

Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace

Christine Cohidon (christine.cohidon@univ-lyon1.fr)^{1,2}, Gabrielle Rabet¹, Julie Plaine¹, Catherine Chubilleau¹, Madeleine Valenty¹

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

2/ Université Lyon 1, Université Lyon, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance en transport, travail et environnement (Umrestte), Lyon, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif de cette étude est de comparer deux programmes de surveillance de l'InVS, MCP (Maladies à caractère professionnel) et Samotrace, dans le domaine de la santé mentale au travail.

Méthodes – Les deux programmes s'appuient chacun sur un réseau de médecins du travail. La comparaison porte sur des données recueillies dans les régions Centre et avoisinantes entre 2006 et 2008 pour Samotrace et en 2008 pour MCP. Dans MCP, la souffrance mentale liée au travail était diagnostiquée par le médecin du travail. Dans Samotrace, la souffrance mentale était explorée par l'autoquestionnaire GHQ₂₈, puis la part imputable au travail a été calculée à partir des données du programme.

Résultats – Les prévalences de la souffrance mentale imputable au travail dans les deux programmes sont comprises entre 1 et 5%. Chez les hommes, les deux programmes s'accordent sur les prévalences les plus élevées parmi les professions intermédiaires et les employés. Chez les femmes en revanche, un gradient ascendant des ouvrières vers les cadres est observé dans MCP, tandis qu'un gradient inverse, bien que non significatif, est observé dans Samotrace.

Discussion – Cette étude visant à comparer deux démarches d'estimation de la prévalence de la souffrance mentale imputable au travail montre une assez bonne concordance des résultats mais aussi certaines discordances. Elle démontre la nécessité de poursuivre les études dans ce domaine et l'intérêt de disposer de plusieurs sources de données.

Mental health and occupation: comparison between two surveillance programmes, WRD and Samotrace

Introduction – The aim of this study is to compare two surveillance programmes developed by the French Institute for Public Health Surveillance, WRD (Work-Related Diseases) and Samotrace, in the field of mental health at work.

Methods – Each programme is monitored by a network of occupational physicians. The comparison is based on data collected from the Centre and surrounding areas between 2006 and 2008 for Samotrace and in 2008 for WRD. In WRD, work-related psychological distress was diagnosed by the occupational physician. In Samotrace, psychological distress was assessed by the GHQ₂₈ self-administrated questionnaire, and then the work-related attributable fraction was calculated from the programme's data.

Results – The prevalence of work-related psychological distress in the two programmes varies between 1 and 5%. In men, the highest prevalence is observed in associate professional, technicians and clerk service workers. In women, an ascendant gradient from blue collar workers to managers is observed while an opposite (but non-significant) gradient is observed in Samotrace.

Discussion – This study which compares two different methods to estimate the prevalence of work-related psychological distress shows a quite good similarity of results, but some discordance too. It confirms that studies are still necessary in this field and the interest of have multiple data sources.

Mots clés / Keywords

Maladies à caractère professionnel, Samotrace, santé mentale, salariés, catégorie sociale / Work-related diseases, Samotrace, mental health, employees, socio-economic category

Introduction

Depuis de nombreuses années, les problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle font l'objet de nombreuses études rapportées dans la littérature épidémiologique internationale [1]. Pour autant, si des liens entre certaines expositions professionnelles, principalement les contraintes psychosociales (ou « stressors »), et des symptômes relatifs à la sphère mentale sont reconnus de manière consensuelle, les connaissances dans ce domaine méritent encore d'être enrichies. Ainsi, la question du sens et de l'intensité de ces liens fait encore débat dans l'histoire naturelle de ces troubles mentaux [2].

Dans le cadre de ses missions, l'Institut de veille sanitaire développe deux systèmes de surveillance s'appuyant sur les médecins du travail, permettant d'appréhender les liens entre santé mentale et travail.

