

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

Investigations d'un épisode de dermatites du baigneur en Auvergne, juin 2014
// Investigations of an episode of swimmer's itch in Auvergne (France), June 2014p. 424
Cécile Marie et coll.
Centre hospitalier universitaire, Clermont-Ferrand, France

ARTICLE // Article

La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP
// Work related mental ill-health among employees in France between 2007 and 2012, based on the Work Related Diseases surveillance programmep. 431
Imane Khireddine et coll.
Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

ERRATUM // Erratump. 438

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de l'InVS. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de l'InVS ; directeur général par intérim de l'Inpes
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Juliette Bloch, Anses ; Cécile Brouard, InVS ; Dr Sandrine Danet, HCAAM ; Mounia El Yamani, InVS ; Dr Claire Fuhrman, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Dorothée Grange, ORS Île-de-France ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Agnès Lefranc, InVS ; Dr Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin/Poitou-Charentes ; Dr Sylvie Rey, Drees ; Hélène Therre, InVS ; Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes ; Dr Philippe Tuppin, CnamTS ; Pr Isabelle Villena, CHU Reims.
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

INVESTIGATIONS D'UN ÉPISODE DE DERMATITES DU BAIGNEUR EN AUVERGNE, JUIN 2014

// INVESTIGATIONS OF AN EPISODE OF SWIMMER'S ITCH IN AUVERGNE (FRANCE), JUNE 2014

Cécile Marie^{1,2}, Emmanuelle Vaissière³, Guillaume Spaccaverri³, Nicolas Vincent³, Gilles Bidet⁴, Laurence Surrel⁴, Agnès Picquenot⁴, Catherine Galey⁵, Philippe Pépin (philippe.pepin@ars.sante.fr)³

¹ Centre hospitalier universitaire, Clermont-Ferrand, France

² Université d'Auvergne, EA 4681 Péprade (Périnatalité, grossesse, environnement, pratiques médicales et développement), Clermont-Ferrand, France

³ Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Auvergne, Clermont-Ferrand, France

⁴ Agence régionale de santé d'Auvergne, Délégation territoriale du Puy-de-Dôme, Clermont-Ferrand, France

⁵ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Soumis le 27.02.2015 // Date of submission: 02.27.2015

Résumé // Abstract

Introduction – Le 12 juin 2014, des cas suspects de dermatite du baigneur dans un plan d'eau du Puy-de-Dôme ont été signalés à l'Agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne. Ce type de signalement ayant été peu rapporté en Auvergne, des investigations environnementales et épidémiologiques ont été menées pour confirmer l'étiologie, décrire l'épisode et rechercher des facteurs de risque.

Méthode – Une étude cas-témoins a été menée par la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Auvergne (Cire) à partir d'un échantillon de personnes ayant fréquenté le plan d'eau durant le week-end du 7 au 9 juin 2014. Des investigations environnementales (prélèvements et analyse de l'eau de baignade et des gastéropodes) ont été conduites par l'ARS.

Résultats – Trente questionnaires (21 cas et 9 témoins) ont été complétés. Tous les cas se sont baignés et ont rapidement présenté un prurit après la baignade. L'éruption maculo-papuleuse, débutant en majorité dans les 24 heures après la baignade, s'étendait sur tout le corps (62%) et a duré 10 jours ou plus (60%). La baignade au niveau des plages aménagées était associée à un risque plus élevé de survenue de dermatite du baigneur par rapport à un site non aménagé ($p < 0,05$). Les gastéropodes ont été identifiés (famille Lymnaeidae, genre *Radix*) et des furcocercariae ont été observées dans l'eau de baignade.

Conclusion – Les caractéristiques cliniques ainsi que l'identification des gastéropodes (*Radix*) et de furcocercariae ont confirmé le diagnostic de dermatite du baigneur. Des mesures de gestion efficaces ont rapidement été prises. Cette étude a permis de décrire ce premier épisode important de dermatite du baigneur rapporté en Auvergne et de proposer une conduite à tenir face à d'autres signalements de ce type.

Introduction – On 12 June 2014, suspected cases of swimmer's itch in a water surface in the Puy-de-Dôme district (France) were notified to the Auvergne health authorities. This parasitic disease being rarely reported in this region, environmental and epidemiological investigations were conducted to confirm the etiology, describe the episode and investigate risk factors.

Methods – A case-control study was conducted by the Regional Epidemiological Unit of the French Institute for Public Health Surveillance from a sample of persons having used the bathing place between 7 and 9 June 2014. In the same time, environmental investigations (sampling and analysis of bathing water and snails) were carried out by the health authorities.

Results – Thirty questionnaires were completed (21 cases and 9 controls). All cases had bathed and presented itching quickly after bathing. The maculopapular rash, beginning mostly within 24 hours after bathing, extended over the whole body (62%) and lasted 10 days or more (60%). Bathing in equipped beaches was associated with a higher risk of swimmer's itch compared to non-equipped bathing sites ($p < 0.05$). The gastropods were identified (Lymnaeidae family, genus *Radix*) and furcocercariae were observed in bathing water.

Conclusion – The clinical characteristics and the identification of snails (*Radix*) and furcocercariae in the bathing water confirmed the diagnosis of swimmer's itch. Effective management measures were quickly taken. This study contributed to describe this first important episode of swimmer's itch notified in Auvergne, and allowed to propose recommendations to other reports of this type.

Mots-clés : Dermatite des baigneurs, Dermatite cercarienne, *Radix*, Lymnaeidae, Auvergne

// **Keywords**: Swimmer's itch, Cercarial dermatitis, *Radix*, Lymnaeidae, Auvergne

Introduction

La dermatite du baigneur

La dermatite du baigneur (DB) est un problème de santé publique en Europe : de plus en plus fréquente, elle occasionne chez le sujet atteint une gêne plus ou moins importante selon l'étendue et la durée des signes et expose au risque de surinfection cutanée. Elle représente un problème économique dans les zones touristiques autour des lacs¹⁻⁶.

La DB est due à des furcocercaires à ocelles, stade larvaire d'un Trématode appartenant à la famille des schistosomes aviaires ; les principaux agents responsables appartiennent au genre *Trichobilharzia*. L'hôte définitif est un oiseau aquatique (Anatidae). Les œufs sont éliminés dans l'eau et libèrent un miracidium qui va coloniser un mollusque aquatique (gastéropode de la famille Lymnaeidae, genre *Radix* et *Lymnaea*, de la famille Planorbidae, genre *Planorbarius*, ou de la famille Physidae, genre *Physa*). Quelques semaines après, plusieurs cercaires sont libérées du mollusque et poursuivent leur cycle en pénétrant sous la peau, soit de l'hôte définitif, soit de l'Homme (hôte accidentel)⁶⁻⁸. Chez l'Homme, le passage des parasites à travers le derme vers les viscères n'est pas documenté. Cependant, il ne peut être formellement exclu, devant les résultats d'études menées chez des mammifères montrant que des cercaires peuvent migrer vers les viscères et les tissus nerveux (lors de la première infection)^{4,9,10}.

La pénétration cutanée des larves chez l'Homme provoque une réaction allergique (lors du deuxième contact) : prurit débutant rapidement après la baignade (moins de 30 minutes à quelques heures), éruption maculo-papuleuse dans les 24 heures et parfois surinfection liée aux lésions de grattage (figure 1). Les symptômes disparaissent spontanément (durée moyenne de 4 jours, maximale de 18 jours). Les symptômes peuvent être plus précoces et plus intenses en cas de réinfections multiples, avec parfois des troubles généraux (fièvre,

symptômes respiratoires ou digestifs) pouvant s'intégrer dans une allergie systémique, mais dont le mécanisme physiopathogénique demeure inconnu. À ce jour, aucune étude n'a rapporté de complications viscérales à long terme^{1,2,6-8}.

La présence des hôtes est favorisée par une végétation aquatique riche et la libération des cercaires dans l'eau est favorisée par une brusque augmentation de la température de l'eau et de la luminosité. D'autres facteurs de risque, liés aux comportements des baigneurs, existent : durée de la baignade, baignade en eau peu profonde, matinale, activités en immersion. Les jeunes enfants sont particulièrement exposés à ces facteurs^{1,5-9}.

L'épisode investigué

Le 12 juin 2014, la Délégation territoriale du Puy-de-Dôme de l'Agence régionale de santé d'Auvergne (ARS-DT 63) a signalé à la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Auvergne (Cire Auvergne) une suspicion de DB chez des personnes s'étant baignées dans un plan d'eau durant le week-end de la Pentecôte (du 7 au 9 juin 2014).

