)**	**0**	**2 (28,57%)**
Arrêt de toute activité professionnelle	**Arrêt de travail avant traitement**	**3 (100%)**	**0**	**0**	**0**
	AM‡	2 (66,67%)			
	AT II	1 (33,33%)			
	Arrêt de travail pendant traitement	**2 (66,67%)** (MP§)	**0**	**0**	**1 (33,33%)¶**
	Arrêt de travail après traitement	**0**	**0**	**0**	**3 (100%)**

*NSP : arrêt maladie
†NC : non concerné
‡AM : arrêt maladie
§MP : maladie professionnelle
IIAT : arrêt de travail
¶ : mise en invalidité pour sa pathologie cutanée (dermatite atopique)

Chez les personnes ayant pu retourner à leur poste de travail, un patient était non concerné par les arrêts de travail après le traitement car il était en cours de traitement à la réception du questionnaire. Il en était de même pour deux personnes ayant dû changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains.

Chez les patients ayant arrêté de travailler en raison de l'eczéma des mains, un a été mis en invalidité en cours de traitement et l'ensemble n'était plus concerné par les arrêts de travail à l'issue du traitement car ils avaient cessé tout travail.

2.3.3.4.2 Poursuite du traitement par Alitrétinoïne chez les patients ayant répondu au questionnaire.

Quatre des patients répondants (10,81%) poursuivaient le traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®) au moment de l'enquête.

Trente-trois (89,19%) d'entre eux n'étaient plus traités par TOCTINO®.

Parmi les 26 travailleurs ayant pu reprendre au même poste de travail à l'issue du traitement par TOCTINO®, 2 d'entre eux (7,69%) poursuivaient toujours le traitement au moment de l'enquête.

Parmi les 7 patients ayant dû changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains, 2 d'entre eux (28,57%) poursuivaient le traitement par TOCTINO® au moment de l'enquête.

Aucun des 3 patients ayant arrêté de travailler en raison de l''eczéma des mains ne poursuivait le TOCTINO® au moment de l'enquête.

Les raisons de l'arrêt du traitement sont détaillées dans le tableau (tableau 7) ci-dessous.

Tableau 7: raisons d'arrêt du traitement par TOCTINO® évoqués par les patients ayant répondu à l'enquête.

	Reprise du poste de travail	**Changement d'emploi**	**Arrêt de toute activité professionnelle**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Guérison	10 (41,67)	0	0
Mauvaise tolérance	8 (33,33)	2 (40)	1 (33,33)
Absence d'efficacité	4 (16,67)	1 (20)	1 (33,33)
Autres	1 (4,17) †	1 (20) ‡	0
NSP*	1 (4,17)	1 (20)	1 (33,33)
Total	24 (100)	5 (100)	3 (100)

*NSP : ne sait pas
†Autres : ce patient aurait souhaité arrêter le traitement car il aurait noté une grande amélioration qui lui était satisfaisante.
‡Autres: manque d'assiduité dans le suivi du traitement

2.3.3.4.3 Les équipements de protection individuels (EPI).

Tableau 8: port des EPI chez les répondants au moment de l'apparition de l'eczéma des mains.

Type d'EPI	OUI n (%)	NON n (%)
Gants	19 (51,35)	18 (48,65)
Blouse	15 (40,54)	22 (59,46)
Lunettes	4 (10,81)	33 (89,19)
Masques	4 (10,81)	33 (89,19)
Chaussures de sécurité	16 (43,24)	21 (56,76)

Ainsi, 51,35% (n=19) des patients interrogés portaient des gants au cours de leurs tâches de travail au moment de l'apparition de l'eczéma des mains.

Onze (42,31%) patients ayant pu retourner à leur poste de travail portaient des gants au moment de l'apparition de l'eczéma contre 15 (57,69%) qui n'en portaient pas.

Quatre (57,14%) patients ayant dû changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains portaient des gants au moment de l'apparition de l'eczéma contre 3 (42,86%) qui n'en portaient pas.

Tous les patients (n=3; 100%) ayant dû arrêter de travailler pour cause d'eczéma des mains portaient des gants au moment de l'apparition de l'eczéma des mains.

2.3.3.4.4 Travail en milieu humide et maintien dans l'emploi.

2.3.3.4.4.1 Chez les patients ayant pu reprendre leur poste de travail à l'issue du traitement.

Tableau 9: professions concomitantes à l'apparition de l'eczéma des mains, port de gants et notion de travail en milieu humide chez les patients ayant pu se maintenir à leur poste de travail à l'issue du traitement.

Catégories professionnelles	Professions et nombre de patients par profession		Port de gants	Travail en milieu humide
Professions militaires	Gendarme	2	NON	NON
Professions intellectuelles et scientifiques	Modéliste	1	NON	NON
Professions intermédiaires	Infirmier	1	OUI	OUI
	Technicien de maintenance	1	NON	**OUI**
Employés de type administratif	Secrétaire	5	NON	NON
Personnels de services directs aux particuliers	Coiffeur	2	OUI	OUI
	Esthéticien	1	OUI	OUI
	Auxiliaire petite enfance	1	NON	NON
Professions de l'agriculture, sylviculture et pêche	Agriculteur	1	NON	**OUI**
	Paysagiste	1	OUI	OUI
	Ostréiculteur	1	NON	**OUI**
Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat	Mécanicien	1	OUI	OUI
	Orfèvre	1	NON	NON
	Menuisier	1	OUI	OUI

Conducteurs d'installation de machines et ouvriers de l'assemblage	Conducteur de machines en pétrochimie	1	NON	**OUI**
	Assistant de production dans l'agroalimentaire	1	OUI	OUI
Professions élémentaires	Auxiliaire de vie	1	OUI	OUI
	Agent de propreté	1	OUI	OUI
	Aide de cuisine	1	OUI	OUI
	Eboueur	1	OUI	OUI

En gras : les patients ne portant pas de gants et considérés comme travailleurs en milieu humide.

Dans cette catégorie, 5 professions n'étaient pas considérées comme appartenant au travail en milieu humide, soit 10 patients (38,46%).

Quinze professions pouvaient correspondre aux critères du travail en milieu humide soit 16 patients (61,54%). Cependant, quatre d'entre eux (25%) exerçant chacun une profession différente (4 professions) ne portaient pas de gants malgré le fait que ce travail puisse se faire en milieu humide. Les 12 autres travailleurs (75%) portaient des gants au cours de leurs tâches de travail en milieu humide.

2.3.3.4.4.2 Chez les patients contraints de changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains.

Tableau 10: anciennes et nouvelles professions des patients ayant changé d'emploi en raison de l'eczéma des mains, port de gants et notion de travail en milieu humide.

Profession concomitante à l'apparition de l'eczéma	**Port de gants**	**Travail en milieu humide**	**Nouvelle profession**	**Travail en milieu humide**
Mécanicien	Oui	Oui	Installateur d'abri de piscine	Oui
Boulanger-pâtissier	Non	Oui	Chef de secteur dans une société de transport de produits frais	Non
Coiffeur	Non	Oui	Responsable formation coiffure	Non
Technicien de maintenance électroménager	**NON**	**OUI**	Mécanicien automobile	Oui
Cariste, préparateur de commandes en logistique alimentaire	Oui	Oui	Magasinier dans une société de produits phytosanitaires	Oui
Menuisier poseur	Oui	Oui	Adjoint technique dans une université	Oui
Employée de fast-food	Oui	Oui	Chargée de gestion pour des logements sociaux	Non

En gras : les patients ne portant pas de gants et considérés comme travailleurs en milieu humide.

Les emplois ci-dessus correspondants à la période d'apparition de l'eczéma des mains répondaient tous (n=7; 100%) aux critères du travail en milieu humide mais seuls 4 patients (57,14%) portaient des gants. Seulement 4 (57,14%) des emplois nouvellement occupés concernant 4 patients différents pouvaient être considérés comme comportant des tâches de travail en milieu humide.

2.3.3.4.4.3 Chez les patients ayant arrêté de travailler à cause de l'eczéma des mains.

Tableau 11: professions, port de gants et travail en milieu humide chez les patients ayant arrêté de travailler en raison de l'eczéma des mains.

Profession	Port de gants	Travail en milieu humide
Mécanicien agricole	Oui	Oui
Ouvrier de l'agroalimentaire	Oui	Oui
Aide-soignante	Oui	Oui

Ces 3 patients exerçaient tous une activité répondant aux critères du travail en milieu humide (100%) et portaient tous des gants (100%).