Le premier est le programme Samotrace, spécifique de ce champ de surveillance [3]. Son objectif principal est de décrire la prévalence de la souffrance mentale selon l'emploi et ses caractéristiques, parmi les actifs salariés, sans tenir compte de la notion d'imputabilité au travail. Cependant, les données recueillies dans Samotrace permettent aussi d'analyser les liens avec le travail et, ainsi, de calculer la part de ces pathologies attribuables au travail.

Le second est le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) [4]. Ce système généraliste a pour objectif de décrire la prévalence de l'ensemble des troubles de santé, dont la santé mentale, imputables au travail parmi les salariés actifs. Ces troubles sont définis comme « maladies à caractère professionnel » selon l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité et les agents d'exposition professionnelle associés aux différentes pathologies.

Ces deux programmes, implantés dans différentes régions françaises, ont été mis en œuvre dans les régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire à des périodes relativement proches entre 2006 et 2008.

Dans ce contexte, il semblait intéressant de comparer les résultats issus des deux programmes dans le domaine de la santé mentale, afin d'en observer les convergences et les différences. Ils décrivent chacun certains aspects de la santé psychique des salariés mais leur approche est différente, puisque le programme MCP recueille exclusivement des problèmes de santé mentale imputables au travail alors que le programme Samotrace recueille des problèmes de santé mentale sans notion d'imputabilité dans un premier temps, la part de ces pathologies attribuables au travail étant dans un second temps calculée à partir des données.

L'objectif de ce travail est donc de comparer les résultats issus des deux systèmes de surveillance, en termes de prévalences de la souffrance mentale imputable au travail, selon le sexe, la catégorie sociale et l'âge.

Méthodes

Populations d'étude

La comparaison des résultats des deux programmes porte sur les données recueillies dans les régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire durant la période allant de janvier 2006 à mars 2008 pour Samotrace et en 2008 pour MCP. Le programme Samotrace s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires, constituant un échantillon de salariés par tirage au sort de sujets vus dans le cadre de la visite périodique de médecine du travail. Les données sont recueillies d'une part à l'aide d'un auto-questionnaire détaillé complété par le salarié en salle d'attente et remis ensuite à l'équipe médicale, et d'autre part à l'aide d'un questionnaire administré par le médecin. L'échantillon comportait initialement 6 056 personnes.

Le programme MCP s'appuie sur un réseau sentinelle de médecins du travail volontaires qui signalent pendant deux semaines consécutives, dites « Quinzaines », deux fois par an, tous les

cas de maladies qu'ils jugent en lien avec le travail selon leur expertise médicale au cours de leurs consultations, en complétant un questionnaire spécifique. Les médecins du travail ont une double expertise : l'expertise clinique et la connaissance du poste de travail et de l'entreprise. Pour étayer ce lien entre pathologie et imputabilité au travail, les médecins doivent indiquer de un à trois agents d'exposition professionnelle ayant généré ou aggravé la pathologie, le travail ne devant pas altérer la santé du salarié. Tous les salariés vus pendant les Quinzaines sont inclus dans le programme MCP, soit 42 169 salariés, quels que soient le type de visite et le type de contrat. Pour une meilleure comparabilité des populations, seuls les salariés en CDI et en visite périodique ont été inclus dans cette analyse. Par ailleurs, en raison d'effectifs insuffisants, les salariés de la catégorie « artisans, commerçants, chefs d'entreprise » ont été exclus de l'analyse (moins de 30 dans Samotrace et moins de 50 dans MCP).

Les comparaisons ont finalement porté sur des échantillons de 5 624 personnes pour Samotrace et 13 970 personnes pour MCP.

Données comparées

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, rempli par le salarié en salle d'attente avant la visite médicale. Les réponses aux questions permettaient de construire un score ; étaient considérés en souffrance mentale les salariés ayant obtenu un score au GHQ₂₈ supérieur à 4, sur une échelle allant de 0 à 28 [5]. Par ailleurs, les expositions psychosociales au travail étaient explorées par le questionnaire de Karasek [6], également rempli par le salarié en salle d'attente. Dans le programme MCP, c'était le diagnostic du médecin du travail qui était enregistré sur la base de la classification internationale des maladies (CIM-10) [7].

