

Santé travail

Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France

Résultats des Quinzaines MCP 2006 - 2007 - 2008

Sommaire

Abréviations	5
Résumé	7
1. Introduction	16
2. Objectifs du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP)	19
3. Méthode	20
3.1 Données recueillies	20
3.2 Circuit des données	21
3.3 Analyse statistique	23
4. Résultats 2006 - 2007 - 2008	26
4.1 Représentativité des salariés surveillés par les médecins participants	26
4.2 Les médecins participants	28
4.3 Description des salariés venus en consultation pendant les Quinzaines MCP	30
4.4 Description des MCP signalées	33
4.5 Description par groupes pathologiques	39
4.6 Description selon les facteurs organisationnels et relationnels	65
4.7 Description des pathologies dans les quatre principaux secteurs d'activité	68
5. Discussion	70
6. Perspectives	80
7. Conclusion	81
Références bibliographiques	83
Annexes	86

Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France

Résultats des Quinzaines MCP 2006 - 2007 - 2008

Analyse des données, rédaction du rapport

Madeleine Valenty, Département santé travail (DST), Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice

Julie Homère, DST, InVS, Saint-Maurice

Maëlaïg Mevel, DST, InVS, Saint-Maurice

Céline Le Naour, DST, InVS, Saint-Maurice

Loïc Garras, DST, InVS, Saint-Maurice

Anne Chevalier, DST, InVS, Saint-Maurice

Coordination de l'étude

Madeleine Valenty, DST, InVS, Saint-Maurice

Annie Touranchet, Inspection médicale du travail, Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), Nantes

Ellen Imbernon, DST, InVS, Saint-Maurice

Comité technique national

Catherine Berson, Inspection médicale du travail, DRTEFP, Poitiers

Magdeleine Brom, Inspection médicale du travail, DRTEFP, Strasbourg

Hélène Cadeac-Birman, Inspection médicale du travail, DRTEFP, Toulouse

Marie-Hélène Cervantès, Inspection médicale du travail, DRTEFP, Marseille

Elise Chiron, DST, InVS, Saint-Maurice

Julie Debarre, Observatoire régional de santé (ORS) Poitou-Charentes

Aurélie Eloy, ORS Centre

Jean-Bernard Henrotin, DST, InVS, Saint-Maurice

Nadia Honoré, ORS Alsace

Pierre Latchmun, DST, InVS, Saint-Maurice

Geneviève Marguet, Inspection médicale du travail, DRTEFP, Besançon

Cécile Maysonnave, Inspection médicale du travail, DRTEFP, Bordeaux

Dorothee Provost, DST, InVS, Saint-Maurice

Stéphanie Rivière, DST, InVS, Saint-Maurice

Sandrine Rousseau, Inspection médicale du travail, DRTEFP, Orléans

Cécile Sérazin, ORS Poitou-Charentes

Yvan Souarès, DST, InVS, Saint-Maurice

Isabelle Thaon, Service de consultations professionnelles, Centre hospitalier universitaire (CHU), Besançon

Remerciements

Lise Le Compagnon, Interne de santé publique, DST, InVS, Saint-Maurice

Frank Rivière, Interne de médecine du travail, DST, InVS, Saint-Maurice

Remerciements aux médecins participants

Abonnat Yves, Abourjailli Martine, Abridat Dominique, Absalon Isabelle, Adam Françoise, Adam Georges, Agnani Odile, Agnel Pierre, Agostini-Boisselot Raphaëlle, Aguera-Dubois Isabelle, Aicardi Françoise, Airault Caroline, Alasoeur Anita, Albert Catherine, Albezard Lisette, Allart Elisabeth, Allary Roland, Allery Jean-Pascal, Allio Josiane, Altare Joëlle, Alvarez Galiléo, Alves James, Amirault Bérangère, André Jacky, Andreu Dominique, Andruet-Dessegno Véronique, Annichiarico Cosimo, Antelme Christine, Antoine Frédérique, Arnal Josette, Arnaud Gilles, Arnaudo Véronique, Arnould Gérard, Arque Françoise, Arrighi Pierre, Arsac Martine, Arzur Laurence, Aubaile Catherine, Aubry Evelyne, Aucomte Martine, Auguste-Sandrin Françoise, Auter Anne-Françoise, Ayasse-Jaubert Anne-Marie, Ayet Laurent, Ayet-Etrillard Arielle, Ayma Françoise, Azoulay Laurence, Baborier Nicole, Bachelot Brigitte, Badetti Chantal, Baikoff Marie-Dominique, Bailet Marion, Baille Hélène, Bain Chantal, Bajon-Thery Florence, Bakkali Hassani Marie-Hélène, Balducci Martine, Balland Michèle, Bannerot Brigitte, Barace Marie-Pierre, Barats Geneviève, Barbaglia Catherine, Barbieux Catherine, Barcelo Beatrice, Bardet Catherine, Bardet Christine, Bardet Sylvie, Bardot Fabienne, Barone-Cerclier Corinne, Baronnet Anne-Marie, Barre Evelyne, Barriere Véronique, Barrière Alain, Barthet Christian, Battu Jean-Louis, Baudry Suzanne, Baumann Bettina, Baylot Jean-Pierre, Beaumont Marie-Louise, Beaumont-Laigne Annick, Beaurepaire Serge, Becker Céline, Becker François, Bedjaï Madeleine, Bel Janie, Belda Nathalie, Bellegarde Sandrine, Bellezza Dominique, Benages Annick, Benassine Martine, Benegas Haddad Luisa, Benegas Haddad Maria, Bergeon Muriel, Bernard Jean-Louis, Bernard-Mettil François, Bernard-Mettil Marie-France, Bernat Béatrice, Bernstein Odile, Berson Catherine, Berthelot Antoine, Berthelot Geneviève, Bertin Chantal, Berton Isabelle, Bertrand Alain, Bertrand Laurence, Bertrand Lucienne, Bertrand Thierry, Bertrix François, Besneux Marie-Thérèse, Bessière Claudette, Béthune Christine, Bichon Armelle, Bidault Martine, Bidegain Isabelle, Bidron Patrick, Bigou Didier, Bireau Jean-Pierre, Birembaut Yves, Bironneau Michèle, Birot Sylvie, Biton Paulette, Bitoun Corinne, Biziou-Fouere Cécile, Bizouarne Christine, Blais Geneviève, Blanc Catherine, Blanc Christine, Blanc Françoise, Blanc-Cascio Françoise, Blanchard Christophe, Blanchard Claude, Blanc-Helleux Isabelle, Blanchet Bernard, Blanchet Nelly, Blanc-Rouffiac Françoise, Blin Dominique, Blot Françoise, Blum Isabelle, Bobe Mauricette, Bobenrieth Brigitte, Bock Dominique, Boehm Rachel, Boileau Martine, Boireau Yves, Boissel Fabienne, Boisselot Raphaëlle, Boissié Pascal, Boitel Sylvie, Bonamy Laurence, Bongain Marie-Christine, Bonifas André, Bonillo Claire, Bonnart Danielle, Bonnaud-Terris Monique, Bonneau Christian, Bonnet Danielle, Bonnet Dominique, Bonnet Jean-Louis, Bonnet Danielle, Bonnin Jean-Luc, Bontemps Carine, Bordes-Dupuy Geneviève, Borgobello Bruno, Bosredon-Caussin Annie, Boubly Jean-Jacques, Bouche Odile, Bouchet Laurent, Boudinelle Jacques, Bouet Patrick, Boufasa Anissa, Bougaud Dominique, Bouguer-Diquelou Anne, Bouhana Claude, Bouhnik Anne-Marie, Bouhnik Didier, Boulamery Bernard, Boulamery Michèle, Boulanger Anne, Boulard Joëlle, Boulay Laurence, Bouleau Henry, Boulo Jean, Boulon Laurence, Bouneder Françoise, Bouniol Sophie, Bourbigot Jean-François, Bourdeau Patrick, Bourdon Blanche, Bournazel Anne, Bourret Dominique, Bourrier Dominique, Boursier Sylvie, Bousquet Jean-Bernard, Bousquet-Estienny Véronique, Boustiere Anne-Marie, Boutboul Nicole, Boutillon Xavier, Boutin Cécile, Bouvet Delphine, Bouvier Catherine, Bouville Yolande, Boyadjian-Quatrefages Marie-France, Boyenval René-Claude, Boyer Michele, Braconnier Françoise, Branger Christine, Branger-Museux Florence, Braunstein Martine, Bregliano Marc, Bréjon Vincent, Bremont Philippe, Brenier Elisabeth, Breteau Marie-Christine, Breton Catherine, Breton Christiane, Breul Françoise, Briand Bernard, Briant-Vincens Dominique, Brice-Adam Véronique, Bricet Anne, Brillouet Claudine, Briquet-Wagner Aline, Brizard Alain, Brochard Dominique, Bru Myriam, Brugere Dominique, Brun Nancy, Bruzy Jean, Buchet Christian, Buguet Isabelle, Bui - Le Boulaire Anne-Marie, Buisson Annette, Buisson Kasparian Isabelle, Buisson Valles Isabelle, Burchi Christine, Bureau Dominique, Burette Lucie, Burgaud Fabienne, Burgmeier André, Cadiou Jean-Patrick, Cagnin Thierry, Caillard Pascale, Caillaud Véronique, Cailleaux Agnès, Cailleba Véronique, Caillet Maryse, Caillon Monique, Caire-Ricard Geneviève, Calais Catherine, Callamand Florence, Calletier Christine, Camboni Yves-Michel, Canino-Fassanaro Claudia, Cano Dominique, Capdeville Laurence, Capella Denise, Capron Jean-Louis, Capsec Laporterie Elisabeth, Caramanian Marie-Noëlle, Cariclet Geneviève, Carmona Jocelyne, Carré Yveline, Carrey Franck, Carta-Leroy Françoise, Casagrande Claudine, Casanova Martine, Casaux Françoise, Castang Jean-Alain, Castel Marie-Joséphine, Castellanos Taymi, Castro Erika, Castro Thierry, Cathalifaud Magalie, Catusse Jeanine, Cau Hélène, Caudron Joëlle, Cavin-Rey Mireille, Cayla Geneviève, Cayrel Agnès, Cayrouse Céline, Cesbron Eric, Chabot Isabelle, Chabrol Marie-José, Chaigneau Véronique, Chalons Annie, Chalons Patrick, Chamberon Bernard, Chambon-Mazeau Florence, Chamot Annie, Charles Christine, Charles Christine, Charpentier Armelle, Charpentier Pascal, Charrier Danielle, Charrière Véronique, Chartier France, Chastel Vincente, Chatelier Françoise, Chausse Catherine, Chauveau Frederique, Chauvin Marie-Annick, Chauvin-Wacker Catherine, Cheval Pascale, Chevalier Mireille, Chevalier Nicole, Chevallier François, Chevrier Caroline, Chevrier Michel, Chisacoff Iona, Cholley Nicole, Chopard Béatrice, Choquart Véronique, Chotard Anne, Chung Béatrice, Claude Myriam, Claudel Régis, Clavier Eliane, Clement Isabelle, Clément Bernard, Clément Dominique, Clement dit Pontieu Patrick, Clerfeuille Caroline, Cohen Sahel Martine, Cohen-Ingster Hélène, Col Annette, Colinmaire Hervé, Collillieux Marcelline, Colmart Xavier, Combis-Dufetelle Monique, Compain Véronique, Constantin Françoise, Contensou Jacques, Contie Brigitte, Corbineau Pascal, Cordes Odile, Cordonnier Philippe, Cormier Claire, Cormon Catherine, Costa Véronique, Costantini Juliette, Coste Martine, Cothureau Michel, Couet Martine, Coulangeat Guy, Couot Odile, Courjaret Marie-Hélène, Courtin Danièle, Courty Sylvie, Coutand Sylvie, Couzinet Michel, Crampe Anne-Marie, Crenes Laventure Elisabeth, Cristofari-Marquand Emmanuelle, Croce-Knab Marie-Claude, Cros Andrée, Croyère Gilles, Culie Jean-Paul, Cunin Pascale, Cuvillier Monique, Cuzzolin Joanne, Dachert Ladan, Daguanel Robert, Dahan Philippe, Dal Farra Francine, Dal Zotto Catherine, Danielou Annie, Danis Anne, Darbois Françoise, Darcy Gérard, Dartus Christine, Dartus Christine, Dauphin Elisabeth, Dautret Catherine, Davenas Béatrice, Daviaud Jacques, David Christophe, David Françoise, David Martine, Davin Sylvie, De Bazin Anne, De Breteville Lucile, De Colonges Françoise, De Gandt Marie-Simone, De la Lande Anne-Catherine, De La Tour Chantal, De Labrusse Benoît, De Lansalut Catherine, De Latour Chantal, De Lescure Elisabeth, De Meixmoron Françoise, De Rochefort Claude, De Russe Maryvonne, De Saint Maurice Marie-Annick, Debaille Anne-Danièle, Debray Josette, Decourt Philippe, Decroocq Marie-Andrée, Delaban Catherine, Delaere Jean-Marie, Delansy Gérard, Delbart Hervé, Delbart Jean-Frédéric, Delbos Evelyne, Delchambre Anne, Delia Daniel, Delmas Saint-Hilaire Dominique, Delmonteil Jean-Christophe, Delord Anne, Delorme Michèle, Delplanque Isabelle, Delubac Olivier, Deluca Eliane, Denechere Geneviève, Denechere Favre Geneviève, Deniau Christophe, Denimal Régine, Denis Baroux Patricia, Denoncin Régine, Derrien Henri, Desbazeilles Armelle, Descendre Thérèse, Desfontaines Claire, Désormière Martine,

Desveaux Agnès, Devoucoux Patrick, Dewitte Dominique, Dhainaut eraud Laurette, D'Hour Marie-Christine, Dion Helene, Djaouti Chérife, Doliger-Blanchard Marie, Domeny Laure, Domingo Daniel, Donze Georges, Douçay Anne, Drouet Geneviève, Dubois Marie-Pierre, Dubourdiu Alain, Dubrez Marie-Bernadette, Dubroca Catherine, Ducarne Jocelyne, Duchesne Annick, Duclos Jean-Marc, Ducloyer Hélène, Ducord-Chapelet Josiane, Ducret Marie-Claude, Ducret Valérie, Dufet Anne-Laure, Dufrenne Benetti France, Dugied Odile, Dullin Marie-Annick, Dumas de la Roque Christine, Dumont Martine, Duole Christine, Dupas Anne-Marie, Duphloux Marie-Ange, Duporche Sabine, Duprat Pascal, Dupuy Christiane, Duraffourg Annie, Durand Olivier, Duss Nicolas, Duteil Gérard, Duval Luc, Duval Michel, Duverger-Cervoni Chantal, Ebener Marcel, Echaroux Simone, Edenhoffer Catherine, El Mnaouer Mounir, Elie Laétitia, Elzeard-Rochaix Nicole, Eraud-Dhainaut Laurette, Escande Marie-Christine, Escola Michele, Escure Patricia, Esnault Madeleine, Espagne Magali, Essadik Fathia, Estève Jean Louis, Etile Claudine, Etrillard-ayet Arielle, Evano Christine, Evrard Anne-Marie, Evrard Pierre, Fabie-Sorriaux Martine, Fabre Jean-Paul, Fabre Joëlle, Faivre Annie, Faivre-Dupaigre Migueline, Fal Arame, Falleri Rolande, Farah Christine, Faye Marie-José, Féron Dominique, Ferrand Céline, Ferrando Germaine, Ferrari-Galano Jeanette, Ferrère Isabelle, Ferrieu-Landes Marie-Elisabeth, Fersing Elisabeth, Feuvrier Bénilde, Fichaux Marie-Thérèse, Filipucci Catherine, Fisenne Hubert, Flament Monique, Floch Patrick, Flutet Muriel, Folch Jean-Pierre, Fondère Marie-Laure, Fondère Michèle, Fonmartin Katiane, Fons-Grisoni Michèle, Font Dominique, Fontaine Marie-Madeleine, Fonvielle Myriam, Foret-Prillard Marie-claire, Fortuné Christine, Fosse Noel, Fossoux Hélène, Foucaud Catherine, Fourès-Blanche Valérie, Fournier Catherine, Fournier Françoise, Fournier Jérôme, Fournier Vuong, Foveau André, Fraisse Denis, Frampas-Chotard Véronique, Francez-Duprat Christian, Fraysse Pierre, Fredet-Pilastre Dominique, Fritsch Florence, Fromet Michèle, Froustey Marie-Paule, Furber Alissa, Gabagnou Françoise, Gabiache Marie-Christine, Gabinski Patricia, Gacia Fondan Marie-Thérèse, Gagny Alain, Gaillard Jean-François, Gaillot Marie-Hélène, Galati Pierre, Galatry-Bouju Florence, Galibert Jean-Louis, Galin Geneviève, Galland François-Michel, Galy Brigitte, Galy Mireille, Galzin Jean-Louis, Garandean Françoise, Garcia Annie, Garcia Gérard, Garcia Marie, Gardelle David, Gariel Evelyne, Garnache Isabelle, Garnaud Thierry, Garrabe Hélène, Gasnier-Goisnard Martine, Gasseau Annette, Gassmann Vincent, Gaucheron Danielle, Gaudry Catherine, Gaultier Elisabeth, Gausseres Virginie, Gautier Jean-Louis, Gautier Martine, Gautrand Didier, Gay bellile Véronique, Gazagne Sylvie, Gedet Roger, Gelle Béatrice, Gerardot-Ngo Martine, Gerbaud Liliane, Gerbenne Marie-Reine, Gerbet Anne, Germain Nathalie, Gerondal Marcel, Gerrer Sylvie, Gherardi Marie-Simone, Gianola Patricia, Gibaud Chantal, Gibelin-dol Geneviève, Giese Geneviève, Gièse Canivenc Geneviève, Giffard Vinatier Mireille, Gillard Portier Anne-Claire, Gilot Yves, Gimat Isabelle, Gimenez Catherine, Girard Christian, Girard Serge, Girardin Béatrice, Girardin Monique, Girard-Saunier Florence, Giraud Françoise, Godard Jeanne-Marie, Goldschmidt Daniel, Gondel Sylvie, Gonzalez Maria Paz, Gorjux-Casu Sylviane, Gouabault Jacky, Gougou Dominique, Gouin Patricia, Goureau Valérie, Goux Marcel, Goyer Christiane, Graire Caroline, Grand Dominique, Grand-Simonini Corinne, Grauer Anne, Gravier Catherine, Gregoire Linda, Grenier Michel, Gresse Marie-Magdeleine, Gressier Sylvie, Grillet Juliette, Grima-Beque Christine, Grimaldi Elisabeth, Groleau Bertrand, Gros Nathalie, Grossin Nocentini Cécile, Guarino Séverine, Guedel Anne, Gueguen Mickaël, Guen Nathalie, Guerin Catherine, Guerlou Claudine, Guerreau Elisabeth, Guerrero Chantal, Guesne Catherine, Guessard Catherine, Guffond Dominique, Guichard Joëlle, Guier Caroline, Guigliani Marie-Hélène, Guilbaud Pierre, Guillaume Arlette, Guillermet Catherine, Guillier Michel, Guillimin Jacques, Guinel Dominique, Guinet Pierre, Guinot François, Guiot Alain, Guiraud Christine, Guiter Christiane, Guyomard Anne, Guyot Evelyne, Guys Danielle, Guys-Girard Danielle, Ha Catherine, Ha Dominique, Haag Christian, Habbouba Drissia, Hacquin Marie-Christine, Hadjadj Marie-Lucie, Haehling Von Lanzenuer Elise, Halimi Elisabeth, Hamidou-Therond Martine, Hamon Annie, Hamon Michel, Hangen Nicole, Hansmaennel Gérard, Hardy Marie, Harmandon Françoise, Harrigan Jean-Charles, Hartheiser Nicole, Hascher Michel, Hatsch Evelyne, Hefti Pascal, Heid Laurent, Hennebel Dominique, Henriot Christine, Henrotin Jean-Bernard, Henseval Geneviève, Herbrecht Pascale, Hercyk Hélène, Herdweg Jean-Christophe, Hérin Fabrice, Herson Corine, Hervio Myriam, Hery Loic, Hirigoyen Brigitte, Hirtz Monique, Hoffmann Naima, Holvoet Josselin, Hoornweg Caroline, Hubaud Marie-Josée, Hubert Sylvaine, Huez Dominique, Husquin Chantal, Ibanez Bernard, Iglesias Isabelle, Inchauspe Martine, Izcard Michèle, Ize-Dardonville Véronique, Jacob Dominique, Jacquet Christiane, Jacquet-Francillon Brigitte, Jahan Annie, Jakubiec Henriette, Jansou Pierre, Jarry Myriam, Jarry Pierre-Alain, Jary Brigitte, Jaubert Bernadette, Jeagert Daniel, Jeambrun Hubert, Jeanmougin Luc, Jean-Pierre Jacques, Jegou Florence, Jobit Laudette Nadine, Joguet Odile, Jonquères-Devallet Anne, Jouette Catherine, Jourdaa-Pierrugues Anne-Marie, Jourdan Catherine, Jourdan Roger, Jouve-Pons Hélène, Jover Henri, Jube Vincent, Jude Pierre, Julien Jean-Philippe, Julien Marie-France, Juvé Valérie, Kaczmarek Michele, Kahal Eva, Karli Alain, Khaldi Mireille, Khayi-Palat Nadine, Kieffer Renée, Klein Pascale, Koch Christine, Koch-Besson Nathalie, Koehly Chantal, Kozoulia Marie-Claude, Kraemer heriaud Hélène, Krai Pascale, Krantz Véronique, Krien Bernard, Ksikes Françoise, Kuenemann Régine, Kurz Albert, Laban Pierre, Labat Mireille, Labatie Geneviève, Labraga Saïd, Labrue Marie-Hélène, Lacombe Jean-Paul, Lacosta Jacqueline, Lacroix Audrey, Lacroix Marie-Christine, Lacroix Martine, Ladreyt Jean-Thomas, Lafargue Hélène, Lafferayrie Lise, Lafon Pascal, Lafon Bernard, Lafon-Borrelli Marina, Laforgue Louise, Lafragette Agnès, Lagarde Dominique, Laguerre Jacqueline, Lahille Séverine, Laine Denise, Laine-Colin Sylvie, Lale Françoise, Lallemand Nathalie, Lalot Marie-Odile, Lamant Jean-Michel, Lamarque Françoise, Lambert Christine, Lambert Claude, Lambert-Thomasset Catherine, Lamy Elisabeth, Lamy-Mascarou Josiane, Lancien Nicole, Landi Anne, Lanneluc Brigitte, Lapart Béatrice, Laperche Dominique, Lapeyre-Renucci Valérie, Lapize Florence, Laplace Véronique, Laplaine Jean-Rémy, Laporte Corinne, Laporte Jérôme, Laporte Martine, Laska Marie-Claude, Lasserre Martine, Latawiec Karine, Laudette Nadine, Laudicina Jacques, Laurendeau Nicole, Laurens Jean-Claude, Laurent Marie-Christine, Lavaur Valérie, Laventure Stéphane, Lavernhe-Peray Françoise, Lavignolle Larrue Véronique, Le Bail Elisabeth, Le Boulaire-Bui Anne-Marie, Le cam Brigitte, Le chartier Patrick, Le clerc Yves, Le Croq Nathalie, Le Dizet Lionel, Le Feur Christine, Le Floch Yves, Le Guen Elisabeth, Le Guevel Anne, Le Joubieux Jocelyne, Le Mauff Catherine, Le Meur Brigitte, Le Pape Isabelle, Le poitevin Aude, Le Reverend Annick, Le Saint Marie-Hélène, Le Vourc'h Anne, Léandre Elisabeth, Leboeuf Marie-Ange, Leboube Marie-Paule, Lebreton Catherine, Lebrun Martine, Lechartier Patrick, Lechevalier Philippe, Leclercq Xavier, Lecomte Françoise, Ledanois Dominique, Ledenvic Bénédicte, Ledoux Isabelle, Lefant Marie-France, Lefebure Stéphanie, Lefebvre Valérie, Lefrançois Jacqueline, Legeay Christine, Legrand Alain, Legrand Didier, Lemartin Roger-Raoul, Leparoux Marie-José, Lepetit Isabelle, Lepri Pascale, Leroux François, Leroy Jacqueline, Lesech Bernadette, Lesourd Bernard, Lestrade Monique, Letrequesser Rémi, Levan Ghislaine, Leveleux Marie-Christine, Levery Gilles, Levourch Anne, Levrard Jean Louis, Levray Frédérique, Levy Véronique, Liardet Frédéric, Liberati Carmelo, Liens Jeanine, Ligeard ducoroy Anne, Litolf Claude, Livet Danielle, Ljunggren Bernard, Llorente Philippe, Loce Francis, Loce-Guidicelli Joëlle, Loiseau Dominique, Longefait Andrée, Longepe Patrick, Longueville Jean-Marc, Lopez Véronique, Lopez Ciry Isabelle, Lorber Nadia, Lorcy Damienne, Lorient Françoise, Lornet Jean-Michel, Lotte Marie-Christine, Loubes-Roncari Fabienne, Lourtet Geneviève, Lourtis Hélène, Louvain Simone, Loze-Berthet Micheline, Lucas Gérard, Mac Gaw-Chabal Frédérique, Machefer Jocelyne, Mackowiak française, Magallon Gérald, Magnan Bernard, Magnan Gilles, Magne Martine, Magnier Josiane, Magnon Dominique, Mahe-Peron Joelle, Maigne Joanne, Mailliez Gérard, Maillou Michèle, Mainetti Helene, Maison-Patoureaux Brigitte, Malgras Isabelle, Maligne Maité, Mallet Aurélie, Mallet Michelle, Maloux Marie-Françoise, Manca Christine, Mange Caroline, Mano Jean-Claude, Manteaux Christine, Many

Michelle, Marchand Françoise, Marcieux Isabelle, Marciniak Robert, Margail Carole, Marganne Erick, Mariani Odette, Mariescu Anne, Maritrovato-Abdou Nadia, Marmin Dominique, Marquaire Daniele, Marquant Elisabeth, Marquestaut Hélène, Marquis Helene, Martignac Jean-Claude, Martin Anne-Marie, Martin Catherine, Martin Catherine, Martin Françoise, Martin Marie-Hélène, Martin Pascale, Martin Françoise, Martinaud Corinne, Martinez Huguette, Marx Annie, Mary-Rousseliere Véronique, Mas-Rigal Brigitte, Massicard-Raimbaux Brigitte, Masson Nathalie, Mathiasin Rémy, Mathieu Marie-Josée, Mathieux Sophie, Mathis Marie-Thérèse, Maurier Sylvie, Maurin Paul, Mauvieux Françoise, Mazereeuw Etienne, Mazoue Gérard, Mazoyer Annick, Mazurkiewicz Gery, Meier Christine, Menuet Marie-Claire, Mercier Andrée-Françoise, Meriadec Françoise, Méric Martine, Meritet Françoise, Meritet Portejoie Françoise, Merle Isabelle, Mesnard Françoise, Meis Anne-Marie, Meurou Brigitte, Michallon Gisèle, Michaud Françoise, Michi Christina, Michot Gilles, Michot Marie christine, Miele Elisabeth, Migault Jean louis, Migne Marie-Christine, Migne-Cousseau Lydie, Millan Martine, Millet Joëlle, Minebois Catherine, Mir Patrick, Mirabel Didier, Mison Chantal, Molières Christiane, Mondet Isabelle, Monredon France, Montmayeur Alain, Monville Anne-Marie, Moraldi Marie-Françoise, Moreau Elisabeth, Moreau Margaret, Morel Catherine, Morel Marie-Hélène, Morere Hélène, Morey Michel, Mory Zelia, Moui Dominique, Moulin Françoise, Moulin Helene, Moulin Marie-Thérèse, Moura Bernard, Moura-Rouane Marie-Françoise, Moussakanda Narcisse, Moussata Malika, Moutet Dominique, Mouyen Guy, Moya Elodie, Moyen Françoise, Muratet Christiane, Muslewski Richard, Musso Pascale, Nannini Frédérique, Nciri Ilona, N'Diaye Anne-Marie, Neveu Collard Béatrice, Nicolas Jean-Claude, Nicolas Roland, Nicole Richard, Nicolle Yves, Niebdala Jean marie, Niezborala Michel, Nivon Alain, Nobili Yves, Nogier Philippe, Nogue Maryse, Noizet-Siret Céline, Nourry Delphine, Nouvellon Roselyne, Nowé Catherine, Obert Bénédicte, Occhipinti Pierre, Odeyer Jean-Claude, Ohresser Marie-Laurence, Onimus Anne-Catherine, Onofre Elisabeth, Orsat Dominique, Orst Ioana, Osdot Isabelle, Ott Francine, Oullié-Charissoux Monique, Ovidia Denis, Ozoux Anne, Page Françoise, Pages Myriam, Paloume Marie-Thérèse, Panigeon-Munnier Marcelle, Panisset Michèle, Paqueron Marie-Joelle, Paris Jeran-Michel, Parlanti Laurence, Parr Isabelle, Parr Elisabeth, Partarriu Isabelle, Pasquet Thérèse, Patellis Carole, Patoureau Maison Brigitte, Payen Lionel, Paysant Agnès, Pebernard Pierre, Pech Françoise, Pech-Gourg Anne-Marie, Pecqueux Simone, Pèlerin Rose-Marie, Pelerin Odile, Pellegrin-Ferran Michèle, Pelou Bernard, Pelsier Martine, Pepin Evelyne, Perceval Brigitte, Péres Lucien, Peretti Brigitte, Perier Françoise, Perisse Isabelle, Pernin Michel, Peter Stephan, Petit Christine, Peuchant Béatrice, Peyron Michèle, Pfau-Fandard Beatrice, Phan Van Jean, Picard Jean jacques, Pichard Laurette, Piednoir Martine, Piensbordenave Sylvie, Pierfite Christine, Pierre Elisabeth, Pierre Philippe, Pierre-Clément Ghislaine, Pietrement Christian, Pineau Béatrice, Pineau Christine, Pipan Sonia, Piquot Pascale, Pittilloni Antoinette, Pizzalla Sophie, Place Francis, Plouhinec Lebras Céline, Pocachard Corinne, Pochet Corinne, Pocus Marie-Pierre , PODEVIN Philippe, Poilbout Marie-Françoise, Poirat Nathalie, Poitevin Michelle, Ponchet Claire, Pondaven Serge, Pons René, Pontoizeau-Fau Brigitte, Pornon Aude, Portal Emma, Portales Marie Hélène, Potreau Michèle, Poudevigne Alain, Pouillange Franck, Pourty Jacques, Pradel Roland, Precausta Dominique, Presles-Poulizac Marie-Anne, Presseq Philippe, Prete Agnès, Prevost Michèle, Prisse Quitterie, Prod'homme Gilbert, Prod'Homme Jean pierre, Provenat Colette, Prunier Claude, Puech Elodie, Puichaud Catherine, Pujadas Robert, Queru Pascal, Queru-Jobard Magali, Quince Catherine, Rabaudy Michèle, Radi Samia, Raffray Marc, Raffray Monique, Ragu-Pal Odile, Raidot Hélène, Raimondi Thierry, Rajaona Haromananirina, Rakotoniary Miandry, Randrianarisoa Joachim, Rapinel Soazig, Rat de Coquard Maryline, Raybaud Thierry, Raybaud Alain, Raybaut Charles, Rebeschini Eva, Receveur Robert, Réfrégier Michèle, Regagnon-Essig Patricia, Rellier Gisèle, Remmer Odile, Remy Galtier Christine, Reneaud Françoise, Renoul Annette, Renoux Chantal, Renucci Charles, Reuter Michèle, Reveillère Françoise, Reymond Catherine, Ribault Annie, Ricaud Chantal, Riccio Alice, Richard Pierre, Richard Simone, Rico Thierry, Riesenmey-Gauduel Dominique, Rieupeyrou Serge, Rigaut Hélène, Rigolot Marie-Reine, Riom Jean-François, Riou Bertrand, Rival Faika, Riviere Danielle, Robe Véronique, Robert Odile, Robida Catherine, Robin Danielle, Robin Florence, Robin-Riom Florence, Rocher Olivier, Roesch Bernard, Roger Alain, Roger Laure, Rogier Sabine, Roig Virginie, Rol Véronique, Romain Marie-Cécile, Romazini Sylvie, Rommel Dominique, Rondreux Marie-Thérèse, Roques Christian, Rostini-Piquet Pascale, Rota Blandine, Rouault Yves, Rouby Sylvie, Rougeron Dany, Rousseau Daniel, Rousseau Florence, Rousseau Magali, Rousseau Marie-Christine, Roussel Annick, Roussel Claire, Roussel Dominique, Rousselet Michèle, Rousset Annie, Rousset Sylvine, Roussillat-Bertrand Sylvie, Roux Garlone, Roux Huguette, Roux Jacqueline, Roux Valerie, Rouzier Gilles, Roy Arnaud, Roy Regrain Marie-Odile, Rozan-Lbath Françoise, Ruaud Agnès, Ruiz Jean-François, Runser Emmanuel, Saboureault Annie, Sabrou Philippe, Saint-Jean Catherine, Saint-Martin Agnès, Saluden Chantal, Salva Geneviève, Salvan Anne-Marie, Samson Elisabeth, Sanchez Bernadette, Sandner Sabine, Sandner Sabine, Sapin Yolande, Saturnin Martine, Sausset Emmanuelle, Sauvegrain Michel, Savary Marie-Laure, Saves Didier, Sayeg Marie-Andrée, Schach Valérie, Schaller Dominique, Schaniel Anne, Schlegel Pierre, Schlindwein Patrick, Schramm Paul, Schucht Claude, Secourgeon Nadira, Segaux Eric, Segura Pierre, Seiler Van Daal Béatrice, Senand Brigitte, Sendra-Gille Laurence, Serrano-Duchalet Ghislaine, Serre-Dugast Christiane, Sexe Claude-Bernard, Signorato Suzanne, Signouret Martine, Simeon Runa, Sinquin Marie-Rose, Soares Jean-Louis, Sol Françoise, Soler Charles, Solles Evelyne, Soubeiran Patrick, Soubéran Martine, Souche Solange, Soulier Pierre-Henri, Souperbie Mary-Françoise, Sourdet Béatrice, Sourget Anne-Marie, Sourisseau Jean, Souvre Debray Bernadette, Spiesser Claire, Spiesser-Rohr Emmanuelle, Spinelli-Colombani Valérie, Starace-Cantarini Nathalie, Stocker Marie-Madeleine, Strauss Laurence, Studer Geneviève, Suescun Christine, Suret Anne-Marie, Szwagrzyk Gérard, Tandonnet Maire-Agnès, Tankwa Françoise, Tanneau Joël, Tarpinian-Dervichian Nicole, Tarze Catherine, Tassera Catherine, Tatak Mourad, Tavernier Martine, Teissier Catherine, Tempesta Serge, Terlaud Nadège, Terracol Hervé, Tessoulin Catherine, Teterchen Josiane, Teulière Anne-Marie, Teyseyre Denis, Tezard Patrick, Thaon Isabelle, Thebaud Francette, Théron Mireille, Therrond hamidou Martine, Theule Simone, Thinat Etienne, Thomas Dominique, Thomson Elisabeth, Thomson Jean-François, Tillie Yane, Tilliette Caroline, Tisserand Frédérique, Tondini Fabienne, Torresani Fabienne, Tournemine Jean-Philippe, Tournois Valérie, Tramunt Christiane, Trani Michèle, Travers Fabienne, Treillard Mireille, Treille Yves, Tréla Claude, Tremont Marie-Françoise, Tricot Marie, Triglia Marie-Françoise, Tyrode-Mourey Catherine, Ulmann Martine, Vaille-Brunet Anne-Blandine, Valette Nicole, Valmier-Seznec Jeanine, Valzer Lorette, Vandeweege-Delage Dominique, Vandierdonck Sophie, Vangioni Marie-Line, Vanhuffel Carole, Vaquié Véronique, Vareilles-Nannini Frédérique, Vatry Isabelle, Vaur Mireille, Vaxelaire Carine, Vaytet Jean-Pierre, Vegas Pascale, Veillard Catherine, Velly Joëlle, Vergne Marianne, Verhille Michèle, Vermynck-Bodeau Marie-Noëlle, Veron Dominique, Verrier Stéphanie, Vesperini Dominique, Victoire Georges, Vieille Clothilde, Viennet Muriel, Vigliano Isabelle, Vigneron Bernard, Vigneron Marie-Claire, Vigouroux-Moussakanda Catherine, Villecroze Nadine, Villegoueix Maryse, Vilmot Karine, Vinatier Mireille, Vincensini Marie-Odile, Viola Anne, Vital Nathalie, Vollet Catherine, Vorger Laura, Vrchovsky Catherine, Vriet Patricia, Wackenheim Daniel, Walle Sylvie, Walter Elisabeth, Weber Michèle, Weber Nicole, Wendling Jean-Michel, Wiesel Catherine, Wilhelm Catherine, Winiszewski Anne-Marie, Winnefeld Marceline, Wissocq Medeau Florence, Wittke Laurence, Wolff Roselyne, Zorgniotti Marcelle.

