



Surveillance des maladies à caractère professionnel

A. Lemaitre, J. Homère, J. Plaine, L. Garras, T. Doulat, M. Valenty – Département santé travail, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

Comme d'autres pays de développement comparable, dont les États-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 économique, 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. Les résultats issus de ces systèmes de surveillance contribuent à orienter les politiques de prévention et de réparation [3], à vérifier l'efficacité des mesures préventives mises en place et à identifier des dérives éventuelles.

La réparation des effets des expositions professionnelles, 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 [4], les Plans santé au travail (PST) 2005-2009 et 2010-2014 [5], et la création de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) en 2005, devenu Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en 2010.

SYSTÈME DE RÉPARATION ACCIDENTS DU TRAVAIL/MALADIES PROFESSIONNELLES (AT/MP)

En France, les données issues de la réparation des maladies professionnelles (MP) et des accidents du travail (AT) portant sur la seule population des salariés constituent une source d'informations largement utilisée. Une maladie est reconnue comme professionnelle si tous les éléments d'un « tableau » 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 quatre-vingt-dix-huit au régime général de la

Sécurité sociale et cinquante-sept pour le régime agricole [6]. Un système complémentaire de reconnaissance et de prise en charge, mis en place en 1993, 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. Ce système 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.

Dans l'optique d'une évaluation du nombre des pathologies induites par le travail, les données issues de la réparation des MP reconnues et indemnifiées 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.

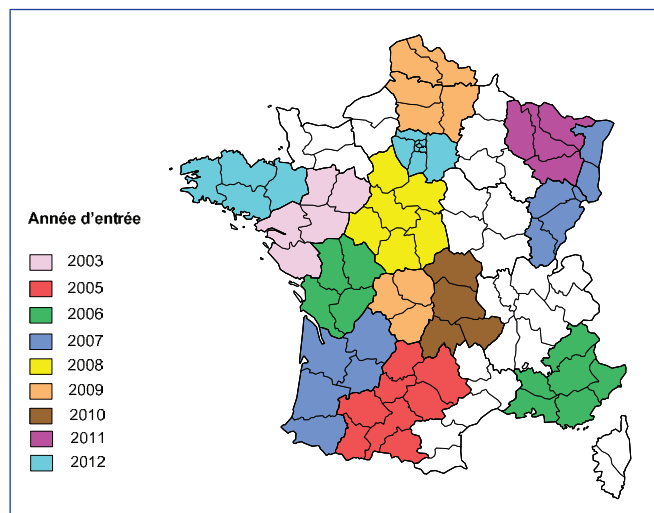
PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL (MCP)

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) [7], rares sont les médecins qui déclarent des MCP. Les quelques signalements proviennent essentiellement des médecins du travail (MT) 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 (IMT) a été mis en place.

Après une première expérimentation dans la région des Pays de la Loire en 2003 [8], le programme de surveillance des MCP s'est étendu progressivement à quatorze autres régions métropolitaines jusqu'en 2012 (figure 1).

FIGURE 1

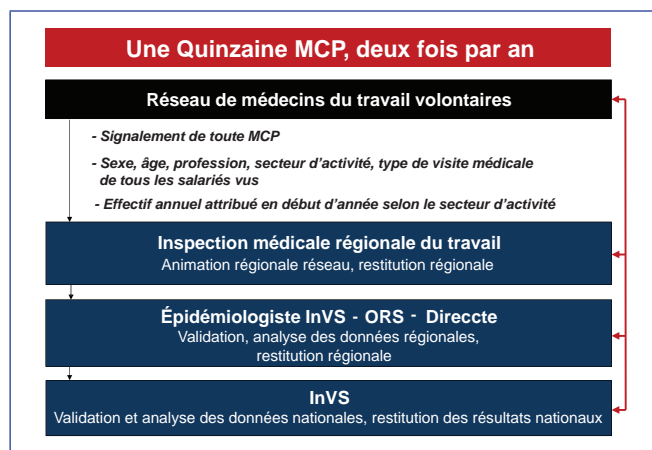
Participation des régions au programme MCP selon leur année d'entrée



Le dispositif s'appuie sur un réseau de MT volontaires signalant toutes les MCP rencontrées durant des périodes de deux semaines prédéfinies, baptisées « Quinzaines MCP ». Les signalements sont adressés aux Médecins inspecteurs du travail (Mirt) de leur région (figure 2).