Afin de comparer des cas les plus proches possibles dans leur définition, les indicateurs de souffrance mentale retenus pour cette étude étaient les suivants : pour le programme Samotrace, la prévalence de la souffrance mentale définie par le GHQ₂₈ et, pour le programme MCP, la prévalence de la souffrance mentale (syndromes dépressifs, anxiodépressifs, anxieux, troubles du sommeil, burn out...).

Les variables sur lesquelles ont porté les comparaisons étaient le sexe, l'âge (en classes) et la catégorie sociale (premier niveau PCS 2003) [8].

Analyse

La prévalence de la souffrance mentale en lien avec l'exposition à la « tension au travail », définie par le questionnaire de Karasek [6] dans le programme Samotrace, a été calculée selon le sexe pour chacune des catégories sociales et chacune des classes d'âge via le calcul de fractions attribuables. Celles-ci ont été calculées, grâce à la formule de Lévin [9]¹, en utilisant d'une part les prévalences de « tension au travail » dans chacune des catégories sociales et classes d'âge, et

¹
$$F\hat{A} = \frac{\hat{P}_e(OR - 1)}{1 + \hat{P}_e(OR - 1)}$$
 avec P_e = prévalence de l'exposition et OR = risque ajusté associé à l'exposition

Tableau 1 Distribution des deux échantillons (MCP et Samotrace) selon l'âge et la catégorie sociale / **Table 1** Distribution of the two populations (WRD and Samotrace) by age and socio-economic category

	Hommes				Femmes			
	MCP		Samotrace		MCP		Samotrace	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Âge								
Moins de 40 ans	3 583	44,3	1 438	44,0	2 364	40,2	997	42,3
Entre 40 et 49 ans	2 500	30,9	1 038	31,8	1 944	33,0	750	31,8
50 ans et plus	2 004	24,8	789	24,2	1 575	26,8	612	25,9
Catégorie sociale								
Cadres et professions intellectuelles supérieures	706	8,7	432	13,2	326	5,5	194	8,2
Professions intermédiaires	1 741	21,5	1 131	34,6	1 357	23,1	721	30,6
Employés	782	9,7	378	11,6	3 045	51,8	1 132	48,0
Ouvriers	4 858	60,1	1 324	40,6	1 155	19,6	312	13,2
Total	8 087	100	3 265	100	5 883	100	2 359	100

Tableau 2 Prévalence de la souffrance mentale imputable au travail selon l'âge et la catégorie sociale dans les programmes MCP et Samotrace / **Table 2** Prevalence of work-related psychological distress by age and socio-economic category in the two programmes, WRD and Samotrace

	Hommes				Femmes			
	MCP		Samotrace		MCP		Samotrace	
	%	IC95%	%	Fourchette	%	IC95%	%	Fourchette
Âge	*		NS		**		NS	
Moins de 40 ans	1,0	[0,7-1,3]	2,8	[0,5-5,0]	1,1	[0,7-1,5]	5,6	[1,7-9,6]
Entre 40 et 49 ans	1,8	[1,2-2,3]	2,4	[0,5-4,4]	2,2	[1,6-2,9]	5,6	[1,7-9,5]
50 ans et plus	1,4	[0,9-1,9]	2,3	[0,4-4,3]	2,2	[1,5-3,0]	4,2	[1,2-7,2]
Catégorie sociale	**		NS		**		NS	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,6	[0,6-2,5]	1,9	[0,3-3,5]	2,8	[1,0-4,5]	3,1	[0,9-5,6]
Professions intermédiaires	2,0	[1,4-2,7]	2,8	[0,5-5,1]	2,7	[1,9-3,6]	4,7	[1,4-8,1]
Employés	1,8	[0,9-2,7]	2,9	[0,6-5,2]	1,6	[1,2-2,1]	5,6	[1,7-9,5]
Ouvriers	1,0	[0,7-1,2]	2,4	[0,5-4,4]	0,8	[0,3-1,3]	6,2	[1,9-10,3]
Total	1,3	[1,1-1,6]	2,5	[0,5-4,7]	1,8	[1,4-2,1]	5,2	[1,5-8,9]

NS non significatif ; * p<0,05 ; ** p<0,01

d'autre part l'odds ratio (OR) de la souffrance mentale associée à la « tension au travail » calculé dans le programme Samotrace après ajustement sur différents facteurs de confusion (socio-démographiques, de santé, organisationnels, psychosociaux). Des fourchettes de valeurs ont été obtenues en prenant les bornes des intervalles de confiance des OR.

Les prévalences de la souffrance mentale imputable au travail issues des deux programmes, selon la catégorie sociale et la classe d'âge, ont ensuite été comparées.

Résultats

Les échantillons de population issus des deux programmes sont proches selon le sexe (sexe ratio de 1,4 dans les deux programmes) et selon l'âge (tableau 1). Les ouvriers sont légèrement moins représentés dans Samotrace par rapport à MCP, au profit des professions intermédiaires.

Les prévalences de la souffrance mentale imputable au travail dans les deux programmes varient de 1 à 5% (tableau 2). Les prévalences sont supérieures dans le programme Samotrace, quel que soit le sexe, et selon l'âge et la catégorie sociale. Mais on constate que les encadrements de ces prévalences se recoupent sauf pour les ouvrières et les femmes de moins de 40 ans.

D'après le programme Samotrace, la souffrance mentale imputable au travail a tendance à diminuer avec l'âge quel que soit le sexe bien que les résultats ne soient pas significatifs. L'inverse est observé dans le programme MCP chez les femmes où la prévalence augmente avec l'âge ; chez les

hommes dans ce programme, la classe d'âge des 40-49 ans est la plus concernée.

Chez les hommes, les deux programmes s'accordent sur les prévalences les plus élevées de la souffrance mentale parmi les professions intermédiaires et les employés (bien que les différences de prévalence ne soient pas significatives dans Samotrace). Cependant, les ouvriers présentent la prévalence la plus faible dans MCP alors que ce sont les cadres dans Samotrace. Chez les femmes en revanche, un gradient ascendant des ouvrières vers les cadres est observé dans MCP, tandis qu'un gradient inverse, bien que non significatif, est observé dans Samotrace.

Discussion

La comparaison des deux programmes de surveillance MCP et Samotrace dans le domaine de la souffrance mentale au travail montre des résultats qui se rejoignent partiellement chez les hommes, avec une souffrance mentale liée au travail plus fréquente parmi les professions intermédiaires et les employés. Chez les femmes, les tendances observées dans les deux programmes sont en opposition.

Limites et atouts

Ce travail présente certaines limites. En premier lieu, les définitions de la souffrance mentale dans chacun des programmes ne sont pas complètement superposables, ce qui peut limiter la comparaison. Cependant, nous avons retenu dans MCP l'ensemble des diagnostics relevant des syndromes anxieux et dépressifs pour correspondre au mieux aux symptômes explorés par le GHQ.

Par ailleurs, l'estimation de la prévalence de la souffrance mentale imputable au travail *via* le calcul de fractions attribuables dans Samotrace est une démarche relativement « grossière » et en particulier, l'exposition à la « tension au travail » de Karasek ne résume pas l'ensemble des expositions psychosociales au travail. Une partie d'entre elles n'est donc pas prise en compte, ce qui peut conduire à une légère sous-estimation des prévalences (*cf.* plus bas autres éléments de discussion relatifs à cette question). Enfin, les deux programmes concernent des populations en activité professionnelle ; les personnes souffrant de troubles psychiques (en particulier imputables au travail) nécessitant un retrait vis-à-vis du travail n'en font pas partie. Cette limite n'affecte pas la comparaison des programmes mais peut minimiser les prévalences estimées.