2.3.3.4.5 Relation entre eczéma hyperkératosique, réponse au traitement par TOCTINO® et retour à l'emploi.

Dix patients inclus (16,67%) présentaient une forme hyperkératosique. L'étude des dossiers médicaux a révélé que 7 d'entre eux (70,00%) ont été améliorés cliniquement et que 4 autres (40,00%) ont guéri de leur eczéma des mains à la suite du traitement par TOCTINO®.

Seuls 5 d'entre eux (50%) ont répondu au questionnaire. Parmi les répondants présentant une forme hyperkératosique, 4 (80%) ont pu retourner à leur poste de travail et 1 (20%) a dû changer d'emploi en raison de l'eczéma des mains. Aucun n'a été contraint d'arrêter de travailler pour cette cause.

DISCUSSION

Dans notre étude, 70,27% des travailleurs ayant répondu à l'enquête, présentant un eczéma chronique des mains et ayant bénéficié d'un traitement par Alitrétinoïne ont pu se maintenir à leur poste de travail antérieur au traitement.
L'eczéma chronique des mains a été responsable d'un changement d'emploi pour 18,92% d'entre eux.
Parmi ces patients, 8,11% ont été contraints d'arrêter de travailler en raison de l'eczéma des mains.
Ainsi, la grande majorité des répondants (89,19%) se sont maintenus dans l'emploi, que ce soit au même poste de travail ou à un autre.
Vingt-sept pour cent des répondants ont été en arrêt de travail en raison de l'eczéma des mains avant le traitement par TOCTINO® ; 8,11% pendant le traitement et 2,70% après le traitement.
Quatre des patients répondants (10,81%) poursuivaient le traitement par Alitrétinoïne TOCTINO® au moment de l'enquête. Les principales raisons d'arrêt étaient la guérison (41,67%) et la mauvaise tolérance (33,33%).
Parmi les patients ayant pu se maintenir à leur poste de travail, 61,54% étaient exposés au travail en milieu humide, contre 100% des patients ayant été contraints d'arrêter de travailler en raison de l'eczéma des mains. Les patients ayant changé d'emploi réalisaient initialement 100% de leurs tâches de travail en milieu humide contre 57,14% pour le poste nouvellement occupé.
Cinquante et un pour cent des répondants portaient des gants au travail lors de l'apparition de l'eczéma des mains.
La forme hyperkératosique ne touchait que 10 patients inclus dans notre étude. Sept d'entre eux ont été améliorés cliniquement après traitement par TOCTINO® .Ce résultat est plus élevé que ce celui obtenu globalement chez les inclus (58,33%). De même, **4 des 5 répondants présentant une forme d'eczéma hyperkératosique se sont maintenus à leur poste de travail, ce qui représente un meilleur résultat que pour l'ensemble des répondants (70,27%).**

Le retentissement socio-professionnel de l'eczéma chronique des mains a déjà été abordé par certains auteurs. Cependant, le sujet du devenir socio-professionnel des patients présentant un eczéma chronique des mains et traités spécifiquement par TOCTINO® n'avait pas été étudié auparavant. **Il s'agit donc d'une étude originale malgré les limites détaillées ci-dessous.**

Le traitement par TOCTINO® dispose de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication d'eczéma chronique des mains sévère, réfractaire au traitement par dermocorticoïdes depuis 2008. **Dans notre étude, nous avons inclus des patients de 2009 à 2016, recouvrant ainsi une période allant d'une date proche de l'AMM du TOCTINO® au début de l'enquête**. Ceci a permis d'être relativement exhaustif en recueillant les données de tous les patients venus en consultation au CHU de Bordeaux dans le cadre d'un eczéma des mains et traités par TOCTINO® depuis le début de l'AMM.
Une population « contrôle » ne bénéficiant pas du traitement par TOCTINO® mais présentant des caractéristiques sociodémographiques et médicales similaires aux patients inclus n'a pas pu être mis en place.

Cela aurait pu apporter un niveau de preuve plus intéressant à notre étude. Cependant, **les contraintes de temps ne nous ont pas permis de mettre en place une étude de recherche clinique** comparant deux populations avec deux schémas thérapeutiques différents. De plus, le comité d'éthique aurait probablement refusé la réalisation d'une telle étude si elle comportait le suivi d'une population sans traitement ou traitée par placebo, représentant ainsi une perte de chance pour les patients compte tenu de l'efficacité thérapeutique du TOCTINO®.
Notre étude présente également un biais de sélection compte tenu du fait que tous **les patients ont été inclus à l'issue d'au moins une consultation au CHU de Bordeaux**. Il est aisé de penser que les patients consultant au CHU peuvent présenter un eczéma des mains plus sévère que ceux consultant en dermatologie libérale. En effet, la prescription initiale de TOCTINO® est limitée aux dermatologues mais n'est pas obligatoirement un médicament à prescription hospitalière. Ainsi, les patients présentant un eczéma chronique des mains réfractaire au traitement par dermocorticoïdes et suivis par un dermatologue en secteur libéral peuvent également se voir administrer un traitement par TOCTINO®.
De plus, **les patients ont été inclus à l'aide du dossier médical informatique qui pouvait comporter des informations imprécises, non actualisées, voire erronées**. Ainsi, un biais d'information à l'inclusion des patients ne peut être écarté.
En effet, des patients inclus initialement ont dû être exclus après retour des questionnaires ou contact téléphonique (n=8) car ils présentaient des critères d'exclusion absents du dossier médical informatique. Ainsi, 60 patients ont été inclus en prenant en compte les exclusions secondaires mais il est probable qu'une partie des non-répondants présentaient également des critères d'exclusion que nous ignorions. De ce fait, le nombre de patients inclus est possiblement surestimé dans notre étude.
Par ailleurs, **l'utilisation du questionnaire dans cette étude rétrospective peut induire un biais de mémorisation**. En effet, nous avons sollicité les patients inclus via un questionnaire adressé par voie postale puis par téléphone. Quel que soit le mode de recueil, les données pouvaient être inexactes car elles faisaient appel aux souvenirs des patients, pouvant remonter jusqu'à 2009. De plus, nous n'avons pas utilisé de questionnaire standardisé dans cette étude comme le NOSQ-2002 (Nordic occupational skin questionnaire) (100) qui est employé notamment dans le cadre des dermatoses professionnelles et qui prend en compte les expositions environnementales. Cependant, notre questionnaire présentait des données similaires et il était nécessaire que nous disposions de questions relatives aux arrêts de travail et au maintien dans l'emploi que le NOSQ-2002 n'intègre pas. L'envoi du questionnaire au domicile des patients était soumis à la problématique d'un éventuel changement d'adresse. En effet, 4 courriers nous ont été retournés car les patients n'habitaient plus à l'adresse indiquée dans le dossier médical informatique. Il en était de même pour la relance téléphonique, le numéro du patient étant recueilli via le dossier médical informatique. Toutefois, **le fait d'avoir joint une enveloppe réponse préaffranchie avec le questionnaire a probablement permis d'optimiser le taux de réponse par voie postale. Ce dernier était de 42,65% dans notre étude ce qui est effet supérieur au taux moyen observé de 30% pour les questionnaires postaux.**

Certaines variables ont été extraites initialement à l'aide du dossier médical informatique comme l'âge, le sexe, le diagnostic, la profession, la date de début du traitement par TOCTINO®, les notions d'amélioration et de guérison ainsi qu'un éventuel traitement d'entretien et sa posologie.

Concernant le diagnostic d'eczéma des mains, il a été posé par 28 dermatologues différents du CHU de Bordeaux n'ayant pas nécessairement les mêmes pratiques. **Afin d'homogénéiser les diagnostics, nous avons classé les différentes formes d'eczéma des mains en 6 groupes. En l'absence de consensus concernant la classification de l'eczéma des mains, le choix s'est porté sur celle de l'ESCD 2015** car il s'agit d'une classification récente (mise en place après l'AMM du TOCTINO®), issue d'une revue de la littérature et étiopathogénique, ce qui représentait le choix le plus intéressant au regard des autres variables étudiées (type de profession et travail en milieu humide notamment).

Par ailleurs, **peu de patients disposaient d'une preuve histologique de leur eczéma des mains**. En effet, le diagnostic d'eczéma des mains est clinique et une biopsie n'est réalisée qu'en cas de doute diagnostique. Il est ainsi possible que certains patients ne présentaient pas d'eczéma mais une autre pathologie dermatologique comme un psoriasis, qui représente le principal diagnostic différentiel de la maladie. **Il en est de même en ce qui concerne la réalisation des tests épicutanés, certains patients n'en ont pas bénéficié**, ce qui peut sous-estimer la part des dermatites allergiques parmi les différentes formes d'eczéma des mains.

