

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN LIEN AVEC LE TRAVAIL CHEZ LES SALARIÉS ACTIFS EN FRANCE ENTRE 2007 ET 2012, À PARTIR DU PROGRAMME MCP

// WORK RELATED MENTAL ILL-HEALTH AMONG EMPLOYEES IN FRANCE BETWEEN 2007 AND 2012, BASED ON THE WORK RELATED DISEASES SURVEILLANCE PROGRAMME

Imane Khireddine (i.khireddine@invs.sante.fr)¹, Audrey Lemaître¹, Julie Homère¹, Julie Plaine¹, Loïc Garras¹, Marie-Christine Riol², Madeleine Valenty¹ et le Groupe MCP 2012*

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dircecte) d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

*Liste complète en fin d'article.

Soumis le 30.03.2015 // Date of submission: 03.30.2015

Résumé // Abstract

Introduction – La souffrance psychique en lien avec le travail prend de plus en plus d'importance dans les pathologies d'origine professionnelle. Or, celle-ci ne figure dans aucun tableau de maladie professionnelle reconnue par les différents régimes de sécurité sociale.

Méthode – À partir des données issues du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), les taux annuels de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail ont été calculés pour la période 2007 à 2012. Des régressions logistiques univariées et multivariées ont été réalisées pour tester l'association entre la souffrance psychique en lien avec le travail et l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité.

Résultats – Le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail était 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'année (3,1% chez les femmes contre 1,4% chez les hommes en 2012). Ce taux a augmenté sur la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique, contrairement au secteur d'activité.

Discussion-conclusion – L'augmentation des taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail sur la période 2007-2012 s'accompagne d'une dégradation constatée des conditions de travail et d'une médiatisation croissante de cette problématique. Les secteurs d'activité semblent impactés par la souffrance psychique au travers de leur pyramide sociodémographique.

Introduction – *Work-related mental ill-health is becoming increasingly important in occupational diseases. Nevertheless, it is not registered in any of the French occupational disease tables of the different social security schemes.*

Method – *Based on the Work Related Diseases surveillance programme data, annual prevalence rates of work-related mental ill-health were calculated from 2007 to 2012. Univariate and multivariate regression modeling was used to test the association between work-related mental ill and age, occupational category and economic sector.*

Results – *The prevalence rate of work-related mental ill health was twice higher among women than among men, regardless of the year (3.1% in women and 1.4% for men in 2012). This rate increased over the period 2007-2012 in both women and men. The age and occupational category were strongly associated with work-related mental ill-health, whereas the economic sector was not.*

Discussion-conclusion – *The increase of prevalence rates of work-related mental ill-health between 2007 and 2012 occurred in parallel with a degradation of working conditions and a growing media coverage of this issue. Economic sectors seems affected by work related mental ill-health through their sociodemographic pyramid.*

Mots-clés : Souffrance psychique liée au travail, Surveillance épidémiologique, Médecins du travail, France

// **Keywords**: Epidemiological surveillance, Work related mental ill-health, Occupational physicians, France

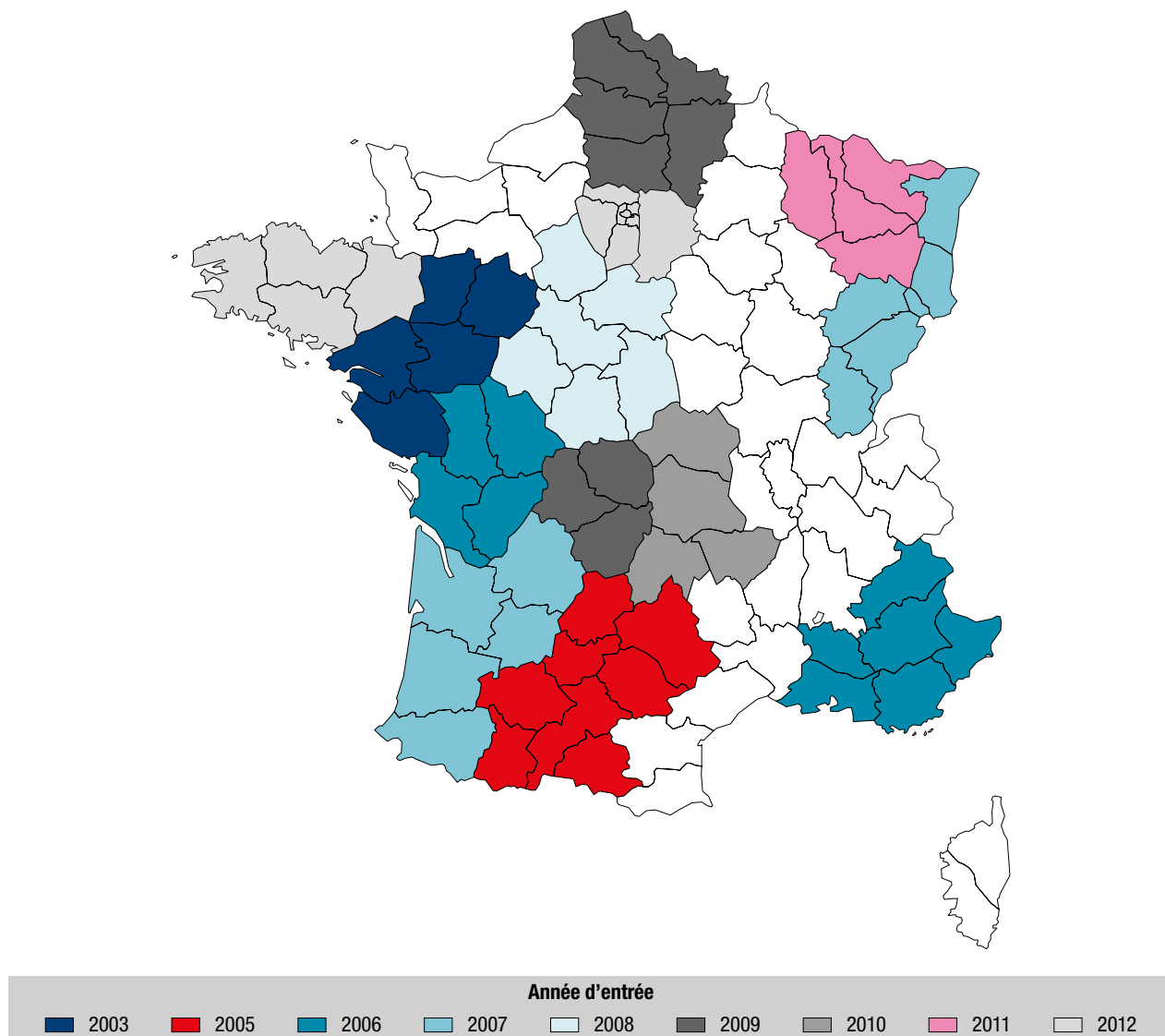
Introduction

Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, l'Institut de veille sanitaire (InVS), en collaboration avec l'Inspection

médicale du travail, a mis en place un système de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en s'appuyant sur un dispositif législatif^{1,2}. En 2012, 15 régions ont participé aux Quinzaines MCP (figure 1).

Figure 1

Participation des régions au programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) selon leur année d'entrée, France



Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe pathologique le plus souvent signalé parmi la population salariée active dans le programme MCP, et ce depuis la mise en place du dispositif en 2003. Il n'existe pas à ce jour de tableau de maladie professionnelle permettant sa réparation au sein des différents régimes de sécurité sociale. Certains cas de souffrance psychique en lien avec le travail peuvent toutefois être réparés par le biais des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). À ce titre, selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), 512 demandes de reconnaissance d'affections psychiques au titre d'une maladie professionnelle ont été formulées en 2013 (nombre multiplié par 2,3 par rapport à 2012), parmi lesquelles 47% ont été indemnisées³.

Dans ce contexte, la surveillance épidémiologique de la souffrance psychique en lien avec le travail est primordiale. L'objectif de cet article est de décrire,

à partir des données du programme MCP, l'évolution des taux annuels de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail entre 2007 et 2012, de détailler la répartition des différents symptômes et pathologies qui la composent et, enfin, d'analyser l'association entre la souffrance psychique en lien avec le travail et certains déterminants sociodémographiques et professionnels.

Méthode

Les analyses ont été réalisées à partir des données du programme MCP. Celui-ci s'appuie sur un réseau sentinelle de médecins du travail volontaires, qui signalent pendant deux semaines consécutives, dites « Quinzaines », deux fois par an, tous les cas de maladies ou symptômes qu'ils jugent en lien avec le travail selon leur expertise médicale, au cours de leurs consultations dans le cadre des différentes visites médicales (visite périodique, visite d'embauche, visite à la demande ou de reprise), en comptant

un questionnaire spécifique. Un tableau de bord détaillant l'ensemble des visites médicales effectuées au cours de la Quinzaine MCP est également transmis afin de permettre le calcul des taux de prévalence. Pour étayer ce lien entre pathologie et travail, les médecins doivent indiquer de un à trois agents d'exposition professionnelle ayant, selon eux, généré ou aggravé la pathologie. Chaque médecin est volontaire pour une Quinzaine. Il peut renouveler sa participation autant de fois qu'il le souhaite. Une description plus complète du programme MCP est disponible par ailleurs¹.

Les cas de souffrance psychique en lien avec le travail documentés dans le programme MCP regroupent, d'une part, les maladies relevant du chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la Classification internationale des maladies-10^e révision (CIM-10) : épisode dépressif sévère (F32.2), épisode dépressif léger (F32.0), troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), autres troubles anxieux (F41.9), état de stress post-traumatique (F43.1), troubles du sommeil (F51), conduites addictives (F10.2), somatisation (F45), décompensation d'une psychose (F23), décompensation d'une névrose (F48), troubles du comportement alimentaire (F50). Et, d'autre part, d'autres troubles relevant de la sphère de la santé mentale qui ne sont pas considérés comme des maladies dans les classifications de référence mais qui figurent au chapitre XXI de la CIM-10 comme « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » tels que le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* (Z73) et le stress lié à l'emploi (Z56). Cette dernière entité regroupe les diagnostics non spécifiques rapportés par les médecins du travail tels que la souffrance au travail, le stress lié au travail ou lorsqu'un seul symptôme d'anxiété ou de dépression (irritabilité, nervosité...) est rapporté.

Les taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail ont été calculés, pour chaque année, en rapportant le nombre de salariés signalés avec une souffrance psychique en lien avec le travail au nombre total de salariés vus pendant les Quinzaines MCP. La répartition des différents troubles relevant de souffrance psychique en lien avec le travail a été décrite pour chaque année. Enfin, les associations entre la souffrance psychique en lien avec le travail et l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité ont été testées (seuil de significativité à 5%) en analyse univariée puis en analyse multivariée pour tenir compte de l'interdépendance de ces facteurs, par régression logistique. Les catégories de référence étaient : pour

la classe d'âge, les moins de 25 ans ; pour la catégorie sociale, les ouvriers ; pour le secteur d'activité, celui de l'industrie. L'ensemble des analyses a été fait séparément chez les hommes et chez les femmes.

Résultats

L'analyse des données a été effectuée pour la période de 2007 à 2012, dernière année pour laquelle les données ont été consolidées. Sur cette période, le nombre de régions participantes au programme MCP est passé de 7 à 15. Le taux de participation annuel des médecins du travail (MT) a diminué de moitié et le nombre annuel de salariés inclus a reculé de 25% (tableau 1).

Le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail était, chaque année, 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (figure 2). Entre 2007 et 2012, les taux de prévalence de cette affection ont augmenté chez les hommes de 1,1% à 1,4% avec une tendance linéaire significative ($p < 0,001$). Chez les femmes, les taux de prévalence ont varié sur la période, passant de 2,3% à 3,1%, sans tendance linéaire significative associée.

Concernant les répartitions des différents troubles parmi les affections définissant la souffrance psychique en lien avec le travail, l'épisode dépressif léger était, pour les hommes comme pour les femmes, l'entité la plus souvent rapportée par les médecins du travail jusqu'en 2010, avec plus d'un tiers des situations. À partir de 2011, les troubles anxieux et dépressifs mixtes étaient les plus rapportés pour les deux sexes, représentant également plus d'un tiers des affections déclarées (tableau 2). En parallèle, les parts du *burnout* et des états de stress post-traumatique, moins élevées, ont toutefois augmenté sur la période et la part de l'entité « stress lié à l'emploi » a considérablement chuté. La répartition des diagnostics était proche chez les hommes et chez les femmes, avec cependant plus de conduites addictives et de troubles du sommeil signalés chez les hommes, et plus d'épisodes dépressifs légers et de troubles anxieux et dépressifs mixtes chez les femmes.

Les résultats relatifs aux facteurs sociodémographiques sont présentés uniquement pour l'année 2012 dans cet article (tableau 3). La probabilité de signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmente avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi, celle-ci est 7 fois plus élevée

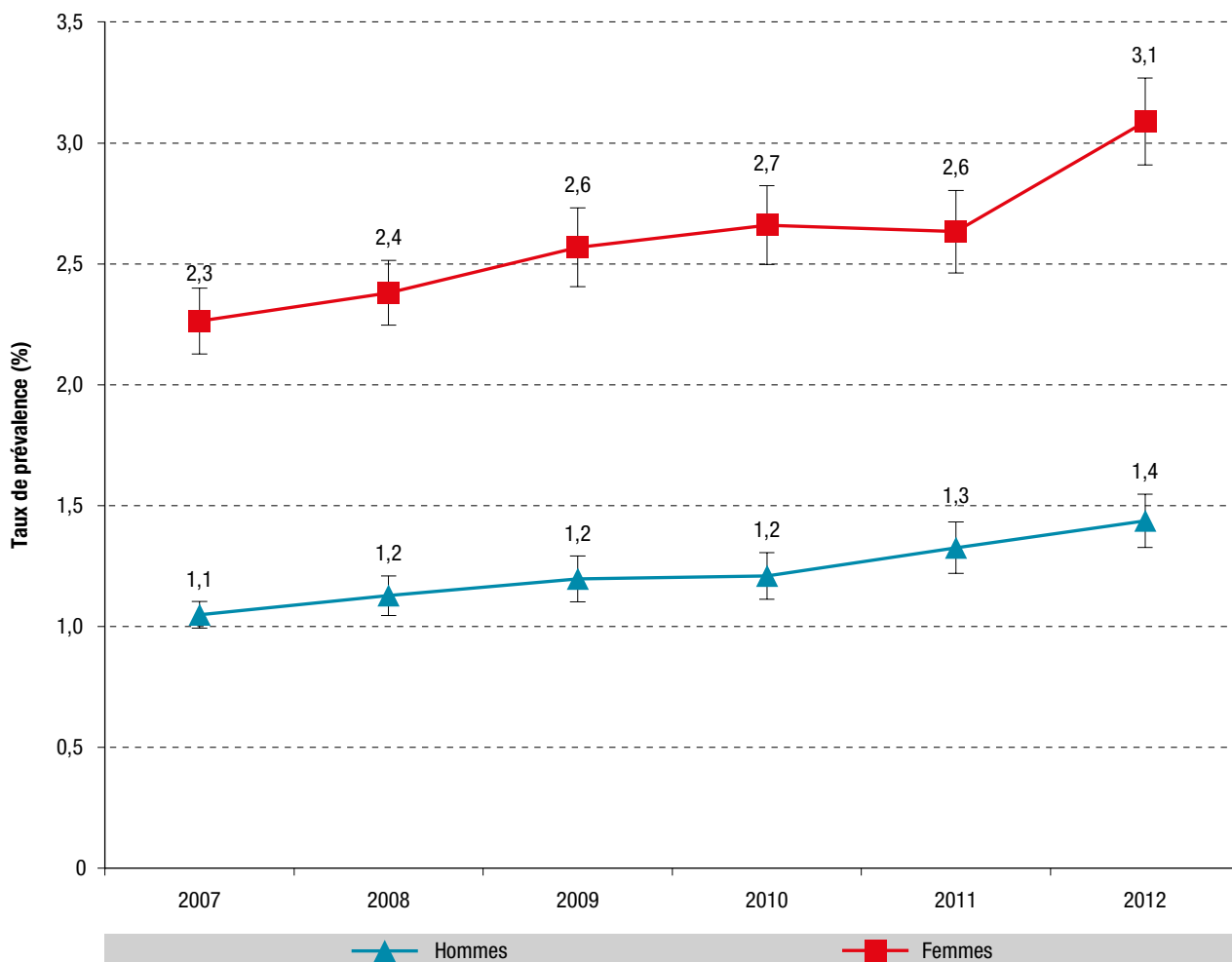
Tableau 1

Caractéristiques du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) de 2007 à 2012, France

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Régions participantes	7	8	11	11	12	15
Quinzaines MCP organisées	12	15	14	19	22	27
Médecins volontaires (%)	912 (34)	964 (33)	965 (26)	765 (23)	711 (19)	781 (17)
Salariés vus en visite médicale	107 392	114 154	86 995	86 950	78 884	81 081

Figure 2

Évolution des taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail parmi les salariés vus en visite médicale de 2007 à 2012, programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), France



pour les hommes âgés de 45 à 54 ans par rapport aux hommes de moins de 25 ans. Cette probabilité augmente également avec la catégorie sociale (gradient social, des ouvriers vers les cadres).

En analyse multivariée, les contrastes de probabilité de se voir signaler une souffrance psychique liée au travail en fonction de l'âge et de la catégorie sociale étaient très légèrement modifiés, les odds-ratios (OR) restant dans le même ordre de grandeur qu'en analyse univariée (tableau 3). En revanche, et après ajustement sur l'âge et la catégorie sociale, les OR de l'ensemble des secteurs d'activité étaient proches de 1 avec une dispersion modérée des OR et de leurs intervalles de confiance.

Discussion-conclusion

Le taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail observée dans le cadre des Quinzaines MCP a augmenté sur la période 2007-2012, avec une tendance linéaire significative chez les hommes et non significative chez les femmes.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces variations. D'une part, une plus grande

couverture médiatique des pathologies liées au travail au cours de cette période amènerait à une plus forte sensibilisation des salariés à ce problème de santé publique, et ainsi une libération de la parole auprès des médecins du travail. En parallèle, les médecins du travail, eux aussi de plus en plus sensibilisés à cette problématique notamment *via* les médias grand public et spécialisés, les ressources universitaires, les sociétés savantes et au travers des réunions de sensibilisation menées par les médecins inspecteurs du travail dans le cadre du programme MCP, seraient plus enclins à les rapporter. D'autre part, l'augmentation observée du taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail peut être mise en parallèle avec la détérioration des conditions de travail constatée ces dernières années, notamment celles liées à l'organisation du travail et aux relations entre collègues et avec la hiérarchie⁴. Les associations entre conditions de travail et troubles de la santé mentale sont largement documentées dans la littérature⁵. Notons que ces deux hypothèses ne sont pas en contradiction.

L'augmentation du taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail observée dans cette étude est étayée par les données du Réseau

Tableau 2

Répartition des symptômes et pathologies relevant de la souffrance psychique liée au travail selon le sexe et l'année, d'après le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), 2007-2012, France

Femmes	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Burnout / épuisement professionnel	45	4,4	64	5,4	54	5,8	69	6,9	62	6,9	73	6,7
État de stress post-traumatique	6	0,6	10	0,8	6	0,6	7	0,7	21	2,3	23	2,1
Épisode dépressif sévère	47	4,6	52	4,4	37	4,0	45	4,5	65	7,3	38	3,5
Épisode dépressif léger	364	35,3	421	35,5	346	37,0	344	34,6	224	25,0	300	27,3
Troubles anxieux et dépressifs mixtes	227	22,0	245	20,7	199	21,3	221	22,2	321	35,8	398	36,3
Autres troubles anxieux	106	10,3	132	11,1	119	12,7	133	13,4	108	12,0	170	15,5
Troubles du sommeil	67	6,5	88	7,4	62	6,6	63	6,3	46	5,1	54	4,9
Conduites addictives	*		*		*		*		*		*	
Stress lié à l'emploi	145	14,1	136	11,5	96	10,3	91	9,2	29	3,2	19	1,7
Autres pathologies**	21	2,0	35	3,0	16	1,7	18	1,8	18	2,0	20	1,8
Hommes	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Burnout / épuisement professionnel	32	4,9	36	5,0	29	4,8	33	5,5	34	5,7	48	7,3
État de stress post-traumatique	6	0,9	11	1,5	0	0	0	0	9	1,5	19	2,9
Épisode dépressif sévère	27	4,16	32	4,4	27	4,5	30	5,0	41	6,9	25	3,8
Épisode dépressif léger	131	24,8	186	25,7	177	29,2	141	23,5	122	20,5	146	22,3
Troubles anxieux et dépressifs mixtes	107	16,5	104	14,4	92	15,2	129	21,5	218	36,7	205	31,3
Autres troubles anxieux	78	12,0	93	12,9	80	13,2	92	15,3	66	11,1	114	17,5
Troubles du sommeil	121	18,6	139	19,2	109	18,0	101	16,8	62	10,4	58	8,9
Conduites addictives	6	0,9	15	2,1	8	1,3	7	1,2	8	1,4	13	2,0
Stress lié à l'emploi	92	14,2	82	11,3	56	9,2	44	7,3	18	3,0	18	2,8
Autres pathologies**	19	2,9	26	3,6	27	4,5	21	3,5	16	2,7	9	1,4

* Effectif inférieur à 5.

** Autres pathologies : somatisation, décompensation d'une psychose, décompensation d'une névrose, troubles du comportement alimentaire, asthénie.

national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), qui a également fait état d'une augmentation entre 2001 et 2009 du nombre de salariés atteints de troubles mentaux et du comportement consultant dans les Centres de consultations de pathologies professionnelles⁶.

Parmi les troubles relatifs à la souffrance psychