

Surveillance des maladies à caractère professionnel

M. Valenty, J. Homère, M. Mevel, C. Le Naour, L. Garras, A. Chevalier - Département santé travail, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

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 indemnifiables (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 MP

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.

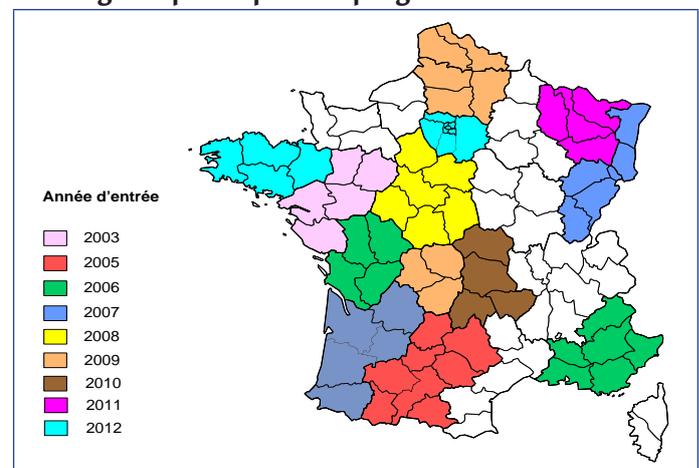
PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL (MCP)

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 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 |

Les régions participant au programme MCP en 2012



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).

TABLEAU 1

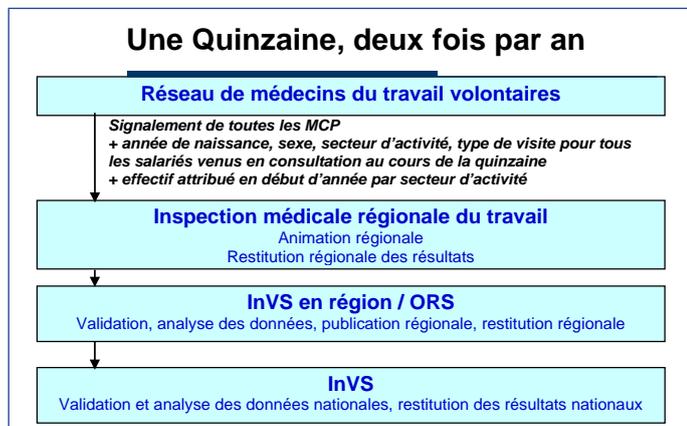
Participation des régions

	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 2

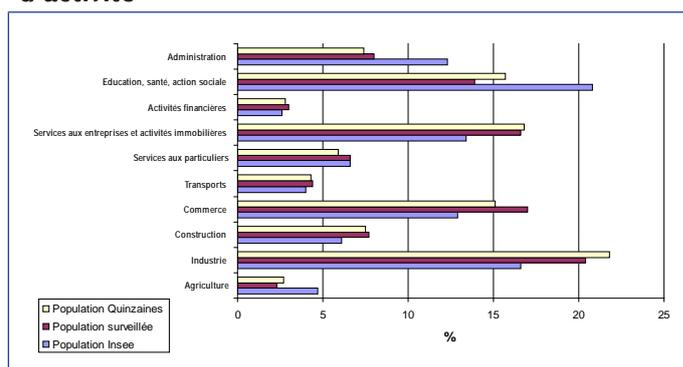
Organisation du programme MCP



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 d'activités française (NAF).

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.

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.

Pour l'ensemble des pathologies et quel que soit le sexe, les prévalences augmentent avec l'âge, jusqu'à la tranche d'âge 45-55 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.

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

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).

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.

Les principales localisations des TMS signalées 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.