A leurs assistantes et leurs Services de santé au travail

Abréviations

Afsset	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
Anses	Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
Aract	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
AT	Accidents du travail
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCPP	Centre de consultation de pathologie professionnelle
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM 10	Classification internationale des maladies version 10
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie
Cisme	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CMR	Cancérogène, mutagène, reprotoxique
CnamTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CS	Catégorie sociale
DGT	Direction générale du travail
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DST	Département santé travail
EAA	Effectifs annuels attribués
Evrest	Evolutions et relations en santé au travail
FOR	Facteur organisationnel et relationnel
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
MCP	Maladie à caractère professionnel
Mirtmo	Médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre
MP	Maladie professionnelle
MPI	Maladie professionnelle indemnisable
MSA	Mutualité sociale agricole
MDT	Médecin du travail
NAF	Nomenclature d'activités française
ORS	Observatoire régional de la santé

PNSM	Programme national de surveillance du mésothéliome
PRSP	Plan régional de santé publique
PRST	Plan régional santé travail
PST	Plan santé au travail
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
SMR	Surveillance médicale renforcée
TB	Tableau de bord
TMS	Trouble musculo-squelettique

Résumé

Comme d'autres pays de développement comparable, dont les Etats-Unis [1] ou le Royaume-Uni [2], la France a initié la mise en place de systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact du travail sur la santé, pour repérer les branches d'activité, les professions, les statuts professionnels, les conditions et les situations de travail les plus à risque pour la santé et pour faciliter le repérage de phénomènes émergents et leur investigation rapide. L'objectif contribue à orienter les politiques de prévention et de réparation [3] et de vérifier l'efficacité des mesures préventives mises en place et d'identifier des dérives éventuelles.

La réparation des effets des expositions ou des risques professionnels comme leur prévention étant sous la responsabilité des employeurs pour les travailleurs salariés, les facteurs de risque professionnel ont constitué en France un domaine nettement séparé des autres déterminants de la santé. Mais depuis la fin des années 1990, la démarche de santé publique s'est étendue aux risques professionnels comme en témoigne la mise en place de différentes mesures : la création d'un Département santé travail (DST) à l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 1998, la loi relative à la politique de Santé publique en 2004, le premier Plan santé au travail (PST) 2005-2009, et la création de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) en 2005...

Système de réparation Accidents du travail/Maladies professionnelles (AT/MP)

En France, les données issues de la réparation des MP et des AT portant sur la seule population des salariés constituent une source d'informations très utilisée. Une maladie est reconnue comme professionnelle si tous les éléments d'un « tableau » correspondant sont réunis : pathologie, délai depuis la dernière exposition, et conditions d'exposition. L'ensemble des tableaux constitue les Maladies professionnelles indemnissables (MPI) ; il en existe une centaine au régime général de la Sécurité sociale [4]. Un système complémentaire de reconnaissance et de prise en charge a été mis en place en 1993. Il fait appel à des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour le régime général, le régime agricole et certains régimes spéciaux, et à des comités de réforme pour les fonctions publiques. Ce système permet à des travailleurs dont la maladie n'est pas inscrite dans un tableau, ou qui ne répondent pas aux critères qui y figurent, de prétendre à une réparation au titre des maladies professionnelles, sous réserve que l'origine professionnelle de l'affection soit démontrée à la suite d'une instruction contradictoire de la demande.

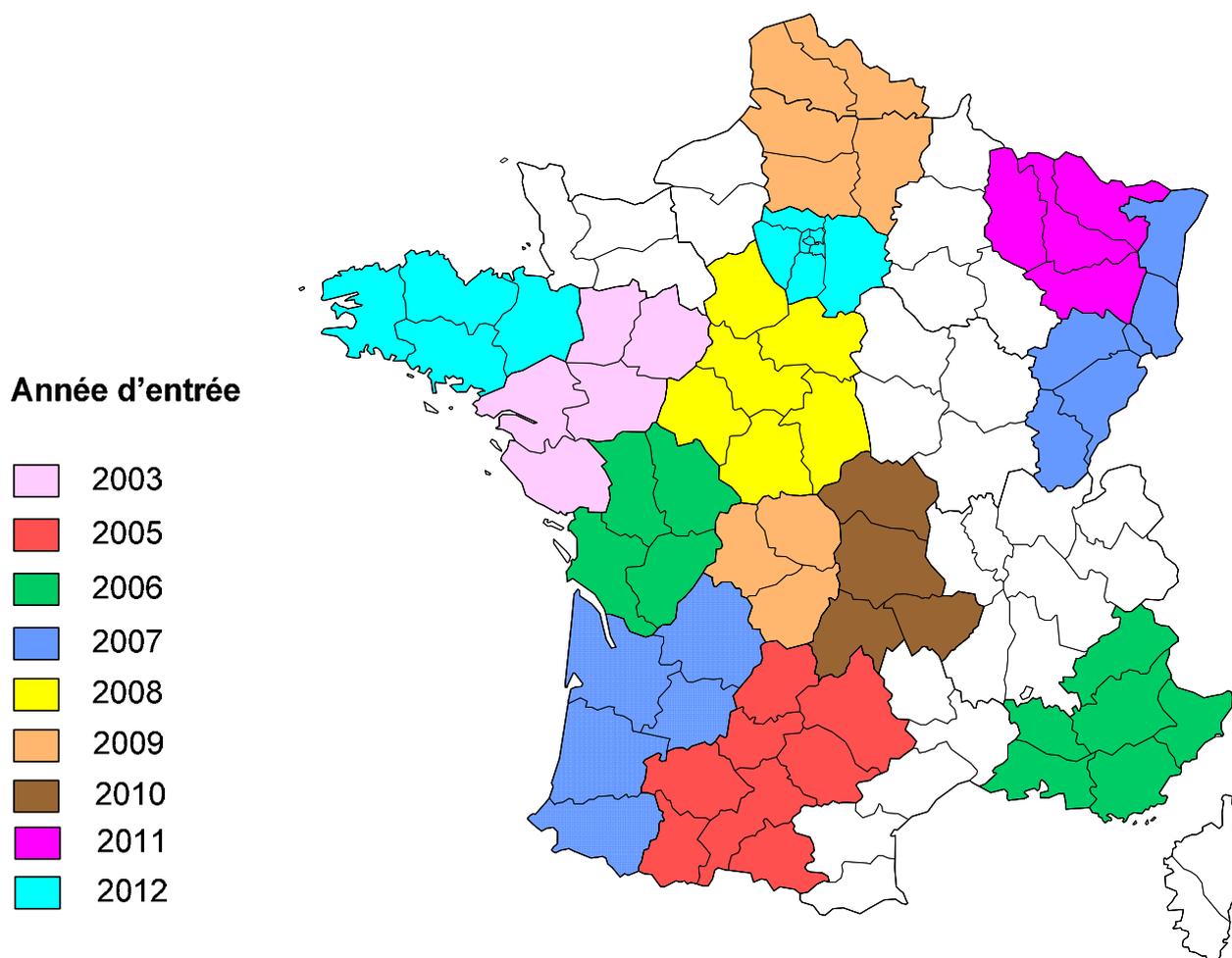
Dans l'optique d'une évaluation du nombre des pathologies induites par le travail, les données issues de la réparation des maladies professionnelles reconnues et indemnisées permettent une vision partielle de la réalité. En effet, de nombreux travaux montrent qu'elles sont loin de refléter l'impact sanitaire des risques professionnels, ceci pour différentes raisons, parmi lesquelles une sous-déclaration importante de ces affections.

Programme de surveillance des Maladies à caractère professionnel (MCP)

La notion de Maladie à caractère professionnel (MCP), définie comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnissables (MPI), a été introduite par le législateur dès 1919, en vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que de l'évolution des tableaux de réparation. Bien que leur déclaration soit une obligation pour tout docteur en médecine (article L461-6 du code de la Sécurité sociale), rares sont les médecins qui déclarent des MCP. Les quelques signalements proviennent essentiellement des médecins du travail et n'ont jusqu'ici été que partiellement exploités, notamment faute de systématisation et de centralisation.

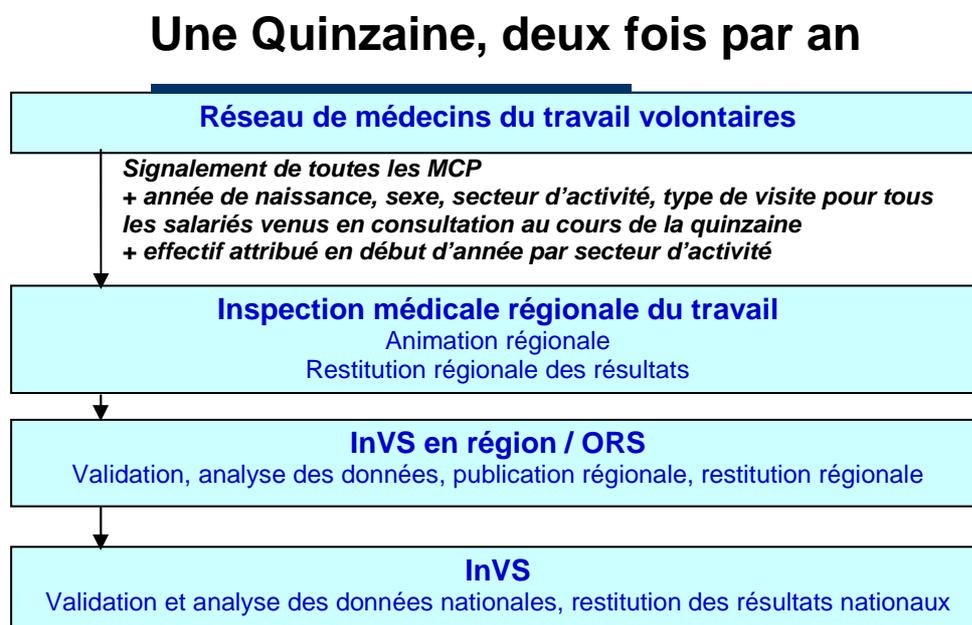
Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, le DST de l'InVS a cherché à explorer la faisabilité d'appuyer un système de surveillance sur ce dispositif législatif. Un partenariat entre l'InVS et l'Inspection médicale du travail et de la main d'œuvre a été mis en place. Après une première expérimentation dans la région des Pays de la Loire en 2002 [5], le programme de surveillance des MCP s'étend progressivement aux autres régions métropolitaines (figure 1).

Figure 1 : Régions participantes au programme de surveillance des MCP



Le dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires signalant toutes les MCP rencontrées durant des périodes de deux semaines prédéfinies, baptisées « *Quinzaine MCP* ». Les signalements sont adressés aux Médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre (Mirtmo) de leur région (figure 2).

Figure 2 : Organisation du programme MCP



La fiche de signalement, anonyme, comporte des informations sur la (ou les) pathologie(s) et les agents d'exposition professionnelle suspectés d'être à l'origine de la pathologie signalée, sur l'emploi et le type de contrat du salarié concerné, et sur le secteur d'activité de l'entreprise qui l'emploie. L'année de naissance et le sexe du salarié sont également enregistrés. Un tableau de bord des visites médicales effectuées au cours de la Quinzaine (données nécessaires au calcul du dénominateur des taux de prévalence) est également transmis. De plus, afin de vérifier la représentativité de la population salariée attribuée aux médecins du travail volontaires, chacun d'entre eux transmet l'effectif qui lui est attribué annuellement par secteur d'activité codé selon la nomenclature NAF (nomenclature d'activités française).

Le codage des maladies (classification internationale des maladies – 10^e révision – CIM 10), des agents d'exposition et des professions (Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (CSP) 2003) est effectué sous la responsabilité des Mirtmo. Sous le terme « souffrance psychique - addictologie », toutes les pathologies ont été regroupées dans le chapitre « troubles mentaux et du comportement » de la CIM 10 ainsi que les termes « souffrance mentale », « stress »... utilisés par les médecins du travail. L'analyse régionale des données recueillies est effectuée dans chaque région en collaboration avec un épidémiologiste attaché à ce programme. Les données sont ensuite adressées au DST de l'InVS pour analyse nationale.

Les salariés sont informés collectivement de l'enquête par voie d'affichage dans chaque service de santé au travail participant à la « Quinzaine MCP ».

La restitution des résultats régionaux se fait par la diffusion de plaquettes régionales annuelles, et sous forme de présentation orale lors de réunions ou colloques régionaux.

Résultats

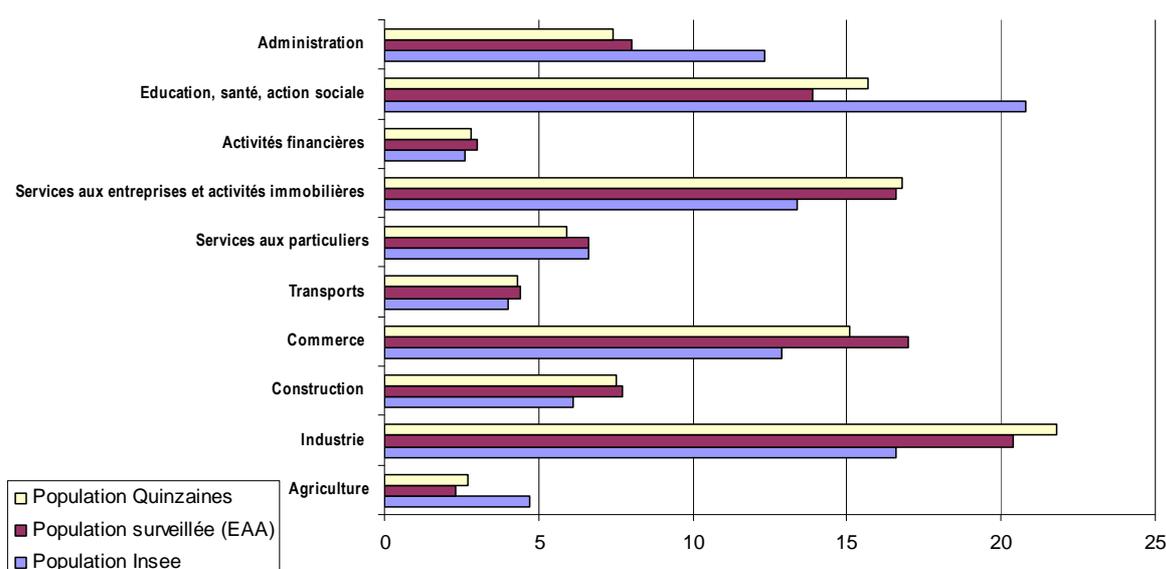
Les régions Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées, PACA, Alsace, Franche-Comté, Aquitaine et Centre ont participé aux Quinzaines MCP en 2008 mobilisant 964 médecins du travail volontaires (soit 33 % des médecins du travail) (tableau 1).

Tableau 1 : Participation des régions

	2006	2007	2008
Régions participantes	4	7	8
Quinzaines	6	12	15
Médecins participants (%)	684 (38)	909 (33)	964 (33)
Salariés vus en consultation	73 498	107 392	114 154
Salariés avec un signalement	3 953	6 220	6 542
Prévalence	5,4 %	5,8 %	5,7 %

Les salariés surveillés par ces médecins du travail volontaires représentent tous les secteurs d'activité, avec une surreprésentation de secteurs comme l'industrie et une sous-représentation des secteurs de l'administration et de l'éducation – santé – action sociale. Ceci tient essentiellement à l'organisation de la médecine de prévention dans l'administration et l'enseignement qui n'est pas aussi présente que dans les autres secteurs. La surreprésentation du secteur industriel dans le programme MCP est liée à la surveillance renforcée du fait de l'exposition des travailleurs à des agents CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques). Les populations vues pendant les Quinzaines correspondent globalement aux populations surveillées par les médecins du travail volontaires (figure 3).

Figure 3 : Répartition des trois populations par secteur d'activité



Les principales pathologies signalées sont les troubles musculo-squelettiques (TMS) (52 % des MCP chez les hommes et 53 % chez les femmes en 2008) suivis par la souffrance psychique (20 % chez les hommes et 31 % chez les femmes). Leurs prévalences sont données dans le tableau 2.

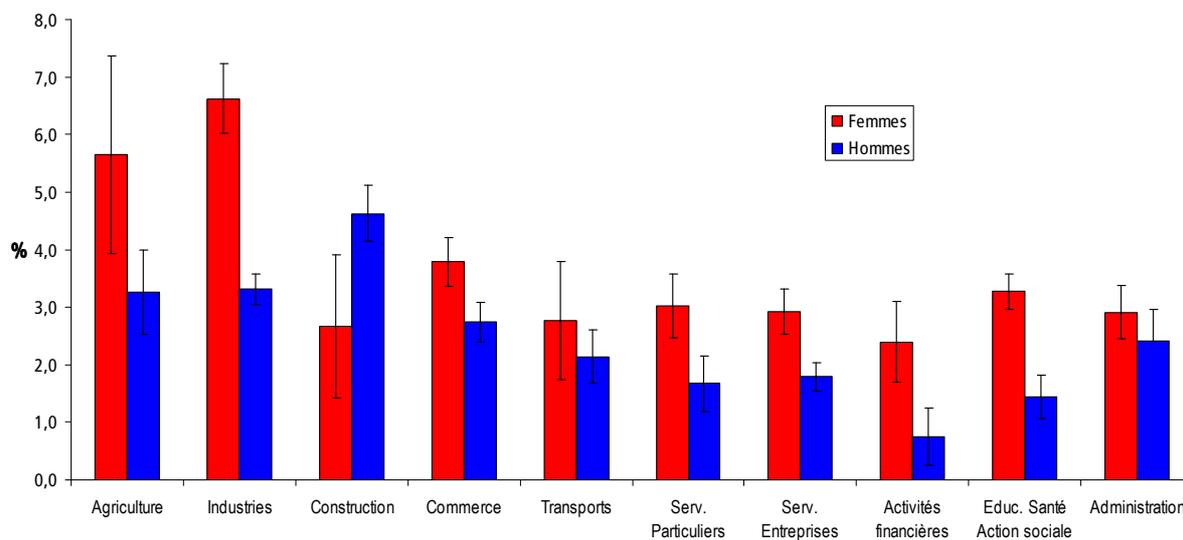
Tableau 2 : Prévalence des principales MCP par année et par sexe

	2006		2007		2008	
	Hommes (%) N=42 590	Femmes (%) n=30 897	Hommes (%) N=61 806	Femmes (%) n=45 559	Hommes (%) N=64 141	Femmes (%) n=49 842
TMS	2,6	3,7	2,9	3,5	2,7	3,6
Souffrance psychique	0,9	1,8	1,1	2,3	1,1	2,4
Audition	0,7	<0,1	0,7	<0,1	0,6	<0,1

Pour l'ensemble des pathologies et quel que soit le sexe, les prévalences augmentent avec l'âge, jusqu'à la tranche d'âge 45-54 ans. Au-delà de 55 ans, la prévalence est légèrement inférieure, pouvant être expliquée par un « effet travailleur sain ». En effet, les salariés vieillissants sont plus souvent écartés du travail pour inaptitude au poste. Ce résultat confirme l'intérêt particulier qui doit être porté aux salariés les plus âgés.

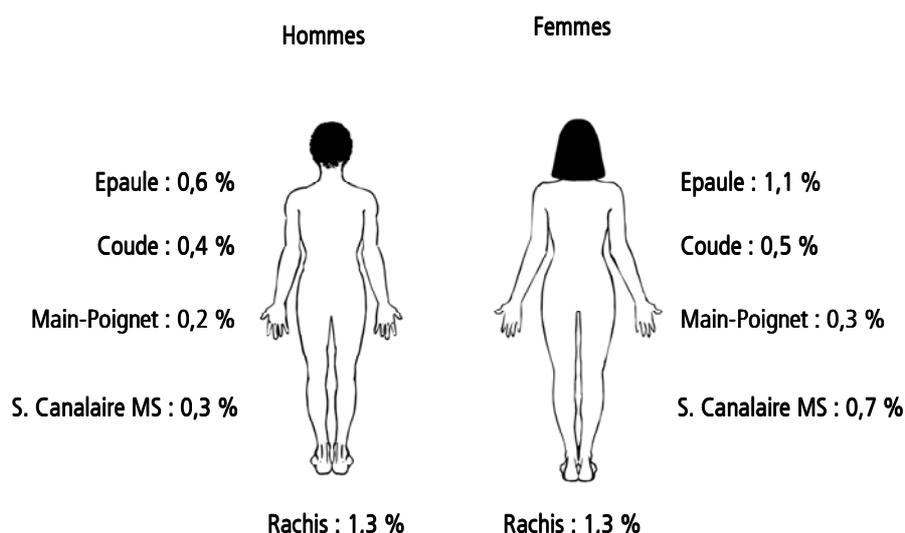
L'analyse des TMS signalés en MCP montre que les prévalences les plus élevées sont dans les secteurs de la construction (4,6 % chez les hommes et 2,7 % chez les femmes), de l'industrie (3,3 % chez les hommes et 6,6 % chez les femmes) et de l'agriculture (3,3 % chez les hommes et 5,6 % chez les femmes) (figure 4).

Figure 4 : Prévalence des TMS liés au travail selon le secteur d'activité



Les principales localisations des TMS signalés en MCP sont chez les hommes le rachis (1,3 %), l'épaule (0,6 %) et le coude (0,4 %) ; chez les femmes, le rachis (1,3 %), l'épaule (1,1 %) et les syndromes canaux du membre supérieur (0,7 %) (figure 5). Les plus souvent atteints sont les ouvriers, suivis des employés.

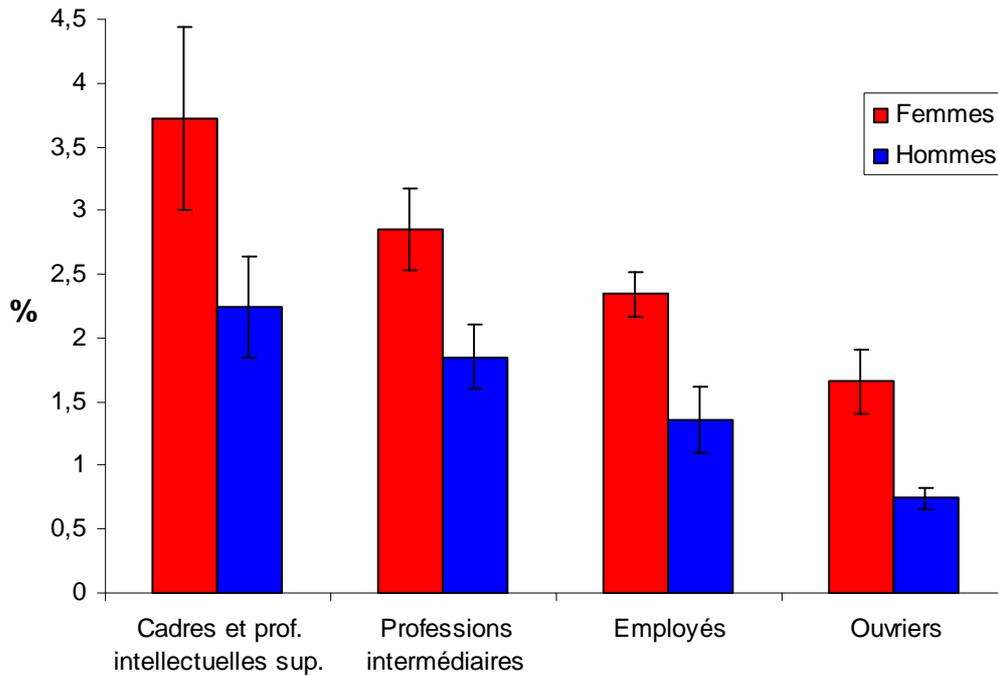
Figure 5 : Prévalence des TMS par localisation et par sexe



La souffrance psychique est quant à elle plus fréquemment observée dans le secteur financier (3,5 % chez les hommes et 4,9 % chez les femmes), dans les industries (1,5 % chez les hommes et 2,9 % chez les femmes) et dans l'administration publique (1,4 % chez les hommes et 2,5 % chez les femmes). Pour tous les secteurs d'activité, le sexe ratio est de 2 femmes pour 1 homme sauf dans le secteur de la construction où il est de 8 femmes pour 1 homme. Ce fort différentiel peut s'expliquer par des différences importantes dans les activités exercées par les hommes et par les femmes au sein de chaque secteur.

Lorsqu'on analyse les MCP pour la souffrance psychique selon la catégorie sociale, on observe un gradient inverse de l'échelle sociale : la prévalence est plus grande chez les cadres (3,7 % chez les femmes et 2,2 % chez les hommes en 2008) que chez les ouvriers (1,7 % chez les femmes et 0,7 % chez les hommes en 2008) et les employés (2,3 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes chez les hommes) (figure 6).

Figure 6 : Prévalence de la souffrance psychique liée au travail selon la catégorie sociale en 2008



Parmi les facteurs évoqués comme associés à la souffrance psychique par les médecins du travail, les facteurs relationnels et organisationnels arrivent en premier rang. Ces mêmes facteurs sont également signalés comme à l'origine de symptômes cardiaques (HTA par exemple), de troubles digestifs ou de prises de poids.

Discussion – Conclusion

Grâce aux Quinzaines MCP, il est possible de décrire la fréquence des affections observées par les médecins du travail qu'ils jugent imputables au travail – hors maladies professionnelles déclarées. Cette description par secteur d'activité et par catégorie sociale réalisée régulièrement devrait permettre de repérer les secteurs et les catégories sociales à plus fortes prévalences, et d'en suivre l'évolution.

S'appuyant sur l'expertise médicale du travail, ce programme s'insère tout à fait logiquement dans la pratique quotidienne de la médecine du travail. Il permet une surveillance des pathologies imputables au travail les plus fréquemment rencontrées parmi les salariés en activité.

Contrairement aux statistiques d'indemnisation des maladies professionnelles où le syndrome du canal carpien est le TMS le plus fréquemment reconnu, ce programme montre que les TMS du rachis lombaire suivis par ceux de l'épaule sont les plus souvent notifiés. Les syndromes canaux arrivent en troisième localisation chez les femmes et en quatrième chez les hommes. Les secteurs les plus concernés par les TMS d'origine professionnelle sont les secteurs industriels pour les deux sexes, celui de la construction chez les hommes et de la santé chez les femmes.

La souffrance psychique arrive en deuxième position des signalements de maladies à caractère professionnel dans la quasi-totalité des secteurs d'activité. En effet, seul le secteur de la finance et des assurances se

caractérisée par une prévalence de la souffrance psychique (3,5 % chez les hommes et 4,9 % chez les femmes en 2008) supérieure à celle des TMS (0,8 % chez les hommes et 2,4 % chez les femmes en 2008).

Le gradient de la prévalence de la souffrance psychique selon la catégorie sociale, décroissant des cadres et professions intellectuelles supérieures vers les ouvriers, stable sur les trois années étudiées, est à souligner. En effet, d'autres études, en particulier l'étude Samotrace du DST de l'InVS montre un gradient inverse [6].

Mais le mode de recueil des données et la population visée par ces deux études sont différentes. Dans le programme MCP, c'est le médecin du travail qui, de part son expertise, impute au travail la souffrance mentale repérée chez le salarié au cours du colloque singulier. Dans le programme Samotrace, la santé mentale était décrite à l'aide du General Health Questionnaire à 28 questions (GHQ28), auto-questionnaire explorant un ensemble de symptômes anxiodépressifs. Une étude est en cours pour comparer plus précisément les résultats de ces deux programmes.

Répétées régulièrement, les « Quinzaines MCP » fourniront des données inédites sur la fréquence des manifestations pathologiques en lien avec le travail chez les salariés actifs, et ainsi contribueront à estimer l'ampleur de la sous-déclaration des pathologies susceptibles d'être reconnues au titre des tableaux de MPI. Les données issues de ce programme de surveillance relatives à trois localisations de TMS (rachis lombaire, épaule et main-poignet-doigts) sont en cours de comparaison aux données de réparation du régime général de la Sécurité sociale. Les résultats de cette analyse feront l'objet d'une publication séparée.

Le programme comporte toutefois 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 du travail à l'autre et que certaines différences peuvent apparaître aussi bien dans la démarche diagnostique que dans la démarche d'imputabilité au travail. Une analyse plus avant d'un « effet médecin » éventuel devra être initiée prochainement.

Toutefois, dans le cadre de l'évaluation des pratiques médicales, des groupes de pairs ont été constitués afin de permettre des échanges entre les médecins du travail. Ces groupes d'échange associés aux efforts de mise en place de thésaurus opérationnels sont de nature à favoriser une qualité grandissante du programme.

Par ailleurs, certaines affections ne peuvent être dépistées par les médecins du travail que lorsque le salarié est suffisamment en confiance pour répondre à l'interrogatoire sans réserve, ceci pourrait minimiser le nombre de symptômes repérés par le médecin du travail.

De plus, ce programme ne permet pas de repérer les pathologies d'apparition différée, tels les cancers qui se manifestent le plus souvent après le départ en inactivité, ou les pathologies entraînant une exclusion du milieu de travail par des arrêts de travail de longue durée. Le programme de surveillance des MCP ne peut en conséquence se substituer à d'autres programmes de surveillance, dont il est complémentaire.

L'extension à l'ensemble du territoire national est prévu dans le cadre du Plan santé travail (PST) 2010-2014 [7]. Outre son intérêt au niveau national, ces résultats permettant de repérer les spécificités régionales en termes de

pathologies, de professions, de secteurs d'activité, s'inscrivent dans les Plans régionaux santé travail (PRST), déclinaison régionale du PST. Les éléments produits par ce programme mis en débat dans les organismes paritaires, sont utiles aux différents acteurs de la prévention pour élaborer et prioriser les actions de prévention. Outre leur inscription dans les PRST, bon nombre de Plans régionaux de santé publique (PRSP) ont inscrit le programme MCP dans leurs actions, ce qui signe la meilleure prise en compte des risques professionnels dans les priorités de santé publique.

La particularité du médecin du travail en France est sa double compétence : médecin et expert des risques professionnels. Il a donc paru logique de nous appuyer sur les médecins du travail pour établir une veille sanitaire en milieu professionnel. La participation à ce programme de surveillance leur permet de valoriser leur activité clinique et leur connaissance du milieu du travail, de s'interroger sur leur pratique professionnelle, d'être partie prenante d'un système national de veille sanitaire, et en s'appropriant les résultats nationaux et régionaux d'adapter leur exercice à leur propre environnement.

1 Introduction

Comme cela existe depuis de nombreuses années dans d'autres pays de développement comparable, tels les Etats-Unis [1] ou le Royaume-Uni [2], la France a initié cette dernière décennie, la mise en place de systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact du travail sur la santé de la population, pour repérer les branches d'activité, les professions, les statuts professionnels, les conditions et les situations de travail où les risques sont prépondérants et pour faciliter le repérage de phénomènes émergents et leur investigation rapide. Ceci devrait permettre de mieux orienter et d'évaluer les politiques de prévention et de réparation [3] et de vérifier l'existence d'éventuelles dérives dans les mesures préventives mises en place.

Il existe encore dans notre pays un déficit important de connaissance sur l'impact du travail sur la santé de la population. Ceci pour diverses raisons, parmi lesquelles, on soulignera la difficulté de repérer l'origine professionnelle d'affections qui sont pour la plupart « banales » et ne présentent, sauf exception, aucune caractéristique spécifique. L'observation et le comptage des seules pathologies ne permettent donc pas de repérer leur origine professionnelle. De plus, la multiplicité des affections générées par le travail (pathologies de l'appareil locomoteur, pathologies cutanées, pathologies respiratoires, cancers, affections de la sphère mentale, etc.), leurs origines multifactorielles mêlant facteurs professionnels et facteurs extraprofessionnels et le délai parfois long entre l'exposition aux facteurs professionnels et l'apparition d'une pathologie associée, imposent qu'un système de surveillance s'attache à observer à la fois la santé de populations et les expositions professionnelles auxquelles sont soumis les travailleurs mais aussi les ex-travailleurs.

Dans ce contexte, plusieurs approches ont été proposées et mises en place par l'InVS afin de surveiller les risques professionnels dans notre pays. On citera des programmes thématiques ciblés sur un type d'affections : programme de surveillance des TMS [8], Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) [9;10], programme de surveillance des cancers d'origine professionnelle, des affections respiratoires, etc. ou des programmes plus « généralistes » tels Matgéné destiné à permettre l'évaluation rétrospective de l'exposition de la population à des nuisances professionnelles [11], Cosmop qui permet d'analyser la mortalité par cause et activité professionnelle [12], etc.

Afin de compléter l'ensemble de ce dispositif un programme original s'appuie sur les observations des médecins du travail, sur leur pratique clinique et leur capacité à juger du lien entre l'activité professionnelle des personnes et leur état de santé : le « programme MCP ».

Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP)

Il existe en France un système de réparation des maladies professionnelles contractées par les travailleurs salariés. Ces maladies professionnelles indemnifiables (MPI) sont inscrites dans des « tableaux » réunissant les

conditions indispensables pour la reconnaissance de leur origine professionnelle (description de la maladie, activité, exposition, délai de prise en charge, etc.) [4]. Il existe une centaine de tableaux au régime général de Sécurité sociale et à peu près autant au régime agricole. La réparation des maladies professionnelles peut différer selon les régimes de Sécurité sociale disposant d'une branche « risques professionnels » (fonctionnaires d'état, des collectivités territoriales et hospitalières, régimes spéciaux). Ces tableaux de MPI évoluent lentement et proposent un cadre strict d'application. Pour permettre aux pathologies n'entrant pas strictement dans les tableaux de MPI d'être prises en charge en maladie professionnelle, un système complémentaire de reconnaissance a été mis en place en 1993. Il permet à des commissions régionales (CRRMP) d'étudier, sous certaines conditions, les cas litigieux ou rejetés par le système principal. Le simple dénombrement des maladies indemnisées ne reflète pas la réalité de l'impact du travail dans la survenue de pathologies, pour diverses raisons, qui tiennent à la fois à des phénomènes de sous-déclaration de ces maladies et aux critères de réparation qui doivent être révisés régulièrement pour tenir compte de l'avancée des connaissances.

Dans ce contexte, le législateur a, dès 1919, introduit la notion de maladie à caractère professionnel (MCP), afin de contribuer à l'évolution des tableaux de maladies professionnelles et au repérage de nouvelles pathologies d'origine professionnelle. L'article L461-6 du code de la Sécurité sociale dit : « *En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel. La déclaration prévue aux deux alinéas précédents est établie et transmise selon des modalités fixées par voie réglementaire.* »

Dans les faits, cette disposition a été très peu appliquée et ces données n'ont été jusqu'ici que très partiellement exploitées, notamment faute de systématisation et de centralisation des déclarations.

Pour évaluer l'intérêt de ces données à des fins de surveillance épidémiologique, une première analyse réalisée dans les Pays de la Loire à partir des déclarations de MCP parvenant à l'Inspection médicale du travail avait montré la difficulté d'utiliser ces données. En effet, ces données souffraient non seulement d'une très forte sous-déclaration mais de plus, aucun indicateur reproductible n'était calculable du fait de l'absence d'information sur la population source dont elles étaient issues. Aussi, il était nécessaire, afin de mieux utiliser ces données, d'en améliorer l'exhaustivité et de permettre une estimation des taux de prévalence de ces maladies présumées d'origine professionnelle.