Face à ce type de signalement, de plus en plus fréquent en Europe et en France^{2,5-7,10,11} mais n'ayant encore jamais été documenté en Auvergne, des investigations environnementales et épidémiologiques ont été menées. Bien que le diagnostic de DB était d'emblée le plus probable, d'autres étiologies ont été envisagées : dermatite des prés (inflammation cutanée due au contact de certains végétaux (herbes) combinée à une exposition au soleil et à l'humidité de la peau), intoxication par des cyanobactéries (certaines personnes ayant signalé également des symptômes digestifs).

L'objectif principal était de confirmer la DB afin de pouvoir rapidement prendre des mesures de gestion adaptées. Les objectifs secondaires étaient de faire une étude descriptive de l'épisode et de rechercher ou confirmer certains des facteurs de risque.

Figure 1

Photographies d'une éruption maculo-papuleuse liée à la dermatite du baigneur



Source : MCI, 2013.

Matériels et méthode

Description du site

Le plan d'eau (10 hectares) possède deux plages aménagées pour la baignade. La qualité de l'eau fait l'objet d'un contrôle sanitaire régulier effectué par l'ARS durant la saison estivale.

Investigations environnementales

Le vendredi 13 juin 2014, les agents de l'ARS-DT 63 ont fait le tour du plan d'eau, à la recherche des hôtes (oiseaux et mollusques). L'eau de baignade a été prélevée au niveau des deux plages pour mesurer les indicateurs de contamination réglementaires (germes fécaux et cyanobactéries). Environ 150 mollusques aquatiques ont été prélevés au bord des plages (eau peu profonde) et transmis à un bureau d'étude spécialisé (Athos Environnement)¹². L'identification des mollusques a été réalisée jusqu'au genre, sur des critères morphologiques, à l'aide d'une clé de détermination des invertébrés d'eau douce¹³. La présence de furcocercaires a été recherchée dans les prélèvements d'eau (observation après sédimentation de 30 ml d'eau, sous un microscope inversé Olympus® CKX41SF-5).

Investigations épidémiologiques

Devant la forte affluence de baigneurs ce week-end de Pentecôte, le choix s'est porté sur une enquête cas-témoins. Un cas a été défini comme toute personne ayant présenté un prurit et une éruption maculeuse ou maculo-papuleuse après avoir fréquenté le lieu de baignade entre le 7 et le 9 juin 2014. Un témoin a été défini comme toute personne étant allée sur le lieu de baignade entre le 7 et le 9 juin 2014 sans présenter d'éruption maculo-papuleuse.

Le recrutement des cas s'est effectué selon plusieurs modalités :

- auto-signallement à la mairie ou à l'ARS ;
- recherche active auprès de médecins généralistes (21 médecins contactés répartis sur 7 communes autour du plan d'eau) ;
- recherche auprès des familles contactées.

Les témoins ont été recrutés dans l'entourage des cas.

Le recueil des données, à l'aide d'un questionnaire standardisé, a été réalisé par téléphone ou, plus rarement, par courriel. Le questionnaire permettait de recueillir les données concernant les caractéristiques individuelles, la baignade (durée, activités, séchage...), les symptômes et la connaissance d'autres cas et/ou témoins dans leur entourage (famille, amis, voisins).

Une analyse univariée a été conduite pour rechercher l'existence ou non d'une association significative entre la survenue des symptômes et certains facteurs. Les comparaisons des proportions et des moyennes ont été respectivement réalisées à l'aide du test exact de Fisher et du test de Mann-Whitney avec un seuil de significativité de 5%. Les données ont été analysées avec le logiciel Stata® v12.

Résultats

Résultats environnementaux

La visite du site a mis en évidence la présence des hôtes du parasite : canards et escargots dans la partie peu profonde du plan d'eau au niveau des plages. Les gastéropodes ont été identifiés comme appartenant à la famille Lymnaeidae, genre *Radix*. Des furcocercaires ont été observées dans l'eau prélevée (figure 2). Les concentrations en germes indicateurs de contamination microbiologique fécale et en cyanobactéries étaient conformes aux valeurs réglementaires.

Figure 2

Photographie d'une furcocercaire prélevée dans l'eau de baignade, observée sous microscope inversé, grossissement x100. Épisode de dermatites du baigneur dans le Puy-de-Dôme (Auvergne), 7-9 juin 2014



Source : Athos Environnement, 2014.

Résultats épidémiologiques

Au total, 15 familles ont été identifiées (6 par signalement spontané, 5 par recherche active auprès des médecins généralistes et 4 auprès des familles contactées). Parmi elles, 11 (73%) ont accepté de participer à l'enquête. L'échantillon d'étude était constitué de 21 cas et 9 témoins (n=30).

Les femmes étaient majoritaires (ratio H/F=0,76) et l'âge médian était de 15 ans (étendue : 2-67 ans). Tous les cas (n=21) et 8 témoins (89%) se sont baignés. Parmi les personnes s'étant baignées, 86% l'ont fait au niveau d'une plage aménagée. En majorité, elles se sont baignées après 16 heures (69%), ont réalisé une activité strictement en eau peu profonde (76%) et se sont totalement immergées dans l'eau (79%). La durée médiane de la baignade était de 60 minutes (étendue : 10-180 minutes). Après la baignade, 55% des personnes se sont séchées au soleil (45% avec une serviette) (tableau).

La fréquence et les délais d'apparition des signes cliniques des 21 cas sont présentés en figures 3a et 3b. Le prurit est apparu moins de 30 minutes après la baignade (52%) et jamais au-delà de 24 heures après. Il a été suivi par un érythème (plus de 30 minutes après la baignade dans 70% des cas) et/ou d'une éruption maculo-papuleuse (plus de 30 minutes après la baignade dans 45% des cas et le lendemain dans 45% des cas). La durée des signes était en majorité de moins de 10 jours pour le prurit (85%) et de 10 jours ou plus pour l'éruption maculo-papuleuse (60%). Les symptômes s'étendaient sur tout le corps pour 62% des cas. Trois cas ont présenté d'autres symptômes (digestifs et/ou fièvre) de courte durée. Un médecin a été consulté dans 43% des cas ; 66% des cas ont pris un traitement pour soulager les symptômes cutanés. Le taux d'attaque moyen par famille était de 71%.

Les associations entre la survenue des symptômes et certains facteurs (mesure des odds-ratios (OR) sont présentés au tableau. La baignade au niveau des deux plages aménagées était significativement associée au risque de survenue de DB par rapport à la baignade au niveau d'autres sites non aménagés (OR=12 ; p=0,048).

Discussion-conclusion

Points forts

Les investigations épidémiologiques et environnementales menées en parallèle ont permis de confirmer rapidement la DB :

- les autres étiologies ont pu être écartées, notamment une contamination microbiologique (résultats environnementaux conformes) et la dermatite des prés (56% des cas ne sont pas allés sur l'herbe alors que 86% des témoins y sont allés ; aucun cas n'a rapporté des lésions cutanées bulleuses) ;
- l'identification morphologique des mollusques genre *Radix* (Lymnaeidae) et l'observation des furcocercaires dans l'eau de baignade ;

- les symptômes rapportés, leurs délais d'apparition (inférieurs à 24 heures) et leurs durées sont typiques de la DB ;
- les conditions météorologiques étaient favorables à la DB (premiers jours de fortes chaleurs après un hiver doux).

Des mesures de gestion préconisées par l'ARS ont été prises rapidement dès le jour du signalement (12 juin), sans attendre les résultats des investigations, limitant la survenue de nouveaux cas :

- arrêté municipal d'interdiction temporaire de la baignade ;
- ramassage des escargots sur les plages.

Suite à la disparition des escargots sur les plages, l'interdiction de baignade a été levée le 5 juillet et des conseils aux baigneurs ont été affichés : limiter la durée de baignade, se sécher avec une serviette et prendre une douche immédiatement après la baignade.

À long terme, le ramassage manuel des escargots n'est pas une mesure efficace et l'élimination du parasite reste difficile même avec d'autres méthodes (molluscicide, élimination de la végétation, vidange du plan d'eau, traitement des canards (antihelminthique)^{6,7}, régulation de la population des canards¹¹). Devant le risque de récurrence, une surveillance des cas de DB par les médecins généralistes et pharmaciens du secteur a été mise en place pour la saison estivale 2014. Ce dispositif de surveillance a montré qu'à court terme, les mesures de gestion prises ont été efficaces puisqu'aucun nouveau cas de DB n'a été rapporté. Précisons que la saison estivale 2014 n'ayant pas connu de fortes chaleurs (excepté en juin), les conditions n'étaient pas favorables à la prolifération du parasite.

