

- *l'épilepsie généralisée* : la décharge paroxystique hypersynchrone intéresse simultanément l'ensemble du système nerveux central;
- *l'épilepsie partielle* : la décharge hypersynchrone concerne un secteur plus ou moins étendu — mais toujours limité — des structures corticales et sous-corticales.

Étiologie

Les lésions épileptogènes ont certains caractères généraux. Elles siègent au niveau du cortex des hémisphères cérébraux. Lorsqu'une lésion sous-corticale provoque une épilepsie, c'est parce qu'elle entraîne indirectement des altérations du cortex. Les différentes régions du cortex sont inégalement prédisposées : la région rolandique, le lobe temporal sont plus épileptogènes que les lobes frontaux et occipitaux.

Lésions traumatiques

Même lorsque l'on retrouve un traumatisme crânien dans les antécédents d'un épileptique, on ne peut pour autant parler d'*épilepsie post-traumatique* *. Celle-ci suppose la réunion d'un certain nombre de conditions. Parmi les facteurs de risque épileptogène d'un traumatisme figurent :

— *la nature du traumatisme* : 15 à 50 % à la suite d'une plaie crânio-cérébrale, 15 à 30 % après un traumatisme grave, 2 à 10 % s'il s'agit d'un traumatisme fermé simple;

— *le type de lésion* : le risque d'épilepsie est de \pm 30 % après un traumatisme pénétrant et de 5 % après un traumatisme crânien fermé;

— *l'importance et la durée des troubles de la conscience* : le risque est majoré en cas de coma ou d'amnésie durant plus de 24 heures;

— *la présence d'une embarrure ou d'une fracture avec enfoncement*;

— *l'existence de séquelles cliniques* (aphasie, hémianopsie, troubles moteurs sensitifs) qui mettent en évidence la gravité du traumatisme crânien;

— *l'existence de crises précoces et répétitives*, alors que le risque épileptogène n'est pas majoré par la survenue d'une crise immédiate et sans récidive;

— *la présence d'anomalies électriques* : apparition d'ondes lentes, persistance ou aggravation d'anomalies non spécifiques;

ÉPILEPSIE

C'est une affection qui nécessite une grande vigilance en médecine du travail, aussi bien en ce qui concerne la surveillance médicale que l'orientation professionnelle et les conditions de travail. Sa parfaite connaissance est donc indispensable (d'ailleurs les stages post-universitaires traitant de cette question remportent toujours la faveur des médecins du travail comme le montrent différentes enquêtes).

Il s'agit d'une maladie permanente à manifestations cliniques intermittentes. Les manifestations cliniques et électroencéphalographiques du phénomène épileptique permettent de distinguer :

— *l'existence d'un terrain prédisposant* : le sujet présente un alcoolisme chronique, un terrain athéromateux ou appartient à une famille d'épileptiques.

Épilepsie et tumeurs

L'épilepsie est un symptôme fréquent des tumeurs cérébrales hémisphériques. En revanche, les tumeurs ne sont responsables que d'une fraction relativement faible de l'ensemble des épilepsies.

C'est chez l'adulte que l'étiologie tumorale de l'épilepsie est relativement fréquente. Si l'on considère l'ensemble des épilepsies apparues après vingt ans, la fréquence de l'étiologie tumorale est de 10 p. 100. Cette fréquence atteint un tiers des cas s'il s'agit de crises focales.

L'incidence de l'épilepsie est fonction du siège de la tumeur et de sa nature; l'épilepsie est plus fréquente dans les néoformations de développement lent (méningiomes, astrocytomes, oligodendrogliomes) que dans les tumeurs malignes (glioblastomes).

Épilepsie d'origine vasculaire

La crise d'épilepsie peut être contemporaine d'un accident vasculaire, plus souvent de nature hémorragique qu'ischémique (10 à 15 p. 100 des accidents vasculaires cérébraux).

Par ailleurs, les lésions cérébrales d'origine vasculaire peuvent être à l'origine d'une épilepsie donnant lieu à des crises récidivantes. Cette étiologie prend une grande importance pour les épilepsies apparaissant après l'âge de cinquante ans.

On rappellera pour mémoire les angiomes.