RÉSULTATS

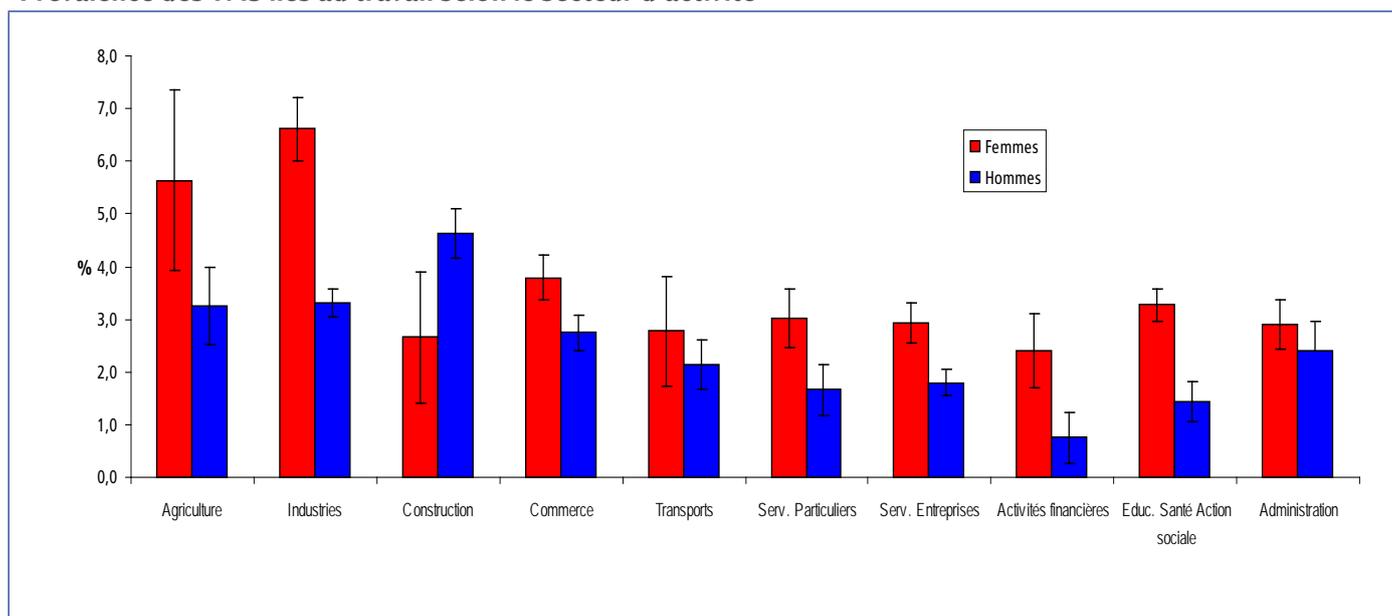
Les régions Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées, Paca, Alsace, Franche-Comté, Aquitaine et Centre ont participé aux Quinzaines MCP en 2008 mobilisant 964 médecins du travail volontaires (soit 33 % des médecins du travail) (tableau 1).

Prévalence des principales MCP par année et par sexe

	2006		2007		2008	
	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
	N=42 590	n=30 897	N=61 806	n=45 559	N=64 141	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

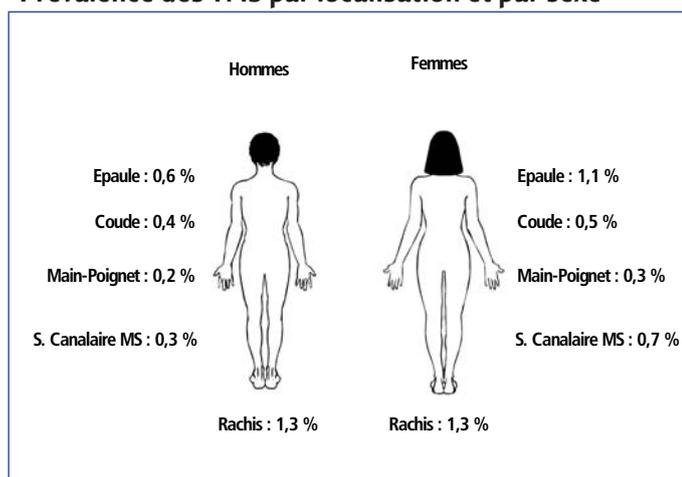
I FIGURE 4 I

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



I FIGURE 5 I

Prévalence des TMS par localisation et par sexe

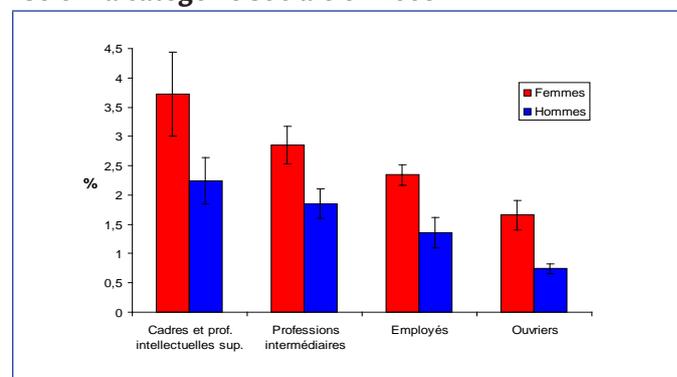


La souffrance psychique est quant à elle plus fréquemment observée dans le secteur financier (3,5 % chez les hommes et 4,9 % chez les femmes), dans les industries (1,5 % chez les hommes et 2,9 % chez les femmes) et dans l'administration publique (1,4 % chez les hommes et 2,5 % chez les femmes). Pour tous les secteurs d'activité, le sex-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 en 2008) (figure 6).

I FIGURE 6 I

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 MP déclarées. Cette description par secteur d'activité et par catégorie sociale réalisée régulièrement devrait permettre de repérer les secteurs et les CSP 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 MP 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 MCP dans la quasi-totalité des secteurs d'activité. En effet, seul le secteur de la finance et des assurances se caractérise 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 par 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-douigts) 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 PST 2010-2014 [7]. Outre leur 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 son 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.

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

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

Citation suggérée : Valenty M., Homère J., Mevel M., Le Naour C., Garras L., Chevalier A. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Résultats des Quinzaines MCP 2006 - 2007 - 2008. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 4 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>