Des facteurs de risque associés à l'apparition de la DB mis en évidence sont cohérents avec les données de la littérature (lieu de baignade, tendance pour l'âge et la durée de baignade)^{2,6,8}.

Limites

La première limite de cette étude réside dans le faible effectif de l'échantillon. Le secteur défini pour la recherche active des cas était probablement trop restreint et le fait d'avoir attendu les résultats des analyses environnementales a allongé le délai entre la baignade (7-9 juin) et le début de l'inclusion (19 juin), ce qui a pu décourager certaines personnes de participer. Seulement 9 témoins ont été recrutés par l'intermédiaire des cas, entraînant un biais de sélection et un appariement entre les témoins et les cas. Des biais d'information sont liés à l'auto-remplissage des questionnaires (si transmis par courriel) et à la subjectivité des personnes répondant pour les membres de la famille.

Les résultats n'ont pas montré d'association significative entre la survenue de la DB et certains facteurs de risque généralement retrouvés dans la littérature (âge, durée et heure de baignade, délai baignade-douche)^{6,8}, probablement en raison du manque de puissance de l'étude. Par ailleurs, le séchage avec une serviette n'était

Tableau

Facteurs associés à des dermatites du baigneur (n=30) dans le Puy-de-Dôme (Auvergne), 7-9 juin 2014

	N total (%)	N cas (%)	N témoins (%)	OR ^a	IC95% ^b	p-value
Sexe						
Femme	17 (57%)	11 (52%)	6 (67%)	Ref		
Homme	13 (43%)	10 (48%)	3 (48%)	1,8	[0,4-9,3]	NS
Âge						
≥15 ans	17 (57%)	10 (48%)	7 (78%)	Ref		
<15 ans	13 (43%)	11 (52%)	2 (22%)	3,9	[0,6-23,1]	0,1
Baignade						
Non	1 (3%)	0	1 (11%)	Ref		
Oui	29 (97%)	21 (100%)	8 (89%)	NC ^c		
Lieu de baignade						
Ailleurs	4 (14%)	1 (5%)	3 (37,5%)	Ref		
Plages	25 (86%)	20 (95%)	5 (62,5%)	12,0	[1,0-141,3]	0,048
Heure de baignade						
≥16h00	18 (69%)	13 (72%)	5 (62,5%)	Ref		
<16h00	8 (31%)	5 (28%)	3 (37,5%)	0,6	[0,1-3,9]	NS
Durée de la baignade						
Moins d'une heure	11 (42%)	6 (33%)	5 (62,5%)	Ref		
1 heure ou plus	15 (58%)	12 (67%)	3 (37,5%)	3,3	[0,6-18,9]	NS
M +/- ET ^d (minutes)	75 +/- 55	88 +/- 59	44 +/- 29	NC ^c		0,07
Profondeur de l'eau						
Nage milieu de l'eau	7 (24%)	5 (24%)	2 (25%)	Ref		
Eau peu profonde ^e	22 (76%)	16 (76%)	6 (76%)	1,1	[0,3-4,0]	NS
Immersion						
Jambes seulement	6 (21%)	3 (14%)	3 (37,5%)	Ref		
Corps entier	23 (79%)	18 (86%)	5 (62,5%)	3,6	[0,5-23,6]	NS
Séchage						
Serviette	13 (45%)	12 (57%)	1 (12,5%)	Ref		
Au soleil	16 (55%)	9 (43%)	7 (87,5%)	0,1	[0,0-1,0]	0,053
Délai baignade-douche						
1 heure ou moins	10 (36)	7 (35)	3 (37,5)	Ref		
>1 heure	18 (64)	13 (65)	5 (62,5)	1,1	[0,2-6,1]	NS

En gras : p≤0,05. Ref : référence

^a Odds ratio. ^b Intervalle de confiance à 95%. ^c Odds ratio non calculable. ^d M +/- ET : moyenne +/- écart-type ; les variables quantitatives ont été comparées par un test de Mann-Withney. ^e Activités en eau peu profonde comprenant nage au bord de l'eau, pataugeage, jeux de ballon et excluant la nage au milieu du plan d'eau.

pas associé à un moindre risque de DB (au contraire, le risque de DB tend même à augmenter avec le fait de s'essuyer avec une serviette, p=0,053). Cette pratique est pourtant conseillée comme mesure préventive dans la littérature^{1,7,8}. En fait, les cercaires pénètrent rapidement sous la peau et l'utilisation d'une serviette

plus de 5 minutes après la sortie du bain n'est plus efficace (donnée non renseignée dans notre étude). Certains facteurs sont probablement liés entre eux (notamment avec l'âge). Une analyse multivariée aurait permis de prendre en compte ces facteurs de confusion, mais n'a pas été possible en raison du faible effectif.

Figure 3a

Fréquence d'apparition des symptômes rapportés par les 21 cas après la baignade. Épisode de dermatites du baigneur dans le Puy-de-Dôme (Auvergne), 7-9 juin 2014

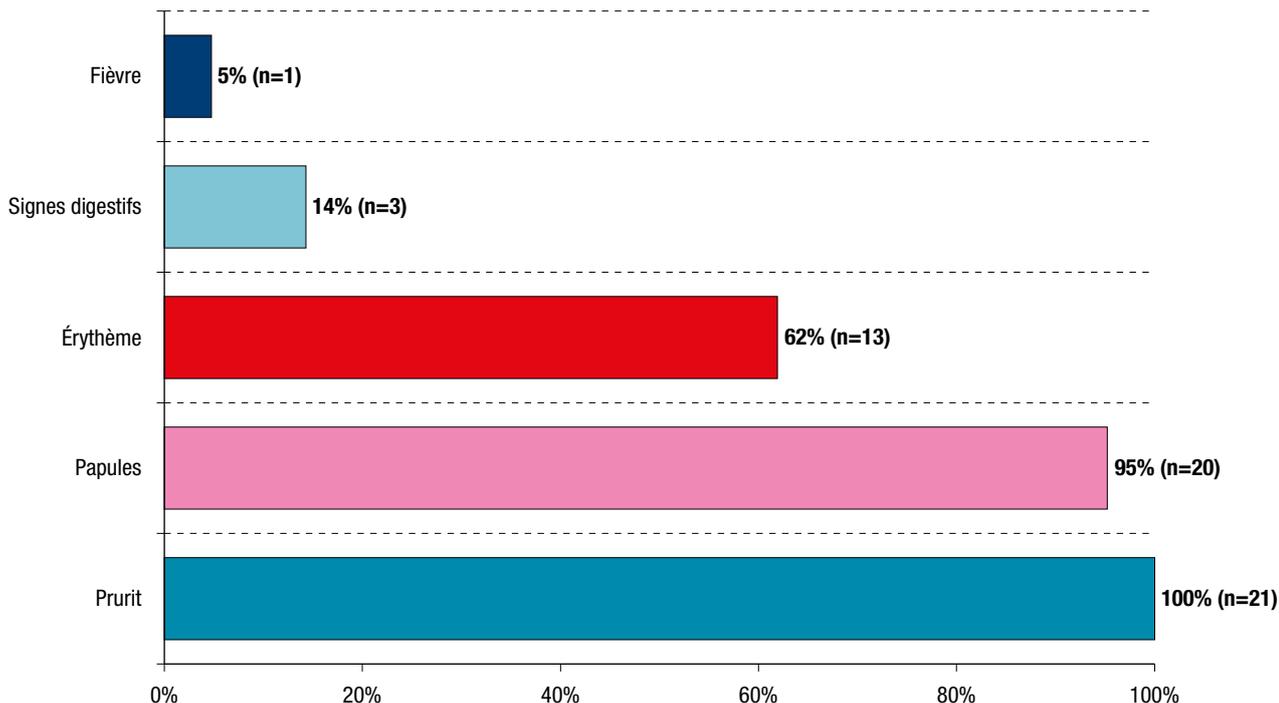
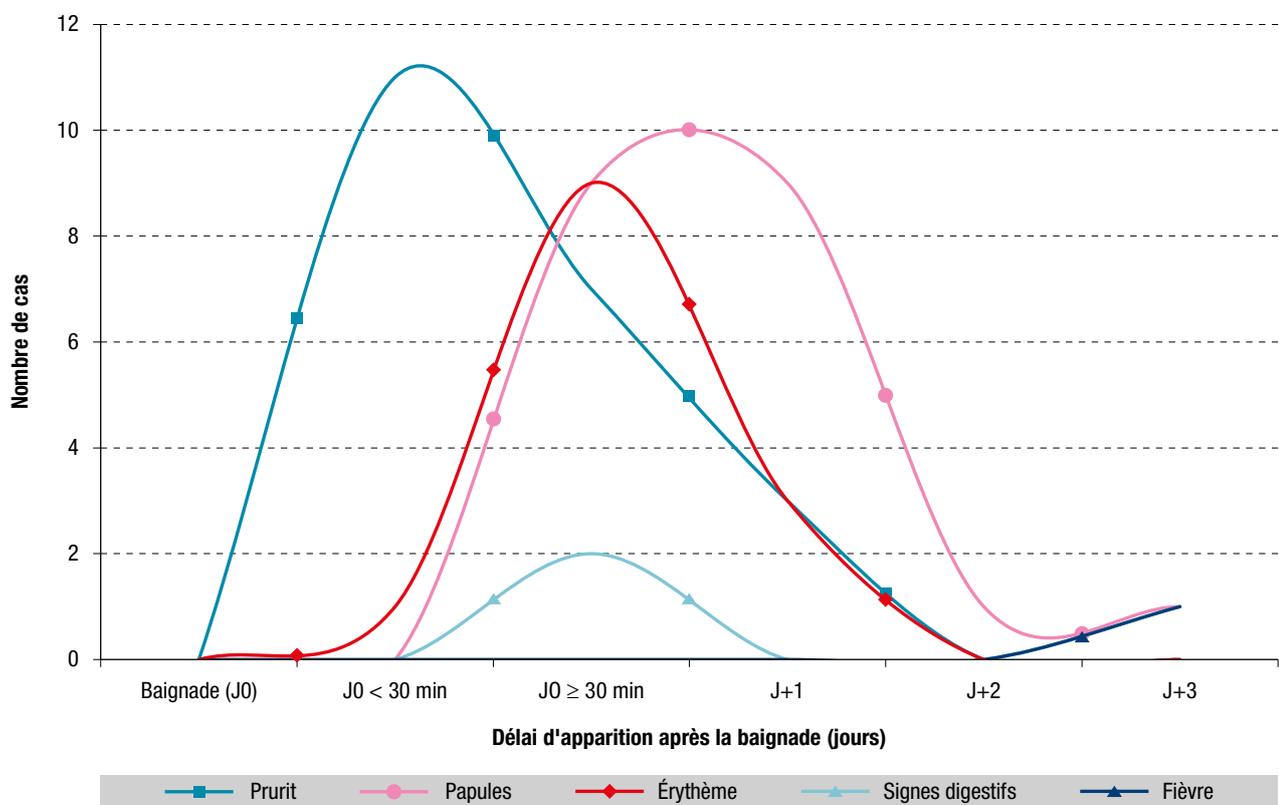