La forme la plus fréquente d'eczéma des mains est la forme irritative. Néanmoins, les personnes présentant un eczéma chronique des mains de forme hyperkératosique seraient susceptibles de répondre davantage au traitement par TOCTINO® (46). Dans notre étude, la forme d'eczéma la plus fréquente chez les patients inclus et les répondants était la dermite de contact allergique (respectivement 30% et 27,03%). La forme hyperkératosique ne représentait que 16,67% des types d'eczéma des mains chez les patients inclus et 13,51 % chez les répondants.

En ce qui concerne les professions des patients inclus, ces données ont été extraites également via le dossier médical informatique. Elles pouvaient possiblement être erronées, contrairement aux professions des répondants qui ont été obtenues via le questionnaire adressé aux patients inclus. En outre, la profession actuelle et l'emploi occupé au moment de l'apparition de l'eczéma des mains ont été recueillis chez les répondants via le questionnaire ce qui nous a notamment permis d'évaluer l'exposition au travail en milieu humide dans ces deux situations si elles différaient. **Nous avons par la suite choisi de regrouper ces professions en catégories professionnelles à l'aide de la CITP-08 permettant ainsi d'homogénéiser les professions et de faciliter le traitement des données.**

La notion de travail en milieu humide a été appréciée à l'aide des critères mentionnés dans la TRGS 401 en l'absence de législation française sur ce sujet actuellement. Des critères objectifs sont utilisés comme une durée de « 2 heures » en milieu humide ou le « port de gants pendant la période correspondante » mais également un critère subjectif avec la notion de « lavage fréquent et intensif des mains » pouvant surestimer ou sous-estimer cette exposition. De plus, nous ne disposions que de l'intitulé du poste, de la notion de port de gants le cas échéant et dans certains cas, des produits et outils manipulés. Nous n'avions pas une connaissance exhaustive des postes de travail occupés, cela aurait nécessité des études de poste ainsi qu'une étroite collaboration avec le médecin du travail des patients. Cette dernière n'a pas pu être mise en place en raison de contraintes de temps.

Nous n'avons pas pris en compte dans cette étude l'exposition aux irritants ni aux allergènes de façon spécifique bien que la notion de travail en milieu humide englobe l'exposition aux irritants. **L'index de qualité de vie (DLQI) était absent de la très grande majorité des dossiers médicaux.**

Cette donnée pourrait cependant être un indicateur intéressant sur lequel s'appuyer pour anticiper une éventuelle situation de désinsertion professionnelle.
Dans la majorité des cas, nous ne disposions pas de la durée du traitement par TOCTINO® en raison d'un grand nombre de patients ne s'étant pas présenté aux consultations de suivi avec le dermatologue après prescription du TOCTINO®. De plus, cette donnée n'a pas été reprise dans le questionnaire.
Les notions de guérison et d'amélioration mentionnées dans le dossier médical sont à considérer avec prudence car il s'agit d'une diminution ou d'une disparition des lésions objectivées au cours d'une consultation avec le dermatologue mais l'eczéma des mains étant chronique dans notre étude, une rechute ou une exacerbation des lésions ne peuvent être exclues.
Certaines variables du questionnaire n'ont pas pu être exploitées. Les données concernant machines et outils manipulés ainsi que les produits utilisés au cours des tâches de travail n'ont pas été traitées en raison de données trop imprécises ou absentes. Il en est de même en ce qui concerne la durée des arrêts de travail et la date d'un éventuel changement d'emploi. Un biais de mémorisation est ainsi présent en raison du caractère rétrospectif de l'étude et des délais entre le début du traitement par TOCTINO® et l'enquête de parfois plusieurs années.

Comme nous l'avons déjà mentionné en introduction, **aucune étude à ce jour n'a étudié le maintien dans l'emploi des travailleurs atteints d'eczéma chronique des mains et traités par TOCTINO®. Néanmoins, certains auteurs se sont intéressés au devenir professionnel des patients présentant un eczéma chronique des mains.**

C'est le cas de **Holness en 2011** (101) qui a étudié le devenir professionnel de 100 travailleurs canadiens atteints d'eczéma chronique des mains dans les six mois après le diagnostic. Le suivi était prospectif au sein du service de pathologies professionnelles de l'hôpital Saint Michael de Toronto. Un premier rendez-vous avait pour but de recueillir l'histoire clinique et le statut professionnel puis était suivi d'un contact téléphonique ou d'une consultation à 3 mois et à 6 mois. Cette étude présente des similarités avec la nôtre notamment en ce qui concerne les critères d'inclusion : dermite de contact des mains, patients dans l'emploi ou ne travaillant plus en raison de l'eczéma. Dans cette étude, les patients ont tous bénéficié de patch tests et d'un suivi prospectif ce qui permet d'éliminer d'éventuels biais de sélection et de mémorisation. La dermatite d'irritation prédominait dans cette étude (83%), 51% des patients étaient atteints de dermatite allergique, 8% présentaient une dermatite atopique et 5% étaient également atteints de psoriasis.
Les résultats suivants étaient basés sur 78 patients.
Au premier rendez-vous, 7,5% des patients ne travaillaient pas en raison de l'eczéma des mains. Soixante-quatorze pour cent des patients occupaient le même poste de travail qu'au moment de l'apparition de l'eczéma des mains et 11,39% avaient changé d'emploi en raison de l'eczéma des mains.
Quatre-vingt-six pour cent des patients portaient des gants au travail et 21% d'entre eux à la maison.
A 3 mois et à 6 mois du diagnostic, respectivement 24,70% et 36,48% des patients ne travaillaient pas en raison de l'eczéma des mains et 21% déclaraient avoir été licenciés ; respectivement 57% et 25% des patients occupaient le même poste de travail qu'au moment de l'apparition de l'eczéma des mains ; respectivement 16,28% et 38,22% avaient changé d'emploi au cours de cette période en raison de l'eczéma des mains.

Dans cette étude, l'auteur n'a pas tenu compte des traitements entrepris par les patients. De plus, certains patients sont atteints de psoriasis, hors le psoriasis ne fait pas partie des classifications usuelles des dermites de contact.

Une autre **étude finlandaise de 2009 par Mälkönen et al.** (102) avait pour objectif d'étudier le devenir socio-professionnel et médical de patients présentant une dermatose d'origine professionnelle. De 1994 à 2001, 1048 patients ont fait l'objet d'un suivi à l'aide d'un questionnaire 6 mois après le diagnostic.
L'ensemble des patients ont bénéficié de tests épicutanés (batterie standard européenne, batteries spécifiques si nécessaire) et éventuellement de prick tests. Les formes diagnostiques ont été catégorisées en 3 groupes : dermatite de contact allergique, dermatite de contact irritative et urticaire de contact. Les patients étaient plus fréquemment atteints de dermatite de contact allergique (49,52%) puis de dermatite irritative (34,64%) et d'urticaire de contact (14,79%).
Au cours des 6 mois de suivi, 25% des patients ont été en arrêt de travail en raison de leur pathologie cutanée et un tiers des patients n'effectuaient plus les mêmes tâches de travail ou avaient changé d'emploi en raison de l'eczéma des mains.
A 6 mois du diagnostic, 39% des patients étaient restés au même poste de travail. Ce résultat est d'autant plus important chez les patients présentant une dermatite de contact irritative (47%). Dix-sept pour cent des patients étant restés au même poste de travail ont guéri de leur pathologie cutanée contre 33% de ceux qui ont changé d'emploi. Quinze pour cent des patients avaient arrêté de travailler en raison de l'eczéma des mains. Les patients en reclassement professionnel avaient le meilleur taux de guérison (43%) suivis par ceux qui avaient arrêté de travailler (36% de guérison). La perte d'emploi était survenue plus fréquemment chez les patients de plus de 45 ans et ceux qui travaillaient dans l'alimentation.
Cette étude présente globalement les mêmes intérêts et limites que la précédente (Holness, 2012) (101). En effet, il s'agit d'une étude prospective et portant d'autant plus sur un grand nombre de sujets (n=1048). Cependant, nous ne disposons pas des traitements entrepris par les patients. Par ailleurs, le TOCTINO® venait d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché l'année de publication de cet article. La population étudiée ici n'a donc probablement pas bénéficié de cette thérapeutique.

