**Enquête de santé concernant l’usage des peintures et solvants[[1]](#footnote-1) dans certaines professions artistiques**

**Problématique générale :** plusieurs métiers artistiques sont confrontés à l’usage de solvants, de vernis et de peintures dont les composés sont plus ou moins toxiques selon les cas. Les artistes peintres, les restaurateurs d’art, les maîtres-verriers, les ébénistes et menuisiers figurent parmi les professions directement confrontées à ces produits dont les répercussions sur la santé sont souvent sous-estimées, voire méconnues. Les effets se font généralement ressentir bien plus tard et soulèvent de nombreuses questions. Certains souffrent de nausées, de vomissements, de troubles digestifs, de troubles nerveux, etc. L’intoxication par les pigments au plomb qui toucha la plupart des peintres du Moyen Age jusqu’à une époque récente (Van Gogh, Turner, etc.) est relativement connue. Watteau avait l’habitude de refaire la pointe de ses pinceaux en les portant à sa bouche, pratique qui subsiste encore chez certains artistes et restaurateurs de nos jours. Les maîtres-verriers du XXIe siècle manipulent quotidiennement le plomb en restaurant et en créant des vitraux. D’autres professions utilisent fréquemment les vernis mis en solution dans des solvants plus ou moins toxiques et dont les effets sur la santé sont parfois violents.

Ce questionnaire fait partie d’une enquête qui devra nourrir un travail universitaire sur le sujet des intoxications liées aux métiers artistiques, plus particulièrement chez les peintres, restaurateurs d’art et maîtres-verriers. Aucune étude de ce type n’existe à ce jour, si bien qu’il est urgent de récolter des données précises, afin d’établir des statistiques et mener une étude spécifique sur ce sujet encore peu connu des médecins.

Nous vous demandons de remplir le plus précisément possible le questionnaire ci-dessous, données qui permettront à un étudiant en thèse de médecine de mener une étude sur le sujet.

Nom, prénom………………………………………………………………….

Adresse……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Mail………………………………………………………………………………

Activités professionnelles exercées………………………………………….

……………………………………………………………………………………

Age ………… Durée d'activité …………………………………………………

1. **Type de travail réalisé avec des produits toxiques**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de travail réalisé** **avec des produits toxiques (métaux, solvants, vernis, peintures anciennes** (p.ex. démontage d’un vitrail ancien, nettoyage d’un tableau, vernissage d’un meuble, décapage de peintures, etc.) | **Type de produits mis en œuvre, solvants, nom des solvants ou mélanges**(p.ex. white spirit, diluente Nitro, Sangaiol, etc.) | **Année** (approximative) **et durée de l’exposition**(quotidienne, nb d’heures, une fois par mois, plusieurs jours d’affilée, etc.) | **Utilisation de masques, gants et ventilation** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Effets négatifs ressentis**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produit utilisé, travail effectué, durée approximative** | **Type d’effets** | **Moment d’apparition du mal** (1 h. après le travail, plusieurs jours/mois après… | **Durée de la crise** (1h, plusieurs heures/jours, etc.) | **Intensité**(de 1 à 10) | **Fréquence** (quotidien, hebdomadaire, épisodique, chronique…) |
|  | Maux de tête |  |  |  |  |
|  | Nausées |  |  |  |  |
|  | Vomissements |  |  |  |  |
|  | Douleurs abdominales |  |  |  |  |
|  | Oreille bouchée, acouphènes |  |  |  |  |
|  | Vertiges |  |  |  |  |
|  | Malaises  |  |  |  |  |
|  | Troubles nerveux, insomnie |  |  |  |  |
|  | Troubles digestifs |  |  |  |  |
|  | Troubles des reins |  |  |  |  |
|  | Troubles respiratoires |  |  |  |  |
|  | Maladie de Menières |  |  |  |  |
|  | Ostéoporose |  |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |  |

Observations, remarques :

1. **Consultations médicales effectuées et traitements reçus**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médecin généraliste, ORL, acupuncteur, naturopathe, médecine alternative,****autre** | **Diagnostic, type de mal à soigner**(bilan du médecin, résultats d’une prise de sang, anémie, plombémie, etc.) | **Traitement, médicaments** | **Durée du traitement** | Résultats (guérison partielle, complète, rechutes…) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Observations, remarques :……………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

**4. Préconisations sanitaires, régime spécifique**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mal à traiter** | **Médecin ou recherche personnelle**(qui vous a prescrit cela ?) | **Type de régime suivi** (sans sel, sans sucre, etc.) | **Compléments alimentaires**(gingko, zinc, magnesium, etc.) | **Résultats du régime et/ou des compléments alimentaires** | **Produits à éviter** |
| Maux de tête |  |  |  |  |  |
| Nausées, vomissements |  |  |  |  |  |
| Troubles digestifs |  |  |  |  |  |
| Vertiges |  |  |  |  |  |
| Malaises |  |  |  |  |  |
| Troubles nerveux, insomnie |  |  |  |  |  |
| Troubles des reins |  |  |  |  |  |
| Intoxication au plomb |  |  |  |  |  |
| Troubles respiratoires |  |  |  |  |  |
| Maladie de Menières |  |  |  |  |  |
| Ostéoporose |  |  |  |  |  |
| Autre |  |  |  |  |  |

1. Cette enquête vise à cerner les troubles liés à l’exposition aux peintures et vapeurs de solvants. Elle est organisée par une restauratrice d’art qui a été au contact de nombreux solvants et peintures au plomb. [↑](#footnote-ref-1)