Figure 3b

Délais d'apparition des symptômes (jours) rapportés par les 21 cas après la baignade. Épisode de dermatites du baigneur dans le Puy-de-Dôme (Auvergne), 7-9 juin 2014



Perspectives

Les autorités locales et les professionnels de santé, sensibilisés par ce premier épisode de DB, resteront vigilants pendant la saison estivale 2015 afin de surveiller une éventuelle récurrence. Il conviendrait, dès les premières chaleurs de 2015, de surveiller la présence d'escargots au niveau du plan d'eau et de diffuser à nouveau les conseils aux baigneurs par voie d'affichage par exemple. ■

Remerciements

Nous remercions Harold Noël (InVS) pour son expertise sur les maladies parasitaires. Nous remercions les médecins généralistes contactés dans le cadre de l'enquête ainsi que toutes les personnes ayant participé.

Références

- [1] Bourrée P, Caumes E. La dermatite cercarienne. *Presse Med.* 2004;33:490-3.
- [2] De Gentile L, Picot H, Bourdeau P, Bardet R, Kerjan A, Piriou M, *et al.* La dermatite cercarienne en Europe: un problème de santé publique nouveau ? *Bull WHO.* 1996;74(2):159-63.
- [3] Kolářová L, Horák P, Skírnisson K, Marečková H, Doenhoff M. Cercarial dermatitis, a neglected allergic disease. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2013;45(1):63-74.
- [4] Horák P, Kolářová L, Adema CM. Biology of the schistosome genus *Trichobilharzia*. *Adv Parasitol.* 2002;52:155-233.
- [5] Zbikowska E. Infection of snails with bird schistosomes and the threat of swimmer's itch in selected Polish lakes. *Parasitol Res.* 2004;92:30-5.

[6] Soldánová M, Selbach C, Kalbe M, Kostadinova A, Sures B. Swimmer's itch: etiology, impact, and risk factors in Europe. *Trends Parasitol.* 2013;29(2):65-74.

[7] Réseau des lacs alpins ALP-LAKES, Syndicat mixte du Lac d'Annecy (Sila). Dermatite cercarienne et bothriocéphalose, deux risques sanitaires liés à des parasites et communs aux lacs alpins. Guide technique. Cran-Gevrier: Sila; 2007. 57 p. <http://www.sila.fr/spip.php?page=recherche&recherche=dermatite+cercarienne&bouton.x=0&bouton.y=0>

[8] Locke S, Marcogliese DJ. Rapport sommaire sur la dermatite du baigneur au Québec. Rapport scientifique et technique ST-234. Montréal: Centre Saint-Laurent, Conservation de l'environnement, Environnement Canada; 2005. 44 p.

[9] Horák P, Kolářová L. Bird schistosomes: do they die in mammalian skin? *Trends Parasitol.* 2001;17:66-9.

[10] Bayssade-Dufour Ch, Vuong PN, René M, Martin-Loehr C, Martins C. Visceral lesions in mammals and birds exposed to agents of human cercarial dermatitis. *Bull Soc Pathol Exot.* 2002;95(4):229-37.

[11] Jouet D, Ferté H, Depaquit J, Rudolfová J, Latour P, Zanella D, *et al.* *Trichobilharzia* spp. in natural conditions in Annecy Lake, France. *Parasitol Res.* 2008;103:51-8.

[12] Athos Environnement. Université Blaise Pascal. UFR Sciences et Technologies, Campus des Cézeaux, Aubière. <http://www.athos-environnement.fr/topic1/index.html>

[13] Tachet H, Richoux P, Bournaud M, Usseglio-Polarata P. Invertébrés d'eau douce. Systématique, biologie, écologie. Paris: CNRS Éditions; 2010. 590 p.

Citer cet article

Marie C, Vaissière E, Spaccaferri G, Vincent N, Bidet G, Surrel L, *et al.* Investigations d'un épisode de dermatites du baigneur en Auvergne, juin 2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(23):424-30. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/23/2015_23_1.html

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN LIEN AVEC LE TRAVAIL CHEZ LES SALARIÉS ACTIFS EN FRANCE ENTRE 2007 ET 2012, À PARTIR DU PROGRAMME MCP

// WORK RELATED MENTAL ILL-HEALTH AMONG EMPLOYEES IN FRANCE BETWEEN 2007 AND 2012, BASED ON THE WORK RELATED DISEASES SURVEILLANCE PROGRAMME

Imane Khireddine (i.khireddine@invs.sante.fr)¹, Audrey Lemaître¹, Julie Homère¹, Julie Plaine¹, Loïc Garras¹, Marie-Christine Riol², Madeleine Valenty¹ et le Groupe MCP 2012*

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dircctce) d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

* Liste complète en fin d'article.

Soumis le 30.03.2015 // Date of submission: 03.30.2015

Résumé // Abstract

Introduction – La souffrance psychique en lien avec le travail prend de plus en plus d'importance dans les pathologies d'origine professionnelle. Or, celle-ci ne figure dans aucun tableau de maladie professionnelle reconnue par les différents régimes de sécurité sociale.

Méthode – À partir des données issues du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), les taux annuels de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail ont été calculés pour la période 2007 à 2012. Des régressions logistiques univariées et multivariées ont été réalisées pour tester l'association entre la souffrance psychique en lien avec le travail et l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité.

Résultats – Le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail était 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'année (3,1% chez les femmes contre 1,4% chez les hommes en 2012). Ce taux a augmenté sur la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique, contrairement au secteur d'activité.

Discussion-conclusion – L'augmentation des taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail sur la période 2007-2012 s'accompagne d'une dégradation constatée des conditions de travail et d'une médiatisation croissante de cette problématique. Les secteurs d'activité semblent impactés par la souffrance psychique au travers de leur pyramide sociodémographique.