Enfin, une récente **étude de 2016 par Cazzaniga et al.** (10) s'est intéressée aux caractéristiques socio-professionnelles et médicales des patients atteints d'eczéma chronique des mains dans 7 départements de Suisse. Les patients qui présentaient un eczéma chronique des mains ont été inclus par des dermatologues libéraux ou hospitaliers. Au total, 199 patients ont été inclus.
Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Les femmes représentaient 50,8% des patients. L'âge moyen des patients inclus était de 40,4 ± 14,2 ans (âge médian de 38 ans).
La forme d'eczéma prédominante était la dermatite d'irritation (68,8%) suivie par la dermatite atopique (60,8%), la dysidrose (39,7%), la dermatite allergique et l'hyperkératose (36,7% respectivement) et la pulpite (5,5%).
Quatre-vingt-trois pour cent des patients travaillaient au moment de l'étude.
La grande majorité des patients avaient appliqués des topiques (98,5%) au cours des 12 derniers mois. Concernant les thérapies systémiques, 21,1% des patients étaient traités par Alitrétinoïne.
En raison de l'eczéma des mains, 37,3% des patients avaient été en arrêt au cours des 12 derniers mois ; 14,8% avaient changé d'emploi ou perdu leur emploi en raison de l'eczéma des mains.

Dans cette étude, nous connaissions les traitements utilisés par les patients bien que les auteurs ne se soient pas intéressés au devenir professionnel en fonction des traitements entrepris.

Les caractéristiques socio-professionnelles des patients répondants de notre étude sont relativement similaires aux caractéristiques des patients inclus des études précitées (10) (97) (102).
La proportion d'hommes et de femmes est relativement bien respectée dans l'ensemble des études citées ci-dessus avec un âge moyen de 40 ans environ (moyenne d'âge des répondants de 47,59 ± 12,88 ans dans notre étude).
Dans l'étude de Mälkönen et al. (102), les patients présentaient majoritairement une dermatite de contact allergique (49,52%) comme dans notre étude (27,03% pour les répondants). La forme d'eczéma prédominante des études de Cazzaniga et al. (10) et de Holness (101) était la dermite irritative. Dans l'étude de Cazzaniga (10), seule la moitié des patients (49,5%) avaient bénéficié de tests épicutanés alors que l'ensemble des patients de l'étude de Holness (101) en avaient réalisé. Dans notre étude, malgré le fait qu'il s'agisse de la forme d'eczéma prédominante, cette donnée est peut être sous-estimée en raison de l'absence de réalisation de tests épicutanés pour l'ensemble des patients.
Les catégories professionnelles observées de façon majoritaire chez les répondants dans notre étude étaient les métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat (18,92%) suivis par les personnels de services directs aux particuliers (16,22%) et les professions élémentaires (13,51%).
Les auteurs précédemment cités n'ont pas utilisés la CITP-08 pour catégoriser les professions. Cependant, **Mälkönen et al. (102) ainsi que Cazzaniga et al. (10) retrouvaient des profils de professions similaires**. Dans l'étude de Mälkönen et al., (102) les métiers de l'industrie (machinistes, mécaniciens) représentaient 10,11% des professions, le secteur de l'alimentation 9,73% des professions, le secteur du soin et des services aux particuliers représentait 8,97% des professions. Dans l'étude de Cazzaniga et al.,(10) les métiers de l'industrie (machinistes, mécaniciens) représentaient 17,5% des professions, le secteur de l'alimentation 13,1% des professions, le secteur du soin représentait 12,1% des professions. Dans notre étude, les métiers du secteur de l'alimentation étaient répartis en professions élémentaires (aides de cuisine) et en professions de services directs aux particuliers (boulanger).
Effectivement, ces observations sont cohérentes vis-à-vis de la pathologie observée dans la mesure où le travail en milieu humide et l'exposition aux irritants de façon générale concourent à la fragilisation cutanée et de ce fait à la survenue d'eczéma des mains.
Concernant le devenir professionnel, les patients répondants de notre étude ont pu se maintenir dans l'emploi (reprise du poste antérieur au traitement par TOCTINO® ou changement de poste de travail en raison de l'eczéma des mains) plus favorablement que dans d'autres études.
En effet, dans les études de Mälkönen et al. (98) et de Holness (101), seuls respectivement 39% et 25% des patients se sont maintenus à leur poste de travail 6 mois après le diagnostic d'eczéma des mains contre 70,27% dans notre étude. Ce résultat peut s'expliquer notamment par un délai moyen entre l'instauration du traitement par TOCTINO® et l'enquête plus long dans notre étude, de 41,08 ± 25,74 mois en moyenne; la date de début du traitement par TOCTINO® pouvant être assimilée à la date du diagnostic. Il n'est cependant pas exclu que dans ces 2 études des patients aient pu changer d'emploi pour une autre raison que l'eczéma des mains.

Cette donnée n'est pas explicitée dans ces études et peut modifier considérablement les observations. De plus, dans l'étude de Mälkönen et al. (98) les patients sont atteints exclusivement de dermatites de contact professionnelles, ce qui peut expliquer des résultats plus faibles en termes de maintien dans l'emploi.

Dans l'étude de Mälkönen et al., (102) 15% des patients ont arrêté de travailler en raison de l'eczéma des mains et 14,8% des patients de l'étude de Cazzaniga et al. (10) ont changé d'emploi ou arrêté de travailler en raison de l'eczéma des mains. Ces données sont relativement proches de celles observées dans notre étude. Cependant, dans l'étude d'Holness (101), 36,48% des patients ont arrêté de travailler en raison de l'eczéma des mains et 38,22% ont changé d'emploi en raison de l'eczéma des mains. Dans notre étude, le nombre de patients de cette catégorie était très faible (n=10), limitant ainsi la portée des résultats par manque de puissance.

Un quart des patients de notre étude ont été en arrêt maladie en raison de l'eczéma des mains. Ces résultats sont similaires à ceux observés par d'autres auteurs, notamment Mälkönen et al. (102) (25% d'arrêt de travail). Cependant, Cazzaniga et al. (11) en 2016 observent des chiffres plus élevés, 37,3% des patients de leur étude étaient en arrêt de travail sur les 12 derniers mois.

Un biais de mémorisation dans notre étude peut éventuellement sous-estimer les résultats observés. Malgré tout, aucune des études citées ci-dessus n'a étudié l'existence d'arrêts de travail dans une population traitée spécifiquement par TOCTINO® .**Ce traitement ayant un impact positif sur la qualité de vie (49), cela peut nous amener à penser que les patients nécessitent moins d'arrêts de travail.**

Nos résultats montrent que le port de gants et le travail en milieu humide sont inversement proportionnels au maintien au poste de travail des patients interrogés. Le port de gants est pourvoyeur de travail en milieu humide mais il représente également un équipement de protection des mains permettant d'éviter le contact des irritants ou des allergènes. L'éducation des travailleurs via le médecin du travail est un point essentiel. Cependant, la communication sur ce sujet au travail est possiblement absente, d'autant plus que les travailleurs ne consultent pas systématiquement leur médecin du travail au sujet de leur eczéma des mains. En effet, dans l'étude de Holness (97), le médecin consulté initialement est entré en relation avec l'employeur dans seulement 23% des cas et les salariés ont consulté leur médecin du travail dans 6% des cas uniquement.

En ce qui concerne les travailleurs ayant changé d'emploi en raison de l'eczéma des mains, nous n'avons pas interrogé les patients afin de savoir s'ils avaient tenu compte de la notion de travail en milieu humide pour le nouvel emploi, s'ils avaient consulté un médecin du travail à ce sujet et s'ils avaient bénéficié d'une aide à la réorientation professionnelle. De plus, cette catégorie professionnelle ne concerne que très peu de patients dans notre étude (n=7) ce qui confère peu de pertinence à nos résultats.

Sept des 10 patients atteints d'eczéma hyperkératosique ont été améliorés cliniquement après traitement par TOCTINO® dans notre étude. Ce résultat est concordant avec celui observé par Politiek et al. (68,33%) dans leur étude (45).

La forme hyperkératosique est considérée comme étant celle qui répond le mieux au traitement par Alitrétinoïne (45). Un meilleur résultat en termes de maintien au poste de travail a été observé chez ces patients dans notre étude en comparaison du résultat global, ce qui pourrait effectivement être lié à une meilleure efficacité clinique du TOCTINO® chez ces patients. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence dans la mesure où le nombre de patients concernés est très faible.