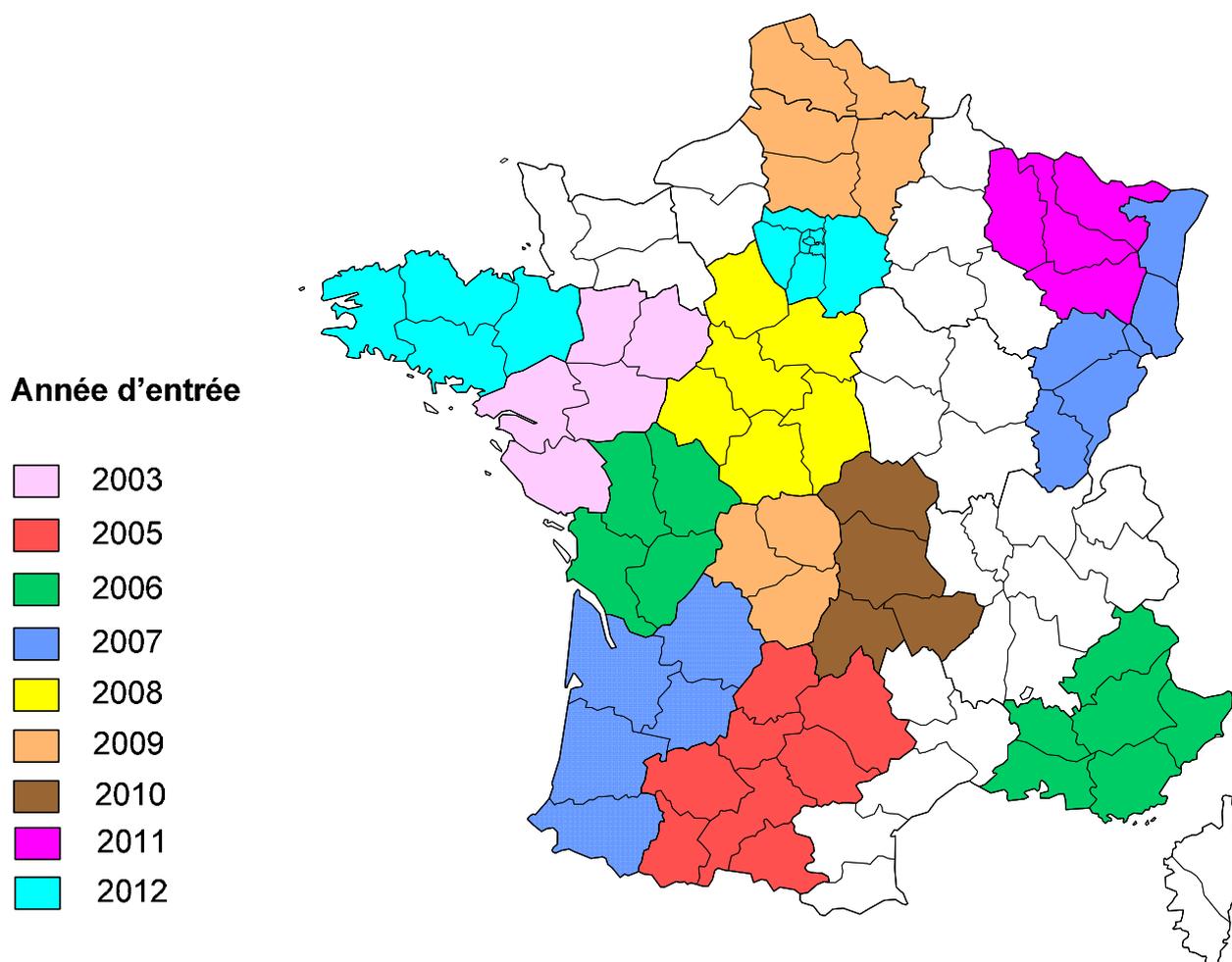
Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, le DST de l'InVS a cherché à explorer la faisabilité d'appuyer un système de surveillance sur ce dispositif législatif. Un partenariat avec l'Inspection médicale du travail de la Direction générale du travail (DGT) a été mis en place. Une première

expérimentation a débuté en 2002 dans la région des Pays de la Loire en s'appuyant sur un réseau de médecins du travail volontaires [5].

Afin d'obtenir une adhésion satisfaisante des médecins du travail à ce programme de surveillance, un bon degré d'exhaustivité et une bonne qualité des données, le principe de campagnes de courte durée pour la déclaration systématique des MCP avait été retenu et proposé aux Services de santé au travail. Suite à l'étude pilote menée dans les Pays de la Loire [13], une extension à d'autres régions a été proposée.

Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) s'est ainsi étendu progressivement d'une région en 2002 à 15 régions en 2012 : Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Poitou-Charentes, Franche-Comté, Alsace, Aquitaine, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Limousin, Auvergne, Lorraine, Bretagne et Ile-de-France (figure 1).

Figure 1 : Le réseau MCP en 2012



Ce programme, coordonné par le DST de l'InVS et l'Inspection médicale du travail s'appuie sur des partenaires qui diffèrent selon les régions. C'est ainsi que le programme a été implanté dans les régions Pays de la Loire, Midi-Pyrénées et Aquitaine, grâce aux seuls moyens du DST et de l'Inspection médicale du travail. En PACA et Nord-Pas-de-Calais, le programme s'appuie sur une collaboration avec la Direction régionale des affaires

sanitaires et sociales (Drass) par l'intermédiaire des Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), en Franche-Comté une collaboration avec la consultation des pathologies professionnelles du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon. En Poitou-Charentes, Alsace, Centre, Picardie, Limousin et Auvergne, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) sont partenaires du programme.

2 Objectifs du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP)

L'objectif général du programme est de produire des indicateurs simples, fiables et reproductibles, permettant de quantifier l'importance du phénomène, de décrire les pathologies et symptômes signalés, les secteurs d'activité et les professions les plus à risque ainsi que les agents d'exposition professionnelle en cause.

Les indicateurs retenus dans un premier temps ont été le nombre et la prévalence des MCP (nombre de salariés présentant une maladie rapporté au nombre total de salariés qui auraient pu être atteints).

Ces indicateurs ainsi définis sont utilisés et présentés dans le présent rapport. A partir de 2009, les données recueillies permettront de calculer le taux d'incidence (nouveaux cas apparus dans l'année rapportés à la population vue pendant les Quinzaines).

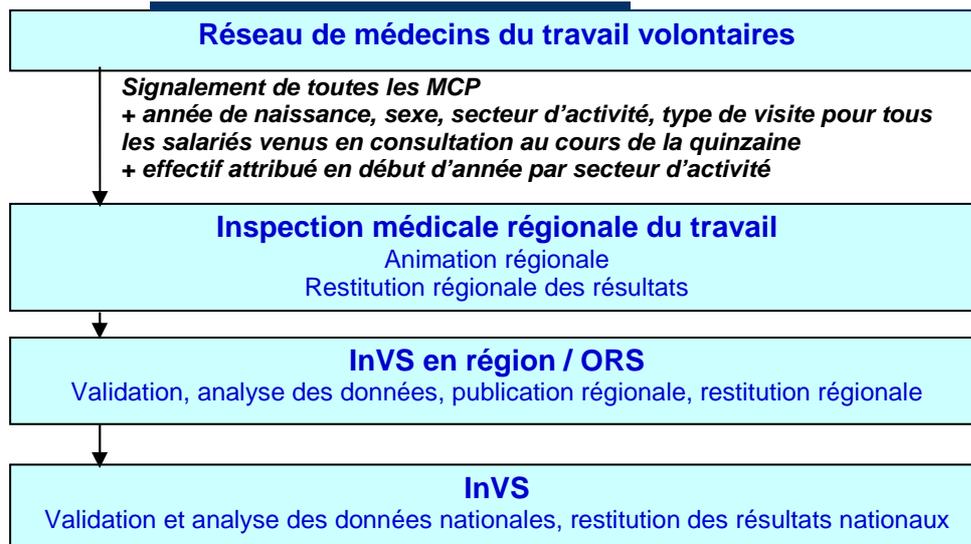
Ces indicateurs sont décrits au niveau interrégional. De plus dans chacune des régions participantes, une série d'indicateurs similaires est produite régulièrement.

3 Méthode

Le dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires (figure 2) signalant toutes les MCP rencontrées lors des visites médicales du travail durant des périodes de deux semaines prédéfinies, baptisées " *Quinzaine MCP* ". Ces périodes sont définies dans chaque région de manière à avoir une couverture saisonnière acceptable.

Figure 2 : Organisation du programme MCP

Une Quinzaine, deux fois par an



Le traitement informatisé de ces données a été autorisé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (autorisation Cnil n° 907071 du 28 juin 2007). Les salariés sont informés collectivement de l'enquête par voie d'affichage dans chaque service de santé au travail participant à une " *Quinzaine MCP* " (annexe 1).

3.1 Données recueillies

Un guide destiné aux médecins du travail volontaires a été rédigé expliquant le protocole du programme, ainsi que les informations à fournir dans les différents formulaires.

3.1.1 Tableaux de bord

Chaque médecin du travail transmet des « tableaux de bord » correspondant aux visites médicales effectuées durant les Quinzaines MCP. Ces données sont nécessaires au calcul du dénominateur des indicateurs se présentant sous forme de taux (annexe 2). Ces données consistent en un enregistrement de toutes les personnes qui ont bénéficié d'une visite médicale dans la période concernée, et pour chacune d'entre elles sont notés l'année de naissance, le sexe et le secteur d'activité, le type de visite (périodique, d'embauche, de reprise, de pré-reprise ou à la demande) et le type de service (entreprise ou interentreprises) dans lequel travaille le médecin.

3.1.2 Effectif annuel attribué

Afin d'analyser la représentativité des salariés surveillés par les médecins volontaires, ces derniers fournissent l'effectif de salariés qui leur est attribué en début d'année par secteur d'activité codé selon la nomenclature NAF [14] pour comparer les répartitions des différentes populations (annexe 3).

3.1.3 Fiche de signalement MCP

Une fiche de signalement anonyme est remplie pour chaque salarié ayant au moins une MCP (annexe 4). Elle comporte des informations sur la (ou les) pathologie(s) constatée(s) par le médecin et les agents d'exposition professionnelle (annexe 5) suspectés d'être à l'origine de la pathologie signalée. Deux pathologies ou symptômes peuvent être enregistrés. Pour chaque pathologie, il était demandé au médecin du travail si la pathologie faisait l'objet d'un tableau de maladie professionnelle, et si oui, si la déclaration avait été faite ou non par le salarié (dans le cas où la déclaration avait été réalisée, des questions permettaient de noter si la procédure était en cours ou si la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) avait refusé la reconnaissance en MP).

Pour chaque salarié, sont demandés la profession exercée, le secteur d'activité de l'entreprise, le type de contrat, le sexe et l'année de naissance.

3.2 Circuit des données

Les médecins du travail participant adressent à l'Inspection médicale du travail de leur région les fiches de signalement de MCP constatées chez les salariés venus en consultation au cours de la « Quinzaine MCP », les tableaux de bord et les effectifs attribués (une fois par an).

Les codages des maladies selon la Classification internationale des maladies version 10 (CIM10) [15], des agents d'exposition professionnelle et des professions [16] sont effectués sous la responsabilité des Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (Mirtmo). Afin d'harmoniser les codages intra-régionaux et interrégionaux, un groupe de travail réunissant des Mirtmo et des épidémiologistes a constitué un thésaurus des pathologies signalées durant ces Quinzaines servant de référentiel pour les pathologies et symptômes. Les pathologies ont été réparties en différents groupes (annexe 6). Pour l'ensemble des pathologies de l'appareil locomoteur, trois groupes sont définis : les troubles musculo-squelettiques, l'arthrose et les autres pathologies de l'appareil locomoteur. Ce thésaurus est enrichi régulièrement.

En ce qui concerne la souffrance psychique, ce groupe de travail a décidé de hiérarchiser les pathologies ou symptômes relevant de cette pathologie et a donc construit un arbre décisionnel (figure 3). L'ordre ainsi établi privilégie le burn-out, puis successivement l'addiction, les névroses, la dépression ou les syndromes dépressifs, l'anxiété...

Toutes les pathologies ou symptômes relevant de la souffrance psychique ou de l'addictologie ont été analysées ensemble : burn-out, dépression, syndrome anxio-dépressif, anxiété, insomnies et troubles du sommeil en général... ainsi que les conduites addictives (tabac ou alcool).

Figure 3 : Arbre décisionnel pour coder les symptômes déclarés relevant de la souffrance psychique et addictologie

- | | |
|---|------|
| 1. Burn-out, épuisement, surmenage | Z73 |
| 2. Addiction (alcool, tabac, ...) | F102 |
| 3. Psychose, paranoïa, bouffées délirantes aiguës | F23 |

Si « dépression », « syndrome dépressif », « troubles de l'humeur »

Ou plusieurs symptômes de dépression caractérisée (perte d'appétit, tristesse, dévalorisation, perte de l'estime de soi, ruminations, ...)

Oui

Non

- | | | | |
|---|------|---|------|
| 1. Si dépression sévère ou avec tentative de suicide, idée suicidaire | F322 | 6. Anxiété ou plusieurs symptômes d'anxiété (irritabilité, nervosité, tremblement, crise de larmes, phobie, ...) | F419 |
| 2. Avec anxiété ou symptômes d'anxiété, anxio-dépressif | F412 | 7. Phobie | F40 |
| 3. Si dépression modérée ou avec traitement | F321 | 8. Somatisation | F45 |
| 4. Si dépression légère, tendance dépressive | F320 | 9. Insomnies | F510 |
| 5. Dépression sans précision | F32 | 10. Troubles du sommeil | F519 |
| | | 11. Asthénie, fatigue | R53 |
| | | 12. Troubles de l'appétit (anorexie, boulimie) | F508 |
| | | 13. Stress post-traumatique | F431 |
| | | 14. Réaction aiguë à un stress | F430 |
| | | 15. Autres libellés (imprécis ou employés seuls) :
décompensation psychologique, tension nerveuse, souffrance mentale... | Z56 |

La saisie des données recueillies auprès des médecins du travail a été assurée soit par la Direction régionale du travail et de la main d'œuvre, soit par l'Observatoire régional de santé.

La validation régionale des données est effectuée en collaboration avec un épidémiologiste attaché à ce programme (soit épidémiologiste de l'InVS, soit épidémiologiste de l'ORS).

Pour assurer l'harmonisation des codages entre les régions, une seconde validation au niveau national a été effectuée. Après cette double validation, l'analyse régionale des données a été faite par chaque région et les données ont été agrégées au niveau national (DST) pour l'analyse nationale dont les résultats sont présentés dans ce rapport.

3.3 Analyse statistique

Dans un premier temps, une comparaison de la population au travail surveillée par les médecins volontaires avec la répartition des salariés dans chacune des régions participantes a été effectuée.

La prévalence des MCP a été calculée en rapportant le nombre total des salariés présentant au moins une MCP au cours des Quinzaines d'une année donnée au nombre de salariés vus en consultation au cours de ces mêmes semaines.

Un même salarié pouvant présenter plusieurs MCP, la prévalence par catégorie de pathologies a été calculée en rapportant le nombre total de salariés pour lesquels au moins une MCP de cette catégorie a été signalée au nombre de salariés vus pendant la Quinzaine. Par exemple, la prévalence des TMS est le nombre de salariés présentant au moins un TMS sur le nombre de salariés vus pendant la Quinzaine. Ainsi, un salarié présentant un TMS de l'épaule et un TMS du coude compte une fois dans la prévalence des TMS, une fois dans la prévalence des TMS de l'épaule et une fois dans la prévalence des TMS du coude.

Les taux de prévalence ont été calculés chez les hommes et chez les femmes par classe d'âge (<25 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans et 55 ans et plus) et secteur d'activité. L'intervalle de confiance à 95 % de la

prévalence a été calculé ($p \pm 1,96\sqrt{\frac{pq}{n}}$).

Les taux de prévalence ont été calculés seulement lorsque les effectifs de la population d'intérêt étaient supérieurs à 100. Seuls les taux de prévalence avec des effectifs supérieurs à 5 au numérateur seront donnés.

Compte tenu des effectifs selon la catégorie sociale, les prévalences ont été calculées pour quatre d'entre elles : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés et ouvriers.

Les prévalences entre les différents groupes ont été comparées par des tests du Chi2 au risque de 5 %.

Les tests de tendance ont été effectués selon la méthode de Cochran-Armitage.

Les secteurs d'activité, codés selon la Nomenclature d'activités française (NAF 2003), ont été regroupés en 10 catégories définies ci-dessous pour la plupart des analyses (tableau 1).

Une comparaison entre la population surveillée par les médecins volontaires et la population des travailleurs des régions participantes a pu être réalisée afin de vérifier un biais éventuel lié au volontariat des médecins. De plus, la population des régions participantes a été comparée à l'ensemble du territoire afin d'envisager une éventuelle extrapolation des résultats obtenus.

Tableau 1 : Regroupement des secteurs d'activité

Secteur d'activité		Code NAF 2003
Agriculture		01xx, 02xx, 05xx
Industrie	Industries extractives et des produits minéraux	10xx, 11xx, 12xx, 13xx, 14xx, 23xx, 26xx
	Industries agricoles et alimentaires	15xx, 16xx
	Habillement, cuir	17xx, 18xx, 19xx
	Industrie du bois et du papier	20xx, 21xx
	Edition, imprimerie, reproduction	22xx
	Industrie chimique, du caoutchouc et des plastiques	24xx, 25xx
	Métallurgie et travail des métaux, Récupération	27xx, 28xx, 37xx
	Industries de machines et équipements	29xx, 30xx, 31xx, 32xx, 33xx, 36xx
	Fabrication de matériel de transport	34xx, 35xx
	Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau	40xx, 41xx
Construction		45xx
Commerce	Réparation automobile	50xx
	Commerce de gros	51xx
	Commerce de détail	52xx
Transports		60xx, 61xx, 62xx, 63xx
Services aux particuliers	Hôtels restaurants	55xx
	Activités récréatives, culturelles et sportives, services personnels et domestiques	92xx, 93xx, 95xx
Services aux entreprises et activités immobilières	Activités de nettoyage, assainissement, voirie et gestion des déchets	747z, 90xx
	Autres services aux entreprises	64xx, 70xx, 71xx, 72xx, 73xx, 74xx sauf 747z
Activités financières	Intermédiation financière	65xx, 671x
	Assurance	66xx, 672x
Education, santé, action sociale	Education	80xx
	Santé, action sociale	85xx
Administration		75xx, 91xx, 99xx

Pour des résultats plus détaillés par secteur d'activité, des regroupements en 31 ou 62 sections ont été utilisés.

Les catégories socioprofessionnelles ont été regroupées en sept catégories : agriculteurs, artisans, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, étudiants (annexe 7).

Les prévalences par secteur d'activité et/ou par catégorie sociale portent sur les années 2007 et 2008 compte tenu des effectifs.

La population surveillée par les médecins du travail participants et celle venue en consultation pendant les Quinzaines MCP ont été comparées à la population de l'ensemble des salariés des régions participantes estimée par l'Insee pour 2006 et à la population des salariés de la France métropolitaine [17].

Les agents d'exposition professionnelle mis en cause par les médecins du travail lors du signalement d'une pathologie sont classés en quatre groupes :

- les facteurs organisationnels et relationnels (FOR) ;
- les ambiances et contraintes physiques ;
- les agents biologiques ;
- les agents chimiques.

Enfin, nous nous sommes intéressés uniquement aux facteurs organisationnels et relationnels (FOR) et aux pathologies qui leur sont associées pour l'année 2008, soit 35,9 % des pathologies. Les facteurs organisationnels et relationnels comprennent les horaires et durée de travail, l'organisation du temps dans le travail, les faibles marges d'initiative et latitude décisionnelle, le dysfonctionnement managérial et les problèmes de collectif du travail, les contacts avec le public, les facteurs économiques et sociaux, la violence psychologique, la violence physique et autres (annexe 5).

Les analyses ont été effectuées avec les logiciels SAS et Stata au sein du DST de l'InVS. Tous les résultats sont présentés de façon à respecter l'anonymat des individus et des entreprises.

4 Résultats 2006 - 2007 - 2008

Quatre régions ont participé en 2006, sept régions en 2007 et huit en 2008 (tableau 2).

Tableau 2 : Calendrier des Quinzaines en fonction des régions

Région	Q1 2006	Q2 2006	Q1 2007	Q2 2007	Q1 2008	Q2 2008
Pays de la Loire	Juin	Décembre	Juin	-	Mars	Octobre
Midi-Pyrénées	-	Novembre-Décembre	Mai-Juin	Novembre	Avril	Octobre
Poitou-Charentes	Juin	Novembre	Mars	Octobre	Mars	Octobre
PACA	Juin	-	Mars-Avril	Octobre	Mars	Octobre
Alsace	-	-	Mars	Octobre	Mai	Novembre
Franche-Comté	-	-	Mars-Avril	Octobre	Mai	Septembre
Aquitaine	-	-	-	Novembre	Juin	Novembre
Centre	-	-	-	-	-	Novembre

4.1 Représentativité des salariés surveillés par les médecins participants

Les services de santé au travail ont transmis à l'InVS les effectifs annuels attribués (EAA) de 624 médecins du travail participant au réseau en 2006 (91,2 %), de 883 (96,8 %) en 2007 et de 854 en 2008 (88,2 %). Parmi l'ensemble des EAA transmis, les secteurs d'activité n'étaient pas renseignés dans moins de 3 % pour les trois années.

Pour les trois années, la population des régions participant au programme MCP présente globalement une répartition par secteur d'activité comparable à celle de la population active française, malgré quelques différences.

Lorsqu'on compare la population surveillée par les médecins participant au réseau à la répartition de la population active des régions incluses dans le programme, on observe une légère sous-représentation des secteurs de l'administration, de l'éducation – santé – action sociale et au contraire une tendance à la surreprésentation des secteurs de l'industrie, du commerce et des services aux entreprises et activités immobilières (tableau 3).

Il faut noter que la sous-représentation du secteur de l'éducation – santé – action sociale, est due essentiellement à celui de l'éducation ; en effet, la proportion de salariés du seul secteur de la santé et de l'action sociale intégrée dans le réseau MCP est semblable à celle des régions concernées. Ces différences tiennent à la structure même du réseau MCP qui s'appuie sur les observations des visites médicales du travail, alors que la médecine du travail du secteur de la fonction publique d'Etat est quasi inexistante, en particulier dans les secteurs de l'éducation nationale et des administrations.

Tableau 3 : Les populations en fonction du secteur d'activité

2006	France métropolitaine (Données 2006)		Population des quatre régions		Population surveillée (EAA)		Population vue en visite (TB)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	24 394 598		5 075 577		1 314 526		71 822	
Agriculture	882 392	3,6	229 389	4,8	54 167	4,1	1 872	2,6
Industrie	3 844 348	15,8	699 055	14,7	249 375	19,0	15 494	21,6
Construction	1 386 789	5,7	291 160	6,1	124 921	9,5	6 231	8,7
Commerce	3 073 987	12,6	616 682	13,0	237 377	18,1	10 962	15,3
Transports	1 107 025	4,5	192 087	4,0	58 873	4,5	3 276	4,6
Services aux particuliers	1 107 202	7,0	318 522	6,7	95 215	7,2	4 629	6,4
Services aux entreprises et activités immobilières	3 652 553	15,0	661 216	13,9	96 885	15,0	12 797	17,8
Activités financières	749 920	3,1	127 030	2,7	37 369	2,8	1 787	2,5
Education, santé, action sociale	4 980 923	20,4	1 009 142	21,2	162 893	12,4	9 223	12,8
Administration	3 009 459	12,3	607 784	12,8	97 451	7,4	5 551	7,7
2007	France métropolitaine (Données 2006)		Population des sept régions		Population surveillée (EAA)		Population vue en visite (TB)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	24 394 598		7 140 006		1 915 540		104 670	
Agriculture	882 392	3,6	340 314	4,8	61 080	3,2	2 724	2,6
Industrie	3 844 348	15,8	1 158 346	16,2	345 793	18,1	20 809	19,9
Construction	1 386 789	5,7	433 698	6,1	151 215	7,9	8 576	8,2
Commerce	3 073 987	12,6	927 641	13,0	327 731	17,1	15 270	14,6
Transports	1 107 025	4,5	284 547	4,0	91 413	4,8	4 987	4,8
Services aux particuliers	1 107 202	7,0	475 958	6,7	128 446	6,7	6 597	6,3
Services aux entreprises et activités immobilières	3 652 553	15,0	957 944	13,4	330 145	17,2	19 196	18,3
Activités financières	749 920	3,1	186 668	2,6	54 706	2,9	2 503	2,4
Education, santé, action sociale	4 980 923	20,4	1 497 017	21,0	282 332	14,7	16 331	15,6
Administration	3 009 459	12,3	877 873	12,3	142 679	7,4	7 677	7,3
2008	France métropolitaine (Données 2006)		Population des huit régions		Population surveillée (EAA)		Population vue en visite (TB)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	24 394 598		8 131 299		1 920 412		109 562	
Agriculture	882 392	3,6	383 933	4,7	43 568	2,3	2 978	2,7
Industrie	3 844 348	15,8	1 346 414	16,6	391 807	20,4	23 881	21,8
Construction	1 386 789	5,7	495 088	6,1	148 041	7,7	8 206	7,5
Commerce	3 073 987	12,6	1 047 146	12,9	326 662	17,0	16 540	15,1
Transports	1 107 025	4,5	326 611	4,0	85 155	4,4	4 690	4,3
Services aux particuliers	1 107 202	7,0	533 677	6,6	127 518	6,6	6 461	5,9
Services aux entreprises et activités immobilières	3 652 553	15,0	1 090 158	13,4	319 216	16,6	18 384	16,8
Activités financières	749 920	3,1	215 272	2,6	57 667	3,0	3 090	2,8
Education, santé, action sociale	4 980 923	20,4	1 689 081	20,8	266 724	13,9	17 218	15,7
Administration	3 009 459	12,3	1 003 919	12,3	154 054	8,0	8 114	7,4

4.2 Les médecins participants

Le nombre de médecins du travail (MDT) ayant participé à au moins une Quinzaine MCP au cours de ces trois années était de 1 370. En 2006, le taux de participation à au moins une Quinzaine était de 38 % (684), en 2007 de 32 % (909), et en 2008 de 33 % (964). Le nombre total de salariés vus lors des Quinzaines par ces médecins s'élevait à 73 498 en 2006, à 107 392 en 2007, et à 114 154 en 2008.

Dans une très grande majorité des cas, les MDT travaillaient dans un service interentreprises (88,4 % en 2006, 80,6 % en 2007 et 85,4 % en 2008). Il faut noter une légère augmentation de la participation au programme de ces services autonomes en 2008.

Près des deux tiers des visites des MDT étaient des visites périodiques et près du quart des visites d'embauche (tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des salariés selon le type de visite et le sexe

			Visite d'embauche	Visite périodique	Visite à la demande	Visite de reprise ou de pré-reprise	Données manquantes	Total	
2006	Hommes	n	10 170	26 975	2 367	3 055	23	42 590	
		%	23,9	63,3	5,5	7,2	0,1		
	Femmes	n	7 400	18 972	1 733	2 758	34	30 897	
		%	24,0	61,4	5,6	8,9	0,1		
	Total		%	23,9	62,5	5,6	7,9	0,1	
	2007	Hommes	n	15 431	37 515	3 495	4 686	679	61 806
%			25,0	60,7	5,6	7,6	1,1		
Femmes		n	10 878	26 700	2 958	4 477	546	45 559	
		%	23,9	58,6	6,5	9,8	1,2		
Total		%	24,5	59,8	6,0	8,5	1,2		
2008		Hommes	n	16 560	38 119	3 971	5 256	235	64 141
	%		25,8	59,4	6,2	8,2	0,4		
	Femmes	n	13 000	27 812	3 530	5 334	166	49 842	
		%	26,1	55,8	7,1	10,7	0,3		
	Total		%	25,9	57,9	6,6	9,3	0,3	

- le sexe était non renseigné pour 11 salariés en 2006, 27 en 2007, et 171 en 2008.

Les visites périodiques étaient observées surtout dans l'industrie (23,1 % en 2006, 21,5 % en 2007 et 23,1 % en 2008). Les visites d'embauche étaient observées surtout dans le secteur des services aux entreprises (30,2 % en 2006, 30,8 % en 2007 et 26,9 % en 2008), les visites à la demande et de reprise ou de pré-reprise dans l'industrie (32,6 % et 25,3 % en 2006, 27,9 % et 21,9 % en 2007, et 29,3 % et 24,3 % en 2008) (tableau 5).

Dans le secteur des services aux particuliers et des services aux entreprises, les visites d'embauche représentaient environ 40 % des visites des MDT (41,6 % en 2006, 40,7 % en 2007 et 42,6 % en 2008). Les visites à la demande, de reprise ou de pré-reprise représentaient en 2006 18,0 % des visites du secteur de l'industrie, 18,3 % en 2007 et 20,0 % en 2008.

Tableau 5 : Répartition des salariés venus en visite selon le secteur d'activité, le type de visite et l'année

Secteur d'activité	Visite d'embauche		Visite Périodique		Visite à la demande		Visite de reprise ou de pré-reprise		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006										
Agriculture	375	2,1	1 299	2,8	95	2,3	103	1,8	1 872	2,5
Industrie	2 072	11,8	10 612	23,1	1 337	32,6	1 469	25,3	15 490	21,1
Construction	1 317	7,5	4 201	9,1	224	5,5	485	8,3	6 227	8,5
Commerce	2 636	15,0	6 843	14,9	549	13,4	923	15,9	10 951	14,9
Transports	730	4,2	2 051	4,5	170	4,1	322	5,5	3 273	4,5
Services particuliers	1 944	11,1	2 204	4,8	168	4,1	305	5,2	4 621	6,3
Serv. aux entreprises	5 304	30,2	6 311	13,7	434	10,6	742	12,8	12 791	17,4
Finances	290	1,7	1 193	2,6	134	3,3	158	2,7	1 775	2,4
Education / Santé	1 732	9,8	6 049	13,2	606	14,8	830	14,3	9 217	12,6
Administration	798	4,5	4 088	8,9	312	7,6	350	6,0	5 548	7,6
Secteur non précisé	373	2,1	1 105	2,4	72	1,7	126	2,2	1 676	2,3
Total	17 571	100	45 956	100	4 101	100	5 813	100	73 441	100
2007										
Agriculture	691	2,6	1 689	2,63	89	1,4	166	1,8	2 724	2,6
Industrie	3 034	11,5	13 816	21,5	1 799	27,9	2 010	21,9	20 798	19,6
Construction	1 987	7,6	5 458	8,5	343	5,3	703	7,7	8 576	8,1
Commerce	3 895	14,8	9 046	14,1	742	11,5	1 429	15,6	15 270	14,4
Transports	1 144	4,3	2 946	4,6	275	4,3	554	6,0	4 987	4,7
Services particuliers	2 382	9,0	3 377	5,3	307	4,8	454	5,0	6 597	6,2
Serv. aux entreprises	8 108	30,8	9 101	14,2	705	10,9	742	12,4	19 196	18,1
Finances	390	1,5	1 717	2,7	167	2,6	211	2,3	2 503	2,4
Education / Santé	2 814	10,7	10 268	16,0	1 395	21,6	1 717	18,8	16 331	15,4
Administration	1 212	4,6	5 154	8,0	516	8,0	544	5,9	7 677	7,2
Secteur non précisé	659	2,6	1 657	2,6	115	1,8	235	2,6	2 733	2,6
Total	26 316	100	64 229	100	6 453	100	9 168	100	106 166	100
2008										
Agriculture	786	2,7	1 881	2,9	101	1,3	205	1,9	2 973	2,6
Industrie	3 815	12,9	15 247	23,1	2 202	29,3	2 574	24,3	23 838	21,0
Construction	2 057	7,0	4 990	7,6	378	5,0	748	7,1	8 173	7,2
Commerce	4 561	15,4	9 470	14,3	802	10,7	1 652	15,6	16 485	14,5
Transports	1 154	3,9	2 760	4,2	261	3,5	504	4,8	4 679	4,1
Services particuliers	2 606	8,8	3 040	4,6	306	4,1	495	4,7	6 447	5,7
Serv. aux entreprises	7 955	26,9	8 299	12,6	824	11,0	1 272	12,0	18 350	16,1
Finances	616	2,1	1 987	3,0	187	2,5	284	2,7	3 074	2,7
Education / Santé	3 452	11,7	10 215	15,5	1 579	21,0	1 938	18,3	17 184	15,1
Administration	1 326	4,5	5 604	8,5	618	8,2	562	5,3	8 110	7,1
Secteur non précisé	1 273	4,3	2 540	3,9	255	3,4	371	3,5	4 439	3,9
Total	29 601	100	66 033	100	7 513	100	10 605	100	113 752	100

4.3 Description des salariés venus en consultation pendant les Quinzaines MCP

4.3.1 Sexe et âge

Au cours des six Quinzaines MCP de l'année 2006, 73 498 salariés sont venus en consultation (tableau 6). L'âge moyen est de 37,8 ans (37,5 ans pour les hommes et 38,3 ans pour les femmes), avec un âge minimum de 10 ans et un maximum de 80 ans. Les salariés de moins de 16 ans étaient des intermittents du spectacle. Les salariés les plus âgés pouvaient être des retraités ayant une activité salariée à temps partiel.

Au cours des 12 Quinzaines de l'année 2007, 107 392 salariés sont venus en consultation. Pour 27 salariés, le sexe n'était pas renseigné. L'âge moyen est de 38,4 ans (38 ans pour les hommes et 38,9 ans pour les femmes), avec un âge minimum de 15 ans et un maximum de 84 ans.

Au cours des 15 Quinzaines de l'année 2008, 114 154 salariés sont venus en consultation. Pour 171 salariés, le sexe n'était pas renseigné. L'âge moyen est de 38,5 ans (38,1 ans pour les hommes et 39 ans pour les femmes), avec un âge minimum de 12 ans et un maximum de 86 ans.

Pour chaque année, les femmes venues en consultation sont plus âgées que les hommes.

Tableau 6 : Répartition des salariés venus en consultation en fonction de la classe d'âge et du sexe

			< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 ans et +	Total
2006	Hommes	n	6 735	11 120	11 689	9 767	3 116	42 427
		%	15,9	26,2	27,6	23,0	7,3	
	Femmes	n	4 387	7 758	8 467	7 704	2 452	30 768
		%	14,3	25,2	27,5	25,0	8,0	
	Total	%	15,1	25,7	27,4	23,8	7,6	
	2007	Hommes	n	9 390	15 626	17 024	14 253	5 342
%			15,2	25,4	27,6	23,1	8,7	
Femmes		n	5 878	11 152	12 480	11 785	4 145	45 440
		%	12,9	24,5	27,5	25,9	9,1	
Total		%	14,2	24,9	27,5	24,3	8,8	
2008		Hommes	n	9 856	15 729	17 271	15 466	5 601
	%		15,4	24,6	27,0	24,2	8,8	
	Femmes	n	6 442	11 977	13 422	13 025	4 815	49 681
		%	13,0	24,1	27,0	26,2	9,7	
	Total	%	14,3	24,4	27,0	25,1	9,2	

4.3.2 Catégorie sociale

La répartition des salariés venus en consultation chaque année en fonction de la catégorie sociale est donnée dans le tableau 7. Chez les hommes, comme chez les femmes, la répartition selon la catégorie sociale diffère légèrement selon les années. Globalement, pour les trois années, chez les hommes les ouvriers et chez les femmes les employées sont majoritaires dans les visites médicales, puis les professions intermédiaires pour les deux sexes.

Les très faibles effectifs d'agriculteurs-exploitants dans les visites médicales du travail correspondent à la définition de la population cible, c'est-à-dire la population salariée.

Tableau 7 : Répartition des salariés venus en consultation en fonction de la catégorie sociale

		Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entr.	Cadres et prof. intellectuelles sup.	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Retraités, autres sans activité prof.	Profession non précisée	Total	
2006	Hommes	n	9	419	3 653	6 905	5 483	24 567	18	1 536	42 590
		%	<0,1	1,0	8,6	16,2	12,9	57,7	<0,1	3,6	
	Femmes	n	*	124	1 804	7 375	14 504	6 203	14	869	30 897
		%	*	0,4	5,8	23,9	46,9	20,1	<0,1	2,8	
	Total	%	*	0,7	7,4	19,4	27,2	41,9	<0,1	3,3	
	2007	Hommes	n	7	339	5 663	10 472	7 272	37 137	94	822
%			<0,1	0,5	9,2	16,9	11,8	60,1	0,2	1,3	
Femmes		n	*	65	2 992	9 796	24 025	8 003	121	556	45 559
		%	*	0,1	6,6	21,5	52,7	17,6	0,3	1,2	
Total		%	*	0,4	8,1	18,9	29,2	42,0	0,2	1,3	
2008		Hommes	n	*	108	5 320	11 338	7 683	39 364	61	263
	%		*	0,2	8,3	17,7	12,0	61,4	0,1	0,4	
	Femmes	n	*	48	2 660	10 548	26 599	9 770	44	172	49 842
		%	*	0,1	5,3	21,1	53,4	19,6	0,1	0,4	
	Total	%	*	0,1	7,0	19,2	30,1	43,1	0,1	0,4	

4.3.3 Secteur d'activité

La répartition des salariés venus en consultation pendant les Quinzaines en fonction des secteurs d'activité est différente entre les hommes et les femmes (tableau 8).