FIGURE 2

Organisation du programme MCP



Une fiche de signalement, anonyme, comporte des informations sur la(les) pathologie(s) et les facteurs d'exposition professionnelle suspectés d'en être à l'origine ou de l'(les) aggraver, sur la profession et le secteur d'activité de l'entreprise qui emploie le salarié. 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 MCP est transmis (données nécessaires au calcul du dénominateur des taux de prévalence). De plus, afin de tester la représentativité de la population salariée attribuée aux MT volontaires par rapport à la population salariée selon

l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), chacun d'entre eux transmet l'effectif qui lui est attribué annuellement par secteur d'activité de l'entreprise et codé selon la Nomenclature d'activités française 2008 (NAF 2008) [9].

Les symptômes et pathologies sont codés selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) [10] et les professions selon la Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles 2003 (PCS 2003) [11]. Ces codages sont effectués sous la responsabilité des Mirt. Sous le terme « souffrance psychique », ont été regroupées toutes les pathologies relevant du chapitre « troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10 ainsi que les termes « souffrance mentale », « stress »... utilisés par les MT.

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

La restitution des résultats régionaux est réalisée annuellement par la diffusion de plaquettes.

Un premier rapport a présenté les résultats nationaux pour les années 2006 à 2008 [12]. Le second rapport, qu'accompagne cette synthèse, présente les résultats des années 2008 à 2011 avec une attention particulière sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la souffrance psychique en lien avec le travail.

RÉSULTATS

Le taux de participation des MT volontaires au programme MCP diminue de 2008 à 2011, de 33 % à 19 % (tableau 1). Pour rappel, ce taux de participation était de 38 % en 2006 et de 33 % en 2007.

TABLEAU 1

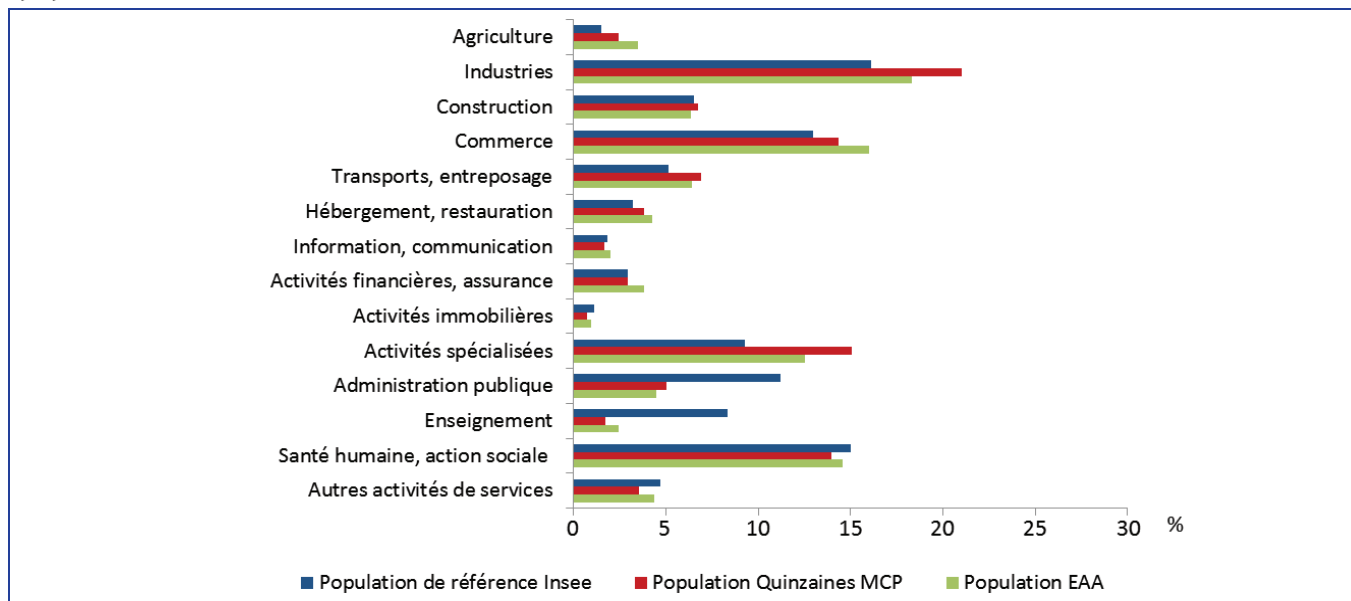
Couverture du réseau de surveillance et signalements de MCP de 2008 à 2011