En vue d'une amélioration des pratiques, plusieurs axes de réflexion peuvent être envisagés.

En prévention primaire, une meilleure communication auprès des employeurs et des travailleurs par le biais notamment de campagnes d'informations portant sur les risques liés au travail en milieu humide pourrait permettre de diminuer l'incidence de l'eczéma des mains.

L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail joue un rôle clé à ce niveau. Il est nécessaire de sensibiliser et d'éduquer les professionnels au port adéquat de gants, à l'hygiène des mains et à l'application régulière d'émollients. En fonction des professions, et notamment les métiers du soin et de l'entretien, des sous-gants de coton pourraient être mis à disposition des travailleurs en complément des gants jetables pour lesquels il est par ailleurs nécessaire de privilégier le vinyle ou le nitrile.

De plus, ces campagnes d'informations permettraient de rappeler le rôle du médecin du travail et plus largement de l'équipe de santé au travail dans la prévention et le maintien dans l'emploi en incitant les travailleurs présentant un eczéma des mains à consulter le plus rapidement possible.

En prévention secondaire, le médecin traitant et le dermatologue ont un rôle majeur en ce qui concerne l'orientation de leurs patients vers le médecin du travail. Celui-ci peut alors évaluer la possibilité de mise en place d'équipements de protection, la possibilité d'un aménagement de poste ou d'une formation en vue d'une reconversion professionnelle.

Les travailleurs atopiques éventuellement exposés au milieu humide demandent une attention particulière. Il convient d'être vigilant, d'une part, au moment de la visite initiale d'information et de prévention ou de l'examen médical d'aptitude à l'embauche le cas échéant et d'autre part tout au long de la carrière au cours des examens de suivi. Ces visites représentent un moment privilégié pour rappeler les règles d'hygiène des mains et le port de gants. Le médecin du travail peut décider de mettre en place un suivi adapté pour ces travailleurs.

Les résultats de notre étude nous amènent à penser que le traitement par TOCTINO® pourrait avoir un effet bénéfique sur le maintien dans l'emploi des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains.

Ces résultats nécessiteraient néanmoins d'être approfondis à l'aide d'une étude comparant le maintien dans l'emploi de deux populations de travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et traités ou non par TOCTINO® .Cela permettrait d'évaluer l'impact de ce traitement sur le maintien dans l'emploi de ces travailleurs. Cependant, il serait fondamental de se questionner sur l'éthique et la faisabilité d'une étude de recherche clinique.

L'intérêt d'une étude de ce type serait de discuter l'élargissement des indications du TOCTINO® ou de le prescrire plus précocement en fonction de la situation professionnelle du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Crépy M-N. Classification de l'eczéma des mains en lien avec le travail et arbre décisionnel: données récentes. 2016.

2. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. JDDG J Dtsch Dermatol Ges. 1 janv 2015;13(1):e1‑22.

3. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population – prevalence and main findings*. Contact Dermatitis. février 2010;62(2):75‑87.

4. Kumari V, Timm K, Kühl AA, Heine G, Worm M. Impact of systemic alitretinoin treatment on skin barrier gene and protein expression in patients with chronic hand eczema. Br J Dermatol. déc 2016;175(6):1243‑50.

5. Crépy MN. Dermatite de contact d'origine professionnelle : conduite à tenir. Référence en santé au travail. mars 2013. [Internet] [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://allergo.lyon.inserm.fr/ALLERGOLOGIE_PROFESSIONNELLE/9.4.dermatite-de-contact-conduite-tenir.pdf

6. Le Coz C-J. Prise en charge de l'eczéma chronique des mains (hors sa thérapeutique). Rev Fr Allergol. décembre 2011;51(8):675‑89.

7. Blair HA, Scott LJ. Alitretinoin: A Review in Severe Chronic Hand Eczema. Drugs. sept 2016;76(13):1271‑9.

8. TRGS 401. Committee on Hazardous Substances. corrected GMBl 2011 p. 175 [No. 9]. Juin 2008.

9. Frimat P. L'eczéma des mains, quelles conséquences, quelle réparation? – Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2010;71:404-406

10. Cazzaniga S, Ballmer-Weber BK, Gräni N, Spring P, Bircher A, Anliker M, et al. Medical, psychological and socio-economic implications of chronic hand eczema: a cross-sectional study. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. avr 2016;30(4):628‑37.

11. Cortesi PA, Scalone L, Belisari A, Bonamonte D, Cannavò SP, Cristaudo A, et al. Cost and quality of life in patients with severe chronic hand eczema refractory to standard therapy with topical potent corticosteroids. Contact Dermatitis. mars 2014;70(3):158‑68.

12. Gola M, D'Erme AM, Milanesi N, Marmugi L. Effects of alitretinoin on quality of life of patients having chronic hand eczema: an observational study. Dermat Contact Atopic Occup Drug. août 2013;24(4):166‑9.

13. CEP. Items 113 et 115 - allergies et hypersensibilités chez l'adulte 6-10-10 - pneumologie-polycopie-allergies-et-hypersensibilites-adulte-cours.pdf [Internet]. [cité 1 août 2017]. Disponible sur: https://confkhalifa.com/trainingkhalifa/wp-content/uploads/2015/08/pneumologie-polycopie-allergies-et-hypersensibilites-adulte-cours.pdf

14. Item 114 – Allergies cutanéo-muqueuses chez l'enfant et l'adulte : eczéma de contact. Ann Dermatol Vénéréologie. oct 2012;139(11):A78‑84.

15. Item 114 – Allergies cutanéo-muqueuses chez l'enfant et l'adulte : dermatite (ou eczéma) atopique - 1-s2.0-S0151963812005662-main.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://ac.els-cdn.com.docelec.u-bordeaux.fr/S0151963812005662/1-s2.0-S0151963812005662-main.pdf?_tid=e7abeb12-36ea-11e7-82f1-00000aacb35e&acdnat=1494576999_a5d5211c963fd5780c635b0136b60de0

16. Cedef. Item 114 – Allergies cutanéo-muqueuses chez l'enfant et l'adulte : urticaire. Ann Dermatol Vénéréologie. oct 2012;139(11):A69‑77.

17. Anveden Berglind I, Alderling M, Meding B. Life-style factors and hand eczema. Br J Dermatol. 1 sept 2011;165(3):568‑75.

18. Menné T, Johansen JD, Sommerlund M, Veien NK. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. Contact Dermatitis. juillet 2011;65(1):3‑12.

19. Halioua B., Richard M.-A. Mise au point sur l'eczéma chronique des mains - Annales de dermatologie et de vénéréologie (2010) 137, 315-327 [Internet]. [cité 1 août 2017]. Disponible sur: http://allergo.lyon.inserm.fr/ALLERGOLOGIE_PROFESSIONNELLE/9.7_Eczema_chronique_mains_mise_point_annales_dermato.pdf

20. Isaksson M, Ryberg K, Goossens A, Bruze M. Recommendation to include a textile dye mix in the European baseline series. Contact Dermatitis. juillet 2015;73(1):15‑20.

21. Vigan M. Lecture des tests épicutanés. Ann Dermatol Vénéréologie. août 2009;136(8‑9):606‑9.

22. Bourrain J-L. Méthodologie des tests à lecture immédiate. Ann Dermatol Vénéréologie. 1 août 2009;136(8):661‑7.

23. Crépy MN. Dermatoses professionnelles allergiques aux métaux. Première partie : allergie de contact au nickel - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TA%2084

24. Crépy MN. Dermatoses professionnelles allergiques aux métaux. Deuxième partie : allergie de contact aux composés du chrome - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TA%2085

25. Crépy MN. Dermatoses professionnelles allergiques aux métaux. Troisième partie : allergie de contact au cobalt - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TA%2087

26. CEDEF. Item 114 – UE 4 – Psoriasis. Ann Dermatol Vénéréologie. juin 2015;142, Supplement 2:S73‑82.

27. Fowler JF, Ghosh A, Sung J, Emani S, Chang J, Den E, et al. Impact of chronic hand dermatitis on quality of life, work productivity, activity impairment, and medical costs. J Am Acad Dermatol. mars 2006;54(3):448‑57.

28. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. Contact Dermatitis. juill 2008;59(1):43‑7.