Parmi les hommes venus en consultation, ceux issus du secteur de l'industrie arrivent en première position (environ 25 %), suivis des salariés des services aux entreprises (environ 18 %), et du commerce (environ 14 %).

Chez les femmes, le secteur le plus représenté est celui de la santé – action sociale (entre 21 et 25 %), suivis du secteur des services aux entreprises (environ 16 %) et du commerce (16 %).

Tableau 8 : Répartition des salariés vus en visite médicale lors des Quinzaines 2006-2008 selon le secteur d'activité

Secteur d'activité	Hommes						Femmes						Total		
	2006		2007		2008		2006		2007		2008		2006	2007	2008
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	%	%
Agriculture	1 332	3,1	2 116	3,4	2 280	3,7	540	1,7	608	1,3	697	1,4	2,5	2,5	2,7
Industrie	11 234	26,4	15 322	24,8	17 257	26,9	4 258	13,8	5 489	12,0	6 597	13,2	21,1	19,4	20,9
<i>Industries extractives et des produits minéraux</i>	621	1,5	945	1,5	854	1,3	112	0,4	149	0,3	182	0,4	1,0	1,0	0,9
<i>Industries agricoles et alimentaires</i>	2 031	4,8	2 396	3,9	2 334	3,6	1 393	4,5	1 690	3,7	1 911	3,8	4,7	3,8	3,7
<i>Industrie du textile, de l'habillement, du cuir</i>	172	0,4	378	0,6	254	0,4	339	1,1	356	0,8	474	1,0	0,7	0,7	0,6
<i>Industrie du bois et du papier</i>	579	1,4	838	1,4	786	1,2	173	0,6	204	0,4	223	0,4	1,0	1,0	0,9
<i>Edition, imprimerie, reproduction</i>	259	0,6	482	0,8	386	0,6	163	0,5	261	0,6	242	0,5	0,6	0,7	0,6
<i>Ind. chimique, du caoutchouc et des plastiques</i>	875	2,0	1 446	2,3	1 675	2,6	449	1,5	576	1,3	763	1,5	1,8	1,9	2,1
<i>Métallurgie, travail des métaux et récupération</i>	1 930	4,5	2 862	4,6	2 783	4,3	276	0,9	481	1,1	528	1,1	3,0	3,1	2,9
<i>Industries de machines et d'équipements</i>	2 490	5,9	3 460	5,6	3 487	5,4	907	2,9	1 205	2,6	1 129	2,3	4,6	4,3	4,0
<i>Fabrication de matériel de transport</i>	1 828	4,3	1 917	3,1	2 534	4,0	324	1,0	431	0,9	587	1,2	2,9	2,2	2,7
<i>Production/distribution d'électricité, gaz et eau</i>	449	1,0	606	1,0	1 003	1,6	122	0,4	139	0,3	237	0,5	0,8	0,7	1,1
<i>Industrie non précisée</i>	0	0	0	0	1 161	1,8	0	0	0	0	321	0,6	0	0	1,3
Construction	5 800	13,6	8 008	13,0	7 549	11,8	431	1,4	579	1,3	651	1,3	8,5	8,0	7,2
Commerce, réparation auto. et articles domestiques	6 024	14,2	8 174	13,2	8 637	13,5	4 935	15,9	7 090	15,6	7 873	15,8	14,9	14,2	14,5
<i>Réparation auto et d'articles domestiques</i>	1 450	3,4	2 093	3,4	2 023	3,2	280	0,9	408	0,9	471	0,9	2,4	2,3	2,2
<i>Commerce de gros</i>	2 333	5,5	2 988	4,8	3 178	5,0	1 063	3,4	1 601	3,5	1 566	3,1	4,6	4,3	4,2
<i>Commerce de détail</i>	2 241	5,3	3 093	5,0	3 055	4,8	3 592	11,6	5 081	11,2	5 497	11,0	7,9	7,6	7,5
<i>Commerce et réparation auto non précisés</i>	0	0	0	0	381	0,6	0	0	0	0	339	0,7	0	0	0,6
Transports	2 465	5,8	3 938	6,4	3 686	5,7	811	2,6	1 037	2,3	993	2,0	4,5	4,6	4,1
Services aux particuliers	2 098	4,9	2 911	4,7	2 746	4,3	2 531	8,2	3 688	8,1	3 710	7,4	6,3	6,2	5,7
<i>Hôtels et restaurants</i>	1 457	3,4	1 995	3,2	1 716	2,7	1 700	5,5	2 308	5,1	2 068	4,1	4,3	4,0	3,3
<i>Activités culturelles, serv. perso. & domestiques</i>	641	1,5	916	1,5	832	1,3	831	2,7	1 380	3,0	1 377	2,8	2,0	2,1	1,9
<i>Services aux particuliers non précisés</i>	0	0	0	0	198	0,3	0	0	0	0	265	0,5	0	0	0,4
Services aux entreprises et activités immobilières	7 704	18,1	11 817	19,1	11 169	17,4	5 089	16,5	7 359	16,2	7 194	14,4	17,4	17,9	16,1
<i>Activités de nettoyage, assainissement...</i>	609	1,4	1 061	1,7	718	1,1	754	2,5	1 236	2,7	977	2,0	1,9	2,1	1,5
<i>Autres serv. aux entreprises</i>	7 095	16,7	10 756	17,4	9 966	15,5	4 335	14,0	6 123	13,4	5 931	11,9	15,6	15,7	13,9
<i>Services aux entreprises non précisés</i>	0	0	0	0	485	0,8	0	0	0	0	286	0,6	0	0	0,7

Secteur d'activité	Hommes						Femmes						Total		
	2006		2007		2008		2006		2007		2008		2006	2007	2008
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	%	%
Activités financières	684	1,6	1 001	1,6	1 207	1,9	1 103	3,6	1 506	3,3	1 881	3,8	2,4	2,3	2,7
<i>Intermédiation financière</i>	429	1,0	739	1,2	775	1,2	578	1,9	904	2,0	1 030	2,1	1,4	1,5	1,6
<i>Assurance</i>	255	0,6	262	0,4	349	0,5	525	1,7	602	1,3	736	1,5	1,1	0,8	1,0
<i>Activités financières autres</i>	0	0	0	0	83	0,1	0	0	0	0	115	0,2	0	0	0,2
Education, santé, action sociale	2 251	5,2	3 863	6,3	4 028	6,3	6 972	22,6	12 468	27,4	13 125	26,3	12,5	15,2	15,1
<i>Education</i>	316	0,7	560	0,9	607	0,9	528	1,7	925	2,0	935	1,9	1,1	1,4	1,4
<i>Enseignement primaire</i>	18	5,7	7	0	13	0	80	15,1	62	0,1	127	0,3	0,1	0,1	0,1
<i>Enseignement secondaire</i>	92	29,1	187	0,3	263	0,4	157	29,7	358	0,8	320	0,6	0,3	0,5	0,5
<i>Enseignement supérieur</i>	64	20,3	133	0,2	117	0,2	98	18,6	156	0,3	166	0,3	0,2	0,3	0,2
<i>Formation perm. & autres activités d'enseignement</i>	142	44,9	233	0,4	214	0,3	193	36,6	349	0,8	322	0,6	0,5	0,5	0,5
<i>Santé et action sociale</i>	1 935	4,5	3 303	5,3	3 220	5,0	6 444	20,9	11 543	25,3	11 389	22,9	11,4	13,8	12,8
<i>Education, santé et action sociale non précisées</i>	0	0	0	0	201	0,3	0	0	0	0	801	1,6	0	0	0,9
Administration	2 075	4,9	2 922	4,7	3 004	4,7	3 475	11,3	4 755	10,4	5 108	10,2	7,6	7,2	7,1
Secteur non précisé	923	2,2	1 734	2,8	2 578	4,0	752	2,4	980	2,2	2 013	4,0	2,3	2,5	4,0
Total	42 590		61 806		64 141		30 897		45 559		49 842				

4.4 Description des MCP signalées

4.4.1 Sexe

Durant les Quinzaines MCP de l'année 2006, 3 953 salariés présentaient au moins une MCP, soit une prévalence de 5,4 % (tableau 9). La prévalence est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (6,2 % et 4,8 % respectivement).

En 2007, 6 220 salariés présentaient au moins une MCP, soit une prévalence de 5,8 %. La prévalence est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (6,5 % et 5,3 % respectivement).

En 2008, 6 543 salariés présentaient au moins une MCP, soit une prévalence de 5,7 %. La prévalence est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (6,7 % et 5,0 % respectivement).

Ces prévalences ne diffèrent pas significativement d'une année sur l'autre.

Tableau 9 : Répartition des signalements en fonction du sexe et de l'âge

		n	%	Age		
				Moyenne (ans)	Minimum (ans)	Maximum (ans)
2006	Hommes	2 032	51,4	42,9	16	70
	Femmes	1 921	48,6	42,9	16	67
2007	Hommes	3 265	52,5	43,5	15	71
	Femmes	2 955	47,5	43,2	15	77
2008	Hommes	3 225	49,3	43,3	16	70
	Femmes	3 318	50,7	43,6	15	67

4.4.2 Age

La prévalence des MCP augmente avec l'âge (tableau 10) quel que soit le sexe, dans chacune des années étudiées : de 1,9 %, 2,0 % et 1,9 % chez les moins de 25 ans, à 8,8 %, 9,1 % et 8,7 % chez les plus de 55 ans. Quelle que soit la tranche d'âge, la prévalence des MCP ne varie pas sensiblement avec les années.

Tableau 10 : Prévalence des MCP en fonction de la classe d'âge et du sexe

Année	Sexe	Classe d'âge	Effectif n	Prévalence %
2006	Hommes	<25 ans	118	1,8
		25-34 ans	348	3,2
		35-44 ans	616	5,3
		45-54 ans	695	7,1
		≥55 ans	255	8,2
	Femmes	<25 ans	111	2,5
		25-34 ans	291	3,8
		35-44 ans	585	6,9
		45-54 ans	728	9,4
		≥55 ans	204	8,3
2007	Hommes	<25 ans	144	1,5
		25-34 ans	525	3,4
		35-44 ans	980	5,8
		45-54 ans	1 127	7,9
		≥55 ans	483	9,0
	Femmes	<25 ans	159	2,7
		25-34 ans	457	4,1
		35-44 ans	849	6,8
		45-54 ans	1 111	9,4
		≥55 ans	378	9,1
2008	Hommes	<25 ans	141	1,4
		25-34 ans	526	3,3
		35-44 ans	945	5,5
		45-54 ans	1 169	7,6
		≥55 ans	442	7,9
	Femmes	<25 ans	165	2,6
		25-34 ans	499	4,2
		35-44 ans	922	6,9
		45-54 ans	1 266	9,7
		≥55 ans	464	9,7

4.4.3 Types de service et de visite

La prévalence des MCP diffère significativement selon le type de visite dans chacune des trois années (tableau 11) : de 5,5 % environ pour les visites périodiques à près de 15 % pour les visites à la demande. Ces résultats s'expliquent par le fait que les visites à la demande (visites non obligatoires à l'initiative soit du salarié, soit de l'employeur, soit du médecin), sont effectuées lorsqu'une intervention du médecin du travail est sollicitée ou lorsque le médecin du travail souhaite suivre l'évolution de la santé d'un salarié.

Tableau 11 : Prévalence des MCP en fonction du type de visite

Année	Type de Visite	Effectif		Prévalence
		n	%	%
2006	Visite d'embauche	291	7,4	1,7
	Visite périodique	2 473	62,6	5,4
	Visite à la demande	555	14,0	13,5
	Visite de reprise ou de pré-reprise	619	15,7	10,6
2007	Visite d'embauche	538	8,6	2,0
	Visite périodique	3 570	57,4	5,6
	Visite à la demande	1 054	16,9	16,3
	Visite de reprise ou de pré-reprise	984	15,8	10,7
2008	Visite d'embauche	578	8,9	2,0
	Visite périodique	3 588	54,8	5,4
	Visite à la demande	1 186	18,1	15,8
	Visite de reprise ou de pré-reprise	1 181	18,0	11,8

La prévalence observée des MCP est comparable dans les services autonomes et les services interentreprises en 2006 et en 2007. En revanche, elle est statistiquement plus élevée dans les services autonomes en 2008 (tests non montrés) (tableau 12).

Tableau 12 : Prévalence des MCP en fonction du type de service

Année	Type de service	Effectif		Prévalence
		n	%	%
2006	Service autonome d'entreprise	338	8,6	5,5
	Service interentreprises	3 615	91,4	5,4
2007	Service autonome d'entreprise	438	7,9	5,7
	Service interentreprises	5 130	92,1	5,7
2008	Service autonome d'entreprise	724	9,6	6,6
	Service interentreprises	5 819	90,4	5,6

4.4.4 Secteur d'activité

La prévalence varie significativement en fonction du secteur d'activité et du sexe (tableau 13), et ceci dans chacune des trois années étudiées.

En 2006, les prévalences les plus élevées sont retrouvées chez les hommes, dans le secteur financier (6,9 %), dans l'industrie (6,3 %) et la construction (6,2 %), et chez les femmes, l'industrie (9,6 %), la finance (7,3 %), l'éducation – santé – action sociale (6,7 %) et le commerce (6,5 %).

En 2007, l'ordre varie sensiblement et les prévalences les plus élevées sont retrouvées chez les hommes, dans l'industrie (7,3 %), la construction (7,5 %), le commerce (5,4 %) et l'administration (5,4 %), le secteur de la

finance n'arrivant qu'en huitième position. Chez les femmes, arrivent dans l'ordre l'industrie (9,7 %), les services aux particuliers (7,0 %), le commerce (6,9 %) et l'éducation – santé – action sociale (6,6 %).

En 2008, chez les hommes ce sont les secteurs de la construction (6,9 %), de l'industrie (6,7 %) et de l'administration (5,2 %) qui présentent les prévalences les plus élevées, et chez les femmes, l'industrie (10,4 %), l'agriculture (7,8 %), les activités financières (7,4 %) et les services aux particuliers (6,9 %).

Tableau 13 : Prévalence des MCP en fonction du secteur d'activité et du sexe

Année	Secteur d'activité	Hommes		Femmes		Total
		Effectif	Prévalence	Effectif	Prévalence	Prévalence
		n	%	n	%	%
2006	Agriculture	45	3,4	32	5,9	4,1
	Industrie	711	6,3	407	9,6	7,2
	Construction	358	6,2	17	3,9	6,0
	Commerce	295	4,9	319	6,5	5,6
	Transports	85	3,4	35	4,3	3,7
	Services aux particuliers	65	3,1	163	6,4	4,9
	Services aux entreprises et activités immobilières	241	3,1	239	4,7	3,8
	Activités financières	47	6,9	81	7,3	7,2
	Education, santé, action sociale	90	4,0	468	6,7	6,1
	Administration	91	4,4	157	4,5	4,5
Données manquantes	4	0,4	3	0,4		
2007	Agriculture	70	3,3	34	5,6	3,8
	Industrie	1 115	7,3	530	9,7	7,9
	Construction	596	7,5	29	5,0	7,3
	Commerce	440	5,4	490	6,9	6,1
	Transports	166	4,2	32	3,1	4,0
	Services aux particuliers	111	3,8	259	7,0	5,6
	Services aux entreprises et activités immobilières	409	3,5	379	5,1	4,1
	Activités financières	36	3,6	92	6,1	5,1
	Education, santé, action sociale	151	3,9	820	6,6	5,9
	Administration	159	5,4	279	5,9	5,7
Données manquantes	12	0,7	11	1,1		
2008	Agriculture	97	4,3	54	7,8	5,1
	Industrie	1 150	6,7	677	10,4	7,7
	Construction	511	6,9	37	5,8	6,8
	Commerce	408	4,8	515	6,6	5,6
	Transports	136	3,7	49	5,0	4,0
	Services aux particuliers	90	3,3	249	6,9	5,4
	Services aux entreprises et activités immobilières	396	3,6	421	6,0	4,5
	Activités financières	53	4,4	139	7,4	6,2
	Education, santé, action sociale	131	3,3	793	6,1	5,4
	Administration	154	5,2	295	5,9	5,6
Données manquantes	83	2,7	82	3,4		

4.4.5 Catégorie sociale

La prévalence des MCP varie selon la catégorie sociale (tableau 14) pour les deux sexes et pour les trois années. Les prévalences les plus élevées sont retrouvées chez les ouvriers et les ouvrières pour les trois années, en second les professions intermédiaires chez les hommes et les employées.

Tableau 14 : Prévalence des MCP en fonction de la catégorie sociale et du sexe

Année	Catégorie sociale	Hommes		Femmes		Total Prévalence %
		Effectif n	Prévalence %	Effectif n	Prévalence %	
2006	Cadres et professions intellectuelles supérieures	100	1,8	77	4,3	3,2
	Professions intermédiaires	262	3,8	285	3,9	3,8
	Employés	160	2,9	987	6,8	5,7
	Ouvriers	1 501	6,1	569	9,2	6,7
2007	Cadres et professions intellectuelles supérieures	147	2,6	148	4,9	3,4
	Professions intermédiaires	440	4,2	476	4,9	4,5
	Employés	255	3,5	1 556	6,5	5,8
	Ouvriers	2 413	6,5	773	9,7	7,1
2008	Cadres et professions intellectuelles supérieures	187	3,5	145	5,5	4,2
	Professions intermédiaires	470	4,2	524	5,0	4,5
	Employés	279	3,6	1 670	6,3	5,7
	Ouvriers	2 282	5,8	971	9,9	6,6

4.4.6 Nombre de MCP signalées par salarié

En 2006, 4 566 pathologies ont été signalées parmi 3 953 salariés, plusieurs pathologies pouvant être signalées chez un même salarié. Parmi eux, 565 salariés présentaient deux pathologies dont 42 % avec deux TMS et 31 % avec un TMS et une autre pathologie (un tiers étant de la souffrance psychique) et 24 salariés présentaient trois pathologies dont 13 avec trois pathologies de l'appareil locomoteur (54 %), et six associant TMS et souffrance psychique (25 %). L'âge moyen augmentait avec le nombre de pathologies signalées : 42,5 ans pour une pathologie, 45 ans pour deux pathologies et 47 ans pour trois pathologies.

En 2007, 7 221 pathologies ont été signalées parmi 6 220 salariés. On n'observe pas au cours de cette année de tendance nette à une augmentation de l'âge avec le nombre d'affections par salarié : 43 ans pour ceux souffrant d'une pathologie, 45 ans pour deux pathologies et 44,9 ans pour trois pathologies. Chez les 879 salariés présentant deux pathologies, on observait chez 39 % d'entre eux deux TMS et chez 36 % un TMS associé à une autre pathologie (dont un tiers de souffrance psychique). Chez les 61 salariés avec trois pathologies, il s'agit d'affections de l'appareil locomoteur pour 15 d'entre eux (25 %), pour 16 autres, ce sont des TMS associés à la souffrance psychique (26 %), sept salariés avec trois symptômes de souffrance psychique (11 %).

En 2008, 7 451 pathologies ont été signalées parmi 6 543 salariés. On constate qu'un salarié présente quatre pathologies (deux TMS et deux arthroses). Parmi les 59 salariés souffrant de trois pathologies, 27 (46 %) cumulent trois affections de l'appareil locomoteur, 18 (30 %) présentent deux affections de l'appareil locomoteur (dont six avec un syndrome de souffrance psychique), et 10 autres (16,9 %) cumulent une affection de l'appareil locomoteur avec deux autres pathologies (dont cinq avec un syndrome de souffrance psychique).

Parmi les 787 salariés présentant deux pathologies, 418 (53 %) cumulent deux affections de l'appareil locomoteur (dont 330 avec deux TMS), 249 (32 %) ont une affection de l'appareil locomoteur associée avec une autre pathologie (131 cumulent TMS et souffrance psychique, 33 cumulent TMS et trouble de l'audition).

Quelle que soit l'année, la proportion du nombre de pathologies par salarié varie peu.

4.5 Description par groupes pathologiques

Les affections de l'appareil locomoteur (59,1 % en 2006 et en 2007, 57,4 % en 2008) et la souffrance psychique (21,5 % en 2006, 27 % en 2007 et 25,7 % en 2008) concernent plus de quatre pathologies sur cinq (tableau 15), aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 15 : Pathologies signalées en fonction du sexe

Groupe pathologique	Hommes						Femmes					
	2006		2007		2008		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Appareil locomoteur	1 326	57,3	2 172	57,6	2 081	56,9	1 374	61,1	1 975	57,2	2 196	57,9
<i>TMS</i>	1 221	52,7	1 982	52,6	1 895	51,8	1 286	57,2	1 792	51,9	2 018	53,2
<i>Arthrose</i>	39	1,7	55	1,5	49	1,3	27	1,2	61	1,8	44	1,2
<i>Autre appareil locomoteur</i>	66	2,9	135	3,5	137	3,7	61	2,7	122	3,5	134	3,5
Psy-Addictologie	397	17,1	692	18,4	727	19,9	583	25,9	1 095	31,7	1 188	31,3
Audition	280	12,1	429	11,4	360	9,8	13	0,6	18	0,5	13	0,3
Cardiologie	36	1,6	37	1,0	64	1,7	20	0,9	25	0,7	17	0,4
Allergies respiratoires et oculaires	67	2,9	124	3,2	105	2,9	34	1,5	60	1,7	68	1,8
Infectieux	*	*	7	0,2	14	0,4	9	0,4	13	0,3	22	0,6
Toxicologie	*	*	12	0,4	15	0,4	*	*	6	0,2	6	0,2
Endocrinologie-Nutrition	10	0,4	9	0,2	21	0,6	9	0,4	10	0,3	14	0,4
Gastro-entérologie	23	1,0	28	0,7	28	0,8	14	0,6	21	0,6	22	0,6
Hernie	14	0,6	12	0,3	17	0,5	*	*	*	*	*	*
Neurologie	13	0,6	18	0,5	23	0,6	18	0,8	14	0,5	14	0,4
Affections cutanées	87	3,8	154	4,1	127	3,5	66	2,9	90	2,7	122	3,2
Cancérologie	*	*	8	0,2	11	0,3	*	*	*	*	0	*
Pathologie vasculaire	22	0,9	35	0,9	27	0,7	71	3,2	83	2,4	47	1,2
Troubles de la vision	9	0,4	14	0,4	16	0,4	26	1,2	17	0,5	30	0,8
Autres	17	0,7	20	0,6	22	0,6	7	0,3	16	0,5	31	0,8

* effectif < 5

Les prévalences des différents groupes pathologiques sont données dans le tableau 16. Sauf pour les troubles de l'audition, les allergies respiratoires et oculaires et la gastro-entérologie, les prévalences sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Les prévalences les plus élevées sont retrouvées pour les affections de l'appareil locomoteur (2,8 % chez les hommes et 3,9 % chez les femmes en 2006, 3,2 % chez les hommes et 3,8 % chez les femmes en 2007, et 2,9 % chez les hommes et 3,9 % chez les femmes en 2008) et la souffrance psychique – addictologie (0,9 % chez les hommes et 1,8 % chez les femmes en 2006, 1,1 % chez les hommes et 2,3 % chez les femmes en 2007, et 1,1 % chez les hommes et 2,4 % chez les femmes en 2008).

Tableau 16 : Nombre de salariés et prévalence des différents types de pathologies selon le sexe

Groupe pathologique	Hommes						Femmes					
	2006		2007		2008		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Appareil locomoteur	1 198	2,8	1 955	3,2	1 862	2,9	1 197	3,9	1 722	3,8	1 914	3,9
<i>TMS</i>	1 116	2,6	1 809	2,9	1 727	2,7	1 130	3,7	1 599	3,5	1 790	3,6
<i>Arthrose</i>	39	0,1	51	<0,1	47	0,1	27	0,1	60	0,1	41	0,1
<i>Autre app. Locomoteur</i>	64	0,2	134	0,2	132	0,2	59	0,2	118	0,2	129	0,3
Psy-Addictologie	378	0,9	649	1,1	727	1,1	554	1,8	1 031	2,3	1 188	2,4
Audition	277	0,7	425	0,7	359	0,6	13	<0,1	18	<0,1	13	<0,1
Cardiologie	36	0,1	36	<0,1	63	0,1	18	0,1	25	<0,1	17	<0,1
Allergies respiratoires et oculaires	64	0,2	119	0,2	103	0,2	32	0,1	59	0,1	65	0,1
Infectieux	*	*	7	<0,1	13	<0,1	9	<0,1	13	<0,1	22	<0,1
Toxicologie	*	*	13	<0,1	15	<0,1	*	*	8	<0,1	6	<0,1
Endocrinologie-Nutrition	10	<0,1	9	<0,1	21	<0,1	9	<0,1	10	<0,1	14	<0,1
Gastro-entérologie	23	0,1	27	<0,1	27	<0,1	14	<0,1	20	<0,1	21	<0,1
Hernie	14	<0,1	12	<0,1	16	<0,1	*	*	*	*	*	*
Neurologie	13	<0,1	18	<0,1	23	<0,1	18	0,1	14	<0,1	14	<0,1
Affections cutanées	85	0,2	153	0,2	127	0,2	65	0,2	89	0,2	119	0,2
Cancérologie	*	*	8	<0,1	11	<0,1	*	*	*	*	0	*
Pathologie vasculaire	22	0,1	35	<0,1	27	<0,1	71	0,2	82	0,2	47	0,1
Troubles de la vision	9	<0,1	14	<0,1	13	<0,1	26	0,1	17	<0,1	29	0,1
Autres	17	<0,1	20	<0,1	22	<0,1	7	<0,1	16	<0,1	30	0,1

* effectif < 5

4.5.1 Affections de l'appareil locomoteur

Chez les hommes, les prévalences les plus élevées des affections de l'appareil locomoteur sont retrouvées parmi les ouvriers de l'administration, les ouvriers de la construction, de l'industrie et du commerce. Chez les femmes, les ouvrières de l'industrie et des services aux entreprises, les employées de la santé et des services aux particuliers (tableau 17) présentent le risque le plus élevé, et en 2008 ce sont les ouvrières de l'administration et de l'agriculture.

Tableau 17 : Prévalence des affections de l'appareil locomoteur selon le sexe et la catégorie sociale

Année	Secteur d'activité	Hommes			Femmes		
		Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Professions intermédiaires	Employées	Ouvrières
2006	Agriculture	-	-	2,4 %	-	-	6,0 %
	Industrie	1,5 %	-	4,9 %	-	1,4 %	12,1 %
	Construction	2,4 %	-	5,0 %	-	-	-
	Commerce	2,1 %	1,5 %	4,4 %	3,0 %	4,2 %	4,2 %
	Transports	-	-	2,6 %	-	-	7,6 %
	Services aux particuliers	-	-	2,0 %	-	4,8 %	4,4 %
	Services aux entreprises et activités immobilières	0,9 %	1,5 %	2,8 %	-	1,9 %	6,6 %
	Activités financières	-	-	-	5,3 %	-	-
	Education, santé, action sociale	1,2 %	5,0 %	2,6 %	1,1 %	8,1 %	4,8 %
	Administration	-	-	6,2 %	-	3,7 %	-
2007	Agriculture	-	-	3,0 %	-	-	6,2 %
	Industrie	1,6 %	-	5,3 %	1,4 %	2,1 %	11,4 %
	Construction	3,2 %	-	6,2 %	-	-	-
	Commerce	2,2 %	2,0 %	4,7 %	1,9 %	3,8 %	9,4 %
	Transports	-	-	3,1 %	-	-	4,2 %
	Services aux particuliers	-	1,6 %	2,3 %	-	4,2 %	5,9 %
	Services aux entreprises et activités immobilières	1,6 %	0,9 %	2,7 %	1,8 %	1,3 %	6,2 %
	Activités financières	-	-	-	-	1,6 %	-
	Education, santé, action sociale	1,1 %	3,0 %	2,7 %	1,9 %	5,6 %	4,3 %
	Administration	2,0 %	6,7 %	5,5 %	1,4 %	3,6 %	5,1 %
2008	Agriculture	3,7 %	-	3,7 %	-	-	8,1 %
	Industrie	1,8 %	2,7 %	4,4 %	2,4 %	2,3 %	11,0 %
	Construction	3,5 %	13,2 %	5,3 %	-	1,5 %	7,3 %
	Commerce	1,4 %	1,7 %	4,4 %	2,6 %	3,9 %	8,0 %
	Transports	1,6 %	-	2,4 %	1,3 %	1,2 %	5,6 %
	Services aux particuliers	1,0 %	1,7 %	1,9 %	1,6 %	3,3 %	5,8 %
	Services aux entreprises et activités immobilières	1,2 %	1,7 %	2,4 %	1,0 %	2,7 %	5,8 %
	Activités financières	0,8 %	-	-	3,2 %	2,4 %	-
	Education, santé, action sociale	1,5 %	1,8 %	1,9 %	1,6 %	4,5 %	3,8 %
	Administration	0,9 %	3,1 %	4,1 %	1,5 %	2,9 %	8,9 %

4.5.2 Les TMS

4.5.2.1 Age et sexe

En 2006, l'âge moyen des hommes souffrant d'un TMS est de 42,7 ans ($\pm 10,7$ ans), et celui des femmes est de 43,9 ans ($\pm 9,7$ ans). En 2007, l'âge moyen des hommes souffrant d'un TMS est de 43,2 ans ($\pm 9,7$ ans), et celui des femmes est de 44 ans ($\pm 9,7$ ans). En 2008, l'âge moyen des hommes souffrant d'un TMS est de 43,4 ans ($\pm 9,8$ ans), et celui des femmes est de 44,7 ans ($\pm 9,6$ ans).

La prévalence des TMS augmente globalement avec l'avancée en âge dans les deux sexes. Elle est maximale chez les femmes pour la tranche d'âge 45-54 ans aussi bien en 2006 qu'en 2007 et en 2008 (6,2 %, 5,7 % et 5,7 %) (tableau 18).

Tableau 18 : Nombre de salariés et prévalence des TMS selon le sexe et la classe d'âge

Classe d'âge	Hommes		Femmes		Total
	n	%	n	%	%
<25 ans	58	0,9	147	1,0	0,9
25-34 ans	177	1,6	147	1,9	1,7
35-44 ans	358	3,1	333	3,9	3,4
45-54 ans	389	4,0	474	6,2	4,9
55 ans et +	134	4,3	133	5,4	4,6
<25 ans	67	0,7	63	1,1	1,0
25-34 ans	297	1,9	213	1,9	1,9
35-44 ans	574	3,4	449	3,6	3,5
45-54 ans	636	4,5	667	5,7	5,0
55 ans et +	235	4,3	207	4,9	4,8
<25 ans	66	0,7	68	1,1	0,8
25-34 ans	268	1,7	209	1,8	1,7
35-44 ans	535	3,1	497	3,7	3,4
45-54 ans	608	3,9	741	5,7	4,7
55 ans et +	245	4,4	269	5,6	4,9

4.5.2.2 Secteur d'activité

Les prévalences des TMS par secteur d'activité sont données dans le tableau 19. Dans l'ensemble, les prévalences selon le secteur d'activité et le sexe ne diffèrent pas sensiblement pour les trois années, sauf chez les hommes où l'on observe une augmentation dans le secteur de l'agriculture et une diminution dans les secteurs de la finance et de l'éducation – santé – action sociale ; chez les femmes, on constate une diminution de la prévalence au cours de ces trois années pour les secteurs des services aux particuliers et de l'éducation – santé – action sociale.

Tableau 19 : Prévalence des TMS selon le secteur d'activité et le sexe

Secteur d'activité	Hommes						Femmes					
	2006		2007		2008		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agriculture	27	2,0	48	2,3	75	3,3	25	4,6	28	4,6	39	5,6
Industrie	381	3,4	582	3,8	574	3,3	284	6,7	323	5,9	433	6,6
Construction	286	4,9	404	5,1	347	4,6	5	1,2	12	2,1	17	2,7
Commerce	162	2,7	260	3,2	238	2,8	170	3,4	259	3,7	297	3,8
Transports	52	2,1	102	2,6	79	2,1	17	2,1	16	1,6	28	2,8
Services aux particuliers	26	1,2	44	1,5	45	1,6	99	3,9	134	3,6	111	3,0
Services aux entreprises	137	1,8	208	1,8	197	1,8	143	2,8	195	2,6	208	2,9
Finances	15	2,2	5	0,5	9	0,7	29	2,6	17	1,1	45	2,4
Education / Santé	48	2,1	73	1,9	58	1,4	278	4,0	484	3,9	427	3,3
Administration	36	1,7	78	2,7	71	2,4	79	2,3	126	2,6	149	2,9

En 2006, chez les hommes dans l'industrie, les secteurs plus particulièrement à risque sont l'édition, l'imprimerie et la reproduction (5,8 %), l'industrie du bois et du papier (5,4 %), et l'industrie du textile, de l'habillement et du cuir (4,7 %). Dans le secteur du commerce, la réparation automobile et d'articles domestiques a un risque également élevé de TMS chez les hommes (3,9 %). Chez les femmes, les secteurs à plus fort risque de TMS dans l'industrie sont la fabrication de matériel de transport (9,0 %), l'industrie du textile, de l'habillement et du cuir (8,0 %) et les industries agricoles et alimentaires (7,4 %). La prévalence des TMS est particulièrement élevée chez les femmes dans les activités de nettoyage (5,7 %).

En 2007, chez les hommes dans l'industrie, les secteurs plus particulièrement à risque sont l'industrie extractive et de produits minéraux (5,9 %), les industries agricoles et alimentaires (5,0 %) et l'édition, l'imprimerie et la reproduction (4,6 %). Chez les femmes, les secteurs dans l'industrie les plus à risque de TMS sont l'industrie du bois et du papier (9,4 %), la fabrication de matériel de transport (7,9 %) et les industries agricoles et alimentaires (7,5 %). La prévalence des TMS est également élevée chez les femmes dans les activités de nettoyage (7,3 %).

En 2008, chez les hommes dans l'industrie, les secteurs plus particulièrement à risque sont l'industrie extractive et de produits minéraux (5,0 %), l'industrie du bois et du papier (4,2 %), et la métallurgie et le travail des métaux (4,0 %). Dans le secteur du commerce, la réparation automobile et d'articles domestiques a un risque également élevé de TMS chez les hommes (3,5 %).

Chez les femmes, les secteurs dans l'industrie à plus fort risque de TMS sont l'industrie du bois et du papier (11,7 %), l'industrie du textile, de l'habillement et du cuir (9,9 %), les industries agricoles et alimentaires (7,3 %) et l'industrie chimique, du caoutchouc et des plastiques (7,2 %).

Dans les activités de nettoyage, la prévalence des TMS est particulièrement élevée chez les femmes (6,2 %) mais aussi chez les hommes (4,5 %).

4.5.2.3 Principales localisations des TMS

Le tableau 20 donne les effectifs, l'âge moyen et la prévalence des principales localisations des TMS en fonction du sexe. Chez les hommes, en 2006 comme en 2007 et en 2008, les troubles du rachis arrivent en premier, suivis de ceux de l'épaule et du coude ; chez les femmes, les syndromes canaux sont en troisième position. Compte tenu de l'importance des syndromes canaux, nous avons décidé de les différencier des autres pathologies touchant l'ensemble main-poignet et le coude. Parmi les syndromes canaux, environ 90 % sont des syndromes du canal carpien, les 10 % restant étant surtout des syndromes de la loge de Guyon.

Les TMS de la main-poignet, à l'exclusion des syndromes canaux du poignet, surviennent plus tôt aussi bien chez les femmes que chez les hommes, tandis que ceux de l'épaule surviennent plus tard.

