



Surveillance des maladies à caractère professionnel

ROBERT M.¹, DELEZIRE P.¹, HOMERE J.¹, GARRAS L.¹, PROVOST D.¹, FERNET F.², CHATELOT J.¹, BOULANGER G.¹

¹Santé publique France, Direction santé environnement et travail, ²Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) Nouvelle-Aquitaine

Introduction

En France, une maladie est considérée comme d'origine professionnelle si elle est la conséquence des conditions de travail auxquelles le travailleur est exposé. La reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ouvre droit à leur indemnisation par les branches professionnelles auxquelles sont rattachés les salariés.

Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont définies comme les maladies ou symptômes susceptibles d'être d'origine professionnelle et n'ayant pas fait l'objet d'une réparation par les régimes de Sécurité sociale. Depuis 2007, Santé publique France, en collaboration avec l'Inspection médicale du travail, est en charge du programme de surveillance des MCP chez les salariés français. Cette surveillance est complémentaire de celle faite sur les maladies professionnelles (MP) indemnisées.

L'un des objectifs du programme de surveillance des MCP est de fournir des indicateurs sur ces pathologies par population de salariés, notamment par groupe de professions ou par secteur d'activité. Dans cette plaquette, les résultats présentés sont ceux issus des analyses conduites auprès des salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale (SH-AS).

En 2017, l'enquête emploi de l'Insee estimait à 14,7 % la part représentée par les salariés du secteur de la SH-AS, parmi les 26,9 millions d'actifs recensés¹.

Le secteur de la SH-AS regroupe différents « sous-secteurs » : la santé humaine (7,1 % des actifs), l'action sociale avec hébergement et l'action sociale sans hébergement (7,6 % des actifs). Les salariés de la santé humaine et de l'action sociale avec hébergement occupent en grande majorité des professions médicales ou paramédicales (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.) et ceux de l'action sociale sans hébergement des métiers de spécialistes de l'intervention socio-éducative (éducateurs spécialisés, conseillers économique et social, etc.).

Le secteur de la SH-AS est régulièrement rapporté comme un secteur en souffrance ; manques de moyens, intensité des rythmes de travail, etc. Malgré ce constat, peu de publications sur l'état de santé des salariés français du secteur de la SH-AS ont jusqu'ici été produites.

¹ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1223>

Sur les arrêts de travail, à notre connaissance, les dernières données publiées par secteur d'activité datent de 2016 et révélaient que les salariés de la SH-AS enregistraient les fréquences les plus élevées (20 jours en moyenne par an) [1]. Les données de la CnamTS fournissent aussi des indicateurs sur les accidents de travail et les MP indemnisées par secteur d'activité. Dans le cas des salariés de la SH-AS, en 2018, l'action sociale avec hébergement était le secteur qui enregistrait l'indice de fréquence d'accidents de travail le plus important (80,7 AT pour 1 000 salariés). Sur les 88 secteurs répertoriés, l'action sociale sans hébergement et la santé humaine arrivaient respectivement en 10^e et 34^e positions sur ces mêmes indices (respectivement, 59,6 et 29,9 AT pour 1 000 salariés ; moyenne de 27,9)². En 2018, le nombre d'affections périarticulaires indemnisées en MP était parmi les plus élevés pour les secteurs de la SH-AS (N=4 906, soit 12 % de l'ensemble). Enfin, en 2016, parmi les plus de 10⁰000 affections psychiques reconnues en MP, 20 % étaient enregistrées pour le secteur de la SH-AS [2].

Les enquêtes transversales conduites par la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) apportent des éléments sur les expositions professionnelles. En 2010, les salariés de la SH-AS étaient fortement exposés aux contraintes physiques (manutentions de personne), aux facteurs psychosociaux (contraintes horaires, charges émotionnelles, manques de moyen, confrontations à des comportements violents) et aux agents biologiques ou chimiques (contacts avec des réservoirs humains, désinfectants, etc.) [3, 4].

L'objectif de ce travail est de dresser un premier bilan des MCP chez les salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale en proposant une estimation des taux de prévalence, une comparaison à ceux des salariés des autres secteurs d'activité et une description des évolutions dans le temps.

Méthode

Organisation du programme de surveillance des Maladies à caractère professionnel

Le programme de surveillance des Maladies à caractère professionnel repose sur un réseau de médecins du travail volontaires et leur équipe. Chaque année, sur deux périodes de deux semaines consécutives, ils font remonter des données sur l'ensemble des salariés vus en consultation médicale du travail : caractéristiques socioprofessionnelles et potentiels signalements de MCP. Pour chaque signalement, le médecin du travail y associe entre un et trois agents d'exposition. La CIM-10 est utilisée [5] pour le codage des MCP et le Thésaurus des expositions professionnelles pour les agents [6]. Le programme de surveillance repose donc sur l'expertise des médecins du travail, qui établissent un lien entre MCP diagnostiquée et exposition professionnelle.

Sur la période 2009-2017, le nombre de régions participantes différait selon les années. En 2009, elles étaient au nombre de onze ex-régions (Alsace, Aquitaine, Centre, Franche-Comté, Limousin, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Paca, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes). En 2017, elles étaient au nombre de neuf (Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Centre, Pays de la Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Occitanie, Martinique, Guadeloupe).

² Résultats obtenus à partir des statistiques produites par la Cnamts sur les accidents de travail et maladies professionnelles indemnisées en 2018 <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/sinistralite-atmp/dossier/nos-statistiques-sur-les-maladies-professionnelles-par-ctn.ht>

Sélection de la population de salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale

La nomenclature des activités françaises (NAF) 2008 a été utilisée pour repérer les salariés du secteur de la SH-AS³ ; codes commençant par « 86 », « 87 » et « 88 ». Une variable à quatre modalités a été construite : 1- Santé humaine (code en 86), 2- Action sociale avec hébergement (code en 87), 3- Action sociale sans hébergement (code en 88), 4- Autres secteurs que la SH-AS.

Pathologies suivies

Les pathologies signalées ont été catégorisées comme suit ; 1- Troubles de l'appareil locomoteur (ALM), 2- parmi les ALM, Troubles musculosquelettiques (TMS), 3- Souffrance psychique, 4- Irritations et/ou allergies, 5- Autres pathologies. Les autres pathologies regroupent surtout les troubles de l'audition, les maladies infectieuses, les maladies liées à des risques toxicologiques et les cancers. Faute d'effectifs suffisants, cette catégorie « Autres pathologies » a été exclue des analyses.

Analyses statistiques

Les analyses ont été conduites sur la période 2009-2017. Des taux de prévalence ont été estimés pour les signalements de MCP, par sexe, selon le fait de travailler dans le secteur de la SH-AS, avec présentation de leur intervalle de confiance à 95 %.

Les associations entre signalements de MCP et le fait d'être salarié du secteur de la SH-AS ont été estimées par des modèles de régression logistique mixtes à intercept aléatoire, après ajustement sur l'âge, le type de contrat, le type de visite, la catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le statut privé ou public de l'entreprise. L'effet aléatoire a été appliqué à la variable « médecin », pour prendre en compte les « habitudes » de codage propres à un même médecin (corrélation forte intra-médecin).

L'analyse des tendances a été conduite sur la période 2009-2017, selon le sexe et le secteur d'activité. Si des tendances « linéaires » étaient observées sur les figures, des évolutions moyennes annuelles étaient estimées en utilisant les mêmes modèles mixtes que présentés précédemment ; variable à expliquer : signalements de MCP (oui/non), variable explicative d'intérêt : année introduite en continue, variable d'ajustement : âge introduite en continue. Seule la variable « âge » a été utilisée pour l'ajustement, les effectifs ne permettant pas d'intégrer d'autres variables.

Des analyses descriptives ont été conduites sur les agents associés aux signalements de MCP.

Des analyses ont été conduites pour décrire les proportions de TMS signalés en MCP correspondant ou non à des tableaux de MP. Dans le programme MCP, des questions permettent de distinguer, parmi les TMS figurant dans des tableaux, ceux qui ont fait l'objet ou non d'une déclaration, et pour ces derniers, les raisons évoquées par les salariés pour ces non-déclarations.

³ <https://www.insee.fr/fr/information/2406147>

Résultats

Secteur de la santé humaine et de l'action sociale : description socioprofessionnelle

Sur la période 2009-2017, 515 013 salariés ont été vus pendant les quinzaines MCP, parmi lesquels 43,6 % sont des femmes et 56,4 % des hommes. Sur l'ensemble de ces salariés vus en visite, 6,4 % (n=34 782) travaillent dans le secteur de la santé humaine, 3,7 % (n=19 963) dans celui de l'action sociale avec hébergement, 4,2 % (n=22 649) dans celui de l'action sociale sans hébergement.