29. Classification et étiquetage des produits chimiques. Comprendre les deux systèmes d'étiquetage des produits chimiques - Risques - INRS [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/classification-etiquetage-produits-chimiques/comprendre-systemes-etiquetage-produits-chimiques.html

30. CLP. Mentions de danger. INRS. Avril 2015.

31. CLP. Conseils de prudence. INRS. Avril 2015.

32. Antonov D, Schliemann S, Elsner P. Hand dermatitis: a review of clinical features, prevention and treatment. Am J Clin Dermatol. août 2015;16(4):257‑70.

33. Slotosch CM, Kampf G, Löffler H. Effects of disinfectants and detergents on skin irritation. Contact Dermatitis. 1 oct 2007;57(4):235‑41.

34. Waton J, Barbaud A. Place des émollients dans la prise en charge de la dermatite atopique. Rev Fr Allergol. avril 2016;56(3):151‑2.

35. eVIDAL Dexeryl crème [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.evidal.fr/showProduct.html?productId=5021

36. Lahfa M. Prise en charge de l'eczéma chronique des mains. Ann Dermatol Vénéréologie. juin 2014;141, Supplement 1:S143‑50.

37. eVIDAL dermocorticoïdes [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.evidal.fr/showAtc.html#738_3438

38. eVIDAL recommandation dermatite atopique de l'adulte [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.evidal.fr/showReco.html?recoId=2731#d3389e453

39. eVIDAL Meladinine [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.evidal.fr/showProduct.html?productId=10693

40. Code de la sécurité sociale - Article L461-1. Code de la sécurité sociale.

41. Fiche Avis nouveau médicament - synthese_davis_toctino_-_ct-6204.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/synthese_davis_toctino_-_ct-6204.pdf

42. toctino 10mg, capsule molle - toctino® 30mg, capsule molle, 2013/12/09 (source=ANSM) - 090026e580227170.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.evidal.fr/data/pgr/com/vidal/data/pgr/090026e580227170.pdf#page=1&zoom=100

43. Arrêté du 11 octobre 2012 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux | Legifrance [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/10/11/AFSS1235587A/jo

44. eVIDAL TOCINO 30 mg caps molle [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.evidal.fr/showProduct.html?productId=90490

45. Politiek K, Christoffers WA, Coenraads P-J, Schuttelaar M-LA. Alitretinoin and acitretin in severe chronic hand eczema; results from a retrospective daily practice study. Dermatol Ther. sept 2016;29(5):364‑71.

46. Ruzicka T, Lynde CW, Jemec GBE, Diepgen T, Berth-Jones J, Coenraads PJ, et al. Efficacy and safety of oral alitretinoin (9-cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Br J Dermatol. avr 2008;158(4):808‑17.

47. Commission de la transparence. Avis du 15 octobre 2014. HAS. PDF [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://docplayer.fr/27166994-Avis-15-octobre-2014.html

48. HAS. Contraception : focus sur les méthodes efficaces. contraception_focus_bat_vd.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_focus_bat_vd.pdf

49. Halioua B, Paul C, Berbis P, Cambazard F, Doutre M-S, Joly P, et al. Efficacité en vie réelle de l'alitrétinoïne dans le traitement de l'eczéma chronique des mains (ECM) en France. Ann Dermatol Vénéréologie. décembre 2015;142(12, Supplement):S495‑6.

50. Urrutia S, Roustan G, Plazas MJ, Armengol S, Paz S, Lizan L. Oral Alitretinoin in the Treatment of Severe Refractory Chronic Hand Eczema in the Spanish National Health System: Description and Analysis of Current Clinical Practice. Actas Dermosifiliogr. mars 2016;107(2):142‑8.

51. Convention d'objectifs et de gestion Etat / CNAF 2009-2012 - cogcnaf2009-12.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cogcnaf2009-12.pdf

52. Projet COG CNAMTS ministres - cogetatcnamts2014-2017-2.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cogetatcnamts2014-2017-2.pdf

53. Code du travail - Article L1226-2. Code du travail.

54. Code du travail - Article L5213-6. Code du travail.

55. Code du travail - Article L4624-4. Code du travail.

56. Code du travail - Article L1226-10. Code du travail.

57. Code du travail - Article L1226-2-1. Code du travail.

58. Code du travail - Article L5212-13. Code du travail.

59. Code du travail - Article L5212-12. Code du travail.

60. Code du travail - Article L5213-1. Code du travail.

61. Code du travail - Article L5213-2. Code du travail.

62. Comment être reconnu « travailleur handicapé » ? | service-public.fr [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1650

63. Sameth vous accompagne - Projet professionnel et formation - Personne handicapée - agefiph [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: https://www.agefiph.fr/Personne-handicapee/Projet-professionnel-et-formation/Sameth-vous-accompagne

64. Décret n° 2016-868 du 29 juin 2016 relatif aux modalités de consultation des institutions représentatives du personnel | Legifrance [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/29/ETST1611655D/jo/texte

65. Code du travail - Article L4622-2. Code du travail.

66. Code du travail - Article L4622-1. Code du travail.

67. Code du travail - Article D4622-5. Code du travail.

68. Code du travail - Article D4622-48. Code du travail.

69. Code du travail - Article L4622-10. Code du travail.

70. Code du travail - Article L4622-8. Code du travail.

71. Code du travail - Article L4141-2. Code du travail.

72. Code du travail - Article R4624-1. Code du travail.

73. Code du travail - Article L4622-3. Code du travail.

74. Code du travail - Article R4624-26. Code du travail.

75. Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail. 2016-1908 décembre, 2016.

76. Code du travail - Article R4624-25. Code du travail.

77. Code du travail - Article R4624-28. Code du travail.

78. Code du travail - Article R4624-16. Code du travail.

79. Code du travail - Article R4624-29. Code du travail.

80. Code du travail - Article R4624-30. Code du travail.

81. Code du travail - Article R4624-31. Code du travail.

82. Code du travail - Article R4624-32. Code du travail.

83. Code du travail - Article R4624-33. Code du travail.

84. Code du travail - Article D4624-37. Code du travail.

85. Code du travail - Article R4623-36. Code du travail.

86. Code de la santé publique - Article R4311-1. Code de la santé publique.

87. Code du travail - Article R4623-14. Code du travail.

88. Code du travail - Article R4624-11. Code du travail.

89. Code du travail - Article R4623-32. Code du travail.

90. Code du travail - Article R4623-37. Code du travail.

91. Code du travail - Article R4623-40. Code du travail.

92. Code du travail - Article L4631-1. Code du travail.

93. Code de la sécurité sociale - Article L323-3. Code de la sécurité sociale.

94. Code de la sécurité sociale - Article R341-2. Code de la sécurité sociale.

95. Code de la sécurité sociale - Article L341-4. Code de la sécurité sociale.

96. ameli.fr - La Sécurité sociale [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/index.php

97. Legislation.cnav.fr - texte [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=ORD_4510_04101945

98. Décret n° 2015-968 du 31 juillet 2015 relatif aux missions et au fonctionnement de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. 2015-968 juillet, 2015.

99. PRITH Champagne-Ardenne. De l'arrêt de travail au retour à l'emploi. PDF [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.handipole.org/IMG/pdf/De_l_arret_de_travail_au_retour_a_l_emploi.pdf

100. NOSQ-2002/SHORT translation master - Nordic Occupational Skin Questionnaire - nosq-uk-short-2002-03-01.pdf [Internet]. [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~/media/Spoergeskemaer/nosq/nosq-uk-short-2002-03-01.pdf#

101. Holness DL. Workers with Occupational Contact Dermatitis: Work Outcomes and Return to Work Process in the First Six Months following Diagnosis. J Allergy. 2011;2011:170693.

102. Mälkönen T, Jolanki R, Alanko K, Luukkonen R, Aalto-Korte K, Lauerma A, et al. A 6-month follow-up study of 1048 patients diagnosed with an occupational skin disease. Contact Dermatitis. nov 2009;61(5):261‑8.