Étiologies diverses

Un très grand nombre d'affections cérébrales sont épileptogènes par l'intermédiaire de lésions focales : abcès du cerveau, parasitoses, hématome sous-dural; d'autres sont responsables de lésions diffuses, corticales et sous-corticales : encéphalites, sclérose en plaques, dyslipidoses et leucodystrophies, porphyrie aiguë intermittente, sclérose tubéreuse de Bourneville.

Par ailleurs, certaines perturbations métaboliques générales peuvent être génératrices de crises d'épilepsie. Tantôt la relation est relativement simple entre l'épilepsie et un trouble métabolique déterminé : hypoglycémie, hypokaliémie, anoxie

aiguë. Tantôt le mécanisme de l'épilepsie apparaît plus complexe : épilepsie en relation avec une carence en pyridoxine, épilepsie dans le cadre de l'encéphalopathie hépatique ou de l'insuffisance rénale. Il faut enfin insister sur la fréquence des épilepsies liées à un état de sevrage : le barbiturisme chronique, mais surtout *l'intoxication éthylique* sont responsables par ce mécanisme d'un grand nombre d'épilepsies de l'adulte, revêtant tantôt l'aspect de crises isolées, tantôt celui de crises subintrantes ou d'un état de mal.

Traitement :

Le traitement symptomatique de l'épilepsie est le seul possible.

Il utilise le Gardéнал, le Dihydan et le Solantyl, le Tégrétol, la Dépakine dont la prescription n'est jamais un problème de l'urgence, et, lors des crises, le Valium et le Rivotril.

La continuité du traitement est essentielle. L'idéal est de donner à l'épileptique une vie la plus proche possible de la vie normale. Le traitement neurochirurgical de l'épilepsie n'a aucune indication.

Voir : *Épilepsie généralisée*

Épilepsie partielle

Épilepsie post-traumatique

États de mal convulsifs.

ÉPILEPSIE GÉNÉRALISÉE

Les manifestations cliniques paroxystiques de la crise tonico-clonique de l'épilepsie généralisée sont facilement reconnaissables :

- *un début très brutal* marqué par un cri, une chute responsable de contusions, une perte de connaissance totale et immédiate;

- *un déroulement en 3 phases* durant en totalité 5 à 10 minutes :

- *phase tonique* caractérisée par une contraction intense et généralisée des muscles des membres, du rachis, du thorax, de la face, qui est à l'origine d'une apnée, d'une cyanose et d'une morsure de la langue,

- *phase clonique* correspondant à la survenue de secousses musculaires, brusques, généralisées, synchrones, rapprochées puis plus espacées,

— *phase résolutive* de coma calme et profond avec résolution musculaire généralisée, respiration bruyante, mousse sanglante aux lèvres (due à l'hypersalivation et à la morsure de la langue), émission d'urines qui indique la fin de la crise. Un état confusionnel (obnubilation et amnésie) peut succéder au coma.

Les crises généralisées atypiques se caractérisent par l'absence de phase tonique ou clonique et dans certains cas de tout phénomène convulsif (on observe alors une perte de conscience brusque avec chute et perte des urines).

Conduite à tenir par l'entourage

- *Ne pas tenter d'empêcher le déroulement de la crise*, mais protéger le malade en glissant sous sa tête des objets (couvertures, vêtements) qui amortiront le choc;

- *Si l'on peut intervenir au début*, dégrafer les vêtements et utiliser un mouchoir ou un morceau de caoutchouc pour empêcher la victime de se mordre la langue;

- *Retirer de l'endroit tout ce qui pourrait blesser le sujet* et attendre la fin de la crise.

Intervention du médecin

Le patient étant généralement examiné après la crise, le diagnostic se fonde sur les données de l'interrogatoire. Celles-ci permettront de résoudre les *problèmes diagnostiques* que pose la crise avec :

- *les syncopes* : d'origine cardiaque ou vasovagale ou bien en relation avec une hypotension orthostatique;

- *les pertes de connaissance* liées à un accident vasculaire;

- *les crises névropathiques* pour lesquelles le rôle déclenchant de facteurs affectifs est évident et qui se manifestent par :

- *un effondrement progressif* n'entraînant pas de lésion traumatique,

- *une perte de conscience incomplète*,

- *une agitation motrice* ne présentant pas les caractéristiques de la crise tonico-clonique.

Il convient toutefois de remarquer qu'en pratique on se trouve fréquemment confronté à une association de crises épileptiques et de manifestations hystériques, ce qui rend plus difficile le diagnostic et le traitement.