Les caractéristiques sociodémographiques selon le secteur d'activité sont présentées dans le **tableau 1**. La population salariée de la SH-AS est majoritairement féminine et largement représentée par les catégories socioprofessionnelles des employés et professions intermédiaires. Les entreprises du secteur de la santé humaine sont à 53,6 % de statut public, alors qu'elles sont très majoritairement de statut privé pour l'action sociale avec ou sans hébergement et pour les autres secteurs.

Signalements d'au moins une maladie à caractère professionnel chez les salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale

Sur la période 2009-2017, chez les femmes, les taux de signalement d'au moins une MCP sont de 7,6 % en santé humaine, de 7,3 % en action sociale avec hébergement, de 7,1 % en action sociale sans hébergement et de 7,1 % pour les autres secteurs. Chez les hommes, ces taux sont respectivement de 4,6 %, 3,7 %, 3,5 % et 5,2 %.

Les taux de prévalence par catégorie de pathologie sont présentés dans les **tableaux 2.a et 2.b**.

Tab.1 Caractéristiques sociodémographiques des salariés vus en quinzaine MCP, selon le secteur, 2009-2017

	Santé humaine		Action sociale avec hébergement		Action sociale sans hébergement		Autres secteurs	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe								
Femme	27 452	78,9	15 621	78,3	16 868	74,5	177 558	38,0
Homme	7 327	21,1	4 341	21,7	5 777	25,5	289 800	62,0
Âge (moyenne)	34 757	41,2	19 949	41,7	22 640	41,8	467 038	39,3
PCS								
Agriculteur exploitant	0	-	0	-	0	-	39	<0,1
Artisan, commerçant	8	< 0,1	8	< 0,1	8	< 0,1	490	0,1
Cadre	2 093	6,0	679	3,4	670	3,0	35 114	7,5
Profession intermédiaire	12 649	36,4	5 141	25,8	4 209	18,6	83 590	17,9
Employé	18 101	52,0	12 274	61,5	12 457	55,0	119 616	25,6
Ouvrier	1 860	5,4	1 848	9,3	5 290	23,4	227 846	48,7
Sans activité	71	0,2	13	< 0,1	15	< 0,1	700	0,2
Type de contrat								
CDI	27 668	80,3	16 165	81,9	17 903	80,1	368 067	79,7
CDD	5 050	14,7	3 173	16,1	3 352	15,0	44 771	9,7
Autre	1 708	5,0	387	2,0	1 099	4,9	49 107	10,6
Type de visite								
Visite périodique	17 439	50,3	10 239	51,5	10 837	48,0	240 492	51,6
Visite à la demande	5 619	16,2	1 777	8,9	2 109	9,3	39 641	8,5
Visite d'embauche	6 053	17,5	4 338	21,8	5 602	24,8	125 592	27,0
Visite de reprise	5 564	16,0	3 545	17,8	4 047	17,9	60 209	12,9
Statut de l'entreprise								
Privée	16 057	46,4	16 675	84,8	20 500	92,1	416 803	90,5
Publique	18 529	53,5	2 860	14,5	1 649	7,4	33 173	7,2
Privée/Publique	32	0,1	131	0,7	112	0,5	10 815	2,3

Tab.2.a Taux de prévalence de signalements de MCP, selon le secteur d'activité, chez les femmes, 2009-2017

	Santé humaine			Action sociale avec hébergement			Action sociale sans hébergement			Autres secteurs		
	N	%	[IC 95 %]	N	%	[IC 95 %]	N	%	[IC 95 %]	N	%	[IC 95 %]
Signalement MCP	2 097	7,6	[7,3 - 7,9]	1 133	7,3	[6,9 - 7,7]	1 196	7,1	[6,7 - 7,5]	12 635	7,1	[7,0 - 7,2]
TMS	1 024	3,7	[3,5 - 3,9]	575	3,7	[3,4 - 4,0]	715	4,2	[3,9 - 4,5]	6 083	3,4	[3,3 - 3,5]
TMS Coude	116	0,4	[0,3 - 0,5]	57	0,4	[0,3 - 0,5]	87	0,5	[0,4 - 0,6]	929	0,5	[0,4 - 0,6]
TMS Épaule	316	1,2	[1,1 - 1,3]	180	1,2	[1,0 - 1,4]	237	1,4	[1,2 - 1,6]	1 942	1,1	[1,0 - 1,2]
TMS Main-poignet	57	0,2	[0,1 - 0,3]	39	0,2	[0,1 - 0,3]	49	0,3	[0,2 - 0,4]	492	0,3	[0,2 - 0,4]
Syndromes canalaires	120	0,4	[0,3 - 0,5]	69	0,4	[0,3 - 0,5]	113	0,7	[0,6 - 0,8]	1 190	0,7	[0,6 - 0,8]
TMS Rachis	503	1,8	[1,6 - 2,0]	261	1,7	[1,5 - 1,9]	284	1,7	[1,5 - 1,9]	1 958	1,1	[1,0 - 1,2]
Souffrance psychique	805	2,9	[2,7 - 3,1]	488	3,1	[2,8 - 3,4]	412	2,4	[2,2 - 2,6]	5 520	3,1	[3,0 - 3,2]
Irritations/Allergies	145	0,5	[0,4 - 0,6]	29	0,2	[0,1 - 0,3]	37	0,2	[0,1 - 0,3]	428	0,2	[0,1 - 0,3]

Tab.2.b Taux de prévalence de signalements de MCP, selon le secteur d'activité, chez les hommes, 2009-2017

	Santé humaine			Action sociale avec hébergement			Action sociale sans hébergement			Autres secteurs		
	N	%	[IC 95 %]	N	%	[IC 95 %]	N	%	[IC 95 %]	N	%	[IC 95 %]
Signalement MCP	337	4,6	[4,1 - 5,1]	162	3,7	[3,1 - 4,3]	204	3,5	[3,0 - 4,0]	15 179	5,2	[5,1 - 5,3]
TMS	163	2,2	[1,9 - 2,5]	44	1,0	[0,7 - 1,3]	90	1,6	[1,3 - 1,9]	8 504	2,9	[2,8 - 3,0]
TMS Coude	23	0,3	[0,2 - 0,4]	9	0,2	[0,1 - 0,3]	18	0,3	[0,2 - 0,4]	1 367	0,5	[0,4 - 0,6]
TMS Épaule	41	0,6	[0,4 - 0,8]	13	0,3	[0,1 - 0,5]	22	0,4	[0,2 - 0,6]	2 017	0,7	[0,6 - 0,8]
TMS Main-poignet	7	0,1	[>0,0 - 0,1[	4	0,1	[>0,0 - 0,1[	6	0,1	[>0,0 - 0,1[	410	0,1	[>0,0 - 0,1[
Syndromes canalaires	11	0,2	[0,1 - 0,3]	5	0,1	[>0,0 - 0,1[	9	0,2	[0,1 - 0,3]	835	0,3	[0,2 - 0,4]
TMS Rachis	88	1,2	[0,9 - 1,5]	16	0,4	[0,3 - 0,5]	38	0,7	[0,5 - 0,9]	4 201	1,4	[1,3 - 1,5]
Souffrance psychique	122	1,7	[1,4 - 2,0]	103	2,4	[1,9 - 2,9]	87	1,5	[1,2 - 1,8]	3 921	1,4	[1,3 - 1,5]
Irritations/Allergies	13	0,2	[0,1 - 0,3]	7	0,2	[0,1 - 0,3]	7	0,1	[>0,0 - 0,2]	660	0,2	[0,1 - 0,3]

Surlignage bleu : taux de prévalence inférieurs au taux observé pour les autres secteurs (différences statistiquement significatives, seuil de 5 %).

Surlignage orange : taux de prévalence supérieurs au taux observé pour les autres secteurs (différences statistiquement significatives, seuil de 5 %).

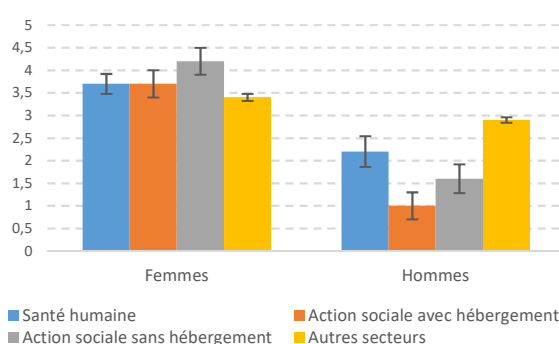
Signalements de TMS en MCP dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, 2009-2017

Taux de prévalence de TMS chez les salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale, 2009-2017

Sur la période 2009-2017, les troubles musculosquelettiques sont les MCP les plus signalées, quel que soit le sexe et le secteur d'activité.