Tableau 20 : Prévalence des TMS selon leurs localisations et le sexe (effectif, âge moyen et prévalence)

Année	Localisation	Hommes			Femmes		
		Effectif	Age moyen (±écart-type)	Prévalence	Effectif	Age moyen (±écart-type)	Prévalence
2006	Epaule	237	44,6 (±9,3)	0,6 %	280	46,0 (±8,5)	0,9 %
	Coude*	199	44,1 (±7,6)	0,5 %	194	45,8 (±7,5)	0,6 %
	Main-Poignet**	76	39,8 (±11,7)	0,2 %	95	41,7 (±11,1)	0,3 %
	Syndrome canalaire***	125	41,7 (±9,1)	0,3 %	270	44,0 (±9,3)	0,9 %
	Rachis	503	42,6 (±10,5)	1,2 %	382	42,9 (±10,2)	1,2 %
2007	Epaule	370	45,4 (±9,6)	0,6 %	397	45,8 (±9,3)	0,9 %
	Coude*	291	45,2 (±8,2)	0,5 %	226	45,6 (±8,1)	0,5 %
	Main-Poignet**	112	41,6 (±11,2)	0,2 %	154	42,7 (±9,8)	0,3 %
	Syndrome canalaire***	195	43,5 (±8,7)	0,3 %	319	44,7 (±8,7)	0,7 %
	Rachis	933	42,6 (±9,9)	1,5 %	643	43,1 (±10,4)	1,4 %
2008	Epaule	372	45,6 (±9,9)	0,6 %	536	47,1 (±8,8)	1,1 %
	Coude*	279	44,8 (±9,1)	0,4 %	273	46,1 (±7,2)	0,5 %
	Main-Poignet**	104	42,9(±10,5)	0,2 %	146	42,8(±11,2)	0,3 %
	Syndrome canalaire***	208	43,1 (±9,6)	0,3 %	337	44,2 (±9,1)	0,7 %
	Rachis	829	42,9 (±9,6)	1,3 %	644	43,3 (±10,1)	1,3 %

* : TMS du coude sauf les syndromes canaux du coude

** : TMS de la main et poignet à l'exclusion des syndromes canaux du poignet

*** : syndromes canaux du coude et du poignet

Le rachis lombaire est le plus fréquemment touché dans les TMS du rachis. Chez les hommes la prévalence est de 1,0 % en 2006 et 2008, et 1,2 % en 2007, et chez les femmes, de 0,8 % pour les trois années. Les TMS du rachis cervical concernent surtout les femmes. La prévalence est de 0,2 % chez les hommes et 0,4 % chez les femmes.

La catégorie sociale la plus touchée par ces TMS est celle des ouvriers chez les hommes (de 1,7 % à 0,2 % selon les années et la localisation) comme chez les femmes (de 2,3 % à 0,6 %) (tableau 21). Les cadres présentant un TMS ne figurent pas dans le tableau car les effectifs sont très faibles, en comparaison des autres catégories sociales.

Tableau 21 : Prévalence des cinq principales localisations de TMS selon leurs localisations et le sexe (effectif, âge moyen et prévalence) en 2007 et 2008

Année	Localisation		Professions intermédiaires		Employés		Ouvriers	
			Effectif	Prévalence	Effectif	Prévalence	Effectif	Prévalence
			n	%	n	%	n	%
2007	Rachis lombaire	Hommes	72	0,7	52	0,7	611	1,7
		Femmes	40	0,4	226	0,9	99	1,2
	Rachis cervical	Hommes	9	0,1	12	0,2	88	0,2
		Femmes	32	0,3	105	0,4	48	0,6
	Epaule	Hommes	19	0,2	22	0,3	330	0,9
		Femmes	34	0,4	205	0,9	162	2,0
	Coude*	Hommes	23	0,2	15	0,2	254	0,7
		Femmes	13	0,1	113	0,5	103	1,3
	Syndrome canalaire**	Hommes	17	0,1	9	0,1	168	0,5
		Femmes	26	0,3	147	0,6	143	1,8
2008	Rachis lombaire	Hommes	54	0,5	55	0,7	545	1,4
		Femmes	38	0,4	223	0,8	117	1,2
	Rachis cervical	Hommes	15	0,1	13	0,2	82	0,2
		Femmes	19	0,2	120	0,5	61	0,6
	Epaule	Hommes	34	0,3	22	0,3	309	0,8
		Femmes	44	0,4	360	1,0	224	2,3
	Coude*	Hommes	32	0,3	14	0,2	230	0,6
		Femmes	24	0,2	108	0,4	138	1,4
	Syndrome canalaire**	Hommes	18	0,2	15	0,2	173	0,4
		Femmes	25	0,2	129	0,5	178	1,8

* : TMS du coude sauf les syndromes canaux du coude

** : syndromes canaux du coude et du poignet

Les prévalences par secteur d'activité, catégorie sociale et sexe sont présentées pour les cinq principales localisations des TMS : rachis lombaire, rachis cervical, épaule, coude et syndrome canalaire pour 2007 et 2008 (tableaux 22, 23, 24, 25).

Les prévalences des cinq localisations des TMS sont plus élevées dans les industries agricoles et alimentaires, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, et ces affections touchent de manière quasi exclusive les ouvriers ou ouvrières.

Certains secteurs sont caractérisés chez les hommes et chez les femmes par une prévalence plus élevée que la moyenne mais ce ne sont pas pour les mêmes localisations. Par exemple, dans le commerce, les hommes ont une prévalence plus élevée de TMS du rachis lombaire, du rachis cervical et de l'épaule, et les femmes souffrent de TMS de l'épaule, du coude et de syndromes canaux.

Certains secteurs sont marqués par les différences de classement entre les hommes et les femmes. C'est le cas de l'administration publique qui apparaît à risque de TMS du rachis lombaire, de l'épaule et du coude chez les hommes, alors que c'est la santé – action sociale pour les cinq localisations chez les femmes. Il est important de remarquer que les employées (aide soignantes par exemple) sont les plus touchées (prévalences élevées pour les

cing localisations) et dans une moindre mesure les professions intermédiaires de la santé (infirmières, par exemple) (prévalences élevées pour quatre localisations).

Tableau 22 : Prévalence des principales localisations des TMS en fonction du secteur d'activité et de la catégorie sociale en 2007 chez les hommes

		Rachis lombaire 1,2 % en 2007		Rachis cervical 0,2 % en 2007		Epaule 0,6 % en 2007		Coude* 0,5 % en 2007		Syndrome canalaire** 0,3 % en 2007	
Agriculture (01, 02)	Tte CS	19	0,9 %			14	0,7 %	8	0,4 %	11	0,5 %
	Ouvriers	18	1,0 %			12	0,7 %	7	0,4 %	11	0,6 %
Extraction produits non énergétiques (13, 14)	Tte CS	7	4,4 %								
	Ouvriers	7	5,4 %								
Industries agricoles et alimentaires (15, 16)	Tte CS	39	1,6 %	9	0,4 %	34	1,4 %	18	0,8 %	26	1,1 %
	Ouvriers	39	2,0 %	8	0,4 %	33	1,7 %	18	0,9 %	24	1,2 %
Travail du bois (20)	Tte CS	17	2,8 %								
	Ouvriers	16	3,1 %								
Industrie du papier-carton (21, 22)	Tte CS	13	1,8 %								
	Ouvriers	11	2,2 %								
Industrie chimique (24)	Tte CS	7	0,8 %								
Industrie caoutchouc et plastiques (25)	Tte CS					11	1,9 %	6	1,0 %		
	Ouvriers					11	2,7 %	6	1,5 %		
Fabrication produits minéraux non métalliques (26)	Tte CS	17	2,5 %	5	0,7 %	10	1,5 %	10	1,5 %	5	0,7 %
	Ouvriers	12	2,4 %			10	2,0 %	9	1,8 %	5	1,0 %
Métallurgie (27, 28)	Tte CS	32	1,2 %	5	0,2 %	22	0,8 %	22	0,8 %	10	0,4 %
	Ouvriers	29	1,4 %			20	1,0 %	22	1,1 %	10	0,5 %
Fabrication machines et équipements (29)	Tte CS	12	0,8 %			13	0,8 %	17	1,1 %	8	0,5 %
	Ouvriers	11	1,0 %			13	1,2 %	17	1,6 %	8	0,8 %
Fabrication d'équipements électriques (30 à 33)	Tte CS	7	0,5 %								
	Ouvriers	6	1,1 %								
Fabrication matériel de transport (34, 35)	Tte CS	22	1,2 %			17	0,9 %	17	0,9 %	8	0,4 %
	Ouvriers	22	1,8 %			16	1,3 %	15	1,2 %	8	0,6 %
Autres industries manufacturières (36, 37)	Tte CS	8	1,2 %			7	1,1 %	7	1,1 %		
	Ouvriers	8	1,5 %			6	1,1 %	5	0,9 %		
Production de gaz et d'électricité (40, 41)	Tte CS	6	1,0 %								
Construction (45)	Tte CS	188	2,4 %	23	0,3 %	85	1,1 %	60	0,8 %	47	0,6 %
	Ouvriers	172	2,6 %	22	0,3 %	83	1,2 %	56	0,8 %	43	0,6 %
	Prof Inter.	15	1,7 %								
Commerce (50 à 52)	Tte CS	117	1,4 %	20	0,2 %	55	0,7 %	36	0,4 %	22	0,3 %
	Ouvriers	74	1,8 %	14	0,3 %	47	1,1 %	26	0,6 %	16	0,4 %
	Employés	17	1,0 %			5	0,3 %	6	0,3 %		
	Prof Inter.	19	1,3 %								
	Cadres	6	1,3 %								
Hôtellerie restauration (55)	Tte CS	9	0,5 %			7	0,4 %				
	Ouvriers					5	0,8 %				
	Employés	5	0,5 %								
Transports communications (60 à 64)	Tte CS	53	1,2 %	10	0,2 %	21	0,5 %	13	0,3 %	7	0,2 %
	Ouvriers	51	1,5 %	6	0,2 %	16	0,5 %			6	0,2 %
Immobilier, location et services aux entreprises (70 à 74)	Tte CS	84	0,8 %	9	0,1 %	29	0,3 %	24	0,2 %	17	0,2 %
	Ouvriers	67	1,1 %	9	0,1 %	26	0,4 %	23	0,4 %	13	0,2 %
	Prof Inter.	9	0,6 %								
Administration publique (75)	Tte CS	37	1,5 %			17	0,7 %	18	0,8 %		
	Ouvriers	28	3,4 %			8	1,0 %	13	1,6 %		
	Employés					6	0,8 %				
	Prof Inter.	6	1,1 %								
Santé – action sociale (85)	Tte CS	30	0,9 %	6	0,2 %	8	0,2 %	7	0,2 %	8	0,2 %
	Ouvriers	12	1,2 %			5	0,5 %				
	Employés	16	1,6 %								
Services collectifs, sociaux, personnels (90 à 93)	Tte CS	14	0,8 %			6	0,3 %				
	Employés	5	1,3 %								

En rouge les prévalences supérieures à deux fois la prévalence dans la catégorie sociale correspondante

En bleu les prévalences comprises entre la prévalence de la catégorie sociale et deux fois la prévalence de la catégorie sociale

* : TMS du coude sauf les syndromes canaux du coude

** : syndromes canaux du coude et du poignet

Tableau 23 : Prévalence des principales localisations des TMS en fonction du secteur d'activité et de la catégorie sociale en 2008 chez les hommes

		Rachis lombaire 1,0 % en 2008		Rachis cervical 0,2 % en 2008		Epaule 0,6 % en 2008		Coude* 0,4 % en 2008		Syndrome canalaire** 0,3 % en 2008	
Agriculture (01, 02)	Tte CS	28	1,3 %			9	0,4 %	13	0,6 %	22	1,0 %
	Ouvriers	27	1,9 %			8	0,4 %	12	0,6 %	20	1,1 %
Industries extractives (10 à 14)	Tte CS	6	2,9 %					5	2,5 %		
	Ouvriers	4	2,8 %					5	2,6 %		
Industries agricoles et alimentaires (15, 16)	Tte CS	29	1,3 %	5	0,2 %	20	0,9 %	11	0,5 %	11	0,5 %
	Ouvriers	26	1,9 %	5	0,3 %	18	0,9 %	11	0,6 %	9	0,5 %
Travail du bois (20)	Tte CS	10	1,9 %			7	1,3 %				
	Ouvriers	9	2,0 %			7	1,6 %				
Industrie du papier-carton (21, 22)	Tte CS	11	1,8 %								
	Ouvriers	8	1,9 %								
Industrie chimique (24)	Tte CS					5	0,7 %				
	Ouvriers					5	1,2 %				
Industrie caoutchouc et plastiques (25)	Tte CS	8	0,8 %			5	0,5 %	9	0,9 %		
	Ouvriers	8	1,0 %			5	0,7 %	9	1,2 %		
Fabrication produits minéraux non métalliques (26)	Tte CS	6	1,0 %					8	1,3 %		
	Ouvriers	6	1,3 %					7	1,5 %		
Métallurgie (27, 28)	Tte CS	40	1,5 %	5	0,2 %	24	0,9 %	16	0,6 %	13	0,5 %
	Ouvriers	38	1,8 %			22	1,0 %	14	0,7 %	12	0,6 %
Fabrication machines et équipements (29)	Tte CS	10	0,6 %			10	0,6 %	13	0,8 %	11	0,7 %
	Ouvriers	9	0,8 %			10	0,9 %	11	1,1 %	10	0,9 %
Fabrication d'équipements électriques (30 à 33)	Tte CS	7	0,5 %			5	0,4 %				
	Ouvriers	5	0,8 %								
Fabrication matériel de transport (34, 35)	Tte CS	29	1,1 %	6	0,2 %	15	0,6 %	17	0,7 %	11	0,4 %
	Ouvriers	27	1,6 %	5	0,3 %	14	0,8 %	17	1,0 %	11	0,7 %
Autres industries manufacturières (36, 37)	Tte CS	9	1,3 %			10	1,4 %	5	0,7 %		
	Ouvriers	9	1,6 %			10	1,7 %				
Production de gaz et d'électricité (40, 41)	Tte CS	11	1,1 %			5	0,5 %	7	0,7 %		
	Ouvriers	6	1,6 %					6	1,6 %		
Construction (45)	Tte CS	137	2,0 %	20	0,3 %	70	1,0 %	49	0,7 %	35	0,5 %
	Ouvriers	124	2,1 %	16	0,3 %	63	1,1 %	42	0,7 %	30	0,5 %
	Prof Inter.	9	1,1 %			5	0,6 %	5	0,6 %		
Commerce (50 à 52)	Tte CS	74	0,9 %	18	0,2 %	50	0,6 %	41	0,5 %	25	0,3 %
	Ouvriers	55	1,3 %	15	0,3 %	46	1,1 %	31	0,7 %	20	0,5 %
	Employés	11	0,7 %								
	Prof Inter.	7	0,4 %					6	0,4 %		
Hôtellerie restauration (55)	Tte CS	10	0,6 %			11	0,7 %				
	Ouvriers					5	0,9 %				
	Employés	5	0,6 %			6	0,8 %				
Transports communications (60 à 64)	Tte CS	54	1,4 %	5	0,1 %	18	0,5 %	10	0,3 %		
	Ouvriers	48	1,6 %	5	0,2 %	14	0,5 %				
Immobilier, location et services aux entreprises (70 à 74)	Tte CS	58	0,6 %	12	0,1 %	35	0,4 %	25	0,3 %	19	0,2 %
	Ouvriers	39	0,7 %	5	0,1 %	30	0,5 %	22	1,0 %	17	0,3 %
	Prof Inter	7	0,6 %	5	0,3 %						
	Cadres	8	0,5 %								
Administration publique (75)	Tte CS	33	1,4 %	6	0,3 %	15	0,7 %	5	0,2 %		
	Ouvriers	19	2,0 %			10	1,0 %				
	Prof Inter	11	1,8 %								
Santé – action sociale (85)	Tte CS	21	0,7 %	5	0,2 %	11	0,3 %	7	0,2 %	5	0,2 %
	Ouvriers	12	1,2 %								
	Employés	7	0,7 %								
	Prof Inter.					6	0,7 %				
Services collectifs, sociaux, personnels (90 à 93)	Tte CS	11	0,8 %			10	0,7 %	5	0,3 %	5	0,3 %
	Ouvriers					8	1,4 %				
	Employés	7	1,2 %								

En rouge les prévalences supérieures à deux fois la prévalence dans la catégorie sociale correspondante

En bleu les prévalences comprises entre la prévalence de la catégorie sociale et deux fois la prévalence de la catégorie sociale

* : TMS du coude sauf les syndromes canaux du coude

** : syndromes canaux du coude et du poignet

Tableau 24 : Prévalence des principales localisations des TMS en fonction du secteur d'activité et de la catégorie sociale en 2007 chez les femmes

		Rachis lombaire 0,8 % en 2007		Rachis cervical 0,4 % en 2007		Epaule 0,9 % en 2007		Coude* 0,5 % en 2007		Syndrome canalaire** 0,7 % en 2007	
Agriculture (01, 02)	Tte CS	5	0,8 %			7	1,2 %				
	Ouvrières	5	1,2 %			7	1,7 %				
Industries agricoles et alimentaires (15, 16)	Tte CS	17	1,0 %	11	0,7 %	50	3,0 %	18	1,1 %	30	1,8 %
	Ouvrières	14	1,5 %	7	0,7 %	45	4,8 %	17	1,8 %	29	3,1 %
	Employées					5	0,9 %				
Fabrication textile habillement (17, 18)	Tte CS									5	1,7 %
	Ouvrières									5	3,4 %
Travail du bois (20)	Tte CS					5	4,3 %				
	Ouvrières					5	6,4 %				
Industrie papier-carton (21, 22)	Tte CS							5	1,4 %		
	Ouvrières							5	3,8 %		
Industrie du caoutchouc et plastiques (25)	Tte CS							6	2,2 %	7	2,5 %
	Ouvrières							6	3,1 %	7	3,7 %
Métallurgie (27, 28)	Tte CS	7	1,7 %			5	1,2 %				
	Ouvrières	7	3,2 %								
Fabrication machines et équipements (29)	Tte CS							5	1,9 %		
	Ouvrières							5	6,0 %		
Fabrication équipements électriques (30 à 33)	Tte CS	6	0,8 %	6	0,8 %	15	2,0 %	6	0,8 %	8	1,1 %
	Ouvrières					14	3,5 %	6	1,5 %	7	1,8 %
Fabrication matériel de transport (34, 35)	Tte CS					7	1,6 %	8	1,9 %	9	2,1 %
	Ouvrières					7	3,1 %	8	3,5 %	9	4,0 %
Construction (45)	Tte CS									5	0,9 %
Commerce (50 à 52)	Tte CS	58	0,8 %	24	0,3 %	67	0,9 %	41	0,6 %	49	0,7 %
	Ouvrières	8	1,2 %			14	2,1 %	11	1,6 %	10	1,5 %
	Employées	44	0,9 %	16	0,3 %	47	0,9 %	28	0,6 %	37	0,7 %
	Prof. Inter.	6	0,6 %								
Hôtellerie restauration (55)	Tte CS	26	1,1 %	7	0,3 %	13	0,6 %	15	0,7 %	15	0,7 %
	Ouvrières	6	2,8 %								
	Employées	20	1,1 %			11	0,6 %	13	0,7 %	12	0,7 %
Transports communications (60 à 64)	Tte CS	7	0,5 %	7	0,5 %	9	0,6 %				
	Ouvrières	5	1,6 %								
	Employées					7	1,0 %				
Immobilier, location et services aux entreprises (70 à 74)	Tte CS	32	0,5 %	24	0,4 %	42	0,6 %	27	0,4 %	52	0,8 %
	Ouvrières	24	1,1 %	8	0,4 %	33	1,5 %	24	1,1 %	43	1,9 %
	Employées	6	0,3 %	7	0,3 %					5	0,2 %
	Prof.inter.			8	0,6 %	5	0,4 %				
Administration publique (75)	Tte CS	32	0,8 %	14	0,4 %	18	0,5 %	15	0,4 %	19	0,5 %
	Employées	26	1,2 %	6	0,3 %	13	0,6 %	13	0,6 %	14	0,6 %
	Prof. Inter.			5	0,5 %						
Education (85)	Tte CS									6	0,7 %
Santé – action sociale (85)	Tte CS	145	1,3 %	61	0,5 %	123	1,1 %	53	0,5 %	69	0,6
	Ouvrières					9	1,4 %				
	Employées	112	1,6 %	50	0,7 %	97	1,4 %	45	0,7 %	58	0,9 %
	Prof Inter.	27	0,8 %	8	0,2 %	16	0,5 %	5	0,1 %	6	0,2 %
Services collectifs, sociaux, personnels (90 à 93)	Tte CS	14	0,6 %	9	0,4 %	18	0,8 %	6	0,3 %	14	0,6 %
	Employées	9	0,7 %	7	0,5 %	14	1,0 %	5	0,4 %	10	0,7 %

En rouge les prévalences supérieures à deux fois la prévalence dans la catégorie sociale correspondante

En bleu les prévalences comprises entre la prévalence de la catégorie sociale et deux fois la prévalence de la catégorie sociale

* : TMS du coude sauf les syndromes canaux du coude

** : syndromes canaux du coude et du poignet

Tableau 25 : Prévalence des principales localisations des TMS en fonction du secteur d'activité et de la catégorie sociale en 2008 chez les femmes

		Rachis lombaire 0,8 % en 2008		Rachis cervical 0,4 % en 2008		Epaule 1,1 % en 2008		Coude* 0,5 % en 2008		Syndrome canalaire** 0,7 % en 2008	
Agriculture (01, 02)	Tte CS	5	0,8 %			7	1,1 %	7	1,1 %	19	3,0 %
	Ouvrières	5	1,1 %			7	1,6 %	7	1,6 %	18	4,0 %
Industries agricoles et alimentaires (15, 16)	Tte CS	17	0,9 %	11	0,6 %	53	2,8 %	25	1,3 %	34	1,8 %
	Ouvrières	14	1,2 %	10	0,8 %	44	3,7 %	23	1,9 %	30	2,5 %
	Employées					6	1,2 %				
Fabrication textile habillement (17, 18)	Tte CS	5	1,6 %							5	1,6 %
	Ouvrières	5	2,5 %							5	2,5 %
Indus. cuir et chaussures (19)	Tte CS	7	4,8 %			11	7,5 %	7	4,8 %	6	4,1 %
	Ouvrières	6	5,1 %			10	8,5 %	7	5,9 %	6	5,1 %
Travail du bois (20)											
Industrie papier-carton (21, 22)	Tte CS					7	1,3 %	9	2,6 %	8	2,3 %
	Ouvrières							9	5,2 %	6	3,5 %
Ind. chimique (24)	Tte CS					5	1,3 %	5	1,3 %		
Industrie du caoutchouc et plastiques (25)	Tte CS					16	4,4 %			6	1,6 %
	Ouvrières					14	5,4 %			6	2,3 %
Métallurgie (27, 28)	Tte CS	7	1,4 %			7	1,4 %	6	1,2 %	9	1,8 %
	Ouvrières	6	2,2 %			6	2,2 %	5	1,8 %	8	2,9 %
Fabrication machines et équipements (29)	Tte CS					8	3,0 %			5	1,9 %
	Ouvrières					8	8,0 %				
Fabrication équipements électriques (30 à 33)	Tte CS			7	1,0 %	11	1,6 %	6	0,9 %	7	1,0 %
	Ouvrières			7	1,8 %	11	2,9 %	6	1,6 %	7	1,8 %
Fabrication matériel de transport (34, 35)	Tte CS					6	1,0 %	7	1,2 %		
	Ouvrières					6	1,9 %	7	2,2 %		
Autres ind. manufacturières (36, 37)	Tte CS							5	2,4 %		
	Ouvrières							5	4,6 %		
Construction (45)	Tte CS	8	1,3 %							5	0,8 %
	Ouvrières	5	4,8 %								
Commerce (50 à 52)	Tte CS	69	0,9 %	35	0,5 %	85	1,1 %	55	0,7 %	40	0,5 %
	Ouvrières	9	1,1 %	5	0,6 %	23	2,8 %	12	1,5 %	8	1,0 %
	Employées	52	1,0 %	26	0,5 %	57	1,0 %	37	0,7 %	26	0,5 %
	Prof. Inter.	8	0,7 %			8	0,7 %	6	0,5 %	5	0,4 %
Hôtellerie restauration (55)	Tte CS	12	0,6 %			15	0,7 %	5	0,3 %	12	0,6 %
	Employées	9	0,6 %			9	0,6 %	5	0,3 %	10	0,6 %
Transports communications (60 à 64)	Tte CS	13	0,9 %	7	0,5 %	17	1,2 %			5	0,4 %
	Ouvrières	8	2,1 %			6	1,6 %				
	Employées			6	0,8 %	11	1,5 %				
Activités financières (65 à 67)	Tte CS	10	0,6 %	9	0,5 %	13	0,7 %			6	0,3 %
	Employées	5	0,5 %	6	0,6 %	10	1,1 %				
Immobilier, location et services aux entreprises (70 à 74)	Tte CS	28	0,5 %	20	0,3 %	43	0,7 %	31	0,5 %	45	0,7 %
	Ouvrières	18	0,8 %	12	0,6 %	30	1,4 %	22	1,0 %	33	1,5 %
	Employées	7	0,3 %	6	0,3 %	8	0,4 %	6	0,3 %	8	0,4 %
Administration publique (75)	Tte CS	22	0,6 %	15	0,4 %	38	1,0 %	15	0,4%	24	0,7 %
	Ouvrières	7	2,0 %			14	4,0 %	5	1,4%	9	2,6 %
	Employées	13	0,6 %	11	0,5 %	21	0,9 %	7	0,3%	12	0,5 %
Education (85)	Tte CS					11	1,2 %				
	Employées					7	1,5 %				
Santé – action sociale (85)	Tte CS	108	1,0 %	53	0,5 %	112	1,0 %	40	0,4%	45	0,4 %
	Ouvrières					6	0,9 %				
	Employées	86	1,3 %	41	0,6 %	89	1,3 %	33	0,5%	36	0,5 %
	Prof Inter.	14	0,4 %	8	0,2 %	15	0,4 %	5	0,2%	5	0,2 %
Services collectifs, sociaux, personnels (90 à 93)	Tte CS	14	0,6 %	13	0,6 %	21	0,9 %	7	0,3%	15	0,6 %
	Ouvrières					5	2,0 %			5	2,0 %
	Employées	11	0,8 %	11	0,8 %	17	1,2 %			9	0,6 %

En rouge les prévalences supérieures à deux fois la prévalence dans la catégorie sociale correspondante

En bleu les prévalences comprises entre la prévalence de la catégorie sociale et deux fois la prévalence de la catégorie sociale

* : TMS du coude sauf les syndromes canauxaux du coude

** : syndromes canauxaux du coude et du poignet

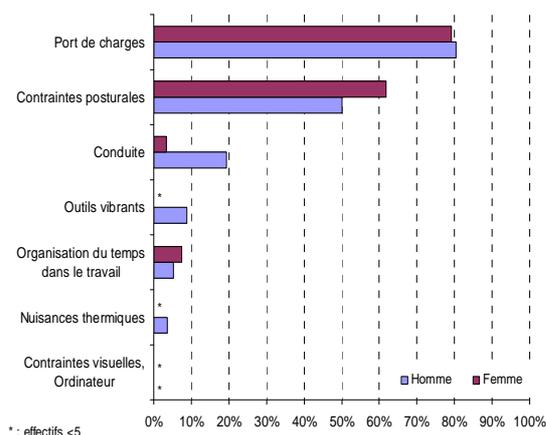
4.5.2.4 Agents d'exposition professionnelle associés aux cinq principales localisations des TMS

4.5.2.4.1 Le rachis lombaire

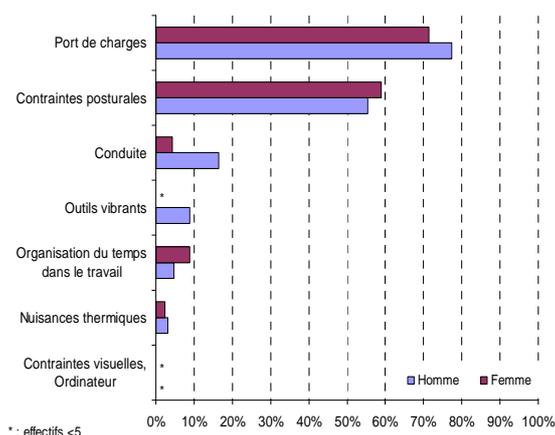
La manutention de charges lourdes est le principal agent d'exposition professionnelle associé à cette pathologie rapporté par les médecins du travail (70 à 80 % des cas) suivie par les contraintes posturales et articulaires (de 50 à 60 %) en 2007 comme en 2008 (figure 4).

Figure 4 : Agents d'exposition professionnelle et TMS du rachis lombaire

a) Données en 2007



b) Données en 2008

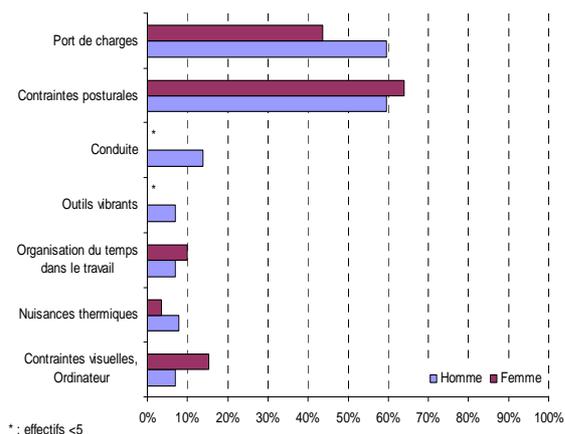


4.5.2.4.2 Le rachis cervical

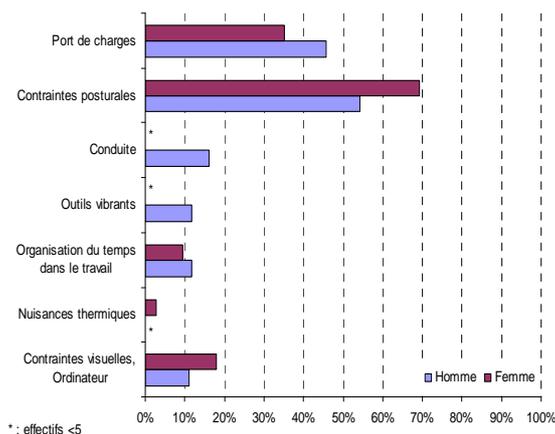
Les contraintes posturales sont incriminées en premier lieu, suivies de la manutention de charges lourdes en 2007 comme en 2008 (figure 5).

Figure 5 : Agents d'exposition professionnelle et TMS du rachis cervical

a) Données en 2007



b) Données en 2008

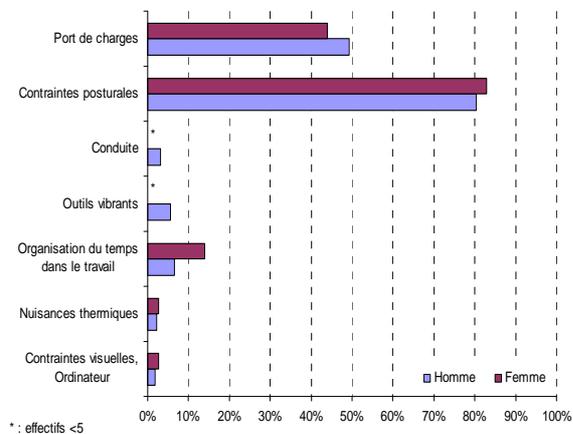


4.5.2.4.3 L'épaule

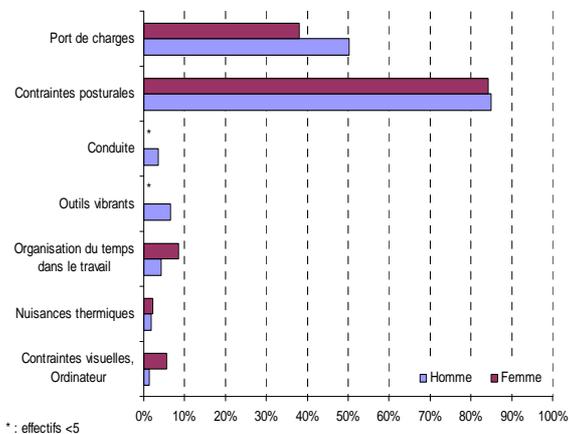
Les contraintes posturales sont incriminées en premier lieu par les médecins du travail suivies par la manutention de charges lourdes en 2007 comme en 2008 (figure 6).

Figure 6 : Agents d'exposition professionnelle et TMS de l'épaule

a) Données en 2007



b) Données en 2008

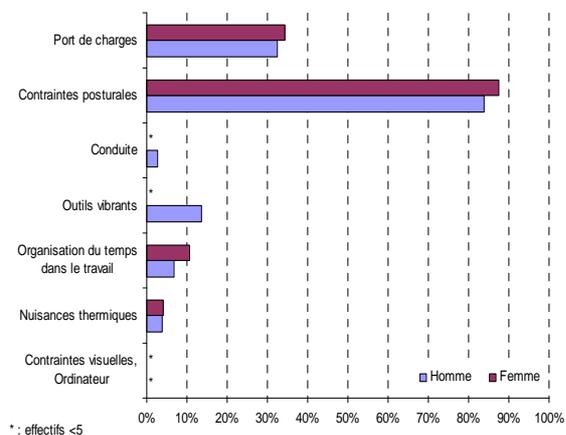


4.5.2.4.4 Le coude

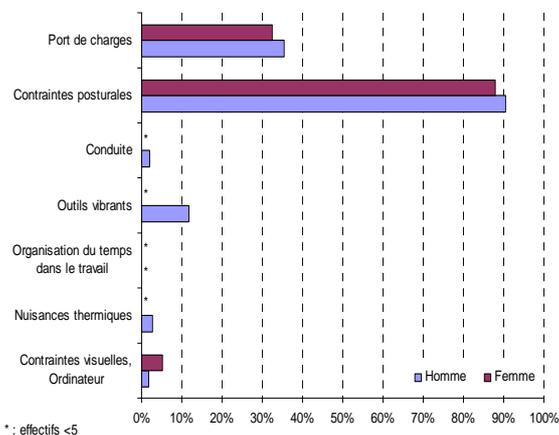
Les contraintes posturales arrivent en première position, puis, dans une moindre mesure la manutention de charges lourdes en 2007 comme en 2008 (figure 7).

Figure 7 : Agents d'exposition professionnelle et TMS du coude

a) Données en 2007



b) Données en 2008

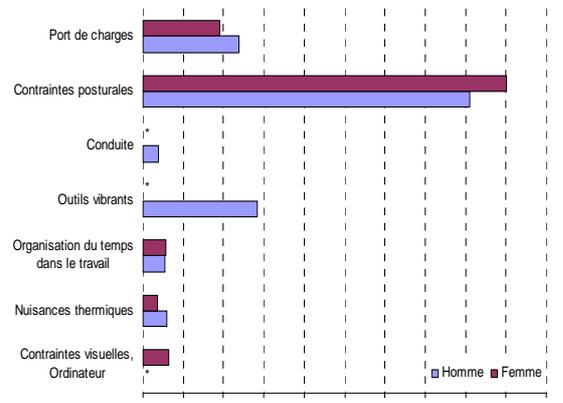


4.5.2.4.5 Le syndrome canalaire

Les contraintes posturales sont responsables, selon les médecins du travail (figure 8) de la très grande majorité de ces syndromes, suivies par l'utilisation d'outils vibrants chez les hommes et la manutention de charges lourdes chez les femmes.

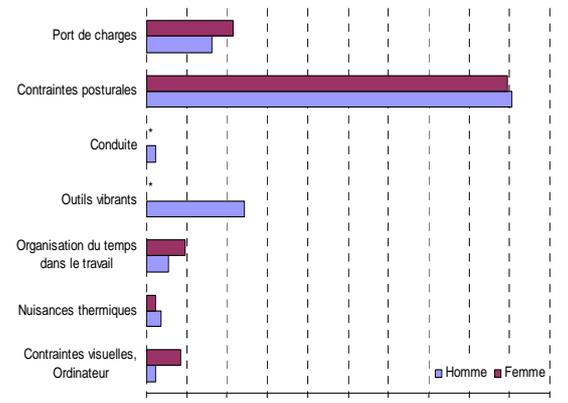
Figure 8 : Agents d'exposition professionnelle et syndrome canalaire

a) Données en 2007



* : effectifs <5

b) Données en 2008



* : effectifs <5

4.5.2.5 Déclaration des TMS au titre de maladies professionnelles (MP)

Pour les pathologies du rachis, seule la hernie discale avec sciatique ou cruralgie est inscrite dans un tableau de maladies professionnelles (tableaux 97 et 98 du RG et 57 et 57bis RA). Moins de 5 % des pathologies rachidiennes signalées en MCP sont des hernies discales objectivées (tableau 26). Une fois sur deux, le salarié n'avait pas fait de demande de reconnaissance en MP.

