



LES
MALADIES
À CARACTÈRE
PROFESSIONNEL

Novembre 2017

RESULTATS
2013 ET
2014

En
Région

Nord – Pas-de-Calais

Surveillance des maladies à caractère professionnel

Hélène Prouvost¹, Brigitte Sobczak², Julie Plaine³, Audrey Lemaitre³, Juliette Chatelot³

¹Cellule d'intervention en région (Cire – Santé publique France) Hauts-de-France, ² Médecin inspecteur régional du travail, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) des Hauts-de-France, ³ Direction Santé Travail (DST) de Santé publique France

INTRODUCTION

Dans l'optique d'une évaluation du nombre des pathologies en lien avec le travail, les données issues de la réparation des maladies professionnelles reconnues et indemnisées (MPI), soit par le système de tableau de reconnaissance, soit dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance et de prise en charge, permettent seulement une vision partielle de la réalité. En effet, ce système connaît une sous-déclaration importante de ces affections et ne couvre pas l'ensemble des risques sanitaires encourus par les travailleurs, en particulier les pathologies en lien avec la souffrance psychique, même si ces dernières sont de plus en plus souvent reconnues par le système complémentaire.

Le législateur a introduit il y a près d'un siècle la notion de **maladie à caractère professionnel** (MCP) définie comme toute maladie, ou symptôme, susceptible d'être d'origine professionnelle non prise en charge au titre des MPI 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, rares sont les médecins qui déclaraient des MCP et les quelques signalements, provenant essentiellement de médecins du travail, n'étaient, jusque dans le début des années 2000 que partiellement exploités. Dans le cadre d'un partenariat entre Santé publique France et l'Inspection médicale du travail, un programme de surveillance de ces MCP a été mis en place dans plusieurs régions de France à partir de 2003 afin de quantifier les MCP et de compléter les données d'évaluation de l'impact du travail sur la santé.

Les médecins du travail de la région Nord-Pas-de-Calais ont la possibilité de participer à ce programme depuis 2009.

L'objectif est de permettre une veille sanitaire en milieu du travail afin d'améliorer la connaissance des pathologies d'origine professionnelle, en participant à estimer la prévalence des MCP dans la population salariée, en complétant les données de maladies professionnelles reconnues, et en décrivant les agents d'exposition professionnelle qui y sont associés. Les résultats du programme de surveillance contribuent également à détecter d'éventuelles pathologies émergentes, à mesurer et comprendre la sous-déclaration des MPI et à la révision ou l'extension des tableaux de MPI.

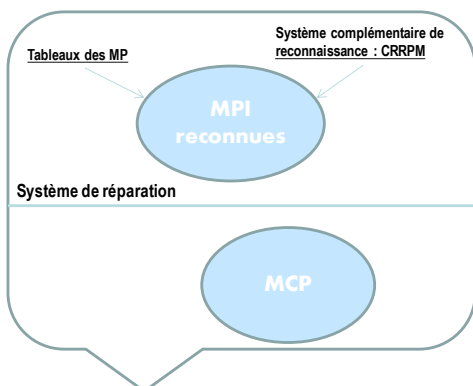
A terme, le but est de fournir des informations pertinentes aux acteurs de la prévention aussi bien au niveau national que local.

METHODE

Le programme MCP repose sur l'expertise des médecins du travail. Pendant deux semaines consécutives (appelées "Quinzaines MCP"), les médecins volontaires signalent tous les cas de MCP observés au cours de leurs consultations ainsi que les facteurs d'exposition en lien avec ces pathologies. Les caractéristiques de l'ensemble des salariés vus en consultation lors des Quinzaines par chaque médecin participant sont également recueillies (sexe, âge, profession, secteur d'activité de l'entreprise, ...) afin de calculer la prévalence de ces MCP. Le recueil de données mis en place permet de garantir l'anonymat, aussi bien du salarié vu pendant la quinzaine que des entreprises concernées.

Encadré 1 : Codage des données

Le codage des données est réalisé sous la responsabilité du médecin inspecteur du travail avec le soutien d'un épidémiologiste. Les pathologies sont codées selon la Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM 10). Le codage des facteurs d'exposition professionnelle est réalisé au moyen d'un thésaurus spécifique (thésaurus harmonisé coordonné par l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail). Les professions sont codées selon la Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS2003) de l'Insee et les secteurs d'activité selon la nomenclature d'activité française (NAF2008).



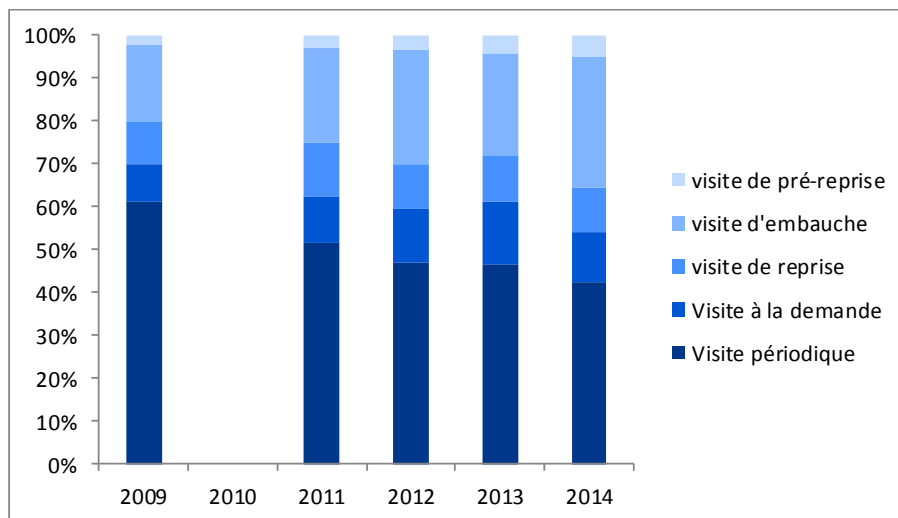
**Quantification des pathologies
d'origine professionnelle des
salariés en activité**

RESULTATS DES QUINZAINES 2013 ET 2014

PARTICIPATION DES MEDECINS DU TRAVAIL

En 2013 et 2014, la région Nord-Pas-de-Calais comptait environ 480 médecins du travail répartis dans différents types de services (inter-entreprise, autonome, Mutualité sociale agricole, fonction publique hospitalière et territoriale). Parmi l'ensemble des médecins, 27 ont participé à la Quinzaine en 2013 et 12 en 2014, soit un taux de participation, respectivement de 5 % et 2 %. Ce taux de participation, très faible, a pour conséquence la fragilité des résultats en raison du faible échantillon de salariés vus par les médecins participants et limite donc l'exploitation des données au niveau régional.

Figure 1 : Evolution de la proportion de salariés vus en consultation selon le type de visite, 2009 – 2014*

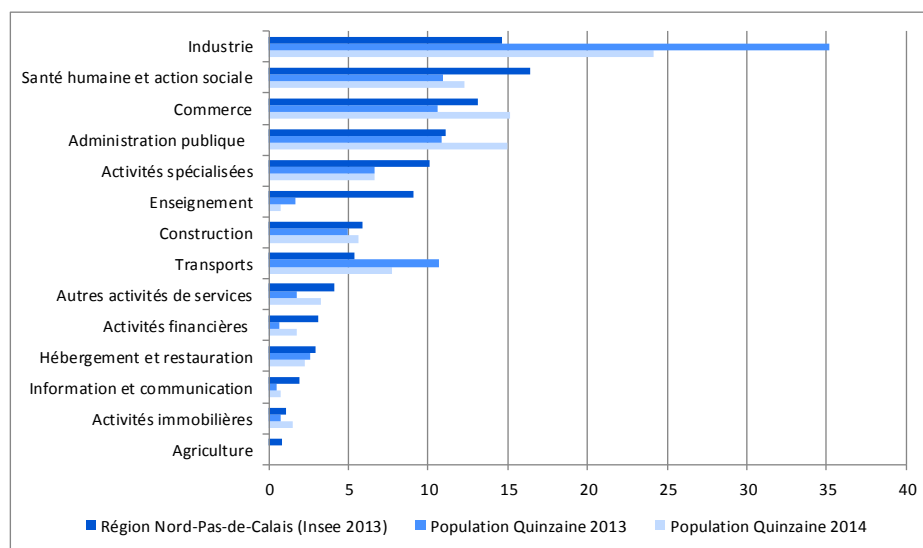


* Pas de quinzaine en 2010 dans la région Nord-Pas-de-Calais

LES SALARIES VUS

Au cours des Quinzaines 2013 et 2014, les médecins volontaires ont vu respectivement 1770 et 800 salariés en consultation. Les salariés ont été vus principalement à l'occasion d'une visite périodique (46 % en 2013 et 42 % en 2014). Depuis 2009, la part des visites périodiques diminue à la faveur des visites d'embauche et des visites à la demande (Figure 1). Cela s'explique, en partie au moins, par les réformes de l'organisation de la médecine du travail introduisant notamment les entretiens infirmier¹. Les salariés vus en visite au moment des Quinzaines par les médecins participants étaient en majorité des hommes (64 % en 2013 et 61 % en 2014), l'âge moyen ne différait pas selon le sexe et était de 41 ans en 2013 et 40 ans en 2014. Une grande majorité des salariés (environ 80 %) étaient en CDI au moment de la visite et il s'agissait plus souvent d'ouvriers (50 % en 2013 et 46 % en 2014) et d'employés (25 % en 2013 et 30 % en 2014).

Figure 2 : Répartition selon le secteur d'activité de la population des salariés vus pendant les quinzaines et de la population régionale de salariés, 2013 et 2014.



Par comparaison avec les salariés de la région (Insee 2013), on observe pour les deux années une surreprésentation des salariés des secteurs de l'industrie et du transport, très marquée en 2013, et une sous-représentation importante des secteurs de l'enseignement et de l'agriculture (Figure 2).

En 2014 on constate également une surreprésentation du commerce et de l'administration publique.

La distribution des salariés vus par secteur d'activité, par sexe et par catégorie professionnelle est influencée par la surveillance médicale renforcée plus fréquente dans le secteur de l'industrie où les ouvriers sont en majorité.

¹Depuis 2014, les entretiens infirmiers sont pris en compte dans le cadre du protocole MCP.

LES MCP SIGNALÉES

Au cours des Quinzaines 2013, 164 signalements de MCP ont été adressés par l'ensemble des médecins participants sur les 1 770 salariés vus pendant la période considérée. Le taux de signalement (Encadré 2) des MCP sur cette année est de 9,3 %. En 2014, 48 signalements de MCP ont été réalisés pour les 800 salariés vus pendant la Quinzaine soit un taux de signalement de 6 %.

Compte tenu des faibles effectifs de salariés vus pendant les Quinzaines 2013 et 2014, les effectifs des deux années ont été cumulés. On estime ainsi une prévalence moyenne pour les deux années (Encadré 2). Le risque, en cumulant deux années est de prendre en compte deux fois un même salarié pour une même pathologie qui aurait été vu au cours de deux quinzaine différentes et ainsi de surestimer la prévalence. Cependant, la méthodologie de la surveillance (variabilité des dates de Quinzaine et variabilité des médecins participants), limite ce risque. Les résultats par année sont accessibles sur [le site du programme de surveillance](#).

En 2013, le taux de signalement augmente avec l'âge, passant de 1,5 % chez les moins de 25 ans à 14,3 % chez 45-54 ans, les salariés de plus de 55 ans présentant un taux de signalement légèrement inférieur (11,3 %) probablement dû en partie à l'effet travailleur sain. L'effet n'est pas visible en 2014 où le taux de signalement le plus élevé est observé chez les salariés les plus âgés (Figure 3). Les taux de signalement varient selon le type de visite. Les signalements de MCP sont, comme attendu, plus fréquents au cours des visites à la demande (respectivement 19,5 % et 13,5 % pour 2013 et 2014) ou des visites de reprise et pré-reprise (respectivement 15,0 % et 10,5 %).

En 2013 les secteurs qui présentent les taux de signalement les plus élevés sont le secteur de la santé et de l'action sociale, de l'administration publique et de la construction (Figure 4). Si en 2014, on observe à nouveau un taux de signalement élevé dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, cette tendance ne s'observe plus pour les deux autres secteurs. Les taux de signalement dans le secteur de l'industrie et du commerce sont stables.

Du fait de la fragilité des données (faible effectif de salariés vus, surtout en 2014 en raison de la faible participation des médecins du travail), ces différences ne sont pas significatives et il est donc difficile d'aller au-delà de ces observations.

Taux de signalement : représente les salariés avec au moins une MCP signalée par le médecin du travail par rapport au nombre total de salariés vus en visite au cours de la (des) quinzaine(s).

Taux de prévalence : représente, pour une catégorie donnée de pathologie, les salariés avec au moins une pathologie de cette catégorie rapporté au nombre de salariés reçus en visite

Figure 3 : Taux de signalement de MCP par classe d'âge, 2013 et 2014

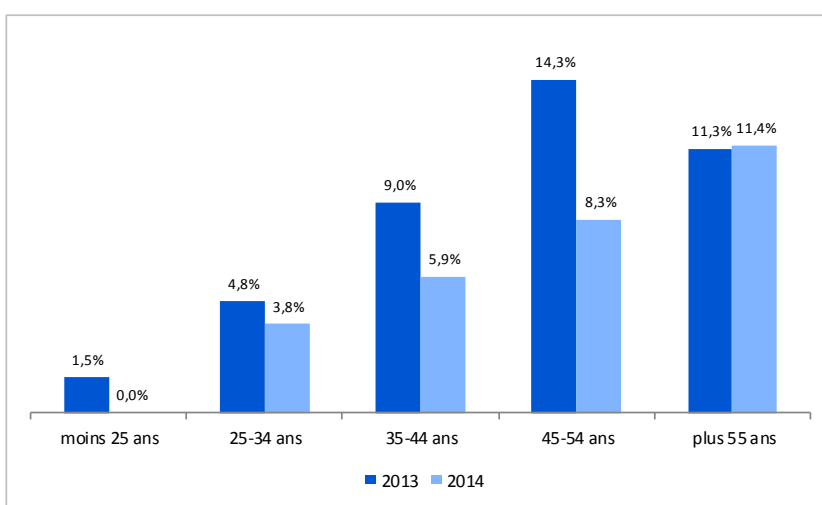
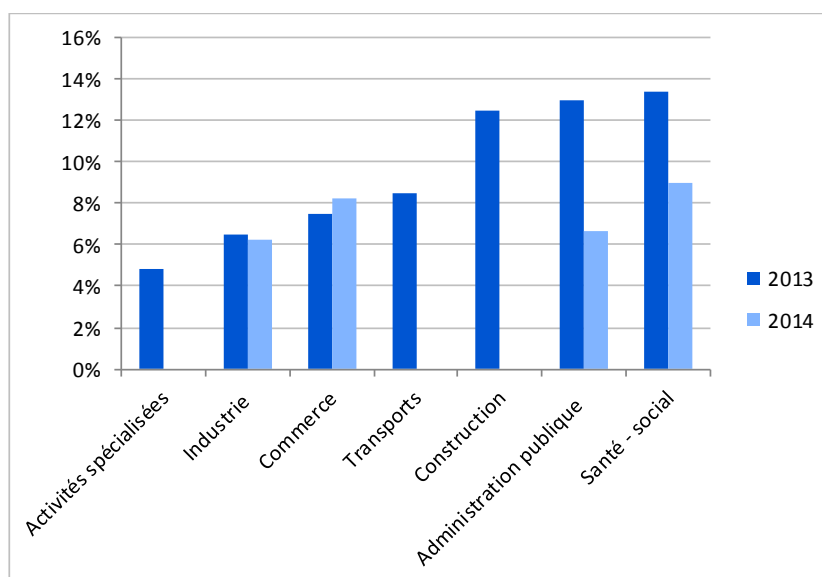


Figure 4 : Taux de signalement de MCP selon le secteur d'activité* en 2013 et 2014



*Pour des raisons de pertinence, seuls les secteurs avec un nombre de salariés vu pendant les Quinzaines ≥ 100 et/ou un nombre de signalements de MCP ≥ 5 , sont présentés.

LES PATHOLOGIES SIGNALÉES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL

Au total, 182 pathologies ont été signalées en 2013 et 51 en 2014. Ces pathologies concernaient respectivement 164 et 48 salariés.

Les pathologies les plus signalées pour l'ensemble des deux années sont les affections de l'appareil locomoteur (ALM) (57 %) et la souffrance psychique (28 %).

Parmi les salariés vus en consultation au cours des Quinzaines 2013-2014, 4,8 % présentaient des ALM. La prévalence est la plus élevée pour ce groupe de pathologies, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les ALM sont pour 90 % des troubles musculo-squelettiques (TMS). La prévalence des TMS est de 5,0 % chez les femmes et 3,8 % chez les hommes (Tableau 1).

Les secteurs de la santé et du social ainsi que de l'administration publique présentent les prévalences les plus élevées d'ALM avec respectivement 6,6 % et 5,7 % de signalements chez les salariés de ces secteurs vus pendant les Quinzaines. Les catégories professionnelles les plus touchées sont les employés (6,8 %) et les ouvriers (5,2 %)

Les ALM se situent principalement au niveau du rachis et des membres supérieurs (notamment épaule et coude) et près de 2 ALM sur 10 sont des syndromes canalaires du coude ou du poignet. Les affections des membres inférieurs représentent moins de 5 % des ALM et sont principalement localisées au niveau du genou.

Les facteurs d'exposition les plus fréquemment cités par les médecins comme à l'origine des ALM sont les facteurs biomécaniques et notamment la manutention de personne. Pour les salariés de l'industrie, les mouvements répétitifs sont les principaux facteurs associés aux ALM.

Au deuxième rang des pathologies les plus fréquentes on retrouve la souffrance psychique. Il s'agit en majorité de dépression, d'anxiété et d'épuisement professionnel (Burn out).

Elle est plus de deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Tableau 1). Les prévalences les plus élevées sont observées dans les secteurs de l'administration publique et de la santé humaine et du social et parmi les professions intermédiaires et les cadres. La prévalence de la souffrance

psychique signalée reste faible dans le secteur de l'industrie.

Les facteurs à l'origine ou aggravant ces pathologies sont exclusivement des Facteurs organisationnels, relationnels et éthiques (FORE) et dans près de 50 % des cas le champ de l'organisation fonctionnelle de l'activité (surcharge de travail et déficit de reconnaissance) et des relations au travail (relation vécue comme délétère avec la hiérarchie).

Concernant les autres pathologies signalées, moins de 1 % des salariés vus en consultation présentent des troubles de l'audition (0,3 %) et des allergies et irritations (0,4 %) en lien ou aggravés par le travail. Une maladie endocrinienne et métabolique a été signalée pour 5 salariés (diabète, obésité), une maladie de l'appareil circulatoire pour 5 salariés (hypertension, cardiopathie ischémique, insuffisance veineuse), une maladie de l'oreille pour 1 salarié et une maladie de l'appareil digestif pour 1 salarié, toutes en lien ou aggravées par le travail.

Tableau 1 : Caractéristiques des affections de l'appareil locomoteur et des pathologies de souffrance psychique signalées

	Affection de l'appareil locomoteur	Souffrance psychique
Proportion de femmes	45 %	57 %
Age moyen	46 ans	43 ans
Taux de prévalence	4,8 % (dont TMS : 4,3 %)	2,6 %
– Chez les hommes	4,2 % (dont TMS : 3,8 %)	1,8 %
– Chez les femmes	5,8 % (dont TMS : 5,0 %)	4,0 %
– Secteurs d'activités	Santé et social (6,6 %) Administration publique (5,7 %) Commerce (5,2 %) Industrie (3,8 %)	Administration publique (3,8 %) Santé humaine (3,5 %) industrie (1,9%)
– Catégories socio-professionnelles (les plus touchées)	Employés (6,8 %) Ouvriers (5,2 %)	Professions intermédiaires (6,7 %) Cadres (5,7 %)
Localisations anatomiques ou symptômes (Répartition)	Rachis (37,9 %)* Membres supérieurs (34,3 %) dont épaule (15,7 %) et coude (12,1 %) Syndrome canalaire (17,9 %)	Dépression (58,9 %) Anxiété (9,6 %) Burn out (8,2 %)
Facteurs d'exposition les plus fréquents (Répartition)	Facteurs biomécaniques (95 %)** dont manutention de personne (31 %), mouvement répétitif (31 %) FORE (4 %)	FORE (100 %) dont organisation fonctionnelle de l'activité (49 %) relation travail et violence (37 %)

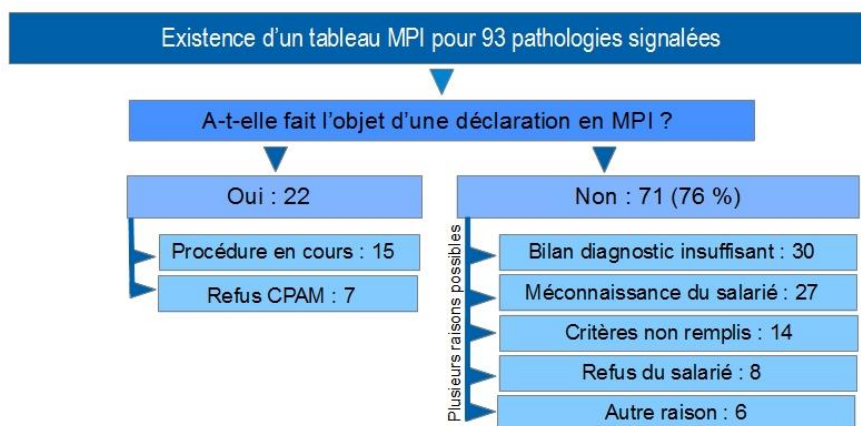
Note de lecture : * parmi l'ensemble des ALM signalées, 37,9 % concerne le Rachis. ** Parmi l'ensemble des facteurs d'exposition à l'origine ou aggravant une ALM, 95 % sont des facteurs biomécaniques

LES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES (MPI)

Selon l'expertise des médecins du travail, parmi les 233 pathologies signalées durant les Quinzaines MCP 2013 et 2014, 93 figuraient dans un tableau de MPI (soit 40 % des signalements).

Parmi ces 93 pathologies, 71 (76 %) n'avaient pas fait l'objet d'une déclaration par le salarié en vue d'une réparation. Les raisons de la non-déclaration était principalement un bilan diagnostique insuffisant ou en cours et la méconnaissance du salarié de sa possibilité d'une demande de réparation.

Figure 5 : Sous-déclaration des pathologies en maladie professionnelle



POINTS MARQUANTS

En 2013 et 2014, la participation des médecins du travail de la région Nord-Pas-de-Calais aux Quinzaines MCP a encore diminué avec un taux de participation le plus bas jamais observé dans le programme MCP. La faiblesse du taux de participation a un fort impact sur la solidité et la précision des résultats comme cela est plusieurs fois rappelé dans cette plaquette.

Ainsi, au vu de la taille des effectifs, les taux signalements et de prévalence sont très sensibles aux variations des caractéristiques de la population de salariés vus pendant les Quinzaines d'une année sur l'autre (secteur d'activité, catégorie professionnelle, âge...).

En 2013, la sur-représentation importante des salariés de l'industrie (population en majorité ouvrière) dans l'échantillon MCP peut expliquer l'augmentation du taux de signalement cette année-là. En effet les données nationales du programme MCP montrent que les TMS sont 8 à 10 fois plus fréquentes parmi les ouvriers que parmi les cadres¹.

Malgré ces limites, il est important de poursuivre cette surveillance épidémiologique car l'ensemble des données des régions participantes sont agrégées au niveau national et font l'objet d'analyses plus détaillées – plus de 100 000 salariés ont été vus sur la période 2013-2014 à l'échelle nationale. Les médecins du travail contribuent ainsi à la production d'informations utiles à la veille sanitaire en santé au travail en valorisant leur pratique médicale quotidienne.

On observe néanmoins depuis 2015 une augmentation de la participation des médecins du travail au programme MCP dans la région. Par ailleurs, pour renforcer l'adhésion des médecins du travail au programme MCP, le comité de pilotage s'efforce de faire évoluer le protocole afin d'alléger le mode de recueil des données concernant les salariés vus pendant les Quinzaines. Cette évolution est aussi nécessaire pour prendre en compte les dernières réformes de la médecine du travail (Entretiens infirmiers pris en compte depuis 2014, participation des médecins collaborateurs...).

Pour plus d'information :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Publications>

Remerciements

Nos remerciements vont à l'ensemble des médecins participant au programme MCP ainsi qu'aux secrétaires, assistantes et infirmières.

Nous remercions également l'administration des services de santé au travail qui a facilité la mise en œuvre des quinzaines.

¹ Lemaître A, Valenty M. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2008 à 2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire ; 2014. 101 p.