Les atouts de ce travail méritent aussi d'être soulignés. L'étude a porté sur des échantillons de taille importante couvrant un large ensemble de professions salariées. Ils sont par ailleurs proches dans leur structuration socioprofessionnelle, ce qui est important par rapport à notre objectif. La possibilité de confronter des résultats issus de deux approches différentes, l'une strictement basée sur l'utilisation de données recueillies par auto-questionnaire et l'autre faisant intervenir l'avis du médecin du travail est une démarche intéressante et originale, très peu rencontrée dans la littérature.

Similitudes entre les deux programmes

Il est satisfaisant de constater que, dans l'ensemble, les prévalences de la souffrance mentale imputable au travail, que l'on ait recours exclusivement aux données quantitatives ou bien au jugement du médecin du travail, sont du même ordre de grandeur. Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, compte tenu de la prise en compte partielle de la part imputable au travail dans Samotrace, les prévalences y sont systématiquement supérieures à celles du programme MCP. Cependant, d'après les données de Samotrace (encore non publiées), ce sont souvent les mêmes catégories de salariés qui sont les plus concernées par les expositions psychosociales au travail quels que soient les concepts et les outils utilisés (tension au travail de Karasek, déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist...), ces outils se recoupant d'ailleurs partiellement. Une étude prenant en compte l'ensemble des expositions psychosociales explorées dans Samotrace pour le calcul de la part imputable au travail est prévue dans un second temps.

Deux raisons peuvent expliquer la supériorité des prévalences dans Samotrace. La première est que, contrairement aux visites médicales dans MCP, le GHQ n'a pas vocation à faire des diagnostics en santé mentale, mais à recueillir un ensemble de symptômes. Les prévalences obtenues en utilisant cet outil sont donc généralement plus élevées qu'avec l'utilisation d'outils diagnostiques (qui pourrait se rapprocher d'une consultation médicale comme dans MCP). La seconde porte sur les modes de recueil de données. Dans le cas des MCP, l'entretien du salarié avec son médecin du travail pourrait aboutir à une minimisation des troubles (plus limitée lors du remplissage d'un auto-questionnaire),

qui plus est potentiellement différentielle selon le sexe, la catégorie sociale et l'âge.

On constate enfin que, quel que soit le sexe, les écarts de prévalences entre les deux programmes sont les plus élevés pour la catégorie des ouvriers. Or, le modèle de Karasek a été plus particulièrement développé pour explorer les contraintes psychosociales au travail des ouvriers. Ainsi, sa seule utilisation (en dehors d'autres modèles d'exposition) dans cette étude pourrait moins bien rendre compte des expositions psychosociales des cadres par exemple, et ainsi diminuer la prévalence de la souffrance mentale imputable au travail de cette catégorie sociale.

Divergences entre les deux programmes

Les oppositions observées sur la distribution des prévalences de la souffrance mentale selon la catégorie sociale, chez les femmes, sont surprenantes. Dans le programme MCP, le gradient social descendant, des cadres vers les ouvrières, de la souffrance mentale liée au travail est net. Une situation totalement inverse est observée dans Samotrace après calcul des fractions attribuables à la « tension au travail ». Ces fractions attribuables reposent à la fois sur les prévalences de l'exposition et les risques de la pathologie associés à cette exposition. Or, l'exposition à la « tension au travail » d'après les données de Samotrace suit, comme classiquement, un gradient social, avec une exposition forte parmi les ouvrières et les employées et faible parmi les cadres [10]. Pour ce qui est du risque de la pathologie, la même valeur de l'OR a été utilisée pour toutes les catégories sociales. En effet, l'analyse multivariée des données de Samotrace n'a pas montré de différence de risque de la souffrance mentale associée à la « tension au travail » selon la catégorie sociale. La divergence entre les deux programmes pourrait alors résulter d'un « effet médecin du travail » qui rechercherait plus fréquemment les problèmes de santé psychique chez les femmes cadres que chez les ouvrières, ces dernières présentant plus fréquemment des affections physiques, tels les troubles musculo-squelettiques par exemple ; les problèmes de santé psychique seraient alors moins évoqués faute de temps. Cette hypothèse ne se vérifie cependant pas chez les hommes. Ces écarts pourraient également être la conséquence d'un mode de recueil différent entre les programmes comme déjà évoqué ci-dessus, auto-questionnaire *versus* entretien avec le médecin du travail, pouvant générer des biais différentiels de déclaration selon la catégorie sociale et l'âge dans chacun des programmes.