	2008	2009	2010	2011
Régions participantes	8	11	11	12
Quinzaines MCP	15	14	19	22
Médecins participants (%)	964 (33)	965 (26)	765 (23)	711 (19)
Salariés vus en consultation	114 154	86 995	86 950	78 884
Salariés avec un signalement	6 542	5 137	5 167	4 591

La répartition des populations vues pendant les Quinzaines MCP et celle des effectifs annuellement attribués (EAA) aux MT couvrent l'ensemble des secteurs d'activité, avec une surreprésentation dans le secteur des industries et une sous-représentation dans l'administration publique, l'enseignement et la santé humaine et action sociale (figure 3) par rapport à la population salariée selon l'Insee. Cette sous-représentation tient essentiellement à l'organisation différente de la médecine de prévention dans ces secteurs, avec des fréquences de visites médicales plus espacées. La surreprésentation de la population exerçant dans le secteur industriel, en revanche, pourrait être liée à des fréquences de visites médicales plus rapprochées du fait de l'exposition plus

I FIGURE 3 I

Répartition de la population vue pendant les Quinzaines MCP, des effectifs annuels attribués et de la population de référence Insee selon le secteur d'activité en 2011



fréquente des travailleurs à des agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) dans ce secteur. Exceptées les différences relevées, la répartition des populations vues pendant les Quinzaines MCP selon le secteur d'activité correspond globalement aux populations surveillées par les médecins du travail volontaires (EAA), ce qui était déjà constaté en 2006 et 2007.

Les principales pathologies signalées depuis la mise en place du programme sont les TMS (56 % des MCP chez les hommes et 52 % chez les femmes en 2011), suivis de la souffrance psychique (26 % chez les hommes et 39 % chez les femmes en 2011). Les taux de prévalence de ces pathologies sont présentés dans le tableau 2 ci-dessous. Les troubles de l'audition sont les troisièmes à être signalés chez les hommes mais le sont rarement chez les femmes.

I TABLEAU 2 I

Taux de prévalence des principales MCP selon le sexe de 2008 à 2011

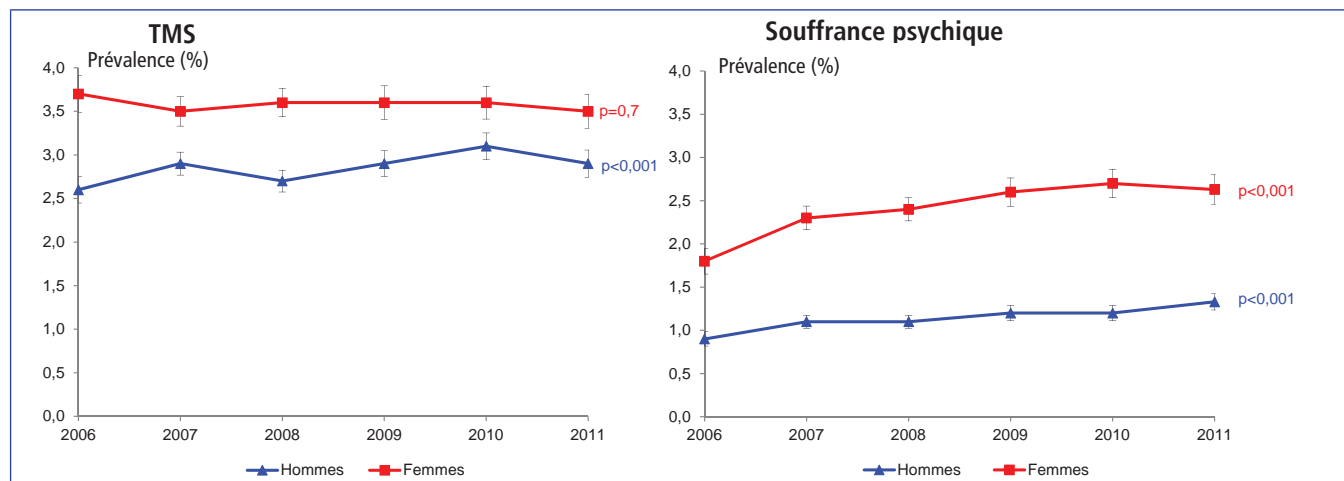
	2008		2009		2010		2011	
	Hommes (%) N=64 141	Femmes (%) N=49 842	Hommes (%) N=50 556	Femmes (%) N=36 419	Hommes (%) N=49 552	Femmes (%) N=37 376	Hommes (%) N=55 768	Femmes (%) N=34 116
TMS	2,7	3,6	2,9	3,6	3,1	3,7	2,9	3,5
Souffrance psychique	1,1	2,4	1,2	2,6	1,2	2,7	1,3	2,6
Audition	0,6	<0,1	0,5	<0,1	0,3	<0,1	0,3	<0,1