Pour les autres localisations des TMS, le pourcentage des pathologies faisant l'objet d'un tableau varie entre 76 % (pour les pathologies de l'épaule en 2008) et 94 % (syndromes canalaire en 2007). Pour ces trois localisations de TMS (épaule, coude et syndrome canalaire), la déclaration n'était pas faite dans 70 à 80 % des cas. La raison de non déclaration est le refus du salarié dans environ 50 % des cas pour l'épaule et le coude, et 35 % pour les syndromes canalaire.

Tableau 26 : Existence d'un tableau MP et déclaration (pour quatre localisations de TMS)

Année	Localisation	Total	Tableau MPI existant		Pas de déclaration			
					Pas de déclaration		Procédure en cours	
2006	Rachis	965	33	3 %	16	48 %	15	45 %
	Epaule	520	429	83 %	346	81 %	60	14 %
	Coude	394	348	88 %	277	80 %	62	18 %
	Syndrome canalaire	397	316	80 %	222	70 %	86	27 %
2007	Rachis	1 636	64	4 %	34	53 %	30	47 %
	Epaule	782	646	83 %	496	77 %	127	20 %
	Coude	477	419	88 %	325	78 %	84	26 %
	Syndrome canalaire	485	458	94 %	324	71 %	121	26 %
2008	Rachis	1 477	79	5 %	59	75 %	15	19 %
	Epaule	910	692	76 %	523	76 %	122	23 %
	Coude	552	491	89 %	375	76 %	92	25 %
	Syndrome canalaire	546	437	80 %	308	70 %	107	35 %

4.5.3 La souffrance psychique - addictologie

4.5.3.1 Sexe et âge

La prévalence de la souffrance psychique est significativement plus élevée chez les femmes (1,8 %, 2,3 % et 2,4 %) que chez les hommes (0,9 %, 1,1 % et 1,1 %) pour les trois années (tableau 16). Les prévalences sont similaires entre 2006 et 2008 pour les deux sexes.

La prévalence augmente significativement avec l'avancée en âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (tableau 27).

Tableau 27 : Prévalence de la souffrance psychique selon le sexe et la classe d'âge

Année	Classe d'âge	Homme		Femme		Total
		Effectif n	Prévalence %	Effectif n	Prévalence %	Prévalence %
2006	<25 ans	11	0,2	31	0,7	0,4
	25-34 ans	80	0,7	107	1,4	1,0
	35-44 ans	122	1,0	169	2,0	1,5
	45-54 ans	117	1,2	188	2,4	1,8
	55 ans et +	48	1,5	59	2,4	1,8
2007	<25 ans	67	0,7	63	1,1	0,9
	25-34 ans	297	1,9	213	1,9	1,9
	35-44 ans	574	3,4	449	3,6	3,5
	45-54 ans	636	4,5	667	5,7	5,0
	55 ans et +	235	4,4	207	5,0	4,5
2008	<25 ans	23	0,2	49	0,8	0,4
	25-34 ans	134	0,9	210	1,8	1,3
	35-44 ans	223	1,3	329	2,5	1,8
	45-54 ans	265	1,7	430	3,3	2,4
	55 ans et +	80	1,4	164	3,4	2,3

4.5.3.2 Catégorie sociale

Pour les hommes comme pour les femmes, la prévalence de la souffrance psychique augmente significativement avec l'échelle sociale pour les trois années (tableau 28).

La prévalence parmi les cadres ne diffère pas significativement selon les années, quel que soit le sexe. La prévalence augmente chez les femmes des professions intermédiaires entre 2006 et 2008, de même chez les hommes employés et les ouvriers.

Tableau 28 : Prévalence de la souffrance psychique en fonction de la catégorie sociale

Année	Catégorie sociale	Homme		Femme	
		Effectif n	Prévalence %	Effectif n	Prévalence %
2006	Cadres	67	1,8	49	2,7
	Professions intermédiaires	108	1,6	152	2,1
	Employés	49	0,9	306	2,1
	Ouvriers	151	0,6	47	0,8
2007	Cadres	97	1,7	107	3,6
	Professions intermédiaires	189	1,8	263	2,7
	Employés	105	1,4	559	2,3
	Ouvriers	253	0,7	101	1,3
2008	Cadres	119	2,2	99	3,7
	Professions intermédiaires	210	1,9	301	2,9
	Employés	104	1,4	623	2,3
	Ouvriers	292	0,7	162	1,6

4.5.3.3 Secteur d'activité

Le tableau 29 et le tableau 30 donnent les prévalences de la souffrance psychique en fonction du secteur d'activité et de la catégorie sociale.

Tableau 29 : Prévalence de la souffrance psychique en fonction du secteur d'activité et de la catégorie sociale en 2007

2007	Cadres et professions intellectuelles supérieures				Professions intermédiaires				Employés				Ouvriers			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	1,7 %		3,6 %		1,8 %		2,7 %		1,4 %		2,3 %		0,7 %		1,3 %	
	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév
Agriculture												5	0,3 %			
Industries agricoles et alimentaires					6	4,6 %					14	2,6 %	17	0,9 %		
Industrie papier-carton					6	8,2 %							8	1,6 %		
Industrie chimique													13	2,8 %		
Industrie caoutchouc plastiques					5	3,7 %							6	1,5 %	11	5,8 %
Fab. autres pds minéraux non métalliques					5	4,8 %							5	1,0 %		
Métallurgie					9	2,4 %							36	1,7 %		
Fab. machines et équipements											5	4,7 %				
Fab. équip. élect. et électroniques	9	2,6 %			6	1,4 %	7	5,7 %					8	1,4 %	7	1,8 %
Fab. matériel transport	7	2,4 %													5	2,2 %
Prod. électricité gaz eau					8	3,1 %										
Construction					18	2,1 %					12	3,2 %	22	0,3 %		
Commerce	11	2,5 %	7	2,6 %	39	2,6 %	30	2,9 %	18	1,0 %	137	2,8 %	28	0,7 %	12	1,8 %
Hôtels et restaurants							7	3,8 %	13	1,3 %	42	2,3 %	8	1,2 %		
Transports et communications	5	2,7 %			10	2,5 %	10	4,0 %	9	2,5 %	21	2,9 %	36	1,1 %		
Activités financières	8	3,1 %	17	12,1 %	11	2,6 %	26	4,8 %	5	1,9 %	30	3,9 %				
Immobilier, location, serv. entreprises	21	1,2 %	21	2,6 %	26	1,0 %	38	2,9 %	20	1,9 %	42	1,7 %	17	0,3 %	19	0,9 %
Administration publique			16	4,9 %	8	1,5 %	25	2,5 %	16	2,2 %	57	2,6 %	10	1,2 %		
Education			8	8,6 %			8	2,1 %			8	2,1 %				
Santé – action sociale	5	1,6 %	10	2,3 %	19	2,1 %	72	2,1 %	13	1,3 %	132	1,9 %	8	0,8 %	5	0,8 %
Services collectifs sociaux et personnels			10	4,4 %	5	1,2 %	7	1,5 %	6	1,6 %	36	2,6 %	5	0,8 %		

En rouge les prévalences supérieures à deux fois la prévalence dans la CS correspondante

En bleu les prévalences comprises entre la prévalence de la CS et deux fois la prévalence de la CS

Tableau 30 : Prévalence de la souffrance psychique en fonction du secteur d'activité et de la catégorie sociale en 2008

2008	Cadres et professions intellectuelles supérieures				Professions intermédiaires				Employés				Ouvriers			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2,2 %		3,7 %		1,9 %		2,9 %		1,4 %		2,3 %		0,7 %		1,6 %	
	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév	n	Prév
Agriculture												5	0,3 %			
Industries agricoles et alimentaires					7	2,8 %					13	2,5 %	11	0,6 %	16	1,3 %
Ind. textile et habillement															8	4,0 %
Ind. cuir chaussure															15	12,7 %
Industrie papier-carton													10	2,3 %		
Industrie chimique													9	2,2 %	5	3,0 %
Industrie caoutchouc plastiques					6	4,4 %							17	2,2 %	6	2,3 %
Fab. autres pdts minéraux non métalliques													8	1,7 %		
Métallurgie					11	3,1 %					6	4,7 %	19	0,9 %		
Fab. machines et équipements											5	5,2 %	6	0,6 %		
Fab. équip. élect. et électroniques	7	2,0 %			6	1,6 %	7	5,9 %					13	2,1 %	7	1,8 %
Fab. matériel transport													10	0,6 %		
Autres ind. manufacturières													6	1,4 %		
Prod. électricité gaz eau	13	7,7 %			20	4,9 %							12	3,3 %		
Construction	5	2,6 %			12	1,5 %					12	3,1 %	19	0,3 %		
Commerce	8	9,8 %	6	2,9 %	22	1,3 %	30	2,6 %	16	1,0 %	119	2,3 %	36	0,8 %	11	1,4 %
Hôtels et restaurants					5	2,1 %	6	3,2 %	8	1,0 %	38	2,4 %	5	0,9 %	7	3,1 %
Transports et communications	6	3,3 %			10	2,8 %	6	2,9 %	6	1,4 %	22	3,0 %	30	1,0 %	8	2,1 %
Activités financières	15	5,0 %	15	7,3 %	11	3,0 %	26	4,6 %	11	2,7 %	43	4,5 %				
Immobilier, location, serv. entreprises	18	1,4 %	13	2,5 %	28	1,8 %	34	2,8 %	16	1,4 %	62	2,7 %	24	0,4 %	23	1,1 %
Administration publique	8	3,1 %	10	3,9 %	8	1,8 %	28	3,7 %	12	1,9 %	51	2,2 %	6	0,6 %	6	1,7 %
Education							7	2,2 %			15	3,3 %				
Santé – action sociale	8	3,1 %	10	4,4 %	20	2,3 %	86	2,5 %	10	1,0 %	125	1,9 %	8	0,8 %	8	1,1 %
Services collectifs sociaux et personnels			5	3,3 %	6	1,4 %	11	2,2 %	5	1,8 %	38	2,6 %	6	1,0 %		

En rouge les prévalences supérieures à deux fois la prévalence dans la catégorie sociale correspondante

En bleu les prévalences comprises entre la prévalence de la catégorie sociale et deux fois la prévalence de la catégorie sociale

4.5.3.4 Symptômes

Les principaux symptômes de souffrance psychique relevant d'une MCP et signalés par les médecins du travail sont des signes de dépressivité. Viennent ensuite les troubles du sommeil et des signes anxieux (tableau 31).

Les conduites addictives dues à l'activité professionnelle sont relativement rares (10 en 2007 et 18 en 2008) ; elles sont signalées exclusivement chez les hommes en 2006 et 2007 et quasi exclusivement en 2008. Les syndromes post-traumatiques sont exceptionnels (respectivement 7, 9 et 14 en 2006, 2007 et 2008), ils sont retrouvés exclusivement chez les femmes en 2006, et dans les deux sexes en 2007 et 2008. Chez les hommes, les troubles du sommeil sont plus fréquemment signalés que chez les femmes, tandis que les signes dépressifs le sont plus chez les femmes.

Tableau 31 : Les principaux symptômes de la souffrance psychique

	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Dépressivité	440	44,9	903	50,5	988	51,6
Troubles du sommeil	154	15,7	244	13,7	233	12,2
Anxiété	100	10,2	188	10,5	245	12,8
Burn-out ou épuisement professionnel	24	2,6	72	4,0	87	4,5
Syndrome post-traumatique	7	0,8	9	0,5	14	0,7
Somatisation	6	0,6	21	1,2	30	1,6
Addictions	*		10	0,6	18	0,9
Appétit	*		*		*	
Phobie	*		*		*	
Diagnostic peu précis – Stress	220	22,4	293	16,4	293	15,3

* effectif < 5

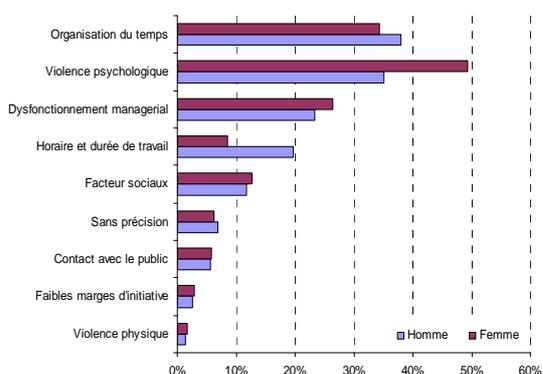
4.5.3.5 Agents d'exposition

En 2007, les principales nuisances organisationnelles et relationnelles évoquées par les médecins du travail dans l'apparition d'une souffrance psychique en lien avec le travail sont, chez les femmes la violence psychologique (50 % des cas) et les problèmes d'organisation du temps dans le travail (34 % des cas), tandis que chez les hommes vient en premier lieu l'organisation du travail (38 % des cas) suivie par la violence psychologique (35 % des cas). Les dysfonctionnements managériaux sont invoqués en troisième lieu pour les deux sexes (figure 9).

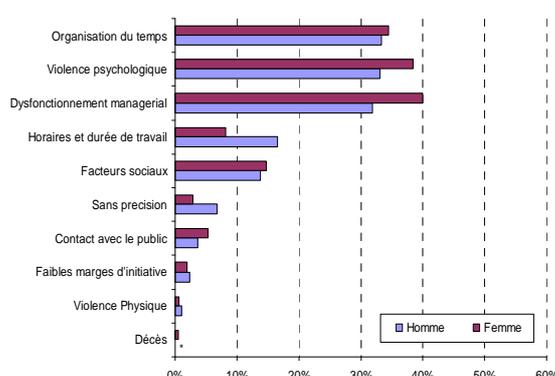
En 2008, la nuisance la plus souvent invoquée chez les femmes est le dysfonctionnement managérial (40 %), viennent ensuite les violences psychologiques (38 %) et les problèmes d'organisation du temps dans le travail (34 %). Chez les hommes, la répartition est identique à l'année 2007, mais est moins marquée entre l'organisation du temps dans le travail (33 %), les violences psychologiques (33 %) et les dysfonctionnements managériaux (32 %) (figure 9). La confrontation à un décès dans l'entourage professionnel est signalée dans neuf cas (cinq suicides de collègues, trois salariés signalant des décès de personnes dont ils ont la charge dans le secteur de la santé, et un décès de collègue).

Figure 9 : Nuisances organisationnelles et relationnelles dans la souffrance psychique

a) Données en 2007



b) Données en 2008



4.5.4 Autres pathologies

Les pathologies décrites dans ce paragraphe sont en nombre relativement faible, c'est pourquoi, les résultats présentés ne sont pas aussi détaillés que pour les pathologies décrites précédemment. Le nombre et la prévalence de ces groupes pathologiques sont donnés dans le tableau 16.

4.5.4.1 Troubles de l'audition

Les résultats ne sont donnés que chez les hommes car les troubles de l'audition associés au travail touchent à 96 % les hommes (respectivement en 2006 277/290, en 2007 425/443 et en 2008 359/372).

La prévalence augmente avec l'avancée en âge (de 0,1 % pour les moins de 25 ans à 1,2 % pour les 45-54 ans et 2,1 % pour les 55 ans et plus pour 2006 et 2007 et 1,6 % pour 2008).

La prévalence globale est de 0,7 % pour 2006 et 2007 et 0,6 % pour 2008.

Les prévalences les plus élevées sont retrouvées dans la métallurgie et le travail des métaux (2,8 % en 2006-2007 et 2,5 % en 2008), le travail du bois et la fabrication d'articles en bois (2,8 % en 2006-2007 et 1,7 % en 2008).

Les nuisances sonores sont pratiquement les seules nuisances professionnelles évoquées par les médecins du travail.

Dans la moitié des cas des troubles de l'audition en 2006-2007 et un tiers des cas en 2008, cette pathologie relevait d'une déclaration en maladie professionnelle. Pour environ 50 % de ces cas, la déclaration n'était pas faite par le salarié en 2006-2007 et pour 80 % en 2008.

4.5.4.2 Affections cutanées

La prévalence est de 0,2 % pour chacune des trois années et pour les deux sexes. Elle est plus élevée pour les moins de 25 ans (0,5 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes) en 2008.

Chez les hommes, l'âge moyen est de 37 ans en 2006 et 2007 et 35 ans en 2008. Chez les femmes, il est de 36 ans pour les trois années.

En 2006, 150 salariés présentaient une affection cutanée, 242 en 2007 et 246 en 2008.

Les secteurs d'activité les plus affectés sont les services aux particuliers (0,6 % chez les hommes et 0,4 % chez les femmes en 2006 ; 0,4 % chez les hommes et 0,5 % chez les femmes en 2007), la santé – action sociale chez les femmes en 2006 (0,4 %) et l'industrie (0,4 % chez les hommes et chez les femmes en 2007).

4.5.4.3 Affections respiratoires et oculaires

En 2006, 96 salariés présentaient des affections respiratoires ou oculaires, 178 salariés en 2007 et 168 en 2008.

La prévalence est de 0,2 % chez les hommes et 0,1 % chez les femmes pour chaque année, sans différence entre les tranches d'âge.

En 2006, 22 conjonctivites ont été signalées ainsi que 34 rhinites et 24 asthmes ; en 2007, 18 conjonctivites, 64 rhinites et 40 asthmes ; en 2008, 22 conjonctivites, 34 rhinites et 41 asthmes.

En fonction des années les prévalences les plus élevées ne sont pas retrouvées dans les mêmes secteurs d'activité. En 2006, le secteur d'activité le plus concerné par ces affections chez les hommes est l'industrie et chez les femmes les services aux particuliers mais ce secteur ne concerne que 8 salariés présentant ce type de pathologie. En 2007, l'industrie est le secteur le plus concerné (prévalence de 0,3 % chez les hommes et 0,4 % chez les femmes), ainsi que les secteurs de la construction, du commerce et des services aux entreprises chez les hommes en 2007 (prévalence : 0,2 % pour chacun). En 2008, l'industrie agricole et alimentaire est le secteur le plus concerné (prévalence de 0,6 %) chez les hommes et les services aux entreprises chez les femmes (prévalence : 0,2 % dans les deux cas).

4.5.4.4 Pathologie cardiovasculaire

Les pathologies vasculaires

En 2006, les MCP relevant de pathologies vasculaires touchent 93 salariés, majoritairement des femmes (76,3 %), la moyenne d'âge est de 45 ans chez les hommes et de 41,4 ans chez les femmes. La prévalence est de 0,1 % chez les hommes et de 0,2 % chez les femmes, sans différence entre les classes d'âge.

Des syndromes de Raynaud ont été signalés dans 6 cas, dus à une exposition au froid, ainsi que 87 insuffisances veineuses ou varices des membres inférieurs par des contraintes posturales. Pour cette dernière pathologie, on retrouvait 17 ouvriers de l'industrie (8 femmes), 17 employés du commerce (17 femmes) et 10 employés de la santé (10 femmes).

En 2007, 117 salariés présentaient une pathologie vasculaire dont 82 femmes, la moyenne d'âge est de 45,7 ans chez les hommes et de 39,8 ans chez les femmes. La prévalence est inférieure à 0,1 % chez les hommes et de 0,2 % chez les femmes, sans différence entre les classes d'âge.

Des syndromes de Raynaud ont été signalés dans 15 cas, dus à une exposition au froid (10 cas) et l'utilisation d'outils vibrants (7 cas), ainsi que 99 insuffisances veineuses ou varices des membres inférieurs par des contraintes posturales. Pour cette dernière pathologie, on retrouvait 20 salariés de l'industrie (11 femmes), 25 salariés du commerce (23 femmes) et 26 salariés de la santé – action sociale (24 femmes).

En 2008, 74 salariés présentaient une pathologie vasculaire dont 47 femmes, la prévalence est inférieure à 0,1 % pour les sexes.

61 insuffisances veineuses ou varices des membres inférieurs par des contraintes posturales. Pour cette dernière pathologie, on retrouvait 15 salariés de l'industrie (8 femmes), 10 salariés du commerce (10 femmes), 11 dans les services aux particuliers (10 femmes) et 11 dans la santé – action sociale (9 femmes).

Des syndromes de Raynaud ont été signalés dans 12 cas (3 femmes), dus à une exposition au froid (6 cas) et l'utilisation d'outils vibrants (7 cas).

Les pathologies cardiaques et artérielles

En 2006, les pathologies cardiaques et artérielles touchent 54 salariés, majoritairement les hommes (66,7 %), la moyenne d'âge est de 48,6 ans chez les hommes et 46,6 ans chez les femmes. La prévalence est de 0,1 %, avec une augmentation avec l'avancée en âge : prévalence de 0,2 % pour les 45-54 ans et de 0,3 % chez les 55 ans et plus pour les hommes.

31 hypertensions artérielles (HTA) étaient signalées (22 hommes et 9 femmes), avec comme facteurs associés systématiquement des facteurs organisationnels et relationnels ; dans 9 cas l'organisation du temps dans le travail, dans 5 cas les horaires et la durée du travail, dans 5 cas, un dysfonctionnement managérial et dans 5 cas de la violence psychologique.

Des problèmes cardiaques tels que syndrome de menace ou angor étaient signalés chez 11 personnes, avec des facteurs organisationnels et relationnels dans tous les cas (organisation du temps dans le travail impliqué = 8) sauf un où le facteur était le port de charges lourdes.

Dans les autres pathologies cardiaques (HTA, accident vasculaire cérébral), les facteurs psychosociaux étaient systématiquement évoqués.

En 2007, les pathologies cardiaques et artérielles touchent 61 salariés (59 % d'hommes), la moyenne d'âge est de 49,8 ans chez les hommes et 47,2 ans chez les femmes. La prévalence est inférieure à 0,1 %. 43 hypertensions artérielles étaient signalées (25 hommes et 18 femmes), avec comme facteurs associés systématiquement des facteurs organisationnels et relationnels.

En 2008, les pathologies cardiaques et artérielles touchent 80 salariés (79 % d'hommes), la prévalence est inférieure à 0,1 % ; 41 hypertensions artérielles étaient signalées (32 hommes et 9 femmes), avec une moyenne d'âge est de 46,5 ans chez les hommes et 49,3 ans chez les femmes. Pour l'ensemble de ces pathologies, les facteurs associés sont systématiquement des facteurs organisationnels et relationnels. L'âge moyen des salariés touchés par une pathologie cardiaque ou artérielle est de 47,3 ans. Il est significativement plus élevé que celui des salariés présentant au moins une MCP qui est de 43,4 ans ($p < 0,01$).

Enfin, il n'y a pas de différence significative entre la prévalence des affections cardiaques et artérielles en 2006, 2007 ou 2008 ($p > 0,05$).

4.5.4.5 Gastro-entérologie

En 2006, pour les 37 salariés présentant une MCP de ce groupe, les facteurs organisationnels et relationnels étaient incriminés par le médecin du travail dans 35 cas.

Les différents cas étaient 27 troubles du transit (14 fois l'organisation du temps dans le travail est la nuisance citée), 5 ulcères, 4 hernies hiatales et 1 rectocolite hémorragique.

En 2007, les différents cas étaient 49 pathologies (23 troubles du transit, 4 ulcères, 20 troubles gastro-œsophagiens, 1 maladie de Crohn et 1 rectocolite hémorragique). Dans 39 cas, les facteurs organisationnels et relationnels étaient incriminés par le médecin du travail, et dans 8, seuls des agents chimiques ou physiques étaient incriminés.

En 2008, les différents cas étaient 50 pathologies dont 27 troubles gastro-œsophagiens, 18 troubles du transit intestinal, 3 rectocolites hémorragiques, 1 ulcère et 1 maladie de Crohn. Dans tous ces cas, des facteurs organisationnels et relationnels sont évoqués.

4.5.4.6 Endocrinologie-Nutrition

En 2006, 19 pathologies (10 hommes) dont 16 surcharges pondérales, 2 troubles thyroïdiens et 1 diabète. Des facteurs organisationnels et relationnels étaient évoqués dans 17 cas et la conduite automobile dans les 2 autres cas. Les plus souvent cités sont l'organisation des horaires et de la durée du travail (12 cas) et l'organisation du temps dans le travail (5 cas).

En 2007, 19 pathologies (9 hommes) dont 17 surcharges pondérales et 2 diabètes. Les facteurs organisationnels et relationnels sont évoqués dans tous les cas.

En 2008, 35 pathologies (21 hommes) dont 13 surcharges pondérales et 4 diabètes. Les horaires de travail (notamment travail de nuit) et les repas au restaurant sont les facteurs les plus souvent évoqués.

4.5.4.7 Neurologie

Pour les trois années, on observe une prépondérance des céphalées dans les pathologies neurologiques (en 2006, 28, en 2007, 29 et en 2008, 31). Les agents d'exposition professionnelle les plus fréquents étaient le travail sur écran ou le travail en atmosphère confinée, l'exposition à des agents chimiques (composés organiques volatils, gaz et fumées, produits phytosanitaires), et des facteurs organisationnels et relationnels.

On a observé en 2007 et en 2008, 1 épilepsie due au travail sur écran, 2 Parkinson par exposition à des produits phytosanitaires et 3 scléroses en plaque (SEP) par vaccination en milieu de travail.

4.5.4.8 Troubles de la vision

Quelle que soit l'année, les troubles de la vision sont avant tout liés au travail sur écran, dans quelques cas à des facteurs organisationnels et relationnels, et pour une personne à une exposition à des amines. Il a été signalé une cataracte par exposition aux UV.

4.5.4.9 Hernies de la paroi abdominale

Pour chacune des trois années, les hernies de la paroi abdominale sont signalées par les médecins du travail comme étant la conséquence du travail de manutention (dans l'industrie et le commerce principalement), et ne concernaient presque exclusivement que les hommes.

4.5.4.10 Maladies infectieuses

En 2006, pour les 13 pathologies infectieuses signalées, 7 concernaient des professionnels de la santé et il s'agissait de coqueluche (ne faisant pas l'objet d'un tableau de maladie professionnelle), de tuberculose et d'hépatite (procédure de déclaration en cours). Pour les 6 autres cas, 3 pathologies ne relevaient pas de tableaux de maladies professionnelles (abcès du poumon ou pneumopathie virale).

En 2007, 20 pathologies infectieuses, 14 concernaient des salariés de la santé (6 tuberculoses, 2 infections cutanées, 1 coqueluche, 1 zona, 1 hépatite virale, 1 gale, 1 phlegmon, 1 infection pulmonaire), 2 touristes chez des ingénieurs en mission à l'étranger, 3 par des contacts avec des animaux et 1 par contact avec des déchets.

En 2008, 36 pathologies infectieuses, dont 29 infections des voies respiratoires (dont 20 tuberculoses et 6 coqueluches) et 7 autres infections (parmi lesquelles des hépatites virales, leptospirose et fièvre Q).

4.5.4.11 Toxicologie

En 2006, seuls 8 cas ont été signalés. Il s'agissait de syndrome d'intolérance aux odeurs chimiques, d'hépatite toxique en lien avec des solvants, de plombémie anormale, et de pathologie pleurale liée à l'amiante.

En 2007, 18 cas (8 syndromes ébrieux dus aux solvants, 6 pathologies liées à une exposition à l'amiante, 2 problèmes hépatiques liés à une exposition aux produits chimiques, 2 fièvres des fondeurs par exposition aux gaz et fumées).

En 2008, 21 cas dont 8 anomalies de la plombémie, et 10 pathologies liées aux solvants (vertiges ou syndrome ébrieux).

4.5.4.12 Tumeurs

En 2006, 7 tumeurs ont été signalées (cancer du cavum, lymphome non hodgkinien, cancer du sein et sarcome des parties molles). Les agents d'exposition étaient des solvants, des composés organiques volatils, des produits phytosanitaires, des expositions aux rayonnements ionisants et une surcharge de travail évoquée par le salarié.

En 2007, 11 pathologies tumorales (colon, larynx, poumon, testicule, rein, vessie, leucémie, sein et parotide). Les agents incriminés sont les solvants, les fumées, l'amiante et la silice, les poussières, les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), les rayonnements ionisants et des facteurs psychosociaux.

En 2008, 11 pathologies tumorales (vessie, système hématopoïétique, colon, poumon, ethmoïde, peau, cerveau, amygdale). Les agents incriminés sont les solvants, les fumées, les poussières, les HAP, les champs électromagnétiques.

4.5.4.13 Autres pathologies

En 2006, 24 autres pathologies touchent l'appareil urinaire, gynécologique... A noter 7 caries dentaires chez des pâtisseries.

En 2007, les autres pathologies étaient :

- 9 pathologies liées à la grossesse (transport, contrainte posturale, rayonnements ionisants, solvants, facteurs psychosociaux) et une pathologie de la reproduction (toxiques chimiques) ;
- 7 problèmes pulmonaires ;
- 5 caries dentaires (sucre) ;
- 4 œdèmes de la main par utilisation d'outils vibrants ;
- 3 troubles de l'équilibre (travail sur écran, le bruit, et exposition à des plantes africaines) ;
- 2 problèmes liés à la voix (téléphone et fumées) ;
- 1 incontinence urinaire (manutention) et 1 hématurie (solvants) ;
- 1 neutropénie (chimique) ;
- 1 anosmie (solvants) ;
- 1 exostose (ambiance hyperbare).

En 2008, 53 autres pathologies touchaient les différents appareils ainsi que des désordres biologiques. A noter 8 problèmes liés à la grossesse et 2 problèmes de stérilité.

4.6 Description selon les facteurs organisationnels et relationnels

Dans cette partie, nous présentons les résultats de l'année 2008 en fonction des facteurs organisationnels et relationnels (FOR) et non plus par type de pathologies.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés aux pathologies pour lesquelles un FOR avait été évoqué au moins une fois par les médecins du travail. La souffrance psychique représente pratiquement 3 pathologies sur 4 et les TMS 1 pathologie sur 5 (tableau 32).

Tableau 32 : Répartition des pathologies avec au moins un facteur organisationnel et relationnel

Pathologie	n	%	Part des FOR dans le groupe pathologie %
Souffrance psychique	1 901	71,1	99,3
TMS	497	18,6	12,7
Arthrose	5	0,2	
Autre appareil locomoteur	39	1,5	14,4
Cardiologie	78	2,9	96,3
Gastro-entérologie	45	1,7	90,0
Endocrinologie-Nutrition	31	1,2	88,6
Peau	21	0,8	8,4
Neurologie	19	0,7	51,4
Audition	8	0,3	
Asthme	7	0,3	
Vision	6	0,2	
Autres	14	0,5	26,4
Total	2 671		

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés aux pathologies pour lesquelles seuls les FOR étaient évoqués (tableau 33).

Tableau 33 : Pathologies n'ayant que des facteurs organisationnels et relationnels comme agent

Pathologie	n	%	Part des FOR dans le groupe pathologie %
Souffrance psychique	1 866	87,4	97,4
TMS	73	3,4	1,9
Autre appareil locomoteur	6	0,3	
Cardiologie	71	3,3	87,7
Gastro-entérologie	44	2,1	88,0
Endocrinologie-Nutrition	29	1,4	82,9
Peau	15	0,7	6,0
Neurologie	14	0,7	37,8
Acouphènes (Audition)	2	0,1	
Asthme	4	0,2	
Autres	10	0,5	18,9
Total	2 135		

Les médecins du travail ont évoqué seulement des FOR comme agents principaux de MCP chez 2 135 salariés. La souffrance psychique représente près de 90 % de ces pathologies.

La description précise des FOR associés à la souffrance psychique sont décrits dans le paragraphe « 4.7.3 La souffrance psychique-addictologie ».

Les troubles musculo-squelettiques sont 36 pathologies du rachis lombaire, 15 pathologies du rachis cervical, 8 pathologies de l'épaule (tendinite et douleur), 7 pathologies tendineuses à l'exception de l'épaule, 4 syndromes du canal carpien et 3 contractures musculaires sans localisation précise.

Dans les pathologies du rachis lombaire, les principaux facteurs invoqués sont le rythme de travail et le dysfonctionnement managérial. Les cadences élevées sont le facteur le plus évoqué pour les pathologies du rachis cervical.

Les pathologies cardiaques sont des hypertensions artérielles (38 cas), des infarctus (16 cas), des précordialgies (5 cas), des troubles du rythme (5 cas), des malaises vagues (3 cas), des hypotensions artérielles (2 cas) et un accident vasculaire cérébral. Pour les hypertensions artérielles, le principal facteur évoqué est le rythme de travail (21 cas), suivi par le dysfonctionnement managérial (9 cas). Elles sont signalées principalement lors de visite périodique. Pour les infarctus, plus souvent signalés lors de visite de reprise ou pré-reprise, le principal facteur est le stress sans plus de précision (8 cas).

Les pathologies du tube digestif sont 17 gastrites, 7 symptômes de type reflux gastro-œsophagien, 3 ulcères, 13 troubles digestifs fonctionnels, 3 recto-colites hémorragiques et une maladie de Crohn. Pour les gastrites, les principaux facteurs incriminés sont les horaires et le rythme de travail. Le rythme de travail est le facteur le plus souvent évoqué dans les reflux gastro-œsophagiens, les troubles digestifs fonctionnels et les recto-colites hémorragiques.

Les troubles endocriniens et nutritionnels sont associés principalement à des horaires de travail (de nuit). Ce sont des surcharges pondérales (20 cas), des diabètes (4 cas), des pertes de poids (4 cas) et un problème thyroïdien.

Les pathologies cutanées ne relevant que de FOR sont des psoriasis, des dermites sans précision, une pelade, une dysidrose et une dermite atopique. Les FOR évoqués dans ces pathologies sont variés.

Les pathologies neurologiques sont principalement des céphalées (11 cas), 5 sont imputées au rythme de travail et 5 au dysfonctionnement managérial ou vécu de harcèlement.

En excluant la souffrance psychique (décrite en détails dans le paragraphe 4.5.3), le secteur des activités financières est le secteur d'activité où les FOR sont le plus souvent évoqués comme agent d'exposition professionnelle dans près d'une pathologie sur 4 (tableau 34). La proportion la plus basse est trouvée dans le secteur de la construction.

Tableau 34 : Proportion de pathologies avec des facteurs organisationnels et relationnels par secteur d'activité (hors souffrance psychique)

Secteur d'activité	n	Au moins 1 FOR n (%)		Seulement FOR n (%)	
Agriculture	156	13	(8,3)	0	
Industrie	1 649	230	(13,9)	87	(5,3)
Construction	573	33	(5,8)	13	(2,3)
Commerce	795	109	(13,7)	27	(3,4)
Transports	146	24	(16,4)	9	(6,2)
Services aux particuliers	254	43	(16,9)	10	(3,9)
Services aux entreprises et activités immobilières	680	117	(17,2)	39	(5,7)
Activités financières	90	33	(36,6)	21	(23,3)
Education, santé, action sociale	720	105	(14,6)	35	(4,9)
Administration	328	43	(13,1)	17	(5,2)
Données manquantes	129	23	(17,8)	11	(8,5)
Total	5 520	773	(14)	269	(4,8)

4.7 Description des pathologies dans les quatre principaux secteurs d'activité

Dans ce chapitre, nous reprenons des résultats déjà présentés précédemment dans ce rapport mais en nous intéressant aux quatre secteurs d'activité les plus concernés par les MCP, représentant les deux tiers des salariés vus pendant les Quinzaines 2008 : industrie, commerce, services aux entreprises, et l'éducation – santé – action sociale (figure 10).