ANNEXES

ANNEXE 1: Batterie Standard Européenne

	Art. n°	Allergènes	Concentration
1.	P-014A	Potassium dichromate	0.5% pet
2.	P-006	p-PHENYLENEDIAMINE (PPD)	1.0% pet
3.	Mx-01	Thiuram mix	1.0% pet
4.	N-001	Neomycin sulfate	20.0% pet
5.	C-017A	Cobalt(II)chloride hexahydrate	1.0% pet
6.	B-004	Benzocaine	5.0% pet
7.	N-002A	Nickel(II)sulfate hexahydrate	5.0% pet
8.	C-015	Clioquinol	5.0% pet
9.	C-020	COLOPHONIUM	20.0% pet
10.	Mx-03C	Paraben mix	16.0% pet
11.	I-004	N-Isopropyl-N-phenyl-4-phenylenediamine (IPPD)	0.1% pet
12.	W-001	LANOLIN ALCOHOL	30.0% pet
13.	Mx-05A	Mercapto mix	2.0% pet
14.	E-002	Epoxy resin, Bisphenol A	1.0% pet
15.	B-001	Peru balsam	25.0% pet
16.	B-024	4-tert-Butylphenolformaldehyde resin (PTBP)	1.0% pet
17.	M-003A	2-Mercaptobenzothiazole (MBT)	2.0% pet
18.	F-002B	FORMALDEHYDE	2.0% aq
19.	Mx-07	Fragrance mix I	8.0% pet
20.	Mx-18	Sesquiterpene lactone mix	0.1% pet
21.	C-007A	QUATERNIUM-15	1.0% pet
22.	M-008	2-Methoxy-6-n-pentyl-4-benzoquinone	0.01% pet
23.	C-009B	METHYLISOTHIAZOLINONE+ METHYLCHLOROISOTHIAZOLINONE	0.02% aq
24.	B-033B	Budesonide	0.01% pet
25.	T-031B	Tixocortol-21-pivalate	0.1% pet
26.	D-049E	METHYLDIBROMO GLUTARONITRILE	0.5% pet
27.	Mx-25	Fragrance mix II	14.0% pet
28.	L-003	HYDROXYISOHEXYL 3-CYCLOHEXENE CARBOXALDEHYDE	5.0% pet
29.	M-035B	METHYLISOTHIAZOLINONE	0.2% aq
30.	Mx-30	Textile dye mix	6.6% pet

ANNEXE 2 : Régime Général de la sécurité sociale Tableau 65 : Lésions eczématiformes de mécanisme allergique.

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

ANNEXE 3 : Tableaux des maladies professionnelles du régime général et régime agricole permettant la reconnaissance de l'eczéma en maladie professionnelle.

Numéro	Intitulé du tableau
RG 2	essionnelles causées par le mercure et ses composés
RG 5	Affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore
RG 8	Affections causées par les ciments (alumino-silicates de calcium)
RG 10	Ulcérations et dermites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome
RG 13	Intoxications professionnelles par les dérivés nitrés et chloronitrés des hydrocarbures benzéniques
RG 15 BIS	Affections de mécanisme allergique provoquées par les amines aromatiques, leurs sels, leurs dérivés
RG 16	Affections cutanées ou affections des muqueuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon
RG 31	Maladies professionnelles engendrées par les aminoglycosides et leurs sels
RG 33	Maladies professionnelles dues au béryllium et à ses composés
RG 36	Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse
RG 37	Affections cutanées professionnelles causées par les oxydes et les sels de nickel
RG 38	Maladies professionnelles engendrées par la chlorpromazine
RG 41	Maladies engendrées par bétalactamines (notamment pénicillines et leurs sels) et les céphalosporines
RG 43	Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères
RG 47	Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois
RG 49	Affections cutanées provoquées par les amines aliphatiques, alicycliques ou les éthanolamines
RG 50	Affections provoquées par la phénylhydrazine
RG 51	Maladies professionnelles provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants
RG 62	Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques
RG 63	Affections provoquées par les enzymes
RG 65	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique
RG 70	Affections professionnelles provoquées par le cobalt et ses composés
RG 73	Maladies professionnelles causées par l'antimoine et ses dérivés
RG 74	Affections professionnelles provoquées par le furfural et l'alcool furfurylique
RG 82	Affections provoquées par le méthacrylate de méthyle
RG 84	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel
RG 95	Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex (ou caoutchouc naturel)
RA 12	Maladies causées par le mercure et ses composés
RA 14	Affections causées par les ciments
RA 25	Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse

RA 26	Maladies professionnelles engendrées par la chlorpromazine
RA 28	Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères
RA 34	Ulcérations et dermites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome
RA 35	Affections provoquées par les goudrons de houille, huiles de houille, brais de houille et suies de combustion du charbon
RA 43	Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques
RA 44	Affections cutanées et muqueuses professionnelles de mécanisme allergique
RA 48	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel

ANNEXE 4: questionnaire

QUESTIONNAIRE

DONNÉES GÉNÉRALES

Date : __/__/__

NOM Marital _____

NOM de Jeune fille_____

PRÉNOM _____

GENRE F M

Code postal __ ___ Ville_____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE __ __ __ __ __

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES

NIVEAU DE DIPLÔME

☐2ème ou 3ème cycle ou grandes écoles

☐Bac +2 ou 3

☐Bac général, précisez…….

☐Bac technique ou professionnel, précisez……..

☐CAP/BEP, précisez…….

☐Brevet des collèges

☐Sans diplôme

- Autres : précisez…….

STATUT PROFESSIONNEL

☐Salarié(e)

☐Indépendant

☐Employeur salarié

☐Apprenti(e)

☐Étudiant(e)

TYPE DE CONTRAT

☐CDI

☐CDD

☐Intérim

☐Autres : précisez……

INTITULE DE VOTRE POSTE

HORAIRES DE TRAVAIL

☐Temps plein ……h/semaine

☐Temps partiel : précisez……% ou ……h/semaine

ENTREPRISE ACTUELLE

Nom de l'entreprise_____

Domaine d'activité_____

Depuis quelle date travaillez-vous dans cette entreprise ? …../…./……

1) L'eczéma des mains est-il apparu au cours d'une autre activité professionnelle que celle que vous exercez actuellement ?

☐OUI

☐NON

Si OUI, Veuillez préciser :

POSTE DE TRAVAIL_____

DOMAINE D'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE_____

POSTE OCCUPE DU…./…./……. AU …./…../……..

2) Quels sont les produits que vous manipuliez au moment de l'apparition de l'eczéma des mains ?……

3) Quels machines/outils utilisez-vous dans le cadre de votre travail au moment de l'apparition de l'eczéma des mains ?

……
……

4) Au travail, quels équipements de protection portiez-vous au moment de l'apparition de l'eczéma :

☐Gants, préciser le type :……

☐Blouse, tenue de travail, précisez……..

☐Lunettes de protection

☐Masques

☐Chaussures de sécurité

5) Poursuivez-vous toujours le traitement par Alitrétinoïne TOCTINO® ?

☐OUI ☐NON

Si NON : raison de l'arrêt :

☐Guérison ☐Mauvaise tolérance ☐Absence d'efficacité

6) Avez-vous une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé pour cette pathologie ? ☐OUI ☐NON

7) Cet eczéma des mains est-il reconnu en maladie professionnelle ?

☐OUI ☐NON

8) Avez-vous été en arrêt maladie à cause de l'eczéma des mains ?

-Avant le traitement par Alitrétinoïne TOCTINO®

☐OUI ☐ NON

Si OUI:
Nombre de jours.....

S'agissait-il : ☐d'un accident de travail ☐ d'une maladie professionnelle ☐d'un arrêt maladie ordinaire

-Pendant la durée du traitement par Alitrétinoïne TOCTINO®

☐OUI ☐ NON

Si OUI:
Nombre de jours.....

S'agissait-il : ☐d'un accident de travail ☐ d'une maladie professionnelle ☐d'un arrêt maladie ordinaire

-Depuis l'arrêt du traitement par Alitrétinoïne TOCTINO® ou le cas échéant depuis que le traitement d'entretien a été mis en place:

☐OUI ☐ NON

Si OUI:
Nombre de jours.....

S'agissait-il : ☐d'un accident de travail ☐ d'une maladie professionnelle ☐d'un arrêt maladie ordinaire

9) Avez-vous pu reprendre votre travail pendant ou à la fin du traitement par Alitrétinoïne TOCTINO® ?

☐OUI ☐NON : précisez……..

10) Avez-vous été obligé de changer d'emploi à cause de l'eczéma des mains?

☐OUI : date du changement d'emploi …/…/… ☐NON

11) Avez-vous été contraint d'arrêter de travailler à cause de l'eczéma des mains ?

☐OUI ☐ NON

ANNEXE 5 : Lettre d'information aux patients

Service de consultations de dermatologie

Hôpital Saint André

1 rue Jean Burguet

CHU de Bordeaux

33075 Bordeaux cedex

Madame, Monsieur,

Vous avez été reçu en consultation de dermatologie au CHU de Bordeaux pour la prise en charge d'un eczéma des mains. A l'issue d'une ou de plusieurs consultations, un traitement par Alitrétinoïne (TOCTINO®) vous a été prescrit.