Les taux de prévalence sont plus élevés pour les femmes salariées des trois sous-secteurs de la SH-AS, en comparaison des femmes salariées des autres secteurs (figure 1.a).

Fig.1.a Taux de prévalence de TMS, selon le sexe et le secteur d'activité, 2009-2017



Tous secteurs confondus, les localisations de TMS les plus signalées sont le rachis et l'épaule, quel que soit le sexe et le secteur d'activité.

Chez les femmes, les taux de prévalence de TMS du rachis sont plus élevés en SH-AS que dans les autres secteurs (figure 1.b). Chez les hommes, ce sont au contraire les salariés des autres secteurs qui enregistrent les taux les plus élevés.

Chez les femmes, les taux de prévalence de TMS de l'épaule sont plus importants pour les salariées de l'action sociale sans hébergement, en comparaison des autres secteurs (figure 1.c). Chez les hommes, le taux de prévalence le plus élevé est enregistré pour les autres secteurs que la SH-AS. Ce taux est supérieur à ceux estimés en action sociale avec ou sans hébergement.

Fig.1.b Taux de prévalence de TMS du rachis, selon le sexe et le secteur d'activité, 2009-2017

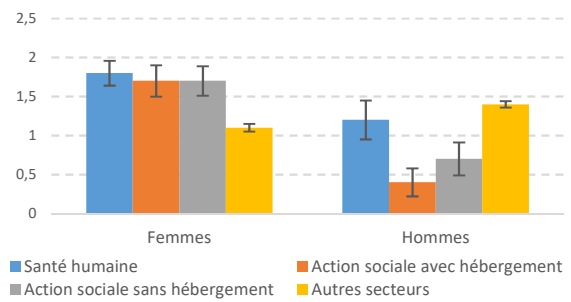
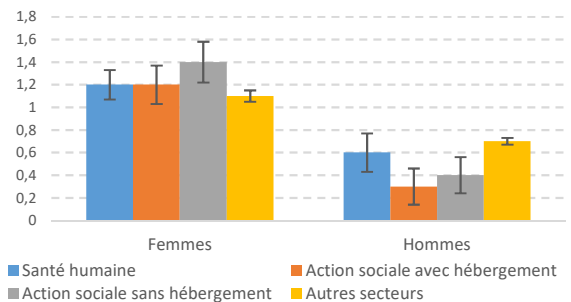


Fig.1.c Taux de prévalence de TMS de l'épaule, selon le sexe et le secteur d'activité, 2009-2017



Associations entre signalements de TMS et secteur, selon le sexe, 2009-2017

Chez les femmes, après ajustement sur l'âge, la PCS, le type de visite et le statut de l'entreprise, être salariée de la SH-AS est associé à un risque plus élevé de se voir diagnostiquer un TMS, par rapport aux autres secteurs (tableau 3.a) ; OR_{SH} : 1,3 [1,1-1,6], $OR_{ASavecHébergement}$: 1,5 [1,3-1,8], $OR_{ASSansHébergement}$: 1,8 [1,6-2,2]. Chez les hommes, être un salarié de l'action sociale avec ou sans hébergement est associé à un risque plus faible de signalements de TMS, en comparaison des autres secteurs (tableau 3.b) ; $OR_{ASavecHébergement}$: 0,4 [0,2-0,7], $OR_{ASSansHébergement}$: 0,7 [0,5-1,0].

Des résultats similaires sont observés sur les signalements de TMS du rachis et de l'épaule.

Tab.3.a Associations entre signalements de TMS et secteur d'activité, chez les femmes, 2009-2017

Secteur d'activité	TMS		TMS du rachis		TMS de l'épaule	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Autres secteurs (pop. réf.)	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Santé humaine	1,3	[1,1 - 1,6]	1,8	[1,4 - 2,2]	1,3	[1,0 - 1,7]
Action sociale avec hébergement	1,5	[1,3 - 1,8]	1,9	[1,5 - 2,3]	1,4	[1,1 - 1,7]
Action sociale sans hébergement	1,8	[1,6 - 2,2]	1,7	[1,4 - 2,1]	1,5	[1,3 - 1,9]

Tab.3.b Associations entre signalements de TMS et secteur d'activité, chez les hommes, 2009-2017

Secteur d'activité	TMS		TMS du rachis		TMS de l'épaule	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Autres secteurs (pop. réf.)	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Santé humaine	0,7	[0,4 - 1,0]	0,8	[0,5 - 1,3]	1,2	[0,6 - 2,1]
Action sociale avec hébergement	0,4	[0,2 - 0,7]	0,3	[0,1 - 0,6]	0,9	[0,4 - 1,7]
Action sociale sans hébergement	0,7	[0,5 - 1,0]	0,5	[0,3 - 0,9]	0,9	[0,5 - 1,5]

Note de lecture : OR estimés via des modèles de régression logistique mixtes à intercept aléatoire, après ajustement sur l'âge, le type de contrat, le type de visite, la PCS et le statut privé ou public de l'entreprise. Effet aléatoire appliqué sur la variable « médecin ». En gras sont surlignés les OR qui ressortent statistiquement significatifs.

Facteurs d'exposition associés aux signalements de TMS selon le secteur et le sexe, 2009-2017

En SH-AS, quel que soit le sexe et à l'exception des hommes travaillant en action sociale sans hébergement, le travail avec force est le groupe d'agents le plus associé aux TMS (**tableau 4**), suivi des mouvements répétitifs. Dans le cas des hommes du secteur de l'action sociale sans hébergement, les mouvements répétitifs arrivent en première position, suivi du travail avec force. Le groupe d'agent « travail avec force » comprend les actions de manutention, notamment de personnes.

Tab. 4 Facteurs d'exposition associés aux TMS selon le secteur d'activité et le sexe, 2009-2017

	Santé humaine		Action sociale avec hébergement		Action sociale sans hébergement		Autres secteurs	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Agents d'exposition n(%)								
Travail avec force	44,7 (801)	46,2 (133)	46,7(460)	38,7 (29)	36,3(458)	28,4 (46)	23,4 (2 576)	35,1 (5 666)
Mouvements répétitifs	24,1 (432)	21,2 (61)	27,5 (271)	30,7 (23)	34,3 (433)	30,3 (49)	39,7 (4 373)	24,0 (3 869)
Postures	17,4 (312)	17,7 (51)	17,1 (169)	18,7 (14)	20,9 (264)	17,3 (28)	18,2 (1 999)	21,7 (3 507)
Facteurs organisationnels relationnels et éthiques	8,8 (158)	8,0 (23)	6,7 (66)	4,0 (3)	6,4 (80)	6,2 (10)	10,4 (1 144)	5,0 (814)
Autres agents (<i>physiques, biologiques et chimiques</i>)	5,0 (89)	6,9 (20)	2,0 (20)	8,0 (6)	2,1 (27)	18,0 (29)	8,3 (913)	14,2 (2 291)

Signalements de TMS selon le secteur, la catégorie socio-professionnelle et le sexe, 2009-2017

Fig. 2.a Taux de prévalence de TMS, chez les femmes, selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle, 2009-2017

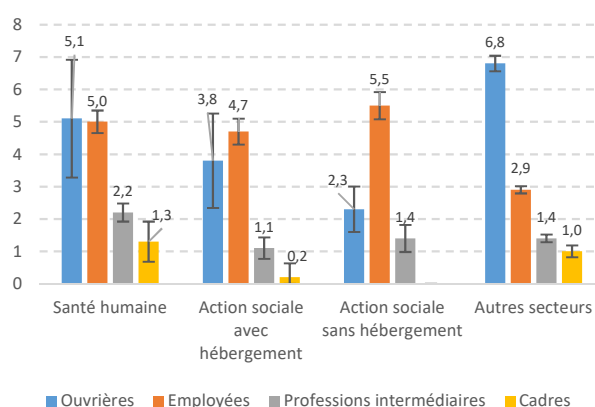
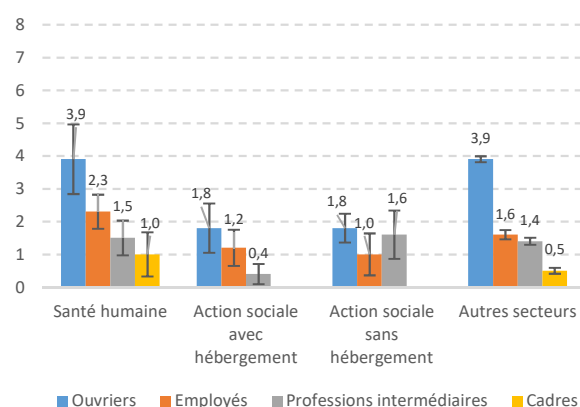


Fig. 2.b Taux de prévalence de TMS, chez les hommes, selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle, 2009-2017



Compléments de lecture : distribution des PCS par secteur d'activité et selon le sexe

Hommes *Santé humaine* : 11,3 % de cadres, 27,2 % de professions intermédiaires, 43,5 % d'employés, 17,7 % d'ouvriers. *Action sociale avec hébergement* : 5,2 % de cadres, 32,6 % de professions intermédiaires, 34,7 % d'employés, 27,4 % d'ouvriers. *Action sociale sans hébergement* : 3,7 % de cadres, 18,8 % de professions intermédiaires, 16,7 % d'employés, 60,6 % d'ouvriers. *Autres secteurs* : 7,9 % de cadres, 16,8 % de professions intermédiaires, 11,3 % d'employés, 63,6 % d'ouvriers. **Femmes** *Santé humaine* : 4,6 % de cadres, 38,8 % de professions intermédiaires, 54,3 % d'employés, 2,1 % d'ouvriers. *Action sociale avec hébergement* : 2,9 % de cadres, 23,9 % de professions intermédiaires, 68,9 % d'employés, 4,2 % d'ouvriers. *Action sociale sans hébergement* : 2,7 % de cadres, 18,5 % de professions intermédiaires, 68,1 % d'employés, 10,6 % d'ouvriers. *Autres secteurs* : 6,9 % de cadres, 19,6 % de professions intermédiaires, 48,9 % d'employés, 24,5 % d'ouvriers

Chez les femmes, quel que soit le secteur, les signalements de TMS sont plus fréquents chez les ouvrières et les employées que chez les cadres et les professions intermédiaires (**figure 2.a**).

Lorsque l'on compare les secteurs entre eux par PCS, les **taux de prévalence de TMS** ressortent

plus élevés pour les employés de la SH-AS que pour les employés des autres secteurs. Des niveaux plus élevés sont aussi observés pour les femmes de professions intermédiaires en santé humaine que pour celles de même PCS dans les autres secteurs.

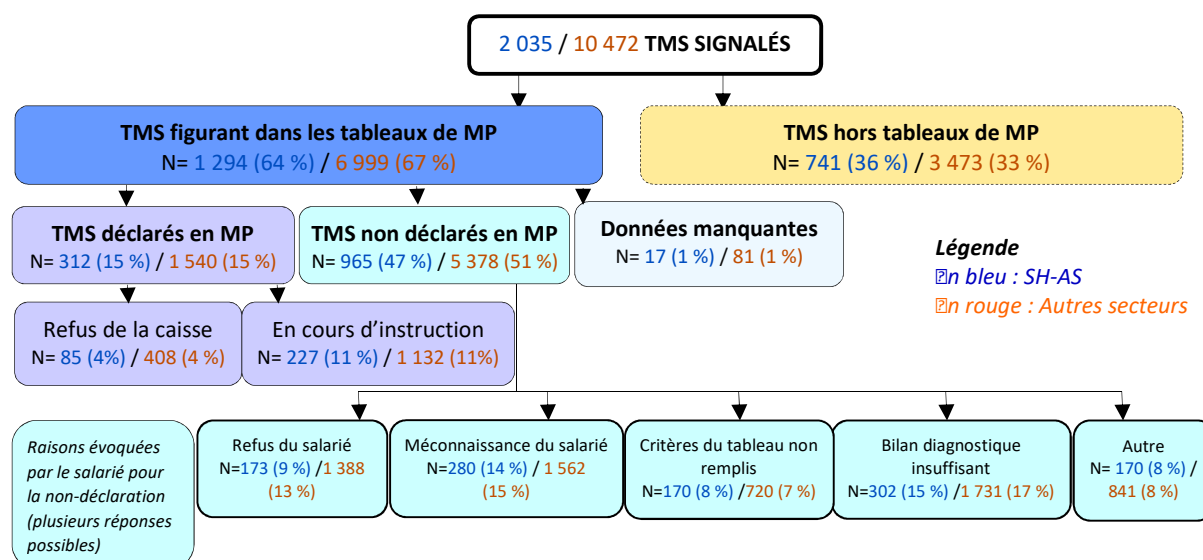
Chez les hommes salariés en santé humaine et dans les autres secteurs, ce sont les ouvriers qui enregistrent les taux les plus élevés de signalements de TMS (figure 2.b).

Lorsque l'on compare les secteurs entre eux par PCS, les **taux enregistrés chez les ouvriers des autres secteurs sont plus élevés** que ceux enregistrés **chez les ouvriers de l'action sociale avec ou sans hébergement**. Seuls les taux enregistrés en santé humaine chez les employés et les cadres ressortent plus élevés que chez ceux de même PCS dans les autres secteurs, sans que la significativité statistique ne soit cependant atteinte.

Non déclaration en maladies professionnelles des TMS figurant dans des tableaux, 2011-2017

Une part élevée des TMS signalés en MCP entre 2011 et 2017 correspond à des tableaux de MP (64 % en SH-AS et 67 % pour les autres secteurs) (figure 3). En SH-AS, 47 % des TMS signalés en MCP n'ont pas fait l'objet d'une demande de reconnaissance, 11 % sont en cours d'instruction pour être reconnus en MP et 4 % ont été refusés comme MP. Sur ces indicateurs, **peu de différences ressortent entre la SH-AS et les autres secteurs**. Les raisons les plus évoquées en SH-AS pour une non demande de reconnaissance sont le « bilan diagnostique insuffisant » et la « méconnaissance du salarié ».

Fig.3 Troubles musculosquelettiques correspondant ou non à des tableaux de maladies professionnelles, chez les salariés de la santé humaine et de l'action sociale, 2011-2017



Évolution des signalements de TMS sur la période 2009-2017, par secteur et selon le sexe

Chez les femmes comme chez les hommes, quel que soit le secteur, aucune tendance sur les signalements de TMS n'est observée sur la période d'analyse 2009-2017

Fig.4.a Taux de prévalence de TMS chez les femmes, selon le secteur d'activité, 2009-2017

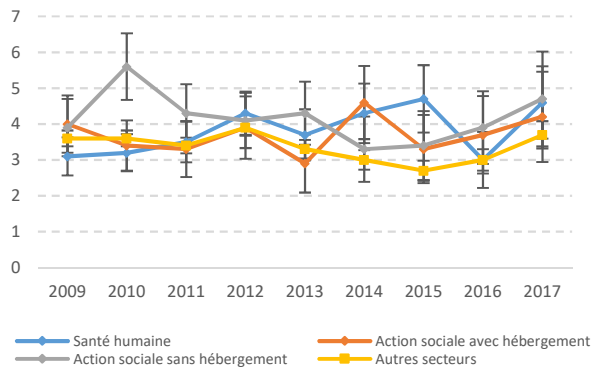
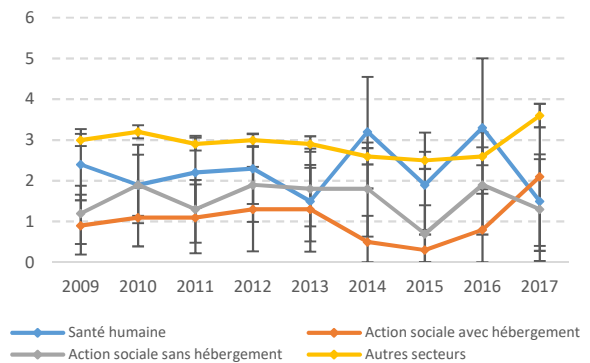


Fig.4.b Taux de prévalence de TMS chez les hommes, selon le secteur d'activité, 2009-2017



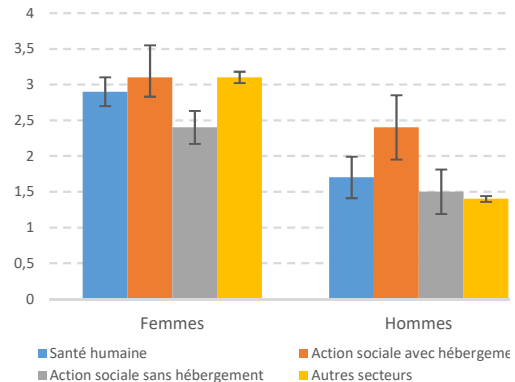
Signalements de souffrance psychique en MCP dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, 2009-2017

Taux de prévalence de souffrance psychique chez les salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale

Chez les femmes, les taux de prévalence de souffrance psychique enregistrés en santé humaine et action sociale avec hébergement ne diffèrent pas de ceux des autres secteurs (**figure 5**). Le taux de prévalence pour les autres secteurs est supérieur à celui de l'action sociale sans hébergement.

Chez les hommes, les taux de prévalence de souffrance psychique enregistrés en santé humaine et action sociale sans hébergement ne diffèrent pas de ceux des autres secteurs. Le taux de prévalence pour le secteur de l'action sociale avec hébergement est supérieur à celui des autres secteurs.

Fig.5 Taux de prévalence de souffrance psychique, selon le sexe et le secteur d'activité, 2009-2017



Associations entre signalements de souffrance psychique et secteur, selon le sexe, 2009-2017

Sur la période 2009-2017, après ajustement sur l'âge, la PCS, le type de visite et le statut privé ou public de l'entreprise, chez les femmes, être salariée de la SH-AS est associé à un moindre risque de signalements de souffrance psychique, en comparaison d'être salariée dans un autre secteur ; $OR_{SH} : 0,6 [0,5-0,7]$, $OR_{ASavecHébergement} : 0,7 [0,6-0,9]$, $OR_{ASSansHébergement} : 0,5 [0,4-0,6]$ (**tableau 5**).

Chez les hommes, après ajustement sur les mêmes variables, être salarié en santé humaine est associé à un risque moins élevé de se voir signaler de la souffrance psychique, par rapport aux autres secteurs d'activité ; $OR_{SH} : 0,5 [0,3-0,7]$. Au contraire, être salarié de l'action sociale avec hébergement est associé à un plus grand risque ; $OR_{ASavecHébergement} : 1,9 [1,3-2,8]$.

Tab.5 Associations entre signalements de souffrance psychique et secteur d'activité, selon le sexe, 2009-2017

	Femmes		Hommes	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Secteur d'activité				
Autres secteurs (pop. réf.)	1,0	-	1,0	-
Santé humaine	0,6	[0,5 - 0,7]	0,5	[0,3 - 0,7]
Action sociale avec hébergement	0,7	[0,6 - 0,8]	1,9	[1,3 - 2,8]
Action sociale sans hébergement	0,5	[0,4 - 0,6]	0,9	[0,6 - 1,4]

Note de lecture : OR estimés via des modèles de régression logistique mixtes à intercept aléatoire, après ajustement sur l'âge, le type de contrat, le type de visite, la catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le statut privé ou public de l'entreprise. Effet aléatoire appliqué sur la variable « médecin ». En gras sont surlignés les OR qui ressortent statistiquement significatifs.

Facteurs d'exposition associés aux signalements de souffrance psychique selon secteur et le sexe, 2009-2017

Quel que soit le sexe et le secteur d'activité, près de la moitié des agents d'exposition associés à la souffrance psychique sont ceux de la catégorie « organisation fonctionnelle de l'activité » (changements d'organisation, surcharge de travail, dysfonctionnement des prescriptions hiérarchiques, manque de moyens). La seconde catégorie la plus citée est celle des « relations au travail, violences », puis des « exigences inhérentes à l'activité » (horaires de travail, etc.) (**tableau 6**).

Tab. 6 Facteurs d'exposition associés à la souffrance psychique, selon le secteur d'activité et le sexe, 2009-2017

	Santé humaine		Action sociale avec hébergement		Action sociale sans hébergement		Autres secteurs	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Agents d'exposition n(%)								
Organisation fonctionnelle de l'activité	44,6 (647)	50,5 (112)	40,9 (345)	39,0 (71)	44,1 (330)	40,1 (61)	46,7 (4 533)	46,8 (3 160)
Relation au travail et violence	32,7 (475)	25,7 (57)	40,3 (340)	37,9 (69)	34,0 (254)	36,2 (55)	36,6 (3 548)	29,3 (1 983)
Exigence inhérente à l'activité	15,4 (223)	20,3 (45)	11,6 (98)	19,2 (35)	15,6 (117)	14,5 (22)	9,7 (937)	15,7 (1 062)
Ethique personnelle, conflit de valeur	3,6 (52)	1,4 (3)	4,5 (38)	3,3 (6)	2,7 (20)	6,6 (10)	2,2 (217)	2,4 (159)
Autres facteurs organisationnels et éthiques	2,2 (32)	1,4 (3)	2,3 (19)	0,6 (1)	2,8 (21)	2,6 (4)	3,7 (358)	4,7 (320)
Autres agents (biomécaniques, biologiques, chimiques)	1,6 (23)	x	0,5 (4)	x	0,8 (6)	x	1,1 (110)	x

Signalements de souffrance psychique selon le secteur, la catégorie socioprofessionnelle et le sexe, 2009-2017

Chez les femmes, quel que soit le secteur, les cadres enregistrent les taux les plus élevés, suivis des professions intermédiaires, des employées et des ouvrières (**figure 6.a**). Lorsque l'on compare les secteurs par PCS, les **taux de prévalence de souffrance psychique chez les femmes employées ou de professions intermédiaires en santé humaine ressortent moins élevés** que pour celles de même PCS

dans les autres secteurs. Pour les **salariées de l'action sociale avec ou sans hébergement, les taux enregistrés chez les employées sont moins élevés** que ceux des employées des autres secteurs.

Chez les hommes salariés de l'action sociale avec ou sans hébergement, les taux de prévalence de souffrance psychique sont observés plus élevés que dans les autres secteurs pour les catégories des cadres et pour celles des professions intermédiaires (**figure 6.b**). Lorsque l'on compare les secteurs par PCS, **les professions intermédiaires en action sociale avec ou sans hébergement enregistrent des taux plus élevés** que pour ces mêmes catégories dans les autres secteurs.

Fig.6.a Taux de prévalence de souffrance psychique, chez les femmes, selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle, 2009-2017

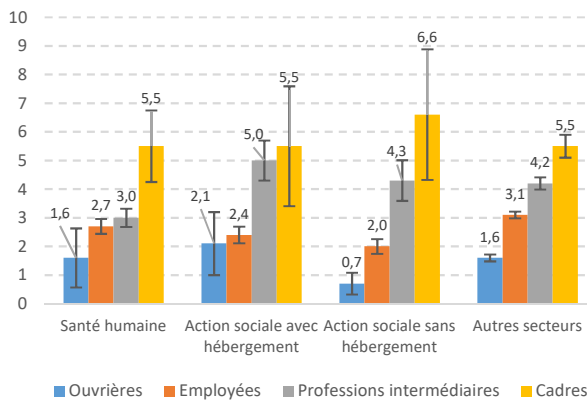
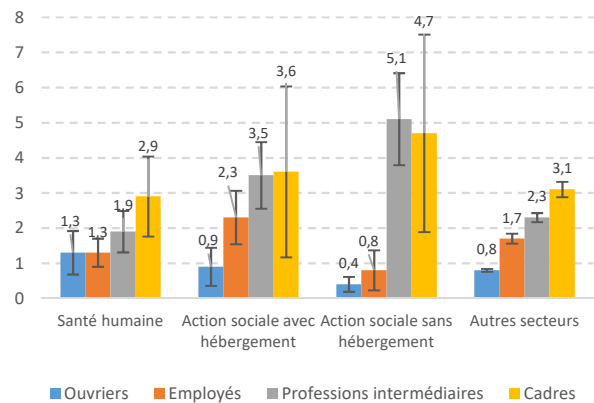


Fig.6.b Taux de prévalence de souffrance psychique, chez les hommes, selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle, 2009-2017



Tendances sur les signalements de souffrance psychique selon le secteur et le sexe, 2009-2017

Entre 2009 et 2017, chez les femmes, des tendances à la hausse se dégagent dans le cas des signalements de souffrance psychique, quel que soit le secteur (**figure 7.a**). Les femmes salariées en santé humaine enregistrent l'augmentation la plus marquée ; de 1,5 % en 2009 à 4,4 % en 2017. En analyse multivariée, après ajustement sur l'âge, les tendances moyennes annuelles sur les signalements de souffrance psychique ressortent statistiquement significatives pour les salariées de la santé humaine (OR : 1,14 [1,01 - 1,28]), de l'action sociale avec hébergement (OR : 1,82 [1,42-2,34]) et des autres secteurs (OR : 1,10 [1,04 -1,16]).

Chez les hommes, aucune tendance ne ressort sur les signalements de souffrance psychique entre 2009 et 2017 (**figure 7.b**), quel que soit le secteur. Dans le cas des hommes salariés en santé humaine, une tendance à la hausse semble cependant légèrement se dégager.

Fig.7.a Taux de prévalence de souffrance psychique chez les femmes, par année, selon le secteur, 2009-2017

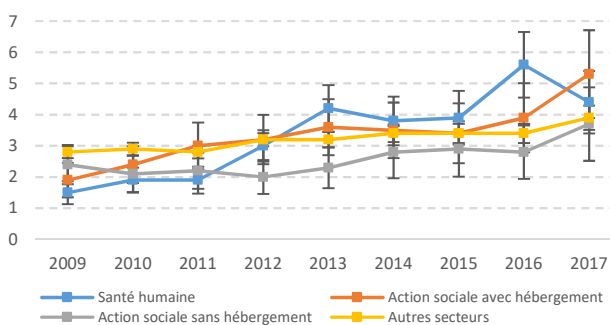
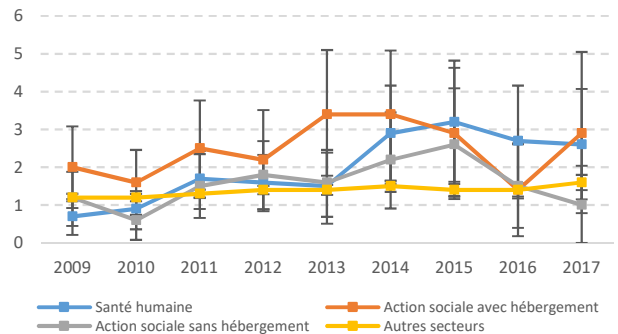


Fig.7.b Taux de prévalence de souffrance psychique chez les hommes, par année, selon le secteur, 2009-2017



Signalements d'irritations ou allergies en MCP pour le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, 2009-2017

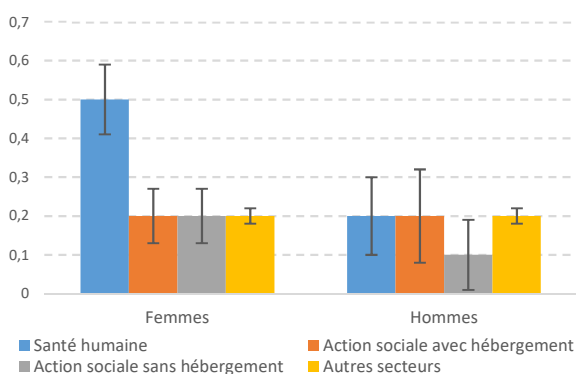
Taux de prévalence d'irritations ou allergies chez les salariés de la santé humaine et de l'action sociale, 2009-2017

Les irritations ou allergies regroupent différentes catégories de pathologies. Les dermatites, d'irritation ou allergique, suivi de l'asthme et des allergies respiratoires sont les plus fréquentes.

Chez les femmes, le taux de prévalence pour les salariées en santé humaine est plus élevé que celui des autres secteurs (figure 8).

Chez les hommes, aucune différence ne ressort entre les différents secteurs.

Fig.8 Taux de prévalence d'irritations ou allergies, selon le sexe et le secteur d'activité, 2009-2017



Associations entre signalements d'irritations ou allergies et secteur, selon le sexe, 2009-2017

Sur la période 2009-2017, après ajustement sur l'âge, la PCS, le type de visite et le statut privé ou public de l'entreprise, chez les femmes, être salariée en santé humaine est associé à un risque plus élevé de se voir signaler une irritation ou allergie, en comparaison des autres secteurs ; $OR_{SH} : 2,6 [1,8-3,7]$ (tableau 7). Chez les hommes, aucun résultat ne ressort statistiquement significatif.

Tab. 7 Associations entre signalements de souffrance psychique et secteur d'activité, selon le sexe, 2009-2017

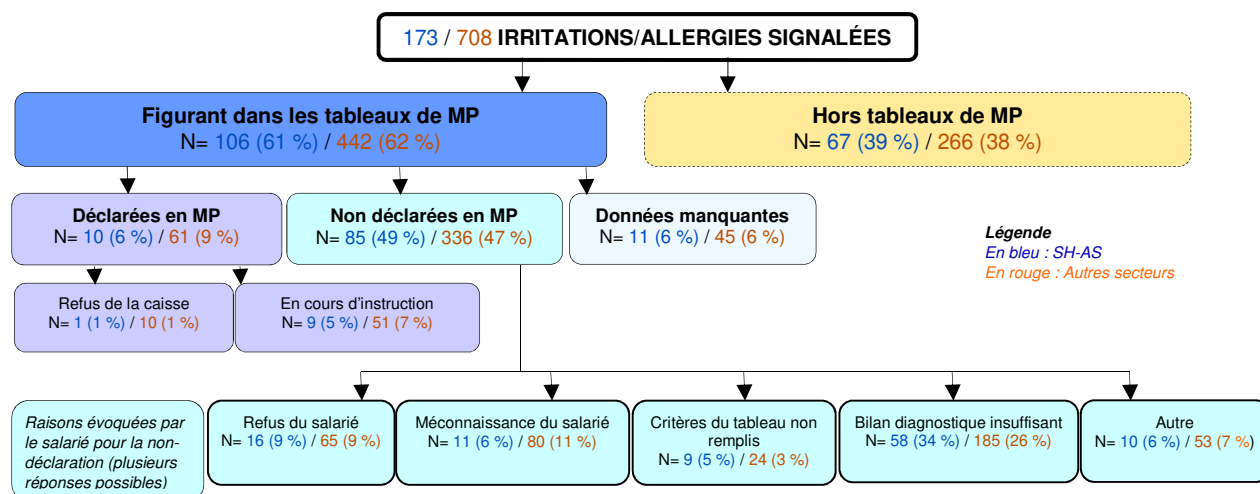
Secteur d'activité	Femmes		Hommes	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Autres secteurs	1,0		1,0	
Santé humaine	2,6	[1,8 - 3,7]	0,7	[0,3 - 2,1]
Action sociale avec hébergement	0,9	[0,5 - 1,4]	1,7	[0,6 - 4,3]
Action sociale sans hébergement	0,9	[0,6 - 1,4]	0,5	[0,2 - 1,5]

Note de lecture : OR estimés via des modèles de régression logistique mixtes à intercept aléatoire, après ajustement sur l'âge, le type de contrat, le type de visite, la catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le statut privé ou public de l'entreprise. Effet aléatoire appliqué sur la variable « médecin ». En gras sont surlignés les OR qui ressortent statistiquement significatifs.

Irritations ou allergies correspondant à des tableaux de maladies professionnelles selon le secteur, 2011-2017

Une part élevée des irritations ou allergies signalées en MCP correspond à des tableaux de MP (61 % en SH-AS et 62 % pour les autres secteurs) (figure 9). En SH-AS, 49 % des signalements n'ont pas fait l'objet d'une demande de reconnaissance, 5 % sont en cours d'instruction pour être reconnus en MP et 1 % ont été refusés comme MP. Sur ces indicateurs, peu de différences ressortent entre la SH-AS et les autres secteurs. La raison la plus évoquée par les salariés de la SH-AS pour une non demande de reconnaissance en MP est le « refus du salarié ».

Fig.9 Irritations ou allergies correspondant ou non à des tableaux de maladies professionnelles, chez les salariés de la santé humaine et de l'action sociale, 2011-2017



Discussion

Le secteur de la SH-AS est caractérisé par une proportion élevée de salariées femmes et par une représentation importante des catégories socioprofessionnelles d'employés et professions intermédiaires. Sur le statut de l'entreprise, la santé humaine se distingue des autres secteurs par une part importante d'entreprises de statut public, caractéristique du milieu hospitalier.

Plus de TMS pour les femmes salariées de la santé humaine et de l'action sociale

Entre 2009 et 2017, les femmes salariées de la SH-AS enregistrent des taux de prévalence de TMS, de TMS du rachis et de TMS de l'épaule plus élevés que ceux des femmes des autres secteurs.

En 2014, les données de la Cnamts montraient que les proportions de TMS reconnus en MP étaient parmi les plus importantes pour le secteur de l'action sociale avec hébergement. En 2012, c'est le secteur hospitalier qui enregistrait les proportions les plus élevées de TMS du rachis et de l'épaule reconnus en MP [7]. Les statistiques sur les MCP et les MP indemnisées étant complémentaires, ces résultats vont dans le sens d'une réelle importance de la problématique des TMS chez les femmes de la SH-AS.

D'autres enquêtes corroborent nos résultats. En France, en 2003, les données du réseau de surveillance des TMS en région Pays de la Loire montraient que sur plusieurs indicateurs, les femmes salariées de la SH-AS étaient plus concernées par les TMS que celles des autres secteurs [8]. Dans les pays de l'UE, les données des grandes enquêtes transversales conduites entre 2000 et 2010 rapportaient des taux de prévalence de TMS autodéclarés plus élevés pour les salariés de la SH-AS, sans qu'une distinction ne soit cependant faite selon le sexe [9, 10].

En 2005, 2010 et 2017⁴, les enquêtes transversales de la Dares révélaient des expositions plus élevées aux manutentions de charges lourdes et aux postures pénibles pour les salariés de la SH-AS

⁴ Données non encore publiées.

que dans les autres secteurs [3, 11]. Les données de l'enquête Sumer 2017 révélaient que pour la manutention, l'hébergement médicalisé et les activités hospitalières étaient les plus concernées⁵. En SH-AS, les salariés en contact avec les patients sont fréquemment amenés à les « porter », dans des positions parfois difficiles. Ces expositions diffèrent selon les professions. En santé humaine, en 2010, les aides-soignants étaient les plus exposés aux manutentions de charges lourdes par exemple [12]. Ces différences interprofessionnelles sont retrouvées dans notre étude, avec des niveaux élevés pour les femmes employées de la SH-AS et pour celles de professions intermédiaires en santé humaine. Pour rappel, les aides-soignants représentent une part importante des professions d'employés en santé humaine et en action sociale avec hébergement. Ce sont les éducateurs pour l'action sociale sans hébergement et les infirmiers pour les professions intermédiaires en santé humaine. Des analyses détaillées par profession et localisation devront être menées pour encore davantage cibler les populations les plus concernées par le développement de TMS.

De 2009 à 2010, des tendances à la hausse sur les signalements de souffrance psychique pour les salariées femmes de la santé humaine et de l'action sociale avec hébergement

Entre 2009 et 2017, la souffrance psychique est la deuxième MCP la plus signalée, quel que soit le sexe et le secteur d'activité. Après prise en compte de l'âge, de la PCS et du statut de l'entreprise, les niveaux sur ces signalements sont moins élevés pour les femmes et les hommes salariés en SH-AS, en comparaison des autres secteurs. Seuls les hommes salariés de l'action sociale avec hébergement présentent un risque plus élevé de se voir signaler de la souffrance psychique, en comparaison des autres secteurs.

À notre connaissance, en France, les résultats publiés sur la « santé mentale » des salariés de la SH-AS vont dans le sens opposé de ceux observés dans notre étude.

Sur les expositions professionnelles, les données des enquêtes conduites par la Dares en France entre 2000 et 2017, ainsi que celles des grandes enquêtes européennes, font ressortir les salariés de la SH-AS comme fortement exposés aux facteurs psychosociaux ; contraintes horaires (travail les dimanches ou de nuit, manque de repos entre les jours de travail, travail posté, etc.), contacts parfois violents avec le public, fortes charges émotionnelles, manques de moyens humains et matériels [3, 11, 13, 14]. Une approche par métier, à partir de l'analyse des données de l'enquête Conditions de travail de 2016 de la Dares [15], révélait que les infirmiers et aides-soignants étaient parmi les quinze métiers les moins favorables au bien être psychologique. Ils étaient catégorisés dans le groupe des « empêchés », caractérisé par des possibilités amoindries pour réaliser un travail de qualité ou pour donner son avis, ainsi qu'à une exposition forte aux tensions avec le public.

En France, les taux de mortalité par suicide (1997-2002) et les taux de prévalence du risque suicidaire (2006-2008) ont été rapportés comme plus élevés pour les hommes salariés de la SH-AS, en comparaison des autres secteurs [16, 17]. Les données des grandes enquêtes européennes ont fait ressortir le secteur de la SH-AS comme l'un des plus concernés par les symptômes psychiques de type stress, fatigue, anxiété ou irritabilité. Enfin, en Écosse (2002-2003), les données du réseau de surveillance des maladies en lien avec le travail, comparable au programme MCP, a rapporté des incidences de souffrance psychique plus élevées pour les salariés de la SH-AS que pour ceux des autres secteurs [18].

⁵ Données non encore publiées.

Les données de reconnaissance en MP de la Cnamts n'étaient pas disponibles. Il sera important de les confronter à nos résultats. Des niveaux moins élevés de signalement en MCP pourraient traduire davantage de reconnaissance en MP.

Les potentiels biais épidémiologiques doivent donc être pris en compte pour appréhender les résultats de notre étude ; 1- biais du travailleur sain (certains salariés qui vont mal ne travaillent pas et ne sont pas captés via le dispositif MCP), 2- problème de représentativité des données. Sur le biais du travailleur sain, le secteur hospitalier a été rapporté comme l'un des plus concernés par les arrêts de travail, ce qui pourrait avoir un impact important sur nos résultats [19]. Sur la représentativité des données, l'échantillonnage du programme reposant sur les consultations des services de santé au travail inter-entreprises et autonomes, certains secteurs, comme celui de la fonction publique hospitalière, sont peu représentés. Les données de la Drees sur les établissements de santé apportent des informations représentatives sur le statut des structures employant les professionnels de santé ; en 2014, 63 % des médecins, 77 % des aides-soignants, 75 % des infirmiers/sages-femmes et 72 % du personnel administratif travaillaient dans le secteur public [20]. Sur la période 2009-2017, à partir de l'analyse des données MCP, ces proportions sont respectivement de 48 %, 50 %, 38 % et 43 %. Ces résultats vont dans le sens d'une sous-estimation du secteur public pour les salariés en santé humaine captés via notre dispositif de surveillance. Le secteur public hospitalier étant rapporté comme très en tension, cela pourrait tendre à sous-estimer les niveaux de souffrance psychique enregistrés via nos enquêtes.

Nos résultats poussent aussi et au contraire à considérer certains facteurs « positifs » propres aux métiers de la SH-AS ; cohésion dans les équipes et sentiment fort d'utilité en particulier [12, 15].

Dans notre étude, les taux de signalements de souffrance psychique sont en hausse chez les femmes salariées de la SH-AS, avec des évolutions marquées en santé humaine et en action sociale avec hébergement. Une légère augmentation est notée pour les hommes en santé humaine. En fin de période, l'ensemble de ces taux vient à dépasser ceux des autres secteurs.

Ce résultat souligne l'importance de poursuivre la surveillance des signalements de souffrance psychique en MCP chez les salariés de la SH-AS. Et bien que ces évolutions puissent résulter d'une meilleure reconnaissance des questions de santé mentale par les médecins du travail sur la période d'étude, ils doivent aussi être appréhendés au regard des évolutions en termes d'organisation du travail dans le secteur de la SH-AS ; 1- le secteur de la santé humaine, et en particulier le secteur hospitalier, se confronte au vieillissement de la population, non nécessairement pallié par une augmentation des moyens humains, ce qui entraîne une intensification du rythme et de la charge de travail [19, 21], 2- pour le secteur de l'action sociale, les évolutions organisationnelles sont complexes et marquées par des processus de décentralisation, de diversification et d'intensification des activités (moins de marge de manœuvre dans son travail, confrontation à un public de plus en plus large et de plus en plus précaire) [22].

Plus de signalements d'irritations ou allergies chez les femmes salariées de la santé humaine

Les signalements d'irritations ou allergies sont les troisièmes pathologies ou groupements de symptômes les plus signalés en MCP chez les salariés de la SH-AS. Leur taux de prévalence ressort plus élevé pour les femmes salariées en santé humaine, en comparaison des autres secteurs. Les irritations et allergies regroupent différentes pathologies. Les dermatites, d'irritation ou allergique, suivi de l'asthme et des allergies respiratoires sont les plus fréquents.

En France, entre 2001 et 2010, les données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) rapportaient le secteur de la SH-AS comme le premier concerné

par les signalements de dermatites de contact professionnelles [23]. Dans le cas des affections respiratoires, une étude multicentrique conduite en région Grand-Est en 2007-2008, rapportait des taux d'asthmes plus élevés pour les salariés du secteur de la SH-AS que pour ceux des autres secteurs [24].

Pour les dermatoses, l'utilisation d'irritants dans des milieux humides (lavage de main fréquent, antiseptiques, etc.) ou d'allergènes (additifs de vulcanisation des gants, conservateurs, médicaments, etc.) a été identifiée comme cause principale de développement chez les professionnels de santé [25]. Dans le cas des asthmes, l'exposition aux latex et aldéhydes est fréquemment citée [26].

Pas de différence sur les signalements de MCP figurant dans des tableaux de maladies professionnelles entre le secteur de la santé humaine et l'action sociale versus les autres secteurs

Aucune différence ne ressort entre la SH-AS et les autres secteurs sur les TMS signalés en MCP figurant dans des tableaux de MP indemnisables et n'ayant pas fait l'objet d'une demande de reconnaissance. Le même constat est fait pour les irritations ou allergies. Ces proportions sont en revanche élevées, ce qui souligne l'intérêt de ce programme afin d'estimer la sous-déclaration et la nécessité d'améliorer la reconnaissance de ces pathologies comme étant d'origine professionnelle.

Limites identifiées pour l'interprétation des résultats

La méthodologie du programme MCP présente plusieurs limites à prendre en compte pour l'analyse des résultats ; biais de sélection (volontariat des médecins du travail, passage quasi-uniquement par les services de santé au travail inter-entreprises et autonomes), biais de saisonnalité (quinzaines conduites sur deux périodes de quinze jours), biais géographique. Les données ne sont pas représentatives de ce qu'il se passe pour l'ensemble des salariés français ; elles sont une image de ce que les médecins du travail des régions participantes voient en consultation pendant les quinzaines MCP. Le programme MCP n'est pas implanté sur l'ensemble du territoire français et certains bassins d'emploi ne sont pas captés au travers des données recueillies. En particulier, les régions Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes, qui ne participent pas au programme, sont celles qui emploient le plus de salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale (*données Insee 2015 : 76 453 salariés en SH-AS pour ces deux régions, soit environ 28 % des salariés en SH-AS sur la France entière*). Or, certaines spécificités propres à ces bassins d'emploi ne peuvent pas être captées via les variables recueillies dans le cadre du programme (environnement général ; transports, densité de population, problématiques différentes pour les hôpitaux d'une région à une autre, etc.). D'autres biais ont été évoqués dans cette plaquette : la sous-représentation de certains secteurs, comme la fonction publique hospitalière, en lien avec la méthodologie d'échantillonnage du dispositif. À noter que pour les années à venir, des pondérations calculées sur les variables sexe, âge, PCS et secteur d'activité permettront de palier certains biais évoqués.

Conclusion

L'analyse des données MCP sur la période 2009-2017 auprès des salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale révèle : 1– Des taux de prévalence de TMS élevés pour les femmes de ce secteur, et ce de manière durable et historique soulignant ainsi la nécessité de renforcer la prévention sur ce point ; 2– Des taux de prévalence d'irritations ou allergies élevés pour les femmes salariées en santé humaine, 3– Des taux de prévalence de souffrance psychique en forte hausse pour les salariées de la SH-AS. Nos analyses font ressortir des résultats contrastés selon les catégories socioprofessionnelles ; en particulier, les femmes employées et salariées de professions intermédiaires semblent les plus concernées par les TMS. Ceci justifie la conduite de futures analyses privilégiant l'approche « métier ». Par ailleurs, dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid 19 qui a lourdement impacté les travailleurs de la SH-AS, poursuivre la surveillance spécifique et initiée dans cette plaquette apparaît pertinent et nécessaire.

En termes de prévention, ces résultats doivent pouvoir appuyer la conduite de démarches de prévention adaptées et ciblées auprès de ce secteur de la SH-AS. À noter que l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) a mis en place de nombreuses fiches, films courts ou autres supports à destination des professionnels en général, ou pour le secteur de la SH-AS en particulier, afin de réduire l'exposition à certains facteurs de risque de développement ou d'aggravation de TMS (aide à la manutention par exemple), d'irritations ou d'allergies (matériel de protection), de souffrance psychique. Les résultats des analyses conduites sur les salariés de la SH-AS doivent ainsi contribuer à appuyer l'utilisation de ce type de supports par les niveaux locaux de santé au travail.

RÉFÉRENCES

1. Cour des comptes, *Présentation du rapport sur la sécurité sociale*. 2019.
2. Assurance Maladie, *Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels*, in *Santé travail : enjeux et actions*. 2018.
3. Arnaudo, B., et al., *Les risques professionnels en 2010*. Références en Santé Trav, 2013. **130**: p. 59-74.
4. Delabre, L., Garras L., Houot, M., Pilorget, C., Bull Epidémiol, *Prévalences d'exposition professionnelle au formaldéhyde en France en 2015 et évolution depuis 1982. Résultats obtenus à partir de la matrice emplois-expositions du programme Matgéné*. Hebd. 2019;(33):679-86. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/33/2019_33_2.html
5. Organisation mondiale de la santé, *Onzième Révision de la Classification internationale des maladies*. 2019.
6. Présance, <https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2020/01/THSAURUS-HARMONIS-D-S-XPOSITIONS-PROFSSIONN-LLS-VRSION-BTA-2-QUALIFICATIFS-2020-19-12-2019.pdf>.
7. Garoche, B., *L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2012*. 2016.
8. Fouquet, N., Chazelle, .E., Chérié-Challine, L., Bodin, J., Descatha, A., Roquelaure, Y., *Surveillance de la lombalgie en lien avec le travail : comparaison de quatre sources de données et perspectives pour la prévention*. 2018.
9. European Agency for Safety and Health at Work, *OSH in figures: work-related musculoskeletal disorders in the EU—facts and figures*. European Risk Observatory Report, 2010.
10. Health and Safety Executive, *Work related musculoskeletal disorders in Great Britain (WRMSDs), 2018*, in *Annual statistics*. 2018.
11. Yilmaz, E., *Pénibilité du travail: évaluation statistique*. Document de travail, 2006. **55**(1).

12. Amira, S. and Ast, D., *Des risques professionnels contrastés selon les métiers*. 130 Avril, 2014: p. 29.
13. Vinck, L., *Les risques professionnels par secteurs d'activité. Enquête Sumer 2010*. 2014.
14. European Agency for Safety and Health at Work, *OSH in figures: Stress at work-facts and figures*. 2009: Office for Official Publ. of the European Communities.
15. Coutrot, T., *Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016*. 2018.
16. Cohidon, C., et al., *Risque suicidaire et activité professionnelle*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2011. **47**: p. 501-4.
17. Cohidon, C., et al., *Suicide et activité professionnelle en France*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2010. **58**(2): p. 139-150.
18. Chen, Y., et al., *A study of work-related musculoskeletal case reports to The Health and Occupation Reporting network (THOR) from 2002 to 2003*. Occupational Medicine, 2005. **55**(4): p. 268-274.
19. Pollak, C. and Ricoch, L., *Arrêts maladie dans le secteur hospitalier: les conditions de travail expliquent les écarts entre professions*. 2017.
20. Bachelet, M., et al., *Portrait des professionnels de santé: édition 2016*. 2016.
21. Cordier, M., *L'organisation du travail à l'hôpital: évolutions récentes*. Études et résultats, 2009. **709**.
22. Ravon, B., *Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux*. Informations sociales, 2009(2): p. 60-68.
23. Bensefa-Colas, L., *Analyse des dermatoses professionnelles au sein du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P): distribution, tendances et situations professionnelles à risque*. 2015, Sorbonne Paris Cité.
24. Demange, V., et al., *Repérage de l'asthme*.
25. Crepy, M., *Dermatites de contact professionnelles chez les personnels de santé: actualités*. Revue Française d'Allergologie, 2013. **53**(3): p. 212-217.
26. Ameille, J., et al., *Épidémiologie et étiologies de l'asthme professionnel*. Revue des maladies respiratoires, 2006. **23**(6): p. 726-740.

POUR EN SAVOIR PLUS

Dossier thématique sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-ettraumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel>

L'ensemble des indicateurs sanitaires relatifs au programme MCP dans « Géodes », l'observatoire cartographique dynamique élaboré par Santé publique France, : <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des médecins du travail, des collaborateurs médecins et des infirmier(e)s qui ont participé aux Quinzaines MCP, mais également les assistantes et les informaticiens des services de santé au travail pour leur mobilisation au programme de surveillance des MCP.

Nous remercions enfin l'ensemble des membres du groupe MCP.