Les prévalences sont plus élevées dans le secteur de l'industrie par rapport aux trois autres secteurs, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

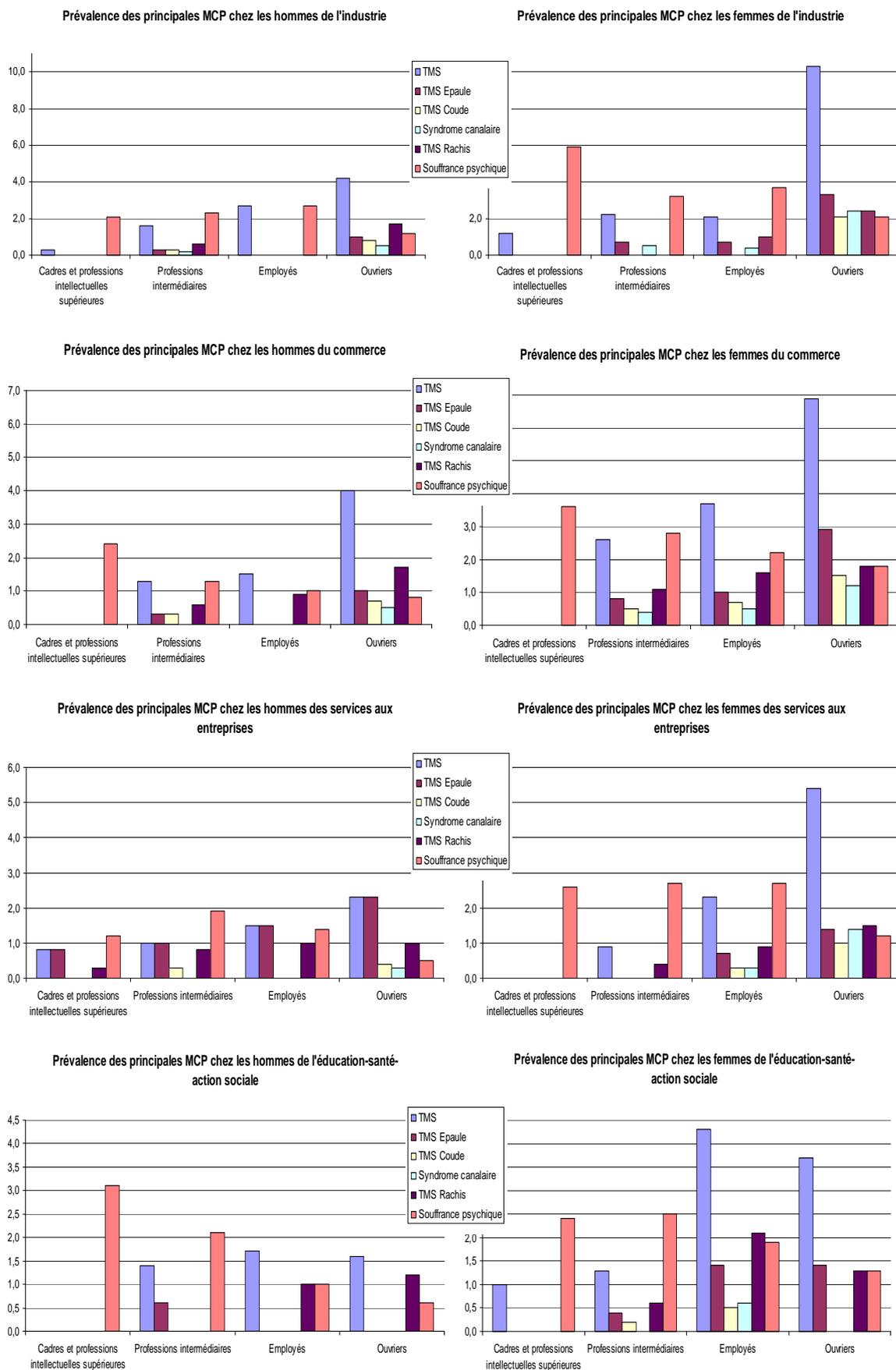
Les ouvriers souffrent davantage de TMS que les autres catégories sociales.

Les hommes ouvriers de l'industrie, du commerce et de l'éducation – santé – action sociale présentent davantage de TMS du rachis, tandis que ceux du commerce souffrent plus de TMS de l'épaule. Chez les femmes ouvrières, pour les quatre secteurs d'activité, les TMS de l'épaule sont les plus fréquents.

Chez les employés du commerce et de l'éducation – santé – action sociale (hommes et femmes), les TMS du rachis sont les plus fréquents. La souffrance psychique est plus importante chez les employés de l'industrie et des services aux entreprises.

Pour les cadres et les professions intermédiaires, la souffrance psychique est la pathologie la plus fréquente dans ces quatre secteurs.

Figure 10 : Prévalence des principales MCP dans les quatre principaux secteurs d'activité



5 Discussion

Ce programme de surveillance des maladies à caractère professionnel a été conçu comme un programme de surveillance des affections attribuables au travail observées sur le terrain par un réseau de médecins du travail. Ces médecins signalent à l'InVS selon un protocole national, toutes les affections, repérées dans la population active dont ils ont la charge, pour lesquelles ils ont jugé qu'elles étaient imputables à l'activité professionnelle des travailleurs. Grâce à ce réseau, les observations de terrain des médecins du travail, dont la pratique médicale et la connaissance du milieu de travail leur permettent d'analyser le lien entre la santé et l'activité professionnelle, peuvent être mises en lumière au niveau collectif et contribuer ainsi à la veille sanitaire des risques professionnels.

Les informations recueillies par ce réseau sont de nature à venir compléter les connaissances sur l'impact de l'activité professionnelle dans l'apparition de problèmes de santé.

Il faut toutefois noter les limites inhérentes à ce réseau sentinelle de médecins du travail :

- par construction, le recueil étant fait dans le cadre de la médecine du travail, certaines catégories de travailleurs comme les travailleurs indépendants qui ne bénéficient pas de cette surveillance médicale, sont exclus du dispositif ;
- les informations recueillies sont issues des visites médicales du travail qui concernent quasi-exclusivement les travailleurs en activité. Cela exclut de fait, les pathologies à long délais de survenue tels les cancers qui peuvent se manifester plusieurs années après le départ en inactivité des personnes ainsi que les pathologies très invalidantes entraînant une exclusion du monde du travail.

Ce réseau de surveillance ne prétend donc en aucun cas embrasser toute la problématique relative aux risques professionnels et ne peut en conséquence qu'être complémentaire d'autres systèmes auxquels il ne peut se substituer.

A l'issue de ces trois années de fonctionnement de ce programme, il est possible de tirer un certain nombre d'enseignements.

Tout d'abord, il faut souligner la participation satisfaisante des médecins du travail au cours de ces trois années. Ceci tient vraisemblablement en grande partie au faible investissement en temps qu'ont à lui consacrer les médecins volontaires. En effet, le « design » de recueil de données durant deux Quinzaines annuelles basé sur l'enregistrement des conclusions de leur pratique habituelle, sans recueil d'information supplémentaire, est de nature à favoriser la stabilisation du système. Toutefois, on note des différences régionales relativement importantes dans la participation des médecins du travail, ce qui confirme l'importance de l'animation régionale.

Au fil du temps, il est important de noter que des aménagements dans le fonctionnement du réseau ont permis une amélioration de la mise en cohérence des données recueillies. En effet, plusieurs groupes de travail ont été constitués afin, d'une part, de faciliter les codages des pathologies et symptômes rencontrés, et d'autre part de mieux caractériser les facteurs associés à ces pathologies ; en outre, des groupes entre pairs ont été constitués permettant des échanges autour d'analyse de cas, destinés notamment à « décortiquer » le processus amenant les médecins à signaler l'imputabilité au travail.

Les pathologies et symptômes sont codés grâce à la CIM 10. Les regroupements de pathologies destinés à faciliter l'analyse des données ont été constitués dans un cadre collégial au sein des groupes de travail.

Dans chaque région, les réunions animées par le Mirtmo et l'épidémiologiste, sont l'occasion pour les médecins du travail de confronter leur pratique propre avec celles de l'ensemble du collectif. Depuis la mise en place du système en 2002, la qualité et la précision des informations fournies par les médecins du travail se sont nettement affinées. Un guide de consignes expliquant aux membres du réseau le protocole et les informations à fournir a été élaboré ; il est régulièrement actualisé.

Les agents d'exposition professionnelle signalés comme à l'origine des pathologies observées devaient également faire l'objet d'une meilleure caractérisation. De plus, afin de permettre une bonne comparabilité des données produites par le réseau MCP avec celles d'autres systèmes de vigilance, de surveillance ou de réparation (Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles – RNV3P, Evolutions et relations en santé au travail – Evrest, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – données de réparation produites par la CnamTS...), la constitution d'un thésaurus commun compatible s'est révélée indispensable. A partir de 2009, le programme MCP a donc rejoint les groupes de travail initiés par l'Anses (Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) regroupant les différents partenaires concernés par ce thésaurus (centres de consultations des pathologies professionnelles par l'intermédiaire du réseau RNV3P, branche des risques professionnels de la CnamTS, Cisme – Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise, MSA et le réseau MCP) afin d'élaborer un thésaurus commun des nuisances professionnelles intégrés dans les systèmes d'information.

L'analyse par profession est un élément essentiel de la surveillance des risques professionnels qui implique un codage rigoureux [18]. En effet des erreurs de codage peuvent modifier sensiblement les résultats de la surveillance. C'est pourquoi, un effort particulier d'harmonisation du codage des professions a été effectué. Ces professions étaient jusqu'en 2007 saisies et codées au niveau des régions (seulement sur deux caractères selon la CSP, soit en 42 positions) avec l'appui d'un hygiéniste industriel du DST qui procédait à des validations. Compte tenu de l'augmentation du nombre des régions participantes et de la difficulté de coder les professions

par des non-professionnels, le logiciel Sicore de l'Insee a été utilisé à partir de l'année 2008 afin d'automatiser ce codage des professions sur quatre caractères, ceci permettant de réduire considérablement les disparités liées au codeur. Un travail préalable de collaboration entre l'Inserm, l'Insee et l'InVS [19] avait permis d'identifier cinq variables minimales nécessaires pour un codage optimum des professions. Le programme MCP s'est donc attaché au recueil de ces cinq variables indispensables. De cette façon, 95 % des professions sont codées grâce au logiciel, les 5 % restant sont codées manuellement par un hygiéniste industriel du DST.

Prévalence des MCP

Les résultats montrent que la prévalence globale de maladies imputables au travail signalées par les médecins du travail participant au programme est relativement stable au cours du temps : 5,4 % en 2006, à 5,8 % en 2007 et 5,7 % en 2008. Ces prévalences sont plus élevées chez les femmes (6,2 %, 6,5 % et 6,7 % respectivement) que chez les hommes (4,8 %, 5,3 % et 5,0 %) quel que soit le groupe de pathologies étudié à l'exception des troubles de l'audition qui sont exclusivement retrouvés chez les hommes.

La fréquence de ces affections à caractère professionnel augmente avec l'âge quelle que soit l'année considérée ; par exemple, elle varie de 1,8 % chez les hommes de moins de 25 ans à 8,2 % pour les 55 ans et plus en 2006, et chez les femmes de 2,5 % dans la classe la plus jeune à 9,4 % chez les 45-54 ans et 8,3 % chez les plus de 55 ans. En 2007 et en 2008, cette différence par classe d'âge est confirmée. Ce résultat confirme l'intérêt particulier qui doit être porté aux travailleurs vieillissants.

La prévalence globale des MCP est plus fréquente lors des visites médicales effectuées pour résoudre un problème de santé (visites « à la demande » du salarié, de l'employeur ou du médecin du travail).

Ce sont dans les secteurs de l'industrie, et de la construction que la fréquence des MCP est la plus élevée chez les hommes (respectivement 6,3 % et 7,3 %). Chez les femmes, dans les secteurs de l'industrie, de l'éducation – santé – action sociale et des services aux particuliers on observe des prévalences supérieures à 6 %.

Les **affections de l'appareil locomoteur** sont les pathologies les plus souvent signalées par les médecins, surtout chez les femmes (4,4 % *vs* 3,1 % chez les hommes).

Les ouvriers de la construction, de l'industrie et de l'administration sont les plus fréquemment atteints ; chez les femmes ce sont les ouvrières de l'industrie (11 % à 12 %), et les employées de la santé – action sociale.

Les TMS représentent plus de 90 % des affections de l'appareil locomoteur. Leur prévalence augmente avec l'âge et on note un pic dans la classe d'âge 45-54 ans. Pour la classe d'âge des 55 ans et plus, la légère diminution observée pourrait s'expliquer par un biais lié à « l'effet travailleur sain » qui pourrait provenir de la mise en inactivité de ces personnes malades (inaptitude, pathologie invalidante).

Chez les hommes, c'est le secteur de la construction qui arrive en tête et celui de l'industrie chez les femmes.

Les principaux TMS sont localisés au niveau du rachis, de l'épaule, du coude, les syndromes canaux sont également très fréquents. Il est important de noter que les ouvriers de l'industrie agro-alimentaire sont particulièrement concernés par toutes ces localisations. Dans ce secteur, les prévalences des TMS de l'épaule et les syndromes canaux sont plus du double de la moyenne de ces TMS chez les hommes en 2007 (1,7 % et 1,2 % respectivement) et chez les femmes les TMS de l'épaule en 2007 (4,8 %). La moyenne d'âge de ces ouvriers et ouvrières est la même que celle de l'ensemble des ouvriers.

Pour les autres secteurs, il existe des différences de prévalence selon les localisations de TMS entre les hommes et les femmes. Par exemple, alors que, pour l'ensemble de la population, la prévalence des TMS du rachis lombaire est de 1,2 % en 2007 et de 1,0 % en 2008, ce sont chez les hommes ouvriers de l'industrie extractive (carrière de pierre, de sable...) qu'on observe les taux les plus élevés (5,4 % en 2007 et 2,8 % en 2008). Pour les TMS du coude, alors que la prévalence globale est de 0,5 % en 2007 et 0,4 % en 2008, chez les ouvriers de l'industrie du caoutchouc et des plastiques, elle s'élève à 1,5 % en 2007 et 1,2 % en 2008. Chez les femmes, la prévalence globale des TMS du rachis lombaire est de 0,8 % en 2007 comme en 2008, alors que parmi les ouvrières de l'industrie de la métallurgie, elle est de 3,2 % en 2007 et 2,2 % en 2008. La prévalence globale des TMS du coude est de 0,5 % en 2007 comme en 2008, chez les ouvrières de l'industrie du papier et du carton cette prévalence passe de 3,8 % en 2007 à 5,2 % en 2008.

Le principal agent d'exposition professionnelle du rachis évoqué par les médecins du travail comme à l'origine des TMS est le port de charges lourdes ; pour les TMS du membre supérieur (épaule, coude et syndrome canalaire) ce sont les contraintes posturales.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que pour 73 TMS (sur 3 728 cas, soit 2,0 %), les médecins du travail n'ont signalé que des facteurs organisationnels et relationnels comme agents d'exposition en lien avec ces TMS, notamment des cadences ou des rythmes de travail élevés.

Sous-déclaration et sous-réparation des TMS en maladies professionnelles

En 2006, 52 000 maladies professionnelles ont été indemnisées par la branche accident du travail / maladies professionnelles du Régime général de la Sécurité sociale pour environ 22 millions de salariés, soit un taux de 0,2 % environ.

Durant les Quinzaines MCP 2006, parmi les 2 276 TMS du rachis et du membre supérieur signalés, 1 126 correspondaient à un tableau de maladies professionnelles et auraient pu à ce titre être indemnisées, soit un taux de 1,6 % ; en 2007, ce taux s'élevait à 1,5 % (1 587 des 3 380 TMS du rachis signalés en MCP), et en 2008 à 1,7 % (1 821).

Afin de mieux comprendre ces différences, le questionnaire a été enrichi à partir de 2009 pour chercher à comprendre les raisons de cette sous-déclaration. Cela permettra d'étudier l'adéquation et les discordances entre la MCP constatée par le médecin et les tableaux de maladies professionnelles.

Un premier travail de comparaison de données issues du programme MCP et des maladies professionnelles reconnues par la Sécurité sociale avait été réalisé en Franche-Comté [20]. Dans cette étude, le nombre de certains TMS (rachis, épaule, coude, main-poignet incluant le syndrome du canal carpien) signalés au cours des Quinzaines 2007 et 2008 a été comparé à celui des MP reconnues en Franche-Comté. Dans cette étude, environ dix fois moins de MP ont été reconnues que de MCP estimées sur l'année. Il est important de souligner que certaines pathologies ont pu être signalées à un stade précoce par les médecins du travail du réseau MCP, ce qui a pu entraîner des mesures de prévention préconisées par les médecins du travail, et éviter ainsi l'apparition de pathologies.

Ce même travail a été réalisé en région Midi-Pyrénées [21] et les résultats sont comparables.

Actuellement, cette comparaison est en cours sur les données des Quinzaines 2007 pour les sept régions participantes et sur l'ensemble du territoire. Cette étude devrait permettre de vérifier d'éventuelles disparités régionales.

La **souffrance psychique** est la deuxième MCP signalée par les médecins du travail (prévalence globale de 1,3 % : 1,8 % chez les femmes, 0,9 % chez les hommes). Cette souffrance touche plus fréquemment les femmes que les hommes, quelle que soit la catégorie sociale. Le sexe ratio est de 2 femmes pour 1 homme, alors qu'il est de 8 dans le secteur de la construction (rapport des prévalences femmes / hommes de 7,6 en 2006, 4,7 en 2007 et 5,6 en 2008). Mais il faut souligner que dans ce secteur, les professions sont très différentes selon le sexe. Cela peut aussi refléter les difficultés des femmes dans un secteur composé d'une population très majoritairement masculine (9,5 fois plus d'hommes que de femmes).

Comme pour les TMS, la prévalence augmente avec l'âge, quel que soit le sexe.

Les secteurs les plus concernés par la souffrance psychique sont pour les deux sexes, celui de la finance (en 2007, 4,9 % chez les femmes et 2,5 % chez les hommes ; en 2008, 4,9 % chez les femmes et 3,5 % chez les hommes), et les industries (en 2007, 2,5 % chez les femmes et 1,2 % chez les hommes ; en 2008, 2,9 % chez les femmes et 1,5 % chez les hommes).

Le gradient croissant de la prévalence de la souffrance psychique des ouvriers vers les cadres, plus marqué en 2008, est à souligner. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées. D'une part, le fort signalement des TMS chez les ouvriers pourrait masquer celui de la souffrance psychique parmi cette catégorie de travailleurs. De plus, le repérage de souffrance psychique dans le colloque singulier se fait essentiellement à travers l'expression orale du travailleur. Tous les médecins du travail peuvent ne pas être en mesure de consacrer le temps nécessaire à la recherche de la souffrance mentale imputable au travail, et ceci d'autant plus qu'ils auront repéré des symptômes

ou affections somatiques. Ceci pourrait contribuer à sous-estimer les problèmes de santé mentale parmi les catégories ouvrières et techniciens.

En effet ce gradient social est rarement retrouvé dans la littérature épidémiologique, en particulier, il n'est pas retrouvé dans l'étude Samotrace du DST où la prévalence du mal-être est du même ordre de grandeur selon la catégorie sociale [6]. Les données de cette enquête étaient recueillies auprès de salariés en CDI venus pour la visite périodique, en partie par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire rempli dans la salle d'attente du médecin du travail et que les cadres confrontés de plus en plus fréquemment à des facteurs psychosociaux voient une expression de leur souffrance mentale augmentait. Une étude est en cours pour comparer plus précisément les résultats de ces deux programmes.

De même, la prévalence de la dépressivité était plus élevée chez les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intermédiaires lors de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee [22]. Toutefois, il n'est pas exclu que la situation ait évolué depuis cette date. Ce résultat constaté lors des Quinzaines MCP sera à vérifier attentivement dans l'avenir.

Si l'on considère les catégories sociales au sein des secteurs d'activité, les hommes les plus concernés par la souffrance psychique sont les cadres du commerce (9,8 % en 2008), ceux de la production d'électricité, de gaz et d'eau (7,7 % en 2008), les professions intermédiaires de l'industrie du caoutchouc et des plastiques (3,7 % en 2007 et 4,4 % en 2008) les ouvriers de l'industrie chimique (2,8 % en 2007 et 2,2 % en 2008), ceux de l'industrie du caoutchouc et des plastiques (1,5 % en 2007 et 2,2 % en 2008).

Chez les femmes, ce sont les cadres les activités financières (12,1 % en 2007 et 7,3 % en 2008), les professions intermédiaires de l'industrie des activités électriques et électroniques (5,7 % en 2007 et 5,9 % en 2008), les employées de l'industrie de fabrication des équipements électriques et électroniques (4,7 % en 2007 et 5,2 % en 2008) qui arrivent en tête ; chez les ouvrières, c'est le secteur de l'industrie du cuir et de la chaussure (12,7 % en 2008).

Les facteurs organisationnels et relationnels sont bien évidemment retrouvés préférentiellement comme agents de la souffrance psychique. Il est important de souligner que pour certains autres groupes pathologiques (cardiologie, gastro-entérologie et troubles endocriniens et nutritionnels), cette part des facteurs organisationnels et relationnels est très importante (entre 88 et 96 %) ; une expression physique de cette souffrance n'est pas à exclure et peut correspondre à de la somatisation.

Il faut souligner dans le secteur de la finance, ces facteurs organisationnels et relationnels sont incriminés dans 23 % des MCP, en dehors de la souffrance psychique alors qu'ils ne représentent que 5 % dans les autres secteurs.

Limites des données produites par le programme MCP

Les prévalences produites par ce programme de surveillance permettent un état des lieux des MCP rencontrées par les médecins du travail dans la population des salariés actifs. Comme cela a été souligné plus haut, sont exclus de cette surveillance les salariés dont l'état de santé ne leur permet pas d'exercer leur activité professionnelle. De plus, les MCP enregistrées dans ce programme sont celles constatées lors de la visite médicale du travail : les pathologies à long temps de latence, qui surviennent après le départ en inactivité des salariés, alors qu'ils ne bénéficient plus d'aucune visite médicale du travail, sont *de facto* exclues. C'est pourquoi, les biais dans les estimations de prévalence de ces affections à caractère professionnel iraient plutôt dans le sens d'une sous-estimation.

Le calcul de prévalence est basé sur les visites médicales réalisées durant les Quinzaines MCP. Il est nécessaire de vérifier régulièrement si tous les secteurs d'activité inclus dans les effectifs des médecins du travail sont représentés lors des visites médicales des Quinzaines MCP. Globalement, pour les années 2006 et 2007, on note que tous les secteurs d'activité sont représentés lors de ces visites médicales. Certains d'entre eux sont plus fréquemment rencontrés qu'on ne pourrait s'y attendre, c'est le cas de l'industrie et des services aux entreprises et activités immobilières, alors que d'autres le sont au contraire moins fréquemment (administration et éducation – santé – action sociale).

En effet, la périodicité des visites médicales du travail est différente selon les risques auxquels sont soumis les salariés. C'est ainsi que les salariés exposés à des facteurs de risque répertoriés bénéficient d'une surveillance médicale renforcée (SMR) obligeant une visite médicale annuelle minimale, c'est le plus souvent le cas dans le secteur de l'industrie. Les autres salariés pour lesquels aucune SMR n'est prescrite, voient la périodicité de leurs visites médicales du travail plus espacées (tous les deux ans en principe). Par ailleurs, il faut noter le déficit de visites médicales du travail dans la fonction publique, où la médecine de prévention est organisée de manière sensiblement différente. On note une surveillance médicale très espacée en particulier dans la fonction publique d'état.

Les secteurs d'activité sont définis à partir des nomenclatures de la NAF et peuvent donc regrouper des salariés aux statuts divers ; c'est le cas par exemple du secteur administration et éducation – santé – action sociale, dont la sous-représentation provient essentiellement du déficit de salariés de l'éducation, alors que le secteur de la santé – action sociale est quant à lui relativement bien représenté.

Ce système étant basé sur un réseau de médecins du travail volontaires, il est nécessaire de vérifier régulièrement si les effectifs de salariés attribués aux médecins participants permet bien de couvrir l'ensemble des secteurs des régions incluses dans le réseau, ou si le volontariat n'entraîne pas de surreprésentation de certains secteurs d'activité.

Par ailleurs, on ne peut exclure que les médecins faisant preuve de volontariat pour contribuer à ce type de programme aient un profil particulier ne permettant pas de généraliser les observations qu'ils signalent. Toutefois, on remarque, sur l'ensemble de la période étudiée, qu'un grand nombre de médecins du travail des régions concernées ont participé au moins une fois à une Quinzaine MCP. Ce qui se traduit par un taux de médecins ayant participé à au moins une Quinzaine MC de plus de 50 %, le taux de participation annuel étant quant à lui autour de 33 %. Cette observation permet de penser qu'un effet « médecin volontaire » du fait d'un profil particulier ne peut être que très minime s'il existe.

Autres réseaux en santé au travail

Il est intéressant de rapprocher le programme MCP et son mode opératoire d'autres réseaux en santé au travail existant.

En France, deux réseaux ont été récemment mis en place par des structures différentes, dont les objectifs vont de la surveillance locale à la vigilance nationale.

Le dispositif **Evrest** [23] est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit par des médecins du travail d'une grande entreprise et des chercheurs, et décliné ensuite à d'autres services de santé au travail. Il recueille des informations sur le ressenti des travailleurs, leur santé et leurs conditions de travail. Il permet de traduire, au moins partiellement, et sous une forme standardisée adaptée à une exploitation quantitative, des informations recueillies au cours de leurs visites médicales. Il contribue à rendre visibles, au niveau collectif, certaines informations qui restent le plus souvent limitées au cadre du colloque singulier entre le salarié et le médecin.

Le dispositif vise d'une part à permettre à chaque médecin (ou à un groupe de médecins qui décideraient de se coordonner) de produire et exploiter l'ensemble de ses données pour enrichir la pratique de prévention et les réflexions sur le travail et la santé au niveau d'une collectivité de travail (entreprise, branche professionnelle...); d'autre part, une base nationale est constituée, à partir d'un échantillon de salariés (nés en octobre d'une année paire) recruté parmi les salariés vus en visite médicale du travail. Il est important de souligner que le lien entre la (les) pathologie(s) notifiée(s) et le travail n'est pas étudié.

RNV3P [24;25] : Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles est un réseau national de médecins spécialistes qui recense de façon systématique et standardisée l'ensemble des problèmes de santé au travail faisant l'objet de consultations de pathologie professionnelle en CHU. Les Centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) ont pour principale mission de mettre leur expertise au service des médecins du travail (55 % des consultations ont pour origine un médecin du travail), des médecins généralistes, des spécialistes, afin de les aider à mieux appréhender les problèmes de santé rencontrés chez des

travailleurs et pour lesquels une expertise est nécessaire (aptitudes au poste, devenir médical, aide à la constitution de dossier de réparation, suivi post-professionnel ou post-exposition, etc.)...

Les motifs de consultations sont dans 54 % des cas sur l'origine professionnelle de la pathologie présentée. Le RNV3P développe des méthodes statistiques propres destinées à mettre en lumière d'éventuels risques émergents ou peu connus [26;27], et à constituer ainsi un véritable outil de vigilance sur les risques professionnels. Toutefois, le RNV3P souhaite produire quelques indicateurs de surveillance des pathologies dont l'origine professionnelle est déjà documentée. Les populations sources d'où proviennent les consultants des CCPP n'étant pas définissables, le RNV3P pour pallier cette difficulté a imaginé d'avoir recours à quelques services de médecine du travail relativement proches des CHU dont certains médecins du travail volontaires signalent de façon exhaustive sur une année tous les problèmes de santé en lien avec le travail. Ces services ayant une bonne connaissance de leur population source, ces données devraient être utilisées pour connaître précisément la représentativité des données des CCPP [25].

En Europe

Trois systèmes de surveillance des maladies à caractère professionnel ont attiré notre attention dans trois pays d'Europe :

Grande-Bretagne [28] : Le programme de surveillance THOR (The Health and Occupation Reporting Network) de l'université de Manchester. Ce programme, existant depuis plusieurs années, s'appuie sur un réseau de médecins volontaires de spécialités différentes : médecins du travail (OPRA, Occupational Physicians Reporting Activity), psychiatres (SOSMI, Surveillance of Occupational Stress and Mental-illness), rhumatologues (MOSS, Musculoskeletal Occupational Surveillance Scheme), pneumologues (SWORD, Surveillance of Work-related & Occupational Respiratory Disease), dermatologues (EPIDERM, Occupational Skin Surveillance), et des médecins généralistes « formés » (THOR-GP, THOR in general practice). Environ 400 médecins du travail exercent en Grande-Bretagne. Par leur intermédiaire, le réseau de recueil des pathologies professionnelles (OPRA) a été élaboré [29]. Parmi l'ensemble des médecins du travail, 31 signalent chaque mois toutes les maladies d'origine professionnelle qu'ils ont observées ; les autres ne signalent que les maladies d'origine professionnelle qu'ils rencontrent pendant un mois chaque année.

Les taux d'incidence sont calculés en utilisant comme dénominateur le nombre de salariés de chaque grand secteur d'activité fourni par le « Labour Force Survey » (LFS).

Pour les années 2007-2008, la prévalence des maladies à caractère professionnel signalées est de l'ordre 2 %, celle des TMS autour de 0,6 % et celle de la souffrance psychique 0,8 % [30].

Norvège [31] : Depuis 1920, il existe un registre des maladies en lien avec le travail (Norwegian Labour Inspectorates (NLI's) Registry). Bien que ce soit une obligation pour les médecins de signaler les maladies professionnelles, seuls 3 % des médecins norvégiens en 2006 ont signalé des maladies à caractère professionnel. Parmi ces MCP, sont considérées comme maladies professionnelles réparables les troubles de l'audition, certaines pathologies pulmonaires ou cutanées. Ce « registre » de maladies à caractère professionnel est utilisé dans une perspective de surveillance (études épidémiologiques, ...), d'alerte et de prévention. Aucun résultat de prévalence ne peut être donné, faute de connaître la population source.

Hollande [32] : Depuis 1999, il existe une obligation légale pour les médecins de déclarer les maladies professionnelles, mais en fait, seuls les médecins du travail s'y plient. Cette obligation de déclaration a été faite dans un but de prévention, et non de réparation. Depuis 2 000, environ 6 000 déclarations ont été reçues au registre du Centre des pathologies professionnelles, mais une importante sous-déclaration a été constatée [32;33]. Mais là encore, aucun résultat de prévalence ne peut être donné, faute de connaître la population source.

Chacun de ces programmes ont leurs avantages et leurs limites. Les résultats de ce programme de surveillance des maladies à caractère professionnel seront comparés à ceux obtenus au niveau européen par les différents réseaux. En outre, une confrontation des résultats des programmes MCP, Evrest et RNV3P, programmes complémentaires fournissant des données sensiblement différentes, pourra être envisagée prochainement.

De plus, des travaux sont en cours au Département santé travail pour comparer ces résultats du programme MCP aux données de réparation des régimes de la Sécurité sociale. De même, une étude est en cours pour comparer les résultats sur la souffrance psychique au travers du programme MCP avec ceux du programme Samotrace, dont l'objectif est d'évaluer la fréquence des troubles de santé mentale en fonction de l'emploi et de l'exposition au risque professionnel [6;32].

6 Perspectives

Ce réseau MCP permet désormais une bonne connaissance des pathologies à caractère professionnel rencontrées parmi les salariés en activité et de les comparer au nombre de maladies ayant fait l'objet d'une réparation au titre des maladies professionnelles.

Ayant désormais un recul suffisant, il va être possible de suivre l'évolution des MCP dans leur ensemble, et par type de pathologies.

Avec l'extension à de nouvelles régions, le nombre de salariés suivis deviendra de plus en plus important, et donc les analyses plus détaillées notamment en termes de secteur d'activité et de catégorie sociale, et de croisement secteur d'activité – catégorie sociale pourront être réalisées.

De par le renouvellement des médecins participants, il semble que l'effet médecin est relativement limité. Néanmoins, des analyses complémentaires pourront être faites en excluant de l'analyse les médecins qui signalent davantage que les autres. De même au niveau national, les résultats pourraient être redressés en fonction des secteurs d'activité. Au sein de ce réseau de médecins du travail, des études seront entreprises pour étudier la démarche qui amène le médecin du travail à imputer à l'activité professionnelle les affections observées.

En juillet 2011, la loi réformant la médecine du travail a été votée. Cette loi renforce la pluridisciplinarité et confie aux services de santé au travail des missions incombant précédemment aux médecins du travail. Ceci pourrait être en mesure de modifier sensiblement les modalités de fonctionnement du programme avec la nécessité d'impliquer plus avant les autres professionnels de santé et de solliciter un engagement des services. Toutefois, le principe doit rester identique : enregistrer des pathologies issues de la clinique médicale du travail. Le nouvel article L.4622-2 du Code du travail réformant la médecine du travail stipule que :

« Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils :

1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

7 Conclusion

Ce programme, grâce à la mobilisation d'un réseau de médecins du travail et une animation régionale rigoureuse par les médecins inspecteurs du travail, permet de produire des résultats inédits. Répétées régulièrement, les « Quinzaines MCP » fournissent des données inédites sur la fréquence des manifestations pathologiques en lien avec le travail chez les salariés actifs et d'en suivre l'évolution. Elles contribuent également d'évaluer l'ampleur de la sous réparation des pathologies susceptibles d'être reconnues au titre des tableaux de MPI.

Au cours de ces trois années, environ 1 360 médecins du travail ont participé aux Quinzaines MCP.

Les secteurs les plus concernés pour les TMS sont la construction et l'industrie chez les hommes et les secteurs de l'industrie, de la santé, des services aux particuliers et du commerce chez les femmes. Pour la souffrance psychique, le secteur de la finance et des assurances est particulièrement concerné, chez les hommes comme chez les femmes. Il est important de noter l'existence d'un gradient décroissant des cadres vers les ouvriers pour ce problème de santé.

Les résultats rapportés dans ce rapport montrent l'importance des maladies à caractère professionnel : plus de 6 % des salariés exercent leur activité sans aménagement de poste alors qu'ils souffrent de pathologies en lien avec le travail effectué.

La double compétence (médicale et expert de l'analyse du risque professionnel) du médecin du travail lui permet de porter un jugement d'imputabilité au travail tout à fait argumenté. C'est pourquoi ce programme repose sur un réseau de médecins du travail volontaires, dans le cadre de leur exercice habituel, s'appuyant sur les conclusions des visites médicales du travail. Ceci permet une mise en lumière des pratiques individuelles de terrain de chaque médecin du travail volontaire. Ainsi, la médecine du travail française contribue activement à la veille sanitaire et à la surveillance épidémiologique. De plus, la participation à ce programme de surveillance leur permet de valoriser leur activité clinique et leur connaissance du milieu du travail, de s'interroger sur leur pratique professionnelle, d'être partie prenante d'un système national de veille sanitaire et en s'appropriant les résultats nationaux et régionaux et d'adapter leur exercice à leur propre environnement.

L'extension à l'ensemble des régions françaises est prévue dans le second Plan santé travail 2010-2014. Elle nécessitera toutefois que les moyens nécessaires à l'animation des réseaux y soient consacrés. En 2012, 15 régions déclineront ce programme : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, PACA, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes.

Force est de constater que les résultats régionaux issus des données de ce programme sont autant d'éléments permettant de repérer d'éventuelles spécificités régionales. C'est pourquoi cette action est inscrite dans de nombreux Plans régionaux de santé au travail (PRST) et suivie par les différents acteurs de la prévention des

risques professionnels au niveau régional (Aract – Association régionale pour l’amélioration des conditions de travail, Carsat – Comité régional de prévention des risques professionnels...).

Références bibliographiques

- [1] NIOSH. Worker health, Chartbook, 2004. Atlanta : NIOSH; 2004.
- [2] HSE. Health and safety statistics highlights 2006-2007 [Internet]. Sudbury : HSE; 2007 [consulté le 01/04/2012].
Disponible à partir de l'URL : <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0607.pdf>
- [3] Imbernon E, Goldberg M. Surveillance épidémiologique des risques professionnels: pourquoi et comment? Bull Epidemiol Heb 2006;(46-47):356-8.
- [4] INRS. Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale [Internet]. Paris : INRS [consulté le 01/04/2012].
Disponible à partir de l'URL : <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?>
- [5] Ha C, Touranchet A, Pubert M, Roquelaure Y, Goldberg M, Imbernon E. Les semaines des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire. Arch Mal Prof Environ 2007;68:223-32.
- [6] Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. Bull Epidemiol Heb 2009;(25-26):265-9.
- [7] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan Santé travail 2010-2014 [Internet]. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé;2010 [consulté le 01/04/2012].
Disponible à partir de l'URL :
http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf
- [8] Ha C, Roquelaure Y, Touranchet A, Leclerc A, Imbernon E, Goldberg M. Le réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire : objectifs et méthodologie générale. Bull Epidemiol Heb 2005;(44-45):219-21.
- [9] Goldberg M, Imbernon E, Rolland P, Gilg Soit Ilg A, Savès M, de Quillac A, et al. The French national mesothelioma surveillance program. Occup Environ Med 2006;63(6):390-5.
- [10] Gilg Soit Ilg A, Goldberg M, Rolland P, Chamming's S, Ducamp S, Gramond C, *et al.* Programme national de surveillance du mésothéliome - Principaux résultats 1998-2006. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire;2009.
- [11] Luce D, Fevotte J, et le groupe de travail Matgéné. Matrices emplois-expositions en population générale. État d'avancement - Septembre 2005. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire;2006.
- [12] Geoffroy-Perez B, Imbernon E, Goldberg M. Projet Cosmop : Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession - Premiers résultats de l'étude de faisabilité à partir de l'Échantillon démographique permanent. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire;2005.
- [13] Ha C, Pubert M, Touranchet A. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de la Loire - La prévalence des maladies à caractère professionnel (MCP) Résultat des trois premières "Semaines des MCP" Octobre 2003, avril et octobre 1004. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire;2006.

- [14] Insee. Nomenclatures d'activités et de produits françaises : NAF rév.1- CPF rév.1. Paris: Insee édition;2003
- [15] Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième Révision. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1993
- [16] Insee. Professions et Catégories Socioprofessionnelles CSP-2003 [Internet]. Paris : Insee [consulté le 01/04/2012].
Disponible à partir de l'URL :
http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/nomenclatures/prof_cat_soc/pages/CSP.htm
- [17] Bouyer J, Hemon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel B, et al. Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives. Paris: Les Editions Inserm;1994.
- [18] Fevotte J, Pilorget C, Luce D. Recommandations pour le codage des emplois dans le cadre d'études épidémiologiques. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire;2006
- [19] Carton M, Santin G, Geoffroy-Perez B, Chanut A. Contributions des variables annexes au codage des libellés de profession par le logiciel Sicore [Internet]. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. [consulté le 01/04/2012]
Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/note_sicore/note_sicore_complet.pdf
- [20] Penven E, Thaon I, Latchmun P, Marguet G, Valenty M. Comparaison des systèmes de surveillance des maladies d'origine professionnelle MP indemnisées et MCP. L'exemple des troubles musculo-squelettiques. Besançon : Direccte Franche-Comté ; 2010. [consulté le 01/04/2012]
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Publications>
- [21] Rivière S, Chevalier A, Penven E, Cadéac-Birman H, Valenty M. Approche de la sous réparation des TMS à travers a comparaison des maladies à caractère professionnel (MCP) et des maladies professionnelles reconnues du régime général. Arch Mal Prof Environ 2010;71:461.
- [22] Cohidon C, Santin G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire;2007.
- [23] Leroyer A, Molinié AF, Buisset C, Archambault C, Volkoff S. Mise en place d'un observatoire par questionnaire en santé au travail : le dispositif EVREST. Santé Publique 2008;20(Suppl.3):S49-S56.
- [24] De Clavière C, Faye S, Gonon S, Nérière-Catelinois E, Philippe S. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles - Rapport d'activité 2008-2009. Maisons-Alfort: Anses; 2010.
- [25] De Clavière C, Faye S, Gonon S, Nérière-Catelinois E, Philippe S. RNV3P - Rapport d'activité 2008-2009. Maisons-Alfort: Anses; 2010.
- [26] Bonnetterre V, Faisandier L, Bicout DJ, Bernardet C, Piollat J, Ameille J, *et al.* Programmed health surveillance and detection of emerging diseases in occupational health: contribution of the French national occupational disease surveillance and prevention network (RNV3P). Occup Environ Med 2010;67(3):178-86.

- [27] Faisandier L, Bonneterre V, de Gaudemaris R, Bicout DJ. Occupational exposome: A network-based approach for characterizing Occupational Health Problems. *J Biomed Inform* 2011;44(4):545-52.
- [28] Centre for Occupational and Environmental Health. THOR: The Health and Occupation Reporting Network [Internet]. Manchester: Centre for Occupational and Environmental Health;[sans date] [consulté le 01/04/2012]
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.medicine.manchester.ac.uk/oeh/research/thor/>
- [29] Centre for Occupational and Environmental Health. Occupational Physicians Reporting Activity (OPRA) [Internet]. Manchester : Centre for Occupational and Environmental Health; [sans date]. [consulté 01/04/2012].
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.medicine.manchester.ac.uk/oeh/research/thor/schemes/opra/>
- [30] HSE. Health and safety - Statistics 2007/08 [Internet]. Sudbury : HSE; 2008. [consulté le 01/04/2012].
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0708.pdf>
- [31] Samant Y, Parker D, Wergeland E, Wannag A. The Norwegian Labour Inspectorate's Registry for Work-Related Diseases: Data from 2006. *J Occup Environ Med* 2008;14:272-9.
- [32] Spreuwers D, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, de Wilde NS, Braam I, Willemse Y, et al. Sentinel Surveillance of Occupational Diseases: A Quality Improvement Project. *Am J Ind Med* 2008;51(11):834-42.

Annexe 1 : Note d'information collective

Quinzaine maladies à caractère professionnel (MCP)

NOTE
D'INFORMATION
COLLECTIVE

Dans le cadre de ses missions, l'Institut de veille sanitaire (InVS) contribue à l'amélioration des connaissances ainsi qu'à la surveillance des accidents du travail, des maladies à caractère professionnel et des risques sanitaires en milieu du travail (loi du 9 août 2004 du code de la santé publique, article 15-alinéa 6).

Afin de mieux connaître l'état de santé des travailleurs salariés, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), en collaboration avec l'InVS, propose un renforcement de la veille sanitaire au travers de l'observation des maladies à caractère professionnel en s'appuyant sur les médecins du travail de la région.

Aujourd'hui, certaines maladies professionnelles, conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle, sont reconnues et indemnisées dans le cadre de tableaux de maladies professionnelles indemnisables existants. Ces tableaux sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'apparition ou d'une meilleure connaissance des risques (ajout de nouveaux tableaux, modification des tableaux existants). Il est donc nécessaire de mieux connaître les maladies et les risques susceptibles de survenir dans le milieu professionnel pour faire évoluer ces tableaux.

Pour cela, le législateur a imaginé un dispositif de déclaration par les médecins du travail des affections qu'ils rencontrent au cours de leur exercice et dont ils jugent qu'elles pourraient être imputables au travail.

**NOUS VOUS
INFORMONS QUE
VOUS CONSULTEZ
PENDANT UNE
« QUINZAINE MCP »**

L'InVS et l'Inspection médicale du travail ont mis au point un recueil basé sur un réseau de médecins du travail pour signaler de manière anonyme toutes les MCP rencontrées au cours des visites de médecine du travail pendant des périodes de 15 jours, « les Quinzaines MCP ». La meilleure connaissance de ces maladies permettra d'améliorer la prévention en matière de santé au travail.

Les résultats de ces « Quinzaines MCP » seront restitués sous forme de tableaux statistiques synthétiques et agrégés, aux niveaux régional et national, de façon à ce qu'aucun d'entre vous ne puisse être identifié.

L'InVS a obtenu l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés pour réaliser cette étude.

Loi du 9 août 2004 du code de la santé publique, article L1413-4 : les services de santé au travail ou, pour les données personnelles de santé, les médecins du travail fournissent à l'Institut les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, dans les conditions de confidentialité mentionnées à l'article L. 1413-5. Pour améliorer la connaissance et la prévention des risques sanitaires en milieu du travail, les entreprises publiques et privées fournissent également à l'Institut, à sa demande, toutes informations nécessaires à l'exercice de ses missions. L'Institut contribue à la mise en place, dans ces entreprises, de surveillances épidémiologiques en lien notamment avec les services de santé au travail. (...)

Article L1413-5 : à la demande de l'InVS, lorsqu'il s'avère nécessaire de prévenir ou de maîtriser des risques pour la santé humaine, toute personne physique ou morale est tenue de lui communiquer toute information en sa possession relative à de tels risques. L'Institut accède, à sa demande, aux informations couvertes par le secret médical ou industriel dans des conditions préservant la confidentialité de ces données.

Merci de votre collaboration



Annexe 2 : Tableaux de bord 2007 et 2008

2007

Tableaux de bord de la "Quinzaine MCP" (Ensemble de toutes les visites médicales pendant la "Quinzaine MCP")

Nom du médecin :
 Département :
 Numéro du service : (sur 3 positions)
 Type de service :
 Numéro du médecin : (sur 4 positions)
 ETP (en %) :

* VP : périodique ; VE : d'embauche ; VR : de reprise ; VPR : de pré-reprise ; VD : visite à la demande du salarié, de l'employeur, d'un médecin.

N°	Date jour/mois/année	Type de visite* (VP, VE, VR, VPR, VD)	Sexe (H/F)	Année de naissance	Profession en clair (préciser la qualification)	Code PCS à 2 chiffres	Code NAF entreprise	Signalement MCP Oui=1 / Non=0
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

2008

Tableaux de bord de la "Quinzaine MCP" (Ensemble de toutes les visites médicales pendant la "Quinzaine MCP")

Nom du médecin :
 Département :
 Numéro du service : (sur 3 positions)
 Type de service : SIE / SE (service inter-entreprise / service d'entreprise)
 Numéro du médecin : (sur 4 positions)
 ETP (en %) :

* Type de visite - VP : périodique ; VE : d'embauche ; VR : de reprise ; VPR : de pré-reprise ; VD : visite à la demande du salarié, de l'employeur, d'un médecin.

** Classification professionnelle

1 : manœuvre ou ouvrier spécialisé ; 2 : ouvrier qualifié ou ouvrier hautement qualifié ou technicien d'atelier ; 3 : agent de maîtrise ; 4 : directeur général ou adjoint direct au directeur instituteur, assistante sociale, infirmière et autres personnels de catégorie B de la fonction publique ; 7 : ingénieur ou cadre ; 8 : professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique ; 9 : autres ; (ou blanc) : manquant

*** Statut entreprise - 1 : état ; 2 : collectivités territoriales, HLM, hôpitaux ; 3 : sécurité sociale ; 4 : entreprises publiques nationalisées ; 5 : privé ; (ou blanc) : manquant

N°	Date jj/mm/aaaa	Type de visite* (VP, VE, VR, VPR, VD)	Périodicité théorique Visite Systématique (0.5 an, 1 an, 2 ans, 5 ans)	Sexe (H/F)	Année de naissance	Type de contrat (CDI, CDD, intérim, autre (stagiaire, apprenti...))	Profession en clair (préciser la qualification)	Classification professionnelle** (0-9)
1								
2								
3								
4								

TYPE DE CONTRAT : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> INTERIM <input type="checkbox"/> AUTRE	CLASSIFICATION PROFESSIONNELLE (Code au dos) : _ _
Profession (préciser le mieux possible) : _ _ _ _	
Décrire les tâches ou activités que le salarié doit accomplir au cours d'une journée de travail typique :	
ENTREPRISE Nom et Adresse (facultatif, uniquement pour le Mirtmo)	
Département : _ _ Secteur d'activité (Code NAF) : _ _ _ _ STATUT DE L'ENTREPRISE (Code au dos) : _ _	
NOM DU MEDECIN DECLARANT :	
SIGNATURE ET CACHET :	
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Date : _ _ _ _ 20 _ _

Conserver une copie de cette déclaration.

Statut de l'Entreprise

- 1 : état
- 2 : collectivités territoriales, HLM, hôpitaux
- 3 : sécurité sociale
- 4 : entreprises publiques nationalisées
- 5 : privé
- (ou blanc) : manquant

Classification professionnelle du Salarié

- 1 : manœuvre ou ouvrier spécialisé
- 2 : ouvrier qualifié ou ouvrier hautement qualifié ou technicien d'atelier
- 3 : agent de maîtrise
- 4 : directeur général ou adjoint direct au directeur
- 5 : technicien, dessinateur, VRP
- 6 : instituteur, assistante sociale, infirmière et autres personnels de catégorie B de la fonction publique
- 7 : ingénieur ou cadre
- 8 : professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique
- 9 : employés de bureau, de commerce, agents de service, aides soignantes, gardiennes d'enfants, personnels de catégorie C ou D de la fonction publique
- 0 : autres
- (ou blanc) : manquant

Annexe 5 : Thésaurus des agents d'exposition professionnelle

Facteurs organisationnels et relationnels		
100	Horaires et durée de travail	<p>Durée variable de travail hebdomadaire Travail posté Travail dimanche ou jours fériés (même occasionnellement) Travail samedi (même occasionnellement) Travail la nuit (même occasionnellement) Choix ou non des horaires Repos ou non d'au moins 48 heures consécutives Connaissance ou non des horaires de travail des jours ou semaines à venir Travail plus longtemps que l'horaire officiellement prévu Astreintes Temps partiel imposé</p>
101	<p>Organisation du temps dans le travail :</p> <p>Rythme Cadence Surcharge</p> <p>N.B. A distinguer des gestes répétitifs : code 207 (contraintes posturales et articulaires)</p>	<p>Rythme de travail imposé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce la cadence automatique d'une machine d'autres contraintes techniques la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues des normes de production ou des délais, à respecter une demande extérieure les contrôles ou surveillances permanents un contrôle ou un suivi informatisé <p>Pas de possibilité d'interrompre momentanément le travail quand on le souhaite</p> <p>Surcharge de travail</p> <p>Devoir emporter du travail chez soi en raison de la charge de travail</p> <p>Être obligé de se dépêcher</p> <p>Occuper différents postes ou fonctions (polyvalence)</p> <p>Devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue</p> <p>Ne pas avoir la possibilité de faire varier les délais fixés</p> <p>Organisation du travail, surmenage Obligation d'objectif</p>
102	<p>Faibles marges d'initiative Faible latitude décisionnelle</p>	<p>Ne pas pouvoir régler personnellement un incident survenu au cours du travail</p> <p>Ne pas pouvoir changer l'ordre des tâches à accomplir pour mener à bien le travail</p> <p>Conséquences importantes des erreurs dans son travail (en termes de qualité du produit ou du service, de coûts financiers, de sécurité, de sanctions à son égard)</p> <p>Devoir rendre compte de son activité par écrit</p>

103	Dysfonctionnement managérial / Problème de collectif de travail	Défaut d'encadrement ou de soutien social Défaut de communication Management par le stress Ne pas pouvoir discuter facilement avec ses supérieurs hiérarchiques ou ses collègues Ne pas avoir des informations claires et suffisantes pour effectuer le travail Ne pas avoir un nombre suffisant de collègues ou de collaborateurs Ne pas avoir la possibilité de coopérer Ne pas avoir des moyens matériels suffisants et adaptés Ne pas avoir une formation suffisante et adaptée Trop de responsabilité ; travailleur isolé
104	Contacts avec le public et les usagers	Vivre des situations de tension dans ses rapports avec le public ou les usagers Être exposé à un risque d'agression verbale de la part du public ou des usagers Être exposé à un risque d'agression physique de la part du public ou des usagers
105	Facteurs économiques et sociaux	Restructuration de l'entreprise / Changement d'organisation Difficultés liées à un changement d'emploi Difficultés liées à la menace de perte d'emploi Conflits sociaux majeurs Fusion / Rachat / Changement de poste / Grève
106	Violence psychologique	Critiques permanentes Harcèlement moral invoqué Mise au placard Ordres contradictoires Non reconnaissance du travail Agressions verbales répétées Conflit interpersonnel Harcèlement sexuel et harcèlement sexuel invoqué
107	Violence physique	Coups et menaces de coups Hold-up, braquage
108	Décès dans l'entourage professionnel	Suicide d'un individu de l'entourage professionnel ou décès suite à un accident du travail
199	Facteurs organisationnels et relationnels sans autre précision, trajet domicile-travail, trajet professionnel usure professionnelle	

Ambiances et contraintes physiques		
200	Nuisances sonores	Bruit de niveau supérieur à 85 décibels Bruit comportant des chocs, des impulsions Autre bruit gênant pour le salarié Ultra - sons
201	Nuisances thermiques	Travail à l'extérieur, exposé aux intempéries Travail au froid (< +15° C) Travail au chaud (> +24° C) Travail en milieu humide
202	Radiations / rayonnement	Radiations ionisantes Radiations non ionisantes
203	Air et espace contrôlés	Salle blanche Ambiance hyperbare Locaux climatisés Espace confiné
204	Contraintes visuelles travail sur Ordinateur	Travail sur écran Travail avec appareils optiques (binoculaire, microscopique, autres) Autre travail de précision associant contraintes visuelles et posturales
205	Manutention manuelle de charges (définition européenne – directive CEE du 29 mai 1990 – annexe I) ou de personnes	Toute opération de transport ou de soutien d'une charge, par un ou plusieurs travailleurs, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement d'une charge qui, du fait de ses caractéristiques ou de conditions ergonomiques défavorables, comporte des risques, notamment dorsolombaires, pour les travailleurs.
206	Contraintes posturales et articulaires	Position debout ou piétinement Déplacement à pied dans le travail Position à genoux Position fixe de la tête et du cou Maintien de bras en l'air Autres contraintes posturales (posture accroupie, en torsion, etc.) Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée Travail de force, vissage de force, Martelage, Tuyau, pistolet
207	Travail avec machines et outils vibrants	Outils transmettant des vibrations aux membres supérieurs (tronçonneuse, meuleuse, clef à choc, marteau piqueur, etc.) Vibrations créées par des installations fixes (concasseur, table vibrante, presse, malaxeur)
208	Conduite	Conduite de machine mobile sur le lieu de travail (engin de chantier, chariot automoteur, etc.) Conduite sur la voie publique (automobile, camion, autocar, autobus, ambulance, etc.)
209	Protection individuelle	Gant en latex, bouchon d'oreille, port de chaussures de sécurité, masque d'hygiène ...
210	Tabagisme	
299	Ambiances et contraintes physiques sans autre précision	

Exposition à des agents biologiques		
300	Exposition à des agents biologiques Micro-organismes	<p>Agents biologiques à la base du processus : Micro-organismes naturels ; micro-organismes génétiquement modifiés ; risque infectieux ; risque toxinique, risque immuno-allergique.</p> <p>Travail en milieu de soins, en secteur social ou au contact d'un réservoir humain : Possibilité de contamination respiratoire par aérosol ; exposition à des liquides et tissus biologiques.</p> <p>Travail en contact d'un réservoir animal : Contact direct avec animaux, risque de morsure, blessure, griffure ; exposition par gestes invasifs, exposition aux déjections, aérosols, exposition aux liquides ou tissus biologiques.</p> <p>Secteur de l'assainissement et de la maintenance : Élimination des déchets, station d'épuration, égouts et fosses septiques, maintenance de climatisation, tours réfrigérantes, laboratoires d'analyses environnementales.</p> <p>Processus industriels associant production de poussières organiques et humidification (textile, papier, bois)</p> <p>Agroalimentaire Laboratoire d'agroalimentaire, industrie agroalimentaire.</p>

Exposition aux agents chimiques		
400	Acides	Acide cyanhydrique et dérivés minéraux Acides minéraux (chlorhydrique, sulfurique, nitrique, phosphorique, fluorhydrique, ...) Acides organiques (acétique, formique, maléique, lactique...)
401	Bases	Bases fortes (notamment exposition à des vapeurs de soude, de potasse...); ammoniac et solutions aqueuses.
402	Carburants	Essence automobile et autres carburants (fuel, gazole, kérosène...).
403	Composés organiques volatils	Aldéhydes (formaldéhyde, glutaraldéhyde, aldéhyde acétique, acroleïne, formol, ...) Amines (aliphatiques, aromatiques) Dérivés halogénés et/ou nitrés (sauf produits phytosanitaires) (hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés; phénols et dérivés halogénés et/ou nitrés; polychlorobiphényles (PCB) et polybromodiphényles (PBB). Nitrosamines (sauf fumées de vulcanisation)
404	Fibres	Amiante, fibres céramiques, autres fibres minérales artificielles (verre, roche, laitier, carbone, laine de verre...)
405	Fluides de lubrification et de refroidissement	Fluides aqueux (émulsions, solutions); huiles entières minérales; huiles entières synthétiques. Huile de coupe, lubrifiants
406	Gaz et fumées	Matières plastiques / caoutchouc Fumées de dégradation thermique des matières plastiques, fumées de vulcanisation Métalliques (fumées de soudage d'éléments métalliques) Moteurs thermiques (gaz d'échappement) Fumées dégagées par les procédés dans la métallurgie et l'électrometallurgie. Fumées dégagées par la combustion de végétaux
407	Halogènes	Brome, chlore, iode, fluor, ... Chloramines, piscines
408	Matières plastiques Résines Caoutchouc naturel ou artificiel	Plastifiants, résines acryliques, résines aminoplastes et phénoplastes, résines époxydiques, résines polyesters, résines polyuréthanes, résines diverses tuyau caoutchouc, pneu
409	Médicaments (usage et fabrication)	Cytostatiques Médicaments allergisants pour les salariés les manipulant
410	Métaux, métalloïdes, dérivés	Métalloïdes (arsenic et dérivés) Métaux (cadmium et dérivés, carbures métalliques frittés, chrome et dérivés, cobalt et dérivés, nickel et dérivés, nickel et dérivés, oxyde de fer, plomb et dérivés, autres métaux et dérivés (mercure, vanadium, aluminium, béryllium, ...)
411	Oxydants	Oxyde d'éthylène, ozone, persulfates de sodium et d'ammonium (notamment dans les produits capillaires), oxydants autres (eau oxygénée, eau de javel, peroxyde de benzoyle, de méthyléthylcétone, ...)
412	Poussières	Poussières animales (cuir, laine, plumes, duvet,...) Poussières de bois (bois bruts, stratifiés, contreplaqués, médium, ...) Poussières végétales (coton, cisal, compost, tourbe, céréales, farine, sucre,...) Tilleul camomille, agrumes, fabrication filtre à air (papier) Silice cristalline, Sable Autres poussières minérales (engrais, terres rares,...)
413	Produits phytosanitaires	Fongicides Herbicides Insecticides

414	Solvants	Alcools Cétones éthers de glycol Hydrocarbures aliphatiques Hydrocarbures aromatiques Hydrocarbures chlorés Hydrocarbures pétroliers Hydrocarbures terpéniques Autres solvants Diluant, phenols
415	Liants	Ciment
416	Produits carbonés	Goudrons de houille et dérivés, bitumes et brais de pétrole
417	Tensioactifs	Anioniques, cationiques et non ioniques Savons
418	Désinfectants	
419	Détergents	Détergents Décapants Produits ménagers ; Détartrants
420	Peinture	Peinture, Vernis, Cire, Encre
421	Colles	
499	Exposition à des agents chimiques sans autre précision, mousse chauffée	

Annexe 6 : Définition des groupes pathologiques (sauf souffrance psychique et addictologie)

Groupe	Pathologie	Code CIM10
Troubles musculo-squelettiques (TMS)	Syndrome de traversée thoracobrachiale	G540
	Paralysie du grand dentelé / maladie du Parsonage et Turner	G545
	Compression étagée nerfs Membre supérieur sup	G552
	Syndrome du canal carpien	G560
	Lésion du nerf cubital	G562
	Lésion du nerf radial	G563
	Mononévrite du membre supérieur sans précision	G569
	Maladie de Morton	G57
	Subluxation d'une articulation	M243
	Atteinte d'un disque cervical avec radiculopathie	M501
	Hernie cervicale sans radiculopathie	M502
	Atteinte d'un disque cervical sans radiculopathie	M509
	Atteinte d'un disque lombaire avec radiculopathie	M511.
	Lumbago du à une hernie discale	M512.
	Atteinte d'un disque intervertébral précisé ou non	M513 / M519.
	Syndrome cervico-brachial	M531
	Coccycodynie	M533
	Cervicalgie	M542
	Sciatique	M543
	Lumbago avec sciatique	M544
	Lombalgie basse	M545
	Rachialgies dorsales	M546
	Dorsalgies sans précision, mal de dos	M549
	Rupture du biceps droit	M621.
	Contracture musculaire	M624
	Doigt à ressort	M653
	Tenosynovite chronique sténosante du Pouce (De Quervain)	M654
	Autres synovites et ténosynovites	M658
	Déchirure spontanée des tendons extenseurs ou fléchisseurs	M662 / M663
	Atteinte précisée de la synoviale et du tendon	M678
	Bursite de la main, du coude ou du genou	M701/M703/M705
	Kyste poplité	M712
	Autres kystes	M713.
	Bursite du pied	M7197
	Affections fibroblastiques	M720
	Douleur des plantes de pieds	M722
	Capsulite rétractile de l'épaule / périarthrite	M750
	Syndrome de la coiffe des rotateurs	M751
	Tendinite de l'épaule	M752
	Tendinite calcifiante de l'épaule	M753
	Autres lésions de l'épaule ou sans précision	M758 / M759
	Tendinite région fessière	M760
	Tendinite rotulienne ou du tendon d'Achille	M765 / M766
	Tendinopathie de la hanche	M7685
	Epitrochléite / Epicondylite	M770 / M771
	Périarthrite du poignet	M772
	Exostose calcanéenne ou autre enthésopathie du pied	M773 / M775
	Autres enthésopathies	M778.
	Paresthésies cutanées	R202.

Groupe	Pathologie	Code CIM10	
Arthrose	Polyarthrose	M159	
	Coxarthrose	M169	
	Gonarthrose	M179	
	Arthrose de la 1 ^{ère} articulation carpo-métacarpienne	M189	
	Autres arthroses	M199	
	Autre affection de l'appareil locomoteur	Spondylarthrose	M47.
		Dysfonctionnement des articulations temporo-mandibulaires	K076
		Arthropathie psoriasique	M07.
		Autres arthrites	M13.
		Déformation des doigts	M200
		Hallux valgus ou pied plat	M201 / M214
		Lésions articulaires	M22. / M25.
		Lésions genou	M23.
		Lésions ligamentaires (à l' exclusion du genou)	M242
		Raideur articulaire	M245
		Scoliose	M41
		Spondylolisthesis	M431
Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies		M45. / M48.	
Myalgie, névralgie ou névrite sans précision, douleur au niveau d'un membre ou affection non précisée des tissus mous		M79.	
Fracture de fatigue		M84.	
Ostéonécrose		M87.	
Algoneurodystrophie		M89	
Maladie de Kienbock	M931		
Crampes et spasmes	R25.		
Syndrome du marteau hypothénar	T752		
Troubles de l'audition	Pertes de l'audition	H91.	
	Otalgies	H92	
	Acouphènes	H931	
	Hyperacousie	H932	
Cardiologie	Hypertension artérielle	I10.	
	Cardiopathie hypertensive	I11	
	Angine de poitrine	I20.	
	Infarctus aigu du myocarde	I21.	
	Cardiopathie ischémique chronique	I25.	
	Troubles du rythme cardiaque	I47.	
	Autres arythmies cardiaques	I49.	
	Hémorragies méningées	I60.	
	Accident vasculaire cérébral	I64.	
	Artériopathie	I77	
	Hypotension	I95.	
	Anomalies du rythme cardiaque	R00	
	Douleur précordiales	R072	
	Syncopes et collapsus	R55	

Groupe	Pathologie	Code CIM10	
Allergies respiratoires et oculaires	Inflammation de la paupière	H01.	
	Conjonctivite	H10.	
	Laryngite et trachéite aiguës	J04.	
	Rhinite allergique	J30.	
	Rhinite / Pharyngite chroniques	J31.	
	Sinusite chronique	J32	
	Autres maladies du nez et des sinus	J34.	
	Nodules cordes vocales / aphonie	J38	
	Autres maladies des voies respiratoires	J39.	
	Bronchites	J40.	
	Bronchites chronique, irritatives, allergiques	J42	
	Emphyseme pulmonaire	J43	
	Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques	J44.	
	Asthme	J45.	
	Bronchectasie	J47.	
	Silicose	J628	
	Pneumopathie d'hypersensibilité	J67	
	Syndrome d'intolérance aux odeurs chimiques, aux émanations de fumées et de gaz	J68.	
	Toux	R05.	
	Anomalies de la respiration	R06.	
	Syndrome obstructif	R942A	
	Brulures cutanées	T30	
	Œdème de Quincke	T783	
	Infectieux	Tourista	A09
		Tuberculose	A15.
		Leptospirose	A27
		Lésions cutanées	A31
		Coqueluche	A37.
		Staphylococcie	A49
		Maladie de Lyme	A692
		Fièvre Q	A78
		Zona	B02
		Hépatite virale	B18. / B19.
		Hépatite a cytomégalovirus	B251
		Paludisme	B509
		Gale	B86
		Infection sous cutanée	B95
		Orgelets	H00
		Pneumopathie virale ou à micro-organisme	J12. / J18.
		Chlamydiae pneumopathie	J16
		Bronchite infectieuse	J20
Phlegmon amygdalien		J36	
Phlegmon de l'orteil		L03	
Lésions infectieuses cutanées		L088	
Toxicologie		Syndrome psycho-organique aux solvants	F079
		Autres affections respiratoires dues à des agents chimiques, des émanations, des fumées et des gaz	J688
		Plaque pleurale	J92.
		Lésion nodulaire pleural	J948
		Hépatite toxique / chronique	K71
		Maladie toxique du foie	K712
		Perturbation biologique hépatique	R74
		Présence d'un taux anormalement élevé de métaux lourds dans le sang	R787
	Effet toxique de substances corrosives	T52	
	Fièvre des fondeurs	T56	

Groupe	Pathologie	Code CIM10	
Endocrinologie-Nutrition	Hypothyroïdie	E03.	
	Autres affections de la thyroïde	E07	
	Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	
	Diabète	E14	
	Obésité	E669	
	Hypercholestérolémie	E78	
	Amaigrissement	R634	
	Prise de poids anormal	R635	
	Hyperglycémie	R73	
	Gastro-entérologie	Reflux gastro-œsophagien	K219
		Ulcère de l'estomac ou du duodénum	K25. / K26.
		Dyspepsie	K30.
		Maladie de Crohn	K509
		Rectocolite hémorragique	K51.
Autres troubles fonctionnels de l'intestin		K59.	
Douleurs abdominales et pelviennes		R10.	
Vomissements		R11	
Troubles du transit		R194	
Hernie		Toutes les hernies de la paroi abdominale	K46.
Neurologie		Maladie de Parkinson	G21
	Dystonie	G24	
	Sclérose en plaques	G35	
	Epilepsie	G40	
	Migraine ophtalmique	G43	
	Apnée du sommeil	G473	
	Céphalée	R51	
	Affections cutanées	Verrues d'origine virale	B07.
		Dermatophytose	B35.
		Otite externe	H605
		Dermite atopique	L20.
Dermite allergique de contact		L23.	
Dermite irritante de contact		L24.	
Dermite de contact sans précision		L25.	
Prurit		L29	
Autres dermites		L30.	
Psoriasis		L40.	
Urticaire		L50.	
Coup de soleil		L55	
Lésion pigmenté du cuir chevelu		L56	
Modifications de la peau dues à une exposition chronique aux rayonnements non ionisants		L57.	
Maladies des ongles		L60.	
Pelade		L63.	
Acné		L70.	
Erythrose, acné rosacée		L71	
Cors et durillons		L84 / L85	
Lésion granulomateuse de la peau et du tissu cellulaire sous cutané		L92	
Cancérologie		Engelure	T691
		Toute tumeur maligne ou bénigne	C ou D

Groupe	Pathologie	Code CIM10	
Pathologie vasculaire	Dissection carotidienne	I720	
	Syndrome de Raynaud	I730	
	Maladie vasculaire périphérique sans précision	I739	
	Ischémie subaigüe	I74	
	Phlébite	I80	
	Varices des membres inférieurs	I83.	
	Hémorroïdes	I84	
	Autres atteintes veineuses	I87.	
	Troubles de la vision	Cataracte	H26
		Myopie	H521
Troubles de la vision subjectifs ou sans précision		H53.	
Baisse de la vision		H54.	
Autres	Neuropathie axonale	G64	
	Œdème de la cornée	H182	
	Affections rétinienne	H35.	
	Exostose du conduit auditif externe	H618	
	Inflammation du tympan	H73	
	Labyrinthite	H83	
	Pneumopathie	J	
	Laryngite Chronique	J37	
	Fibrose pulmonaire	J84	
	Pneumothorax / autres affection pleural	J93	
	Caries dentaires	K02.	
	Fragilité des dents	K038	
	Pyélonéphrite	N10	
	Colique néphrétique	N23	
	Infection urinaire	N30	
	Autres affections de l'appareil urinaire	N39.	
	Prolapsus génital / rectal	N819	
	Ménorragies/métrorragies	N92	
	Stérilité de la femme	N97.	
	Contractions prématurées pendant grossesse	*	
	Anomalies chromosomiques	Q9	
	Epistaxis	R040	
	Crachats hémoptoïques	R042	
	Hématurie	R31	
	Amnésie / troubles mémoires	R41.	
	Vertiges	R42	
	Troubles de l'odorat et du gout	R43.	
	Troubles de la voix	R49.	
	Fièvre	R50	
	Œdème non classé ailleurs	R60.	
	Troubles de l'équilibre	R268	
	Polyglobulie	R71	
	Anomalies des globules blancs	R72	
	Hypertrophie hilaire non spécifique	R91	
	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles pulmonaires	R942	
	Allergie aux piqûres d'insectes	T63	

Annexe 7 : Correspondance entre les groupes et les catégories socioprofessionnelles

Niveau agrégé (7 postes)	Niveau de publication courante	Niveau détaillé
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilées	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professions des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
8 Autres personnes sans activité professionnelle	82 Inactifs divers (autres que retraités)	84 Elèves, étudiants

Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France

Résultats des Quinzaines MCP 2006 - 2007 - 2008

Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont à déclaration obligatoire en France, mais les signalements spontanés sont très rares.

En 2002, l'InVS et l'Inspection médicale du travail ont mis en place un programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, s'appuyant sur un réseau de médecins du travail volontaires. Chaque médecin du réseau signale tous les cas de MCP vus au cours de période de deux semaines consécutives. Ce programme, baptisé « Quinzaines MCP », est répété chaque semestre. Des données sociodémographiques sont recueillies de manière à pouvoir calculer les prévalences de différentes pathologies, en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie sociale et du secteur d'activité.

En 2008, huit régions participaient (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées et PACA depuis 2006, Alsace, Franche-Comté et Aquitaine depuis 2007, et Centre depuis 2008). La participation des médecins et le taux de signalement étaient stables au cours des années (respectivement 33 %, soit 964 médecins du travail, et 5,7 % en 2008). A l'exception des troubles auditifs, les prévalences sont plus élevées chez les femmes. Elles augmentent avec l'âge jusqu'à 54 ans, puis diminuent légèrement chez les sujets plus âgés.

En 2008, les principales pathologies étaient les troubles musculosquelettiques (TMS) (2,7 % chez les hommes et 3,6 % chez les femmes), suivie de la souffrance psychique (1,1 % versus 2,4 %). Un gradient descendant des ouvriers vers les cadres est observé pour les TMS, l'industrie et l'agriculture étant les secteurs les plus concernés. Un gradient inverse est observé pour la souffrance psychique, où le secteur de la finance est le plus concerné. Ce résultat, relativement nouveau, mérite d'être consolidé.

Les facteurs organisationnels et relationnels sont des facteurs de risque pour nombre de pathologies.

Ce programme est inscrit dans le Plan santé travail 2010-2014. En 2012, 15 régions y participent.

Mots clés : maladie à caractère professionnel, médecin du travail, surveillance épidémiologique, prévalence

Surveillance programme of work-related diseases in France

Results 2006-2007-2008

Work-related diseases (WRD) are mandatory notifiable diseases in France, although spontaneous reports are very rare.

In 2002, a new programme for WRDs surveillance was set up by the French Institute for Public Health Surveillance (InVS) and the Occupational Health Inspection relying on a network of voluntary occupational physicians. Each network physician reports all WRD cases seen during a period of two consecutive weeks. This programme is called "Quinzaines MCP" and is repeated each semester. For each employee who has been seen by a physician, sociodemographic data are collected to calculate the prevalence of various diseases, by gender, age, social category and activity sector.

In 2008, eight regions participated in the programme (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées and PACA since 2006, Alsace, Franche-Comté, Aquitaine since 2007, and the Centre Region since 2008). Physician participation and reporting rates were stable over the years (respectively 33%, 964 occupational physicians, and 5.7% in 2008). With the exception of hearing impairment, the prevalence is higher among women. It increases with age until 54, then decreases slightly in older subjects.

In 2008, the main pathologies were musculoskeletal disorders (MSDs) (2.7% in men and 3.6% in women), followed by psychological distress (1.1% versus 2.4%). A decreasing gradient of workers to managers is observed for MSDs, with industry and agriculture being the most concerned sectors. An inverse gradient was observed for psychological distress, where finance is the most affected sector. This quite recent result must be consolidated.

Relational and organizational factors are risk factors for many diseases.

This programme is part of the 2010-2014 Health and Occupational Plan. In 2012, 15 regions will participate in the programme.

Citation suggérée :

Valenty M, Homère J, Mevel M, Le Naour C, Garras L, Chevalier A. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2006 - 2007 - 2008. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 103 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex France

Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00

Fax : 33 (0)1 41 79 67 67

www.invs.sante.fr

ISSN : 1956-5488

ISBN : 978-2-11-129608-4

ISBN Net : 978-2-11-129607-7

Tirage : 10 exemplaires

Impression : France Repro

Maisons-Alfort

Réalisé par Scm- InVS

Dépôt légal : mai 2012