Nous réalisons actuellement une étude concernant l'impact et l'intérêt de ce traitement sur le retour et le maintien professionnel des personnes présentant un eczéma des mains et ainsi traitées.

Dans ce cadre, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de nous l'adresser à l'aide de l'enveloppe préaffranchie. Il est également possible que nous vous contactions par téléphone à l'aide des coordonnées transmises au CHU de Bordeaux.

En vous remerciant pour votre contribution, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Martine MEHARON

Interne en santé au travail

Brigitte Milpied-Homsi

Praticien hospitalier

ANNEXE 6 : Structure de la Classification internationale type des professions, 2008 (CITP-08), grands groupes.

1 Directeurs, cadres de direction et gérants

2 Professions intellectuelles et scientifiques

3 Professions intermédiaires

4 Employés de type administratif

5 Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs

6 Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche

7 Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat

8 Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage

9 Professions élémentaires

0 Professions militaires

ANNEXE 7 : Détail des caractéristiques socio-professionnelles et médicales des patients répondants

Patient	Sexe	Age	Catégorie diagnostique	Profession au moment de l'apparition de l'eczéma
1	F	58	autres	Agent de propreté
2	M	66	eczéma des mains hyperkératosique	Orfèvre
3	M	52	eczéma des mains hyperkératosique	Gendarme
4	M	56	eczéma des mains hyperkératosique	Agriculteur
5	M	54	dermatite de contact allergique	Gendarme
6	F	31	dysidrose	Modéliste
7	M	33	dysidrose	Paysagiste
8	F	62	eczéma des mains hyperkératosique	Assistante de production agroalimentaire
9	F	59	autres	Secrétaire
10	M	49	dermatite de contact d'irritation	Mécanicien automobile
11	M	58	dermatite de contact d'irritation	technicien de maintenance
12	F	62	dermatite de contact allergique	Agent administratif
13	F	63	dermatite de contact allergique	Agent administratif
14	M	45	dermatite de contact d'irritation	Menuisier
15	F	58	dermatite de contact allergique	Agent d'entretien et aide à domicile
16	M	51	dermatite de contact allergique	Ouvrier en pétrochimie
17	M	43	dermatite de contact d'irritation	Infirmier anesthésiste
18	M	37	dermatite de contact d'irritation	Eboueur
19	F	25	dysidrose	Bac professionnel secrétariat
20	F	60	dermatite de contact d'irritation	Coiffeuse
21	M	62	dermatite de contact allergique	Coiffeur
22	F	27	dermatite de contact d'irritation	Auxiliaire petite enfance
23	F	42	dermatite de contact d'irritation	esthéticienne
24	F	45	autres	Secrétaire
25	F	52	dysidrose	Agent d'entretien
26	M	54	dysidrose	Ostréiculteur
27	M	59	dermatite de contact allergique	Magasinier
28	F	62	dermatite de contact allergique	Aide-soignante
29	F	35	eczéma des mains atopique	employé dans l'agroalimentaire
30	M	62	dermatite de contact d'irritation	Mécanicien agricole
31	M	42	eczéma des mains hyperkératosique	apprenti mécanicien
32	M	26	dermatite de contact allergique	Coiffeur
33	M	33	dysidrose	Technicien de maintenance
34	M	31	dysidrose	Préparateur de commandes
35	M	35	dysidrose	menuisier poseur
36	F	25	autres	employée de restauration rapide (aide de cuisine)
37	M	47	dermatite de contact allergique	boulanger-pâtissier

ANNEXE 8 : Détail des caractéristiques socio-professionnelles et médicales des patients non-répondants

Patient	Sexe	Age	Catégorie diagnostique	Profession
1	F	51	dermatite de contact allergique	Agent de propreté
2	F	61	dysidrose	Auxiliaire de vie
3	M	49	dermatite de contact d'irritation	Commerçant
4	F	62	eczéma des mains hyperkératosique	Profession inconnue
5	M	46	eczéma des mains hyperkératosique	Mécanicien
6	F	59	dysidrose	Agriculteur
7	M	45	dermatite de contact allergique	Cuisinier
8	M	51	eczéma des mains hyperkératosique	Accompagnateur de groupe
9	M	26	dermatite de contact allergique	Cuisinier
10	M	41	dermatite de contact allergique	Chaudronnier
11	M	37	dysidrose	technicien de maintenance
12	M	44	eczéma des mains hyperkératosique	Agriculteur
13	F	49	dermatite de contact allergique	Auxiliaire de vie
14	F	23	eczéma des mains atopique	Agent administratif
15	M	27	dermatite de contact d'irritation	Aide de cuisine
16	F	30	dermatite de contact d'irritation	Aide-soignante
17	M	20	eczéma des mains hyperkératosique	Cuisinier
18	F	35	dermatite de contact allergique	Infirmière libérale
19	M	64	dermatite de contact allergique	Maçon
20	M	29	dermatite de contact allergique	Ouvrier de voierie
21	M	45	autres	Chauffeur
22	M	40	dermatite de contact allergique	Responsable logistique
23	M	41	autres	mécanicien

SERMENT

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Title: WORKERS' JOB RETENTION SUFFERING FROM CHRONIC HAND ECZEMA AND TREATED BY ALITRETINOIN

ABSTRACT

Introduction: Alitretinoin (TOCTINO®) is recommended to people refractory to dermocorticoids suffering from severe chronic hand eczema.
The use of TOCTINO® has already shown positive effects on quality of life but no data on professional development had ever been collected to this day. The main goal of this study was to examine worker's job retention suffering from chronic hand eczema and treated by TOCTINO®.
Methods: patients seen in dermatology at the University Hospital of Bordeaux between 07/16/2009 and 08/10/ 2016 suffering from chronic hand eczema, either working or on sick leave and treated with TOCTINO®, were included. A questionnaire about the socio-professional impact due to this pathology was addressed to these patients.
The main criteria was based on how the patients get their position back after being on sick leave or how they manage to keep their position in the same company when they have not been on sick leave.
Results: sixty patients were included in this study but only thirty-seven answered the questionnaire. Among the answers, 70,27% (n=26) were able to keep the position they had before their treatment; 18,92% (n=7) changed jobs due to their hand eczema and 8,11% (n=3) had to stop working for that same reason.
Discussion: this study has had more positive results than others so far on the question of job retention for patients suffering from chronic hand eczema. Thus, TOCTINO® could have a positive effect on the job retention. A clinical trial would be necessary to confirm this hypothesis.

Keywords: hand eczema, Alitretinoin, TOCTINO®, job

Titre : MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS PRÉSENTANT UN ECZÉMA CHRONIQUE DES MAINS ET TRAITÉS PAR ALITRÉTINOÏNE

RESUMÉ

Introduction : l'Alitrétinoïne (TOCTINO®) est indiqué dans le cadre des eczémas chroniques sévères des mains réfractaires aux dermocorticoïdes. Le TOCTINO® a démontré son impact positif sur la qualité de vie mais aucune donnée n'existait concernant le devenir professionnel des patients. L'objectif principal de cette étude était d'étudier le maintien dans l'emploi des travailleurs présentant un eczéma chronique des mains et traités par TOCTINO®.
Méthodes : les patients vus en consultation de dermatologie au CHU de Bordeaux entre le 16/07/2009 et le 10/08/2016 présentant un eczéma chronique des mains, travaillant ou en arrêt de travail et traités par TOCTINO® ont été inclus. Un questionnaire portant sur le retentissement socio-professionnel de la pathologie a été adressé aux patients inclus. Le critère de jugement principal était le retour au même poste de travail (si arrêt de travail) ou le maintien au poste de travail dans la même entreprise (en l'absence d'arrêt de travail).
Résultats : soixante patients ont été inclus et 37 ont répondu au questionnaire. Parmi les répondants, 70,27% (n=26) ont pu se maintenir à leur poste de travail antérieur au traitement ; 18,92% (n=7) des répondants ont changé d'emploi du fait de l'eczéma des mains et 8,11% (n=3) ont été contraints d'arrêter de travailler également pour cette raison.
Discussion : ces résultats sont plus favorables que dans certaines études traitant du devenir professionnel des patients atteints d'eczéma chronique des mains. Ainsi, le TOCTINO® pourrait avoir un effet bénéfique sur le maintien dans l'emploi. La mise en place d'une étude de recherche clinique serait nécessaire afin de corroborer cette hypothèse.

Mots clés : eczéma des mains, Alitrétinoïne, TOCTINO®, emploi