L'étude de l'évolution des taux de prévalence a porté sur les années 2006 à 2011 (figure 4). Le taux de prévalence des TMS liés au travail varie chez les hommes de 2,6 % au plus bas en 2006 à 3,1 % au plus élevé en 2010 (test d'hétérogénéité : $p < 0,001$) sans qu'une tendance linéaire à l'augmentation ne soit mise en évidence. Chez les femmes, ce taux reste stable sur la même période, soit 3,5 % en 2011.

La souffrance psychique liée au travail est deux fois plus souvent signalée chez les femmes que chez les hommes, de façon constante de 2006 à 2011 (figure 4). Le taux de prévalence de la souffrance psychique augmente linéairement en moyenne de 8 % par an entre 2006 à 2011 pour les hommes (test d'hétérogénéité : $p < 0,001$). Ce taux de prévalence varie selon l'année chez les femmes (test d'hétérogénéité : $p < 0,001$) sans qu'une tendance linéaire ne soit mise en évidence.

Les secteurs d'activité les plus concernés par les TMS évoluent peu d'une année à l'autre. Le secteur le plus concerné chez les hommes est la construction quelle que soit l'année (prévalence de 4,5 % en 2008 ; 4,7 % en 2009 ; 4,3 % en 2010 et 4,6 % en 2011). Chez les femmes, c'est le secteur des industries les trois premières années (6,6 % en 2008 et 2009, 6,3 % en 2010) puis celui des transports et entreposage en 2011 (6,0 %). Pour la souffrance psychique en revanche, les secteurs d'activité les plus concernés varient d'une année à l'autre. Chez les hommes, c'est le secteur des activités financières et d'assurance qui est le plus affecté en 2008 (3,6 %), puis l'enseignement en 2009 et 2010 (3,9 % et 2,7 % respectivement) et le secteur de l'information et communication en 2011 (3,3 %). Chez les femmes, le secteur le plus concerné par la souffrance psychique est le secteur des activités financières et d'assurance en 2008 et 2009 (4,8 % et 4,7 % respectivement), puis le secteur des transports et entreposage en 2010 et 2011 (5,1 % et 4,6 % respectivement).

Évolution des taux de prévalence des TMS et de la souffrance psychique en lien avec le travail par sexe de 2006 à 2011



Qu'il s'agisse de TMS ou de souffrance psychique liée au travail, les taux de prévalence augmentent avec l'âge, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cette augmentation était déjà observée sur la période 2006-2008. Elle est nette jusqu'à 45-54 ans. Au-delà de 55 ans, les taux de prévalence cessent d'augmenter, ce qui pourrait s'expliquer par un « effet travailleur sain ». En effet, les salariés vieillissants sont probablement plus souvent écartés du monde du travail pour inaptitude au poste et ne sont par conséquent plus suivis par la médecine du travail. Ces résultats confirment l'intérêt particulier qui doit être porté aux salariés les plus âgés, et la nécessité d'adapter le travail avec l'avancée en âge autant que faire se peut.

Selon le groupe pathologique en revanche, les catégories sociales sont affectées différemment. Dans le cas des TMS, un gradient social est observé : ce sont d'abord les ouvriers, suivis des employés, qui sont les plus souvent affectés (tableau 3). Dans le cas de la souffrance psychique liée au travail le gradient social est inversé : ce sont d'abord les cadres, suivis des professions intermédiaires, qui sont les plus souvent concernés (tableau 4). Le sens de ces gradients est observé chaque année de 2008 à 2011, et l'était déjà durant la période précédente.

En prenant en compte simultanément l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité dans des analyses multivariées, les associations de l'âge et de la catégorie sociale avec les TMS et la souffrance psychique liée au travail semblent robustes, quelle que soit l'année et pour les deux sexes. Ceci semble confirmé au regard de la valeur élevée des odds ratios, de leur significativité, des gradients et de la stabilité des résultats observés avant et après ajustement de 2008 à 2011 pour les deux sexes (tableaux 3 et 4). Les résultats étant relativement stables de 2008 à 2011, seuls ceux de l'année 2011 sont présentés dans cette synthèse. L'association du secteur d'activité avec ces pathologies en revanche est sensiblement modifiée après ajustement. Si les disparités dans le risque de signalement de TMS par secteur d'activité restent importantes en analyse multivariée, elles sont en revanche atténuées pour la souffrance psychique par rapport aux analyses univariées, pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, même si une association du secteur d'activité avec la souffrance psychique subsiste, une part importante de cette association semble expliquée par les deux autres facteurs que sont l'âge et la catégorie sociale (tableau 4). Une explication possible pour cette différence entre la souffrance psychique et les TMS pourrait être

une divergence des facteurs de risque associés aux deux affections. Les facteurs de risque de la souffrance psychique sont pour majeure partie exogènes au métier exercé par le salarié (management, organisation du travail, relations au travail...) quand les facteurs de risque des TMS sont pour majeure partie endogènes (ports de charges, contraintes posturales, gestes répétés...). De ce fait, le secteur d'activité influencerait moins l'apparition d'une souffrance psychique que celle d'un TMS.

DISCUSSION – CONCLUSION

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

S'appuyant sur l'expertise des médecins 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.

Plus de la moitié des MCP signalés sont des TMS quelle que soit l'année considérée. Contrairement aux statistiques d'indemnisation des maladies professionnelles où le syndrome du canal carpien représente 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 signalés, et ce depuis 2006 [13]. 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 : la construction et l'agriculture chez les hommes, les transports et entreposage chez les femmes. Le secteur des industries a un risque élevé pour les deux sexes.

La souffrance psychique arrive en deuxième position des signalements de maladies à caractère professionnel dans la plupart des secteurs d'activité, ceci étant également observé depuis 2006. En effet, sur les 14 grands secteurs d'activité, seuls quatre secteurs se caractérisent par un taux de prévalence de la souffrance psychique supérieur à celui des TMS quelle que soit l'année de surveillance : l'information et communication, les activités financières et d'assurance, les activités immobilières et l'enseignement.

Le gradient inversé de risque de souffrance psychique selon la catégorie sociale, décroissant des cadres et professions intellectuelles supérieures vers les ouvriers, et sa stabilité depuis 2006, sont à souligner. En effet, d'autres études, en particulier l'étude Samotrace du DST de l'InVS, montrent, au contraire, un gradient social, avec une mesure de risque croissant des cadres vers les ouvriers [14]. Mais le mode de recueil des données et la population visée par ces deux programmes sont différents. Dans le programme MCP, c'est le médecin du travail qui, de par son expertise, impute au travail la souffrance psychique 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 comparaison des résultats issus de ces deux programmes, portant sur trois régions françaises de 2006 à 2008 pour Samotrace, en 2008 pour MCP, a été publiée en 2012 [15]. Les taux de prévalence de la souffrance mentale imputable au travail dans les deux programmes sont compris entre 1 et 5 %. Parmi les salariés en CDI ayant été reçu en visite périodique au sein des trois régions, les deux programmes s'accordent sur l'observation de taux de prévalence plus élevés parmi les hommes des professions intermédiaires et employés¹. Chez les femmes en revanche, un gradient inversé, ascendant des ouvrières vers les cadres est observé dans le programme MCP, tandis qu'un gradient social, bien que non significatif, est observé dans le programme Samotrace. Cette étude visant à comparer deux démarches d'estimation de taux de prévalence de la souffrance mentale imputable au travail montre une assez bonne concordance des résultats mais aussi certaines discordances. Elle démontre la nécessité de poursuivre les études dans ce domaine et l'intérêt de disposer de plusieurs sources de données.

Les données issues du programme MCP contribuent également à estimer l'ampleur de la sous-déclaration des pathologies susceptibles d'être reconnues au titre des tableaux de MPI. Les données relatives à trois localisations de TMS (rachis lombaire, épaule et main-poignet-doigts) ont été comparées aux données de réparation du régime général de la Sécurité sociale et de Mutualité sociale agricole (MSA) en 2009 [16,17]. Dans les dix régions couvertes par le programme en 2009, entre 59 % (syndrome du canal carpien) et 73 % (TMS du coude) n'étaient pas déclarés en maladie professionnelle alors qu'ils pouvaient faire l'objet d'une déclaration en maladie professionnelle au titre du tableau 57 dans le régime général de la Sécurité sociale.

Le programme comporte toutefois par nature 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 d'un éventuel « effet médecin » sera initiée prochainement. 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, ce qui 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 du programme MCP à l'ensemble du territoire national était prévue dans le cadre du Plan santé au travail (PST) 2010-2014 [5]. L'intégration de nouvelles régions s'est faite jusqu'en 2012, où quinze régions y ont participé. Elles étaient toutefois treize en 2013. L'intégration de l'Île-de-France en 2012, sur un département, était une évaluation de faisabilité, qui n'a pas été reconduite en 2013 en raison de difficultés rencontrées (logistiques et ressources humaines). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) n'a pas pu participer non plus en 2013, du fait de difficultés du même ordre (logistiques et ressources humaines). Le contexte actuel, en termes de ressources et moyens des acteurs publics, complique bien évidemment le calendrier d'extension de ce programme.

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

La particularité du médecin du travail en France est sa double compétence : médecin et expert des risques professionnels. Il a donc paru logique de s'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.

La baisse du taux de participation des médecins du travail dans le programme, observée de 2006 à 2011, est un phénomène bien entendu préoccupant (pas nécessairement propre à ce projet), les résultats produits étant d'autant plus intéressants qu'ils reposent sur un réseau large. Ce taux de participation est bien entendu un des enjeux du programme.

Il faut souligner que cette veille sanitaire par les acteurs de terrain fait partie intégrante des missions des services de santé au travail, telles qu'elles sont précisées dans la récente réforme de la médecine du travail de juillet 2011. Cette réforme a par ailleurs des incidences sur l'organisation des services, à prendre en compte dans les évolutions du programme MCP.

¹ Ceci n'est pas vrai en considérant l'ensemble des salariés (en CDI, CDD, intérim...) au sein des huit régions ayant participé au programme MCP en 2008. Le risque de souffrance psychique est alors d'abord en défaveur des cadres, puis des professions intermédiaires.

Associations entre facteurs sociodémographiques et signalement d'un TMS à caractère professionnel par sexe en 2011

	Hommes				Femmes			
	OR _{brut}	IC 95%	OR _{ajusté}	IC 95%	OR _{brut}	IC 95%	OR _{ajusté}	IC 95%
Âge								
<25 ans	Réf		Réf		Réf		Réf	
25-34 ans	2,8	[2,0-3,9]	3,2	[2,3-4,5]	2,4	[1,7-3,4]	2,7	[1,9-3,9]
35-44 ans	5,3	[3,8-7,3]	6,2	[4,9-8,6]	4,3	[3,0-6,0]	4,6	[3,3-6,4]
45-54 ans	7,6	[5,5-10,5]	9,0	[6,5-12,4]	6,9	[4,9-9,6]	6,8	[4,9-9,6]
≥55 ans	6,7	[4,8-9,4]	8,1	[5,8-11,4]	6,9	[4,8-9,7]	6,9	[4,9-9,8]
Catégorie sociale								
Ouvriers	Réf		Réf		Réf		Réf	
Employés	0,5	[0,4-0,7]	0,7	[0,6-0,8]	0,5	[0,5-0,6]	0,6	[0,5-0,7]
Prof. intermédiaires	0,4	[0,3-0,5]	0,4	[0,3-0,4]	0,2	[0,2-0,3]	0,2	[0,2-0,3]
Cadres	0,1	[0,1-0,2]	0,1	[0,1-0,2]	0,1	[0,1-0,2]	0,1	[0,1-0,2]
Secteur d'activité								
Industries	Réf		Réf		Réf		Réf	
Agriculture	1,4	[1,1-1,8]	1,4	[1,1-1,9]	1,1	[0,8-1,6]	1,1	[0,7-1,5]
Construction	1,3	[1,1-1,6]	1,4	[1,2-1,7]	0,1	[0,0-0,4]	0,2	[0,1-0,6]
Commerce	0,9	[0,8-1,1]	1,2	[1,0-1,4]	0,6	[0,5-0,7]	0,9	[0,7-1,2]
Transports, entreposage	0,7	[0,6-0,9]	0,6	[0,5-0,8]	1,1	[0,8-1,4]	1,3	[1,0-1,7]
Hébergement, restauration	0,6	[0,4-0,9]	1,0	[0,7-1,5]	0,6	[0,4-0,8]	1,0	[0,7-1,4]
Information, communication	0,2	[0,1-0,4]	0,4	[0,2-0,9]	0,1	[0,0-0,3]	0,2	[0,1-0,7]
Activités financières	0,2	[0,1-0,5]	0,4	[0,2-0,9]	0,2	[0,1-0,3]	0,4	[0,2-0,6]
Activités immobilières	0,3	[0,1-1,0]	0,3	[0,1-1,3]	0,3	[0,1-0,7]	0,4	[0,2-1,0]
Activités spécialisées	0,5	[0,4-0,6]	0,7	[0,5-0,8]	0,6	[0,5-0,7]	0,7	[0,6-0,9]
Administration publique	0,9	[0,6-1,2]	1,0	[0,7-1,3]	0,7	[0,5-0,9]	0,9	[0,7-1,2]
Enseignement	0,3	[0,1-0,6]	0,5	[0,2-1,2]	0,3	[0,2-0,6]	0,6	[0,3-1,0]
Santé humaine, action sociale	0,5	[0,3-0,6]	0,6	[0,4-0,8]	0,7	[0,6-0,8]	1,1	[0,9-1,3]
Autres activités de services	0,6	[0,4-0,9]	0,8	[0,5-1,2]	0,5	[0,4-0,7]	0,9	[0,6-1,2]