Introduction – *Work-related mental ill-health is becoming increasingly important in occupational diseases. Nevertheless, it is not registered in any of the French occupational disease tables of the different social security schemes.*

Method – *Based on the Work Related Diseases surveillance programme data, annual prevalence rates of work-related mental ill-health were calculated from 2007 to 2012. Univariate and multivariate regression modeling was used to test the association between work-related mental ill and age, occupational category and economic sector.*

Results – *The prevalence rate of work-related mental ill health was twice higher among women than among men, regardless of the year (3.1% in women and 1.4% for men in 2012). This rate increased over the period 2007-2012 in both women and men. The age and occupational category were strongly associated with work-related mental ill-health, whereas the economic sector was not.*

Discussion-conclusion – *The increase of prevalence rates of work-related mental ill-health between 2007 and 2012 occurred in parallel with a degradation of working conditions and a growing media coverage of this issue. Economic sectors seems affected by work related mental ill-health through their sociodemographic pyramid.*

Mots-clés : Souffrance psychique liée au travail, Surveillance épidémiologique, Médecins du travail, France

// **Keywords**: Epidemiological surveillance, Work related mental ill-health, Occupational physicians, France

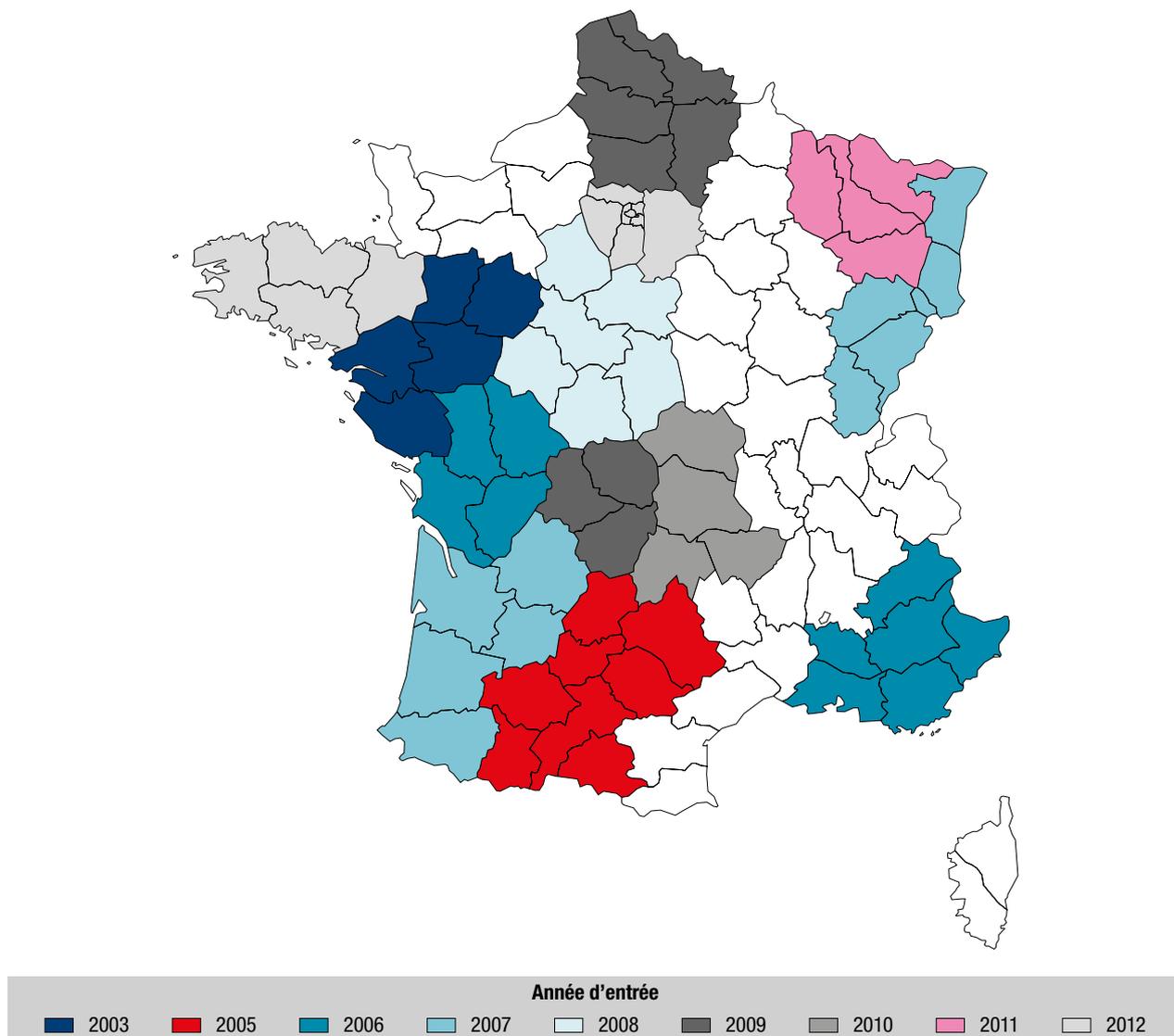
Introduction

Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, l'Institut de veille sanitaire (InVS), en collaboration avec l'Inspection

médicale du travail, a mis en place un système de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en s'appuyant sur un dispositif législatif^{1,2}. En 2012, 15 régions ont participé aux Quinzaines MCP (figure 1).

Figure 1

Participation des régions au programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) selon leur année d'entrée, France



Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe pathologique le plus souvent signalé parmi la population salariée active dans le programme MCP, et ce depuis la mise en place du dispositif en 2003. Il n'existe pas à ce jour de tableau de maladie professionnelle permettant sa réparation au sein des différents régimes de sécurité sociale. Certains cas de souffrance psychique en lien avec le travail peuvent toutefois être réparés par le biais des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). À ce titre, selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), 512 demandes de reconnaissance d'affections psychiques au titre d'une maladie professionnelle ont été formulées en 2013 (nombre multiplié par 2,3 par rapport à 2012), parmi lesquelles 47% ont été indemnisées³.

Dans ce contexte, la surveillance épidémiologique de la souffrance psychique en lien avec le travail est primordiale. L'objectif de cet article est de décrire,

à partir des données du programme MCP, l'évolution des taux annuels de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail entre 2007 et 2012, de détailler la répartition des différents symptômes et pathologies qui la composent et, enfin, d'analyser l'association entre la souffrance psychique en lien avec le travail et certains déterminants sociodémographiques et professionnels.

Méthode

Les analyses ont été réalisées à partir des données du programme MCP. Celui-ci s'appuie sur un réseau sentinelle de médecins du travail volontaires, qui signalent pendant deux semaines consécutives, dites « Quinzaines », deux fois par an, tous les cas de maladies ou symptômes qu'ils jugent en lien avec le travail selon leur expertise médicale, au cours de leurs consultations dans le cadre des différentes visites médicales (visite périodique, visite d'embauche, visite à la demande ou de reprise), en complétant

un questionnaire spécifique. Un tableau de bord détaillant l'ensemble des visites médicales effectuées au cours de la Quinzaine MCP est également transmis afin de permettre le calcul des taux de prévalence. Pour étayer ce lien entre pathologie et travail, les médecins doivent indiquer de un à trois agents d'exposition professionnelle ayant, selon eux, généré ou aggravé la pathologie. Chaque médecin est volontaire pour une Quinzaine. Il peut renouveler sa participation autant de fois qu'il le souhaite. Une description plus complète du programme MCP est disponible par ailleurs¹.

Les cas de souffrance psychique en lien avec le travail documentés dans le programme MCP regroupent, d'une part, les maladies relevant du chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la Classification internationale des maladies-10^e révision (CIM-10) : épisode dépressif sévère (F32.2), épisode dépressif léger (F32.0), troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), autres troubles anxieux (F41.9), état de stress post-traumatique (F43.1), troubles du sommeil (F51), conduites addictives (F10.2), somatisation (F45), décompensation d'une psychose (F23), décompensation d'une névrose (F48), troubles du comportement alimentaire (F50). Et, d'autre part, d'autres troubles relevant de la sphère de la santé mentale qui ne sont pas considérés comme des maladies dans les classifications de référence mais qui figurent au chapitre XXI de la CIM-10 comme « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » tels que le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* (Z73) et le stress lié à l'emploi (Z56). Cette dernière entité regroupe les diagnostics non spécifiques rapportés par les médecins du travail tels que la souffrance au travail, le stress lié au travail ou lorsqu'un seul symptôme d'anxiété ou de dépression (irritabilité, nervosité...) est rapporté.