Chez les hommes, les résultats convergent vers une situation plus défavorable des professions intermédiaires (et des employés) en matière de souffrance mentale liée au travail. Il est vrai que les salariés appartenant à la catégorie des professions intermédiaires, de par leur position hiérarchique, à l'interface encadrement-exécution, sont souvent confrontés à des contraintes psychosociales fortes. Les cadres, souvent décrits comme très exposés au « stress » au travail, sont dans une situation plus favorable que les professions intermédiaires et les employés dans les programmes Samotrace et MCP.

Enfin, il n'est pas surprenant de trouver globalement au sein de chaque programme des résultats différents entre les hommes et les femmes tant le contenu des emplois est sexué. Ceci s'ajoute à l'expression des problèmes de santé, en particulier de santé mentale, qui est aussi potentiellement liée au sexe. Ces résultats confirment l'intérêt de mener des analyses séparées selon le sexe en épidémiologie des risques professionnels.

Conclusion

Cette étude visant à comparer deux démarches d'estimation de la prévalence de la souffrance mentale imputable au travail chez les salariés dans trois régions françaises, selon l'âge et la catégorie sociale, donne des résultats parfois discordants. Ceux-ci sont difficiles à interpréter tant ils résultent probablement d'une intrication de différents facteurs sociologiques liés au sexe, à l'âge et à la catégorie sociale, tels que le rapport au travail, la relation avec le médecin du travail, l'expression de symptômes psychiques, etc. Il s'agit avant tout d'un exercice permettant de générer des éléments de discussion sur cette problématique complexe de la santé mentale au travail et les différents moyens de l'appréhender. Il démontre la nécessité de poursuivre les études dans ce domaine et l'intérêt de disposer de plusieurs sources de données.

Remerciements

Remerciements aux médecins du travail et aux médecins inspecteurs régionaux du travail ayant participé au programme Samotrace et au programme MCP des régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire.

Références

- [1] Netterstrom B, Conrad N, Bech P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev.* 2008;30:118-32.
- [2] Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med.* 2008;65:438-45.
- [3] Cohidon C, Lasfargues G, Arnaud B, Bardot F, Albouy J, Huez D, *et al.* Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006;(46-47):368-70.
- [4] Valenty M, Chevalier A, Homere J, Le Naour C, Mevel M, Touranchet A, *et al.* Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008;(32):281-4.
- [5] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psycho Med.* 1979;9(1):139-45.
- [6] Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24:285-308.
- [7] Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1993.
- [8] Nomenclatures des professions et catégories socio-professionnelles - PCS 2003. Insee ed. Paris : 2003.
- [9] Coste J, Spira A. La proportion de cas attribuable en santé publique : définition(s), estimation(s) et interprétation. *Rev Epidemiol Santé Publ.* 1991;39:399-411.
- [10] Niedhammer I, Chastang JF, Levy D, David S, Degioanni S, Theorell T. Study of the validity of a job-exposure matrix for psychosocial work factors: results from the national French SUMER survey. *Int Arch Occup Environ Health.* 2008;82(1):87-97.