Italique : effectif des salariés vus en visite médicale pendant les quinzaines MCP inférieur à 1 000 personnes.

I TABLEAU 4 I

Associations entre facteurs sociodémographiques et signalement d'une souffrance psychique à caractère professionnel par sexe en 2011

	Hommes				Femmes			
	OR _{brut}	IC 95%	OR _{ajusté}	IC 95%	OR _{brut}	IC 95%	OR _{ajusté}	IC 95%
Âge								
<25 ans	Réf		Réf		Réf		Réf	
25-34 ans	3,1	[1,8-5,2]	2,6	[1,5-4,4]	3,3	[2,3-4,8]	3,0	[2,0-3,4]
35-44 ans	6,4	[3,9-10,5]	5,0	[3,0-8,3]	4,6	[3,2-6,6]	4,3	[3,0-5,0]
45-54 ans	7,5	[4,6-12,3]	5,8	[3,5-9,5]	4,9	[3,4-7,0]	4,7	[4,1-6,8]
≥55 ans	8,5	[5,1-14,2]	6,4	[3,8-10,7]	4,6	[3,1-6,8]	4,5	[3,8-6,6]
Catégorie sociale								
Ouvriers	Réf		Réf		Réf		Réf	
Employés	2,7	[2,1-3,4]	2,6	[2,0-3,3]	2,2	[1,7-2,8]	2,4	[1,8-3,1]
Prof. intermédiaires	3,5	[2,8-4,2]	3,1	[2,5-3,8]	2,9	[2,2-3,7]	3,2	[2,4-4,2]
Cadres	4,2	[3,3-5,4]	3,5	[2,7-4,5]	4,3	[3,1-5,8]	4,3	[3,1-5,9]
Secteur d'activité								
Industries	Réf		Réf		Réf		Réf	
Agriculture	0,2	[0,1-0,5]	0,2	[0,1-0,7]	<i>0,2</i>	<i>[0,1-0,6]</i>	<i>0,3</i>	<i>[0,1-0,8]</i>
Construction	0,6	[0,4-0,8]	0,7	[0,5-1,0]	<i>1,5</i>	<i>[0,9-2,6]</i>	<i>1,3</i>	<i>[0,7-2,1]</i>
Commerce	1,0	[0,7-1,2]	0,9	[0,7-1,2]	0,9	[0,7-1,2]	0,8	[0,6-1,0]
Transports, entreposage	1,3	[1,0-1,7]	1,3	[0,9-1,7]	1,7	[1,3-2,3]	1,4	[1,0-1,9]
Hébergement, restauration	0,8	[0,5-1,4]	0,9	[0,5-1,5]	1,0	[0,7-1,4]	1,1	[0,8-1,6]
Information, communication	2,3	[1,5-3,5]	1,4	[0,9-2,2]	<i>0,8</i>	<i>[0,4-1,4]</i>	<i>0,5</i>	<i>[0,3-1,0]</i>
Activités financières	1,7	[1,0-2,7]	0,9	[0,6-1,5]	1,0	[0,7-1,5]	0,7	[0,5-1,1]
Activités immobilières	1,2	[0,5-3,4]	0,8	[0,3-2,2]	1,2	[0,7-2,3]	0,9	[0,5-1,6]
Activités spécialisées	0,4	[0,3-0,6]	0,5	[0,4-0,7]	0,7	[0,5-0,9]	0,7	[0,5-0,9]
Administration publique	1,7	[1,2-2,4]	1,2	[0,8-1,7]	1,6	[1,2-2,1]	1,1	[0,8-1,5]
Enseignement	1,6	[0,9-2,9]	1,0	[0,6-1,8]	1,5	[1,0-2,3]	1,0	[0,7-1,5]
Santé humaine, action sociale	1,2	[0,9-1,7]	0,9	[0,6-1,3]	0,8	[0,6-1,0]	0,6	[0,5-0,8]
Autres activités de services	1,0	[0,6-1,7]	0,8	[0,4-1,3]	0,8	[0,6-1,2]	0,7	[0,5-1,0]

Italique : effectif des salariés vus en visite médicale pendant les quinze semaines MCP inférieur à 1 000 personnes.

Références bibliographiques

- [1] CDC. Worker health, Chartbook, 2004. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/> [consulté le 08/12/2013].
- [2] HSE. Health and safety Executive Annual statistics report 2011/12. Disponible à partir de l'URL : www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh1112.pdf [consulté le 05/08/2013].
- [3] Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique. *Santé Publique* 2008;20(Suppl. N°3):S9-S17.
- [4] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Legifrance. Disponible à partir de l'URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0300055L> [consulté le 08/12/2013].
- [5] Ministère du Travail dledls. Plan santé au travail 2010-2014. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Disponible à partir de l'URL : http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf [consulté le 25/07/2011].
- [6] INRS. Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale (Mise à jour novembre 2012). INRS. Disponible à partir de l'URL : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/bdd/mp.html> [consulté le 05/08/2013].
- [7] Code de la sécurité sociale, article L461-6. Legifrance. Disponible à partir de l'URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=19637987&indice=1&table=LEGI&ligneDeb=1> [consulté le 05/08/2013].
- [8] 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 Env* 2007;68:223-32.
- [9] Insee. Nomenclature d'activités française - NAF rév. 2, 2008. Insee [mis à jour le 2013]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.insee.fr/en/methodes/default.asp?page=nomenclatures/naf2008/naf2008.htm> [consulté le 05/08/2013].
- [10] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - 10^e révision. Organisation mondiale de la santé. 1993. Genève.
- [11] Insee. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles - PCS 2003. Disponible à partir de l'URL : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm> [consulté le 05/08/2013].
- [12] Valenty M, Homere J, Mevel M, Le Naour C, Garras L, Chevalier A, et al. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des quinze MCP 2006-2007-2008. 2012. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8224 [consulté le 08/12/2013].
- [13] Diricq N. Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Ministère chargé du travail. Disponible à partir de l'URL : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/11_diricq.pdf [consulté le 13/08/2013].
- [14] Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. *Bull Epidemiol Hebd* 2009;(25-26):265-9.
- [15] Cohidon C, Rabet G, Plaine J, Chubilleau C, Valenty M. Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace. *Bull Epidemiol Hebd* 2012;(22-23):278-80.
- [16] Riviere S, Chevalier A, Penven E, Cadéac-Birman H, Roquelaure Y, Valenty M. Approche de la sous déclaration des troubles musculosquelettiques dans sept régions françaises en 2007. *Bull Epidemiol Hebd* 2012;(22-23):268-71.
- [17] Riviere S, Penven E, Cadéac-Birman H, Roquelaure Y, Valenty M. Approche de la sous-déclaration des TMS dans dix régions françaises en 2009. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2013/Approche-de-la-sous-declaration-des-troubles-musculosquelettiques-dans-10-regions-francaises-en-2009> [consulté le 13/08/2013].

Adresse des publications MCP dans le dossier thématique MCP :

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

Remerciements à l'ensemble des médecins du travail, aux services de santé au travail, aux médecins inspecteurs régionaux du travail et aux épidémiologistes en région ayant participé au programme MCP.

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

Citation suggérée : Lemaitre A, Homère J, Plaine J, Garras L, Doulat T, Valenty M. Programme de surveillance des MCP – France- Résultats 2008-2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 8 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

Institut de veille sanitaire - 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice Cedex - Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00 - Fax : 33 (0)1 41 79 67 67 - www.invs.sante.fr - ISSN : 1956-5488 - ISBN-NET : 979-10-289-0030-4 - Réalisation : InVS/Service communication - Dépôt légal : septembre 2014