Les taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail ont été calculés, pour chaque année, en rapportant le nombre de salariés signalés avec une souffrance psychique en lien avec le travail au nombre total de salariés vus pendant les Quinzaines MCP. La répartition des différents troubles relevant de souffrance psychique en lien avec le travail a été décrite pour chaque année. Enfin, les associations entre la souffrance psychique en lien avec le travail et l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité ont été testées (seuil de significativité à 5%) en analyse univariée puis en analyse multivariée pour tenir compte de l'interdépendance de ces facteurs, par régression logistique. Les catégories de référence étaient : pour

la classe d'âge, les moins de 25 ans ; pour la catégorie sociale, les ouvriers ; pour le secteur d'activité, celui de l'industrie. L'ensemble des analyses a été fait séparément chez les hommes et chez les femmes.

Résultats

L'analyse des données a été effectuée pour la période de 2007 à 2012, dernière année pour laquelle les données ont été consolidées. Sur cette période, le nombre de régions participantes au programme MCP est passé de 7 à 15. Le taux de participation annuel des médecins du travail (MT) a diminué de moitié et le nombre annuel de salariés inclus a reculé de 25% (tableau 1).

Le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail était, chaque année, 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (figure 2). Entre 2007 et 2012, les taux de prévalence de cette affection ont augmenté chez les hommes de 1,1% à 1,4% avec une tendance linéaire significative ($p < 0,001$). Chez les femmes, les taux de prévalence ont varié sur la période, passant de 2,3% à 3,1%, sans tendance linéaire significative associée.

Concernant les répartitions des différents troubles parmi les affections définissant la souffrance psychique en lien avec le travail, l'épisode dépressif léger était, pour les hommes comme pour les femmes, l'entité la plus souvent rapportée par les médecins du travail jusqu'en 2010, avec plus d'un tiers des situations. À partir de 2011, les troubles anxieux et dépressifs mixtes étaient les plus rapportés pour les deux sexes, représentant également plus d'un tiers des affections déclarées (tableau 2). En parallèle, les parts du *burnout* et des états de stress post-traumatique, moins élevées, ont toutefois augmenté sur la période et la part de l'entité « stress lié à l'emploi » a considérablement chuté. La répartition des diagnostics était proche chez les hommes et chez les femmes, avec cependant plus de conduites addictives et de troubles du sommeil signalés chez les hommes, et plus d'épisodes dépressifs légers et de troubles anxieux et dépressifs mixtes chez les femmes.

Les résultats relatifs aux facteurs sociodémographiques sont présentés uniquement pour l'année 2012 dans cet article (tableau 3). La probabilité de signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmente avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi, celle-ci est 7 fois plus élevée

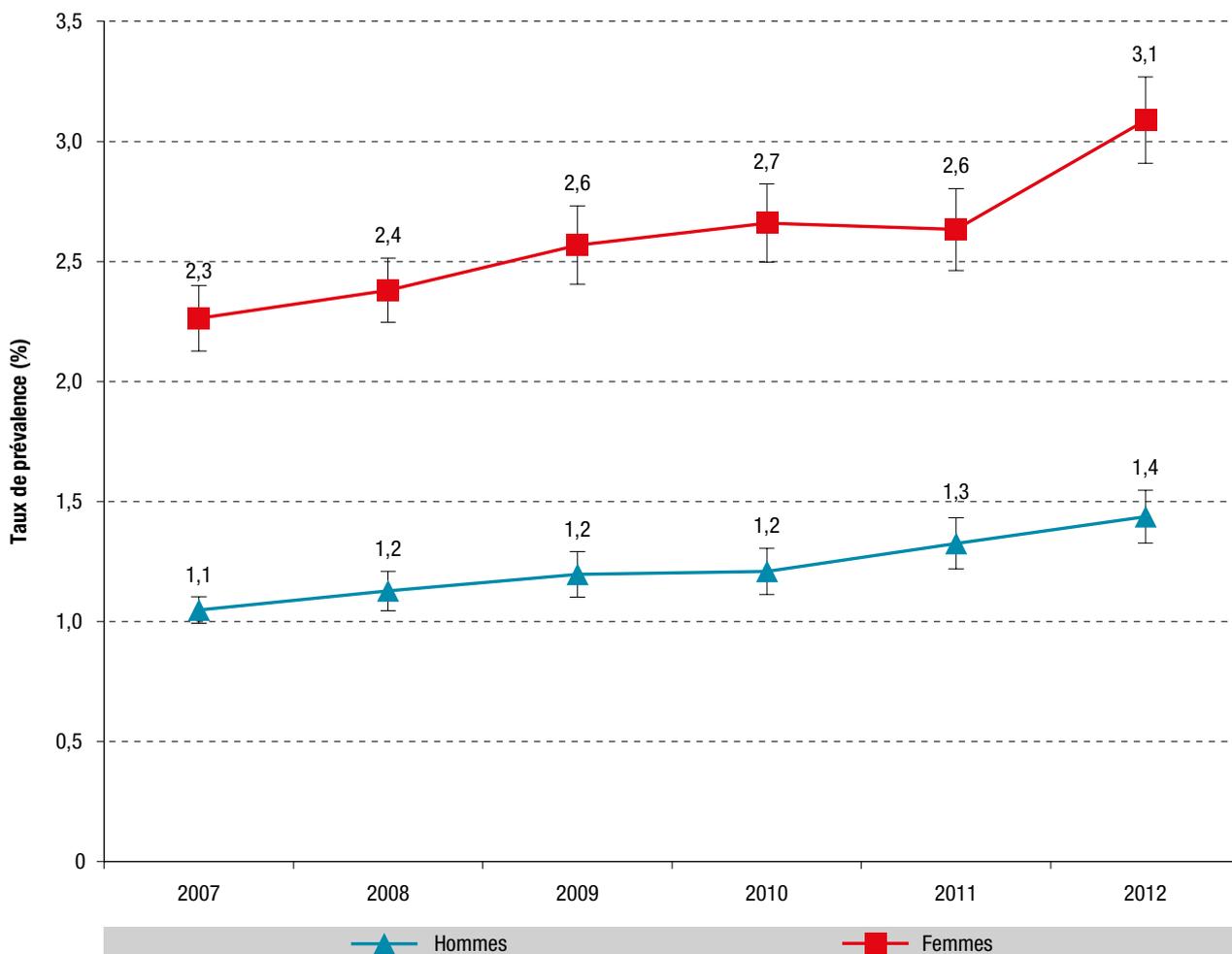
Tableau 1

Caractéristiques du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) de 2007 à 2012, France

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Régions participantes	7	8	11	11	12	15
Quinzaines MCP organisées	12	15	14	19	22	27
Médecins volontaires (%)	912 (34)	964 (33)	965 (26)	765 (23)	711 (19)	781 (17)
Salariés vus en visite médicale	107 392	114 154	86 995	86 950	78 884	81 081

Figure 2

Évolution des taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail parmi les salariés vus en visite médicale de 2007 à 2012, programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), France



pour les hommes âgés de 45 à 54 ans par rapport aux hommes de moins de 25 ans. Cette probabilité augmente également avec la catégorie sociale (gradient social, des ouvriers vers les cadres).

En analyse multivariée, les contrastes de probabilité de se voir signaler une souffrance psychique liée au travail en fonction de l'âge et de la catégorie sociale étaient très légèrement modifiés, les odds-ratios (OR) restant dans le même ordre de grandeur qu'en analyse univariée (tableau 3). En revanche, et après ajustement sur l'âge et la catégorie sociale, les OR de l'ensemble des secteurs d'activité étaient proches de 1 avec une dispersion modérée des OR et de leurs intervalles de confiance.

Discussion-conclusion

Le taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail observée dans le cadre des Quinzaines MCP a augmenté sur la période 2007-2012, avec une tendance linéaire significative chez les hommes et non significative chez les femmes.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces variations. D'une part, une plus grande

couverture médiatique des pathologies liées au travail au cours de cette période amènerait à une plus forte sensibilisation des salariés à ce problème de santé publique, et ainsi une libération de la parole auprès des médecins du travail. En parallèle, les médecins du travail, eux aussi de plus en plus sensibilisés à cette problématique notamment *via* les médias grand public et spécialisés, les ressources universitaires, les sociétés savantes et au travers des réunions de sensibilisation menées par les médecins inspecteurs du travail dans le cadre du programme MCP, seraient plus enclins à les rapporter. D'autre part, l'augmentation observée du taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail peut être mise en parallèle avec la détérioration des conditions de travail constatée ces dernières années, notamment celles liées à l'organisation du travail et aux relations entre collègues et avec la hiérarchie⁴. Les associations entre conditions de travail et troubles de la santé mentale sont largement documentées dans la littérature⁵. Notons que ces deux hypothèses ne sont pas en contradiction.