Le tableau clinique de certaines crises focalisées peut également évoquer celui :

- d'une affection viscérale (crises à point de départ digestif);

- d'un état psychiatrique tel que la schizophrénie.

On effectuera un *bilan clinique* comportant :

- *l'interrogatoire du sujet et/ou de l'entourage* : il permettra notamment de recueillir des renseignements sur le déroulement précis de la crise et la fréquence de celles qui l'ont précédée;

- *un examen clinique neurologique et général* : on procédera en particulier à l'inventaire des blessures provoquées par la crise (il peut s'agir d'un traumatisme crânien).

Les barbituriques lents, indispensables pour le traitement de fond ne seront pas utilisés pour faire face à l'urgence épileptique car ils pourraient prolonger le coma post-convulsif et provoquer une aggravation des troubles respiratoires. On se bornera à utiliser par voie intra-musculaire un sédatif injectable tel que le Valium.

En cas de blessure, on donnera les premiers soins qui s'imposeront.

La prise en charge ultérieure sera différente selon les cas :

- *le sujet est un épileptique connu* : il ne sera pas hospitalisé, mais il devra consulter son médecin pour réajuster éventuellement le traitement anticonvulsivant;

- *l'hospitalisation dans un service de neurologie est nécessaire lorsque* :

- la comitialité n'était pas connue au préalable,

- les crises sont rapprochées,

- le malade reste dans le coma.

Électroencéphalogramme des crises d'épilepsie généralisée

L'*électroencéphalogramme** est ininterprétable au cours de la crise. Après la crise il montre des ondes lentes généralisées avec quelques bouffées de pointes bilatérales synchrones. Entre les crises le tracé peut être normal.

Autres aspects de l'épilepsie généralisée :

• **Les absences** qui se définissent comme une brève suspension de la conscience (activité interrompue, regard figé, perturbation de l'écriture) se reproduisant à une fréquence variable (jusqu'à plusieurs dizaines par jour).

On note parfois de brèves clonies des globes oculaires, des paupières, des membres supérieurs, de la nuque.

Favorisées par l'absence d'activité intellectuelle et les émotions, elles peuvent être déclenchées par l'hyperpnée.

• **Le petit mal myoclonique** : des secousses musculaires bilatérales et synchrones surviennent par salves brèves, le plus souvent aux membres supérieurs, parfois aux membres inférieurs (chute) ou à la nuque. Elles sont suivies d'une inhibition motrice passagère. C'est uniquement celle-ci qui est présente dans le cas du petit mal akinétique (lâchage d'un objet, chute brusque sans perte de conscience par dérochement des membres inférieurs).

Voir : *Épilepsie et responsabilité du médecin du travail*

Épileptique : Action du médecin du travail

ÉPILEPSIES PARTIELLES (CRISES D')

Les crises ne sont pas univoques. On distingue :

1) L'épilepsie motrice Bravais-Jacksonienne

Elle correspond à l'envahissement progressif du cortex moteur pré-rolandique par le processus épileptique.

Après un début localisé, la crise s'étend progressivement et régulièrement (marche Jacksonienne), chaque muscle ou groupe de muscles ayant sa propre crise tonique (brève) puis clonique. On peut observer :

- le plus souvent une atteinte du pouce puis de la face puis du membre inférieur;
- parfois, une atteinte de la face puis du membre supérieur ou inférieur;
- dans d'autres cas, une atteinte du gros orteil puis de la racine du membre; elle gagne ensuite le membre supérieur et enfin la face.

La crise est suivie d'un déficit moteur post-critique qui touche le territoire où elle s'est déroulée.

2) Les crises frontales

La crise frontale se caractérise par une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté opposé au foyer épileptique. Elle est habituellement suivie d'une crise généralisée.

3) Les crises de l'aire motrice supplémentaire

Elles sont caractérisées par l'élévation du membre supérieur controlatéral souvent accompagnée d'une vocalisation itérative ou palilalie (répétition indéfinie quasi rythmique d'un mot ou d'une syllabe).

4) Les crises sensibles

Les phénomènes paroxystiques consistent en paresthésies ayant un début localisé et une extension comparable à celle de l'épilepsie bravais-jacksonienne motrice; l'intrication des épilepsies bravais-jacksoniennes sensitive et motrice est fréquente.

5) Les crises sensorielles

Elles se manifestent par une hallucination élémentaire ou parfois complexe. Cette hallucination peut être *visuelle* : lumière intense ou sensation colorée et brillante dans un hémichamp visuel, parfois hallucination figurée; *auditive* : bruit, parfois parole ou musique; *olfactive*, ou même *vestibulaire*.

Chacune a sa valeur localisatrice propre qui reste significative, même quand la crise sensorielle n'est que l'élément initial d'une autre crise partielle (épilepsie temporale, épilepsie motrice...) ou d'une crise généralisée.

6) Les crises temporales

Les structures profondes constituent un système essentiel pour l'élaboration des expériences affectives, la motivation, la mémoire. Le développement d'une décharge paroxystique au sein d'une telle entité fonctionnelle se manifeste par une sémiologie à double face : d'une part une modification du comportement, d'autre part, un contenu illusionnel ou hallucinatoire. L'expérience vécue associe de façon variable :

- **des sensations végétatives** : striction abdominale et thoracique puis laryngée;

● *des phénomènes sensoriels* : hallucination olfactive, auditive ou visuelle figurée et complexe, vestibulaire;

● *des modifications de la qualité du vécu* : état de rêve, sensation d'étrangeté avec souvent une composante mnésique, impression de déjà vu, de déjà vécu, reviviscence d'une scène passée.

L'ensemble des phénomènes pathologiques constitue une expérience unique à forte résonance affective, le plus souvent pénible, de tonalité anxieuse. La crise temporale entraîne généralement une suspension de l'activité en cours; parfois cependant, celle-ci est poursuivie de façon machinale et incontrôlée (conduite d'une automobile...). L'activité psychomotrice est totalement inconsciente.

Électroencéphalogramme* des crises focales :

Entre les crises, le tracé peut être normal ou peut mettre en évidence des ondes lentes en foyer correspondant à la lésion focale ou à un foyer épileptique : pointes ou pointes-ondes à front raide dans une région limitée.

Voir : *Épilepsie et responsabilité du médecin du travail*

Épileptique : Action du médecin du travail

ÉPILEPSIE POST-TRAUMATIQUE : PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX

Les problèmes médico-légaux qui seront évoqués ici concernent la « réparation » de l'épilepsie post-traumatique lorsque le blessé peut attendre légalement un dédommagement de son préjudice (par exemple une rente dans le cas d'un accident du travail).

Règles médico-sociales de l'imputabilité

Toute indemnisation suppose l'établissement de l'imputabilité, c'est-à-dire de la relation de causalité qui doit être établie entre le traumatisme crânien et l'épilepsie post-traumatique. La recherche de l'imputabilité passe par le respect de *sept règles médico-légales*. Celles-ci concernent :

● *La réalité et la nature du traumatisme crânien qui doit être attesté formellement par le certificat médical initial*. Aucune indemnisation ne peut être envisagée sans la présentation

de ce document. Il convient d'indiquer que la notification d'une perte de connaissance permet d'appuyer l'hypothèse d'une commotion cérébrale.

● *L'absence d'affection comitiale antérieure à l'accident* : elle n'est guère facile à établir et on ne peut écarter le risque d'une tromperie. Dans le cas d'une épilepsie connue, l'indemnisation concerne l'aggravation des crises provoquée par le traumatisme.

● *L'exclusion de toute autre étiologie* (tumorale par exemple) des crises d'épilepsie. Il faut toutefois rappeler qu'un traumatisme crânien peut être à l'origine d'une épilepsie essentielle.

● *La réalité et la nature de l'épilepsie*. Elle doit être :

— certaine,

— actuelle,

— permanente (l'évolution s'orientant, dans 50 % des cas, vers la guérison dans un délai de cinq ans, il est difficile d'être très affirmatif à ce sujet),

— caractéristique de la lésion considérée comme la cause des crises d'épilepsie.

Il convient par ailleurs, de remarquer qu'il est impossible de prévoir, sans risque d'être démenti par la suite, que tel blessé présentera ultérieurement une épilepsie post-traumatique. On ne peut que formuler des hypothèses.

● *La concordance entre le siège du choc et la nature des crises*.

Elle est bonne lorsqu'il s'agit d'un traumatisme crânien ouvert, difficile à établir, en raison du contre coup, en cas de traumatisme fermé.

● *L'existence d'un délai d'incubation* entre le moment du traumatisme et l'apparition des premières crises. Cela permet d'écarter les crises précoces.

● *L'existence d'un délai d'imputabilité* : au-delà d'un délai de 2 ans entre l'accident et la survenue des crises, la filiation devient hasardeuse.

Fixation de la date de consolidation

● Si elle a déjà été effectuée avant l'apparition des premières crises, les autorités compétentes seront informées de l'aggravation de l'état de la victime afin de préserver les possibilités ultérieures d'indemnisation.

● Elle implique un état stable et permanent alors que l'évolution des épilepsies post-traumatiques se caractérise précisément par son

imprévisibilité. On se trouve donc confronté à une démarche à la fois indispensable (c'est la condition nécessaire à l'attribution d'une incapacité permanente partielle) et malaisée.

Estimation des préjudices

L'estimation des préjudices en matière d'incapacité permanente partielle se fonde sur l'analyse de multiples données :

- **La nature et la fréquence des crises,**

- **Les répercussions sur les activités :**

— *professionnelles* : le sujet ne peut travailler dans le secteur du bâtiment ni dans une profession en contact avec le public. Il ne doit pas se servir de machines dangereuses.

— *non-professionnelles* : les sorties, les loisirs, les relations sociales se trouvent limitées en raison des crises. Il existe une interdiction de conduire, relative pour les véhicules légers, absolue pour les autres véhicules.

- **Les répercussions psychologiques** qui peuvent être très importantes.

- **Le traitement** : son importance, ses contraintes, ses effets secondaires (effets tératogènes possibles chez la femme enceinte).

- **Le risque de mort par asphyxie, chute ou noyade au cours d'une crise.**

L'évaluation des préjudices extra-patrimoniaux, c'est-à-dire des souffrances endurées, du préjudice esthétique et éventuellement du préjudice d'agrément, se fonde sur l'examen approfondi des caractéristiques de chaque cas.

Voir : *Épileptique : Action du médecin du travail*

ÉPILEPSIE ET RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin est tenu, selon la jurisprudence, à une *obligation de moyens* et non de résultats. Il peut donc répondre seulement de sa faute prouvée. Il ne semble pas exister de cas d'accidents du travail en relation avec une épilepsie pour lesquels des poursuites aient été engagées contre un médecin du travail. Pour ce faire, il faudrait qu'il ait commis une faute grave dans :

- la recherche du diagnostic;
- l'évaluation du risque;
- l'estimation des mesures de sécurité jugées indispensables.

ÉPILEPTIQUE

Action du médecin du travail

Le médecin du travail doit en premier lieu convaincre le salarié épileptique de la *nécessité d'être sobre* et de suivre régulièrement le *traitement* que lui a prescrit son médecin traitant.

Ayant l'occasion, en règle générale, de voir ce malade plus fréquemment que le médecin traitant, il aura donc la possibilité de vérifier si ses recommandations ont été entendues et surtout d'apporter une aide psychologique régulière à son interlocuteur. Les entretiens qu'il aura avec lui permettront à ce dernier d'évoquer ce qui, dans sa vie quotidienne, est susceptible de poser des problèmes (la crise épileptique peut en effet être interprétée à la fois comme crise nerveuse et crise psychologique). Le médecin informera le sujet — et le rassurera — à propos de la différence qui existe entre l'épilepsie fonctionnelle et celle qui est organique. Il lui prodiguera ses conseils afin que le malade ne provoque, par son comportement, un abaissement accidentel du seuil convulsif. Pour y parvenir :

- *il ne doit procéder à aucune modification de son traitement sans l'accord préalable de son médecin traitant;*

- *il doit dormir suffisamment pour ne pas accumuler les « dettes de sommeil »;*

- *il doit éviter les excès de fatigue ainsi que l'intempérance.* Le risque du déclenchement d'une crise comitiale est particulièrement élevé en cas d'association manque de sommeil/excès de fatigue/abus d'alcool.

Pour être efficace, le médecin du travail se gardera d'utiliser des formulations ambiguës, voire inquiétantes (« Ça ne pardonne pas deux fois ») pouvant susciter l'angoisse du malade. Il s'abstiendra également de prononcer des interdits excessifs (et par là même extrêmement difficiles à respecter) qui conduiraient à une marginalisation de l'épileptique devenu, en les observant, un paria de la vie sociale. Enfin il bannira la multiplication et la répétition indéfinie des examens (dosages sériques, contrôles biologiques, électroencéphalogrammes) en raison du risque de fixation névrotique qu'ils peuvent susciter chez le sujet face à son état.

Parallèlement à ses entretiens avec le salarié épileptique et à la surveillance médicale dont celui-ci fait l'objet, le médecin étudiera ses

conditions de travail. C'est en assurant un tel suivi régulier et complet du sujet épileptique que le médecin du travail peut l'aider efficacement à trouver son équilibre psychique et à réussir son insertion socio-professionnelle.

Aptitude au travail

Il convient de distinguer le cas du sujet qui se présente à la visite d'embauche de celui qui exerce déjà une activité professionnelle.

Visite d'embauche

Le médecin du travail peut être confronté à **deux types de situation** :

- **Le sujet évoque dès le départ ses troubles**, ce qui permet au médecin de se prononcer en parfaite connaissance de cause sur l'aptitude au poste de travail qui est postulé.
- **Le candidat cache sa maladie** ce qui oblige le médecin à pratiquer un véritable dépistage. Celui-ci est indispensable lorsque la future activité professionnelle concerne un poste de sécurité, ce type d'activité professionnelle n'étant pas accessible à un épileptique. Lorsque les données recueillies au cours de l'interrogatoire (anamnèse) et de l'examen médical (cicatrices) ne permettent pas d'écarter l'hypothèse d'une épilepsie, le médecin aura recours à l'électroencéphalographie. Si un doute subsiste et si le sujet est candidat à un poste de sécurité, le médecin prononcera, par prudence, un avis d'inaptitude.

Examens médicaux faisant suite à un incident inopiné

Le médecin du travail recueillera toutes les informations nécessaires (auprès des témoins comme de l'intéressé) pour parvenir à une connaissance précise des circonstances de l'incident et de ses caractéristiques cliniques. Il devra également savoir s'il s'agit d'une première crise ou d'une manifestation d'une épilepsie dissimulée jusque-là par le malade.

Toutes ces données seront transmises au médecin traitant qui examinera la victime et qui lui délivrera un certificat indiquant les résultats des examens complémentaires effectués ainsi que le traitement à suivre. Le malade remettra ce certificat au médecin du travail.

Il convient de signaler la difficulté de poser un diagnostic positif de certitude :

- **L'électroencéphalogramme** qui n'est significatif que dans certains cas, ne peut être pratiqué, sauf exception, après une crise. Même dans le cas d'un électroencéphalogramme après activation (stimulation lumineuse...), l'électroencéphalogramme reste normal dans un tiers des cas où l'on est certain qu'il existe une épilepsie.

- **L'apparition de rythmes rapides** peut être en relation avec l'absorption de barbituriques pendant la période précédant les examens de dépistage, le sujet s'efforçant de la sorte de dissimuler son épilepsie.

Lorsque l'avis d'aptitude concerne un poste de travail pour lequel l'emploi d'un épileptique est exclu, on peut utiliser la technique de recherche de barbituriques dans le sang, élaborée par Truhaut.

Pour juger de l'aptitude d'un épileptique, le médecin devra considérer un ensemble de données concernant le malade et le poste de travail (voir tableau ci-après).

Il faut également étudier le **milieu de travail** :

- évaluer le degré de tolérance de l'entreprise face à l'épilepsie;
- apprécier la position professionnelle du sujet.

Dans le cas d'une crise qui se sera déroulée en milieu de travail mais qui, aux yeux du médecin du travail, ne remet pas en cause l'aptitude au travail du malade, le praticien devra dédramatiser cet épisode aux yeux de l'entourage et apporter une aide psychologique à l'intéressé : il analysera avec lui tout ce qui est à l'origine de difficultés dans sa vie. Par ailleurs, il l'encouragera à suivre régulièrement un traitement et à demeurer sobre.

Orientation professionnelle

Il existe des **emplois interdits** :

- **En raison des risques importants qu'ils comportent** : il s'agit de métiers caractérisés par des conditions d'exercice spécifiques comme la conduite de travaux publics, les travaux sous-marins.

- **Par la législation.** Cela concerne :

- le travail dans l'air comprimé,
- l'admission à l'École Normale d'Instituteurs,
- la conduite de poids lourds.