L'augmentation du taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail observée dans cette étude est étayée par les données du Réseau

Tableau 2

Répartition des symptômes et pathologies relevant de la souffrance psychique liée au travail selon le sexe et l'année, d'après le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), 2007-2012, France

Femmes	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Burnout / épuisement professionnel	45	4,4	64	5,4	54	5,8	69	6,9	62	6,9	73	6,7
État de stress post-traumatique	6	0,6	10	0,8	6	0,6	7	0,7	21	2,3	23	2,1
Épisode dépressif sévère	47	4,6	52	4,4	37	4,0	45	4,5	65	7,3	38	3,5
Épisode dépressif léger	364	35,3	421	35,5	346	37,0	344	34,6	224	25,0	300	27,3
Troubles anxieux et dépressifs mixtes	227	22,0	245	20,7	199	21,3	221	22,2	321	35,8	398	36,3
Autres troubles anxieux	106	10,3	132	11,1	119	12,7	133	13,4	108	12,0	170	15,5
Troubles du sommeil	67	6,5	88	7,4	62	6,6	63	6,3	46	5,1	54	4,9
Conduites addictives	*		*		*		*		*		*	
Stress lié à l'emploi	145	14,1	136	11,5	96	10,3	91	9,2	29	3,2	19	1,7
Autres pathologies**	21	2,0	35	3,0	16	1,7	18	1,8	18	2,0	20	1,8
Hommes	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Burnout / épuisement professionnel	32	4,9	36	5,0	29	4,8	33	5,5	34	5,7	48	7,3
État de stress post-traumatique	6	0,9	11	1,5	0	0	0	0	9	1,5	19	2,9
Épisode dépressif sévère	27	4,16	32	4,4	27	4,5	30	5,0	41	6,9	25	3,8
Épisode dépressif léger	131	24,8	186	25,7	177	29,2	141	23,5	122	20,5	146	22,3
Troubles anxieux et dépressifs mixtes	107	16,5	104	14,4	92	15,2	129	21,5	218	36,7	205	31,3
Autres troubles anxieux	78	12,0	93	12,9	80	13,2	92	15,3	66	11,1	114	17,5
Troubles du sommeil	121	18,6	139	19,2	109	18,0	101	16,8	62	10,4	58	8,9
Conduites addictives	6	0,9	15	2,1	8	1,3	7	1,2	8	1,4	13	2,0
Stress lié à l'emploi	92	14,2	82	11,3	56	9,2	44	7,3	18	3,0	18	2,8
Autres pathologies**	19	2,9	26	3,6	27	4,5	21	3,5	16	2,7	9	1,4

* Effectif inférieur à 5.

** Autres pathologies : somatisation, décompensation d'une psychose, décompensation d'une névrose, troubles du comportement alimentaire, asthénie.

national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), qui a également fait état d'une augmentation entre 2001 et 2009 du nombre de salariés atteints de troubles mentaux et du comportement consultant dans les Centres de consultations de pathologies professionnelles⁶.

Parmi les troubles relatifs à la souffrance psychique, le « stress lié à l'emploi » a vu sa proportion considérablement chuter entre 2007 et 2012, chez les hommes comme chez les femmes, en faveur des autres affections. Cette évolution pourrait s'expliquer par une amélioration de la qualité du signalement des pathologies mentales faisant suite à des animations régionales auprès des médecins du travail lors des réunions de restitution les incitant à préciser davantage la nosologie. L'accroissement observé de la proportion du *burnout* pourrait être en partie expliqué par cette hypothèse, mais on ne

peut exclure une augmentation réelle de l'ampleur du phénomène.

La dépression et le *burnout* sont des syndromes dont la symptomatologie est proche, mais dans le *burnout*, la composante du lien avec le travail est essentielle et obligatoire. Or, les dépressions signalées par les médecins du travail dans le programme MCP sont uniquement celles causées ou aggravées par le travail. Ainsi, dans le programme MCP, la frontière est fragile entre ces deux troubles, qui peuvent également se succéder (le *burnout* peut s'aggraver en dépression et les antécédents de dépression sont un facteur de risque de l'apparition du *burnout*)⁷. De fait, les dépressions en lien avec le travail doivent être prises en compte dans la surveillance épidémiologique du *burnout*, au même titre que certains troubles relevant de la sphère mentale tels que les troubles du sommeil, l'humeur dépressive et l'anxiété, qui peuvent être

Tableau 3

Facteurs sociodémographiques et souffrance psychique liée au travail par sexe en 2012 d'après le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), France

	Hommes				Femmes			
	OR ^a	IC95%	OR ^b	IC95%	OR ^a	IC95%	OR ^b	IC95%
Âge								
<25 ans	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
25-34 ans	3,3	[2,0-5,5]	3,0	[1,8-4,9]	2,3	[1,6-3,2]	2,1	[1,5-3,0]
35-44 ans	5,6	[3,5-9,2]	4,8	[2,9-7,8]	4,0	[2,9-5,5]	3,9	[2,8-5,4]
45-54 ans	7,2	[4,4-11,6]	6,0	[3,7-9,7]	4,0	[2,9-5,5]	4,1	[2,9-5,7]
≥55 ans	7,0	[4,3-11,6]	5,6	[3,4-9,3]	3,6	[2,5-5,1]	3,7	[2,6-5,3]
Catégorie sociale								
Ouvriers	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
Employés	2,3	[1,8-2,9]	2,2	[1,7-2,8]	2,0	[1,7-2,5]	2,2	[1,8-2,8]
Professions intermédiaires	2,6	[2,2-3,2]	2,2	[1,8-2,7]	2,8	[2,2-3,5]	3,1	[2,5-4,0]
Cadres	3,8	[3,1-4,8]	3,1	[2,4-3,9]	4,2	[3,2-5,5]	4,2	[3,2-5,5]
Secteur d'activité								
Industries	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
Agriculture	0,7	[0,4-1,2]	0,9	[0,6-1,5]	0,3	[0,1-0,7]	0,4	[0,2-1,0]
Construction	0,5	[0,3-0,7]	0,6	[0,4-0,9]	1,1	[0,6-1,8]	0,9	[0,6-1,6]
Commerce	1,0	[0,8-1,3]	1,0	[0,8-1,3]	1,1	[0,9-1,4]	1,0	[0,8-1,3]
Transports, entreposage	0,8	[0,6-1,2]	0,8	[0,6-1,2]	1,6	[1,2-2,2]	1,3	[1,0-1,8]
Hébergement, restauration	0,9	[0,6-1,5]	1,1	[0,7-1,9]	1,2	[0,8-1,6]	1,3	[1,0-1,9]
Information, communication	1,3	[0,8-2,1]	0,9	[0,5-1,5]	1,8	[1,1-2,9]	1,3	[0,8-2,1]
Activités financières, assurance	2,4	[1,7-3,5]	1,5	[1,0-2,2]	1,4	[1,0-1,9]	1,0	[0,7-1,4]
Activités immobilières	1,1	[0,4-3,1]	0,9	[0,3-2,3]	1,3	[0,7-2,6]	1,0	[0,5-2,0]
Activités spécialisées	0,5	[0,4-0,7]	0,6	[0,5-0,8]	1,0	[0,8-1,2]	1,0	[0,8-1,3]
Administration publique	1,5	[1,1-2,1]	1,2	[0,8-1,6]	1,3	[1,0-1,7]	0,9	[0,7-1,2]
Enseignement	2,4	[1,5-3,8]	1,7	[1,0-2,7]	0,9	[0,6-1,5]	0,6	[0,4-1,0]
Santé humaine, action sociale	1,1	[0,8-1,5]	0,9	[0,6-1,2]	0,9	[0,8-1,2]	0,7	[0,6-0,9]
Autres activités de services	0,9	[0,5-1,5]	0,8	[0,4-1,3]	0,9	[0,6-1,2]	0,8	[0,6-1,1]

^a Odd ratio brut ; ^b odd ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

des symptômes avant-coureurs évoluant chez certaines personnes vers la décompensation en *burnout* ou en épisode dépressif sévère.

L'analyse des relations entre le diagnostic d'une souffrance psychique en lien avec le travail et l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité avait pour but d'évaluer dans quelle mesure les liens entre cette entité pathologique et ces facteurs sociodémographiques s'influençaient, sachant que ceux-ci ne se distribuent pas de façon indépendante dans la population salariée.

Le rapport des taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail augmente avec l'âge jusqu'à la tranche 45-54 ans, puis stagne. Ce palier

résulterait de l'effet dit du « travailleur sain ». En effet, les salariés les plus âgés sont plus souvent écartés de la vie active, notamment pour longue maladie ou pour incapacité ou invalidité. Cet effet irait plutôt dans le sens d'une sous-estimation des taux de prévalence. Il n'est donc pas exclu que la prévalence puisse augmenter encore après 54 ans.

Le gradient social croissant des ouvriers vers les cadres de la souffrance psychique en lien avec le travail semble être une singularité propre à la sphère de la santé mentale dans le programme MCP⁸. En parallèle, des études récentes montrent que les risques organisationnels, relationnels et éthiques sont de plus en plus importants chez les cadres. Ainsi, dans l'enquête

Sumer 2010, le risque organisationnel était plus important chez les cadres et suivait un gradient social descendant vers les ouvriers^{4,9}. Dans l'enquête Santé itinéraire professionnel (SIP), la dégradation des conditions de travail entre 2006 et 2010 n'affectait pas de manière homogène l'ensemble des salariés, les cadres faisant partie des groupes les plus touchés⁴. Ces études étayaient l'hypothèse selon laquelle les conditions de travail favorisant l'apparition d'une souffrance psychique concerneraient davantage les salariés des catégories sociales élevées, même si elles ne sont bien sûr pas absentes dans les autres catégories sociales. Les analyses des données du programme MCP vont être poursuivies, les facteurs organisationnels, relationnels et éthiques selon les emplois seront décrits et leurs associations avec la souffrance psychique ainsi que d'autres maladies à caractère professionnel (troubles musculo-squelettiques, pathologies cardiovasculaires...) seront étudiées.

Les analyses univariées et multivariées prenant en compte l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité fournissent des OR proches de 1 pour l'ensemble des secteurs d'activité, avec une dispersion des OR et de leurs intervalles de confiance assez modérée par rapport à la modalité de référence. Si certains secteurs présentent des OR bruts élevés, tel que les activités financières et d'assurance, l'OR ajusté sur l'âge et la catégorie sociale diminue par rapport à l'OR brut et se rapproche de 1. Cela s'expliquerait en partie par la pyramide sociodémographique de ce secteur d'activité (plus de cadres et de personnes plus âgées). De plus, si les OR sont significatifs chez les hommes en 2012 pour ce secteur, ils ne le sont pas pour d'autres années¹. Le secteur d'activité jouerait donc un rôle mineur par rapport à la catégorie sociale et à l'âge dans la probabilité de signalement d'une souffrance psychique par les médecins du travail.

Le programme comporte par nature certaines limites. En effet, le signalement des MCP s'appuie sur l'analyse clinique du médecin du travail, et non sur une procédure standardisée. Il va de soi que la pratique médicale peut varier d'un médecin à l'autre et que certaines différences peuvent apparaître aussi bien dans la démarche diagnostique que dans la démarche d'imputabilité au travail. Par ailleurs, certaines affections, et plus particulièrement celles relevant de la sphère mentale, ne peuvent être dépistées par les médecins du travail que lorsque le salarié est suffisamment en confiance pour répondre à l'interrogatoire sans réserve, ce qui pourrait minimiser le nombre de symptômes repérés par le médecin du travail. De plus, sous la contrainte de temps qu'impose une visite médicale du travail, les médecins peuvent ne pas être en mesure de consacrer le temps nécessaire à la recherche de ces troubles parmi les ouvriers, ceci d'autant plus qu'ils seraient plus attentifs au repérage de pathologies somatiques, dont les troubles musculo-squelettiques, plus fréquents dans cette catégorie de travailleurs. En outre, la verbalisation de la souffrance par les salariés est souvent nécessaire pour le médecin du travail et l'expression de cette souffrance pour certaines catégories (comme les ouvriers) pourrait

passer plutôt par des douleurs et plaintes physiques. Par ailleurs, il est possible que les ouvriers soient davantage inhibés face au médecin du travail que les cadres. En effet, il semblerait plus facile de s'exprimer face à quelqu'un de niveau social équivalent au sien. Ceci pourrait contribuer à sous-estimer les problèmes de santé mentale parmi les catégories ouvrières et techniciennes.

L'imputabilité de la pathologie au travail repose toutefois sur le jugement des médecins du travail et, dans ce cadre, leur double expertise, à la fois clinique et de connaissance réelle du terrain, est un atout, car le lien causal entre l'exposition professionnelle et la souffrance psychique est généralement difficile à établir.

Au final, le programme MCP fournit des données inédites sur la fréquence de nombreuses maladies à caractère professionnel observées chez les salariés dans le cadre de la médecine du travail, en fonction de variables sociodémographiques comme l'âge, la catégorie sociale ou le secteur d'activité. Cette analyse a permis d'approcher l'ampleur de la souffrance psychique liée au travail : cette pathologie touchait en 2012 plus de 3 femmes actives salariées sur 100 et plus de 1 homme actif salarié sur 100. Si ces chiffres étaient directement extrapolables à la population salariée de la France entière (presque 24 millions, source Insee), il est raisonnable d'estimer qu'environ 480 000 salariés seraient touchés. Il faut rappeler que la souffrance mentale liée au travail ne figure dans aucun tableau de maladie professionnelle et qu'en 2013, moins de 250 salariés présentant cette pathologie ont été indemnisés dans le cadre des CRRMP³. Parallèlement, au cours de la même année, plus de 10 000 accidents du travail dus à des traumatismes soudains ayant entraîné une atteinte de la santé psychique ont été indemnisés. Ces traumatismes sont identifiés dans le rapport de gestion 2013 de la CnamTS sous la terminologie « surprise, frayeur, violence, agression, menace, présence ».

S'appuyant sur l'expertise médicale du travail, le programme MCP s'insère tout à fait logiquement dans la pratique quotidienne de la médecine du travail et dans son rôle de prévention des risques professionnels. Cette place essentielle du médecin du travail dans la surveillance sanitaire des risques professionnels a été mise en avant dans la récente réforme de la médecine du travail, puisque la veille sanitaire devient l'une des missions des services de santé au travail. ■

Remerciements

À l'ensemble des médecins du travail ayant participé aux Quinzaines MCP, ainsi qu'à leur service de santé au travail, aux médecins inspecteurs régionaux du travail et aux épidémiologistes en région ayant participé au programme MCP.

Les membres du Groupe MCP 2012

Les médecins inspecteurs régionaux du travail : les Drs. Josiane Albouy, James Alves, Catherine Berson, Hélène Cadéac-Birman, Marie-Hélène Cervantès, Philippe Faillie, Florence Fernet, Nicole Fily, Hélène Garrabé, Martine Léonard, Nadine Renaudie, Magdeleine Ruhlmann, Brigitte Sobczak, Véronique Tassy, Jean-Louis Zylberberg.

Les épidémiologistes en régions : Patricia Bedague, Anne Benaim, Émilie Boiselet, Julie Debarre, Aurélie Eloy, Émilie Fauchille, Marie-Reine Fradet, Pierre Latchmun, Hélène Prouvost, Stéphanie Rivière, Dorothee Provost, Céline Sérazin, Franck Sillam, Myriam Taouqi.

Références

- [1] Lemaître A, Valenty M. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2008 à 2011. InVS: Saint-Maurice; 2014. 101 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12274
- [2] Valenty M, Homère J, Dourlat T, Plaine J, Chevalier A, Imbernon E; Groupe MCP 2008. Surveillance des maladies à caractère professionnel en France. Résultats 2008. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(22-23):255-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10749
- [3] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Rapport de gestion 2013. Paris: CnamTS; 2015. 117 p. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20Gestion%202013.pdf
- [4] Malard L, Chastang JF, Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. Int Arch Occup Environ Health. 2015;88(2):235-46.
- [5] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med. 2008;65(7):438-45.

[6] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Réseau national de vigilance et prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). Rapport d'activité 2010-2011. Anses: Maisons-Alfort; 2012. 111 p. <https://www.anses.fr/fr/documents/RNV3P-Ra-Octobre2012.pdf>

[7] Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnibust JAM, Cooper CL (dir). The handbook of work and health psychology. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2003. pp 383-425.

[8] Cohidon C, Rabet G, Plaine J, Chubilleau C, Valenty M. Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(22-23):278-80. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10755

[9] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer. Dares Analyses. 2012; (23):1-10. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023-2.pdf>

Citer cet article

Khiredine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC, et al ; Groupe MCP 2012. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(23):431-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/23/2015_23_2.html

ERRATUM // Erratum

Erratum // Erratum

Dans l'article : L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013

BEH n°9-10 du 24 mars 2015

Dans la partie **Résultats**, § **Distribution géographique des cas de tuberculose**, il faut lire :

La Guyane, l'Île-de-France et Mayotte étaient, comme les années précédentes, les trois régions présentant les plus forts taux de déclaration, avec respectivement **28,0/10⁵**, 14,7/10⁵ et 13,8/10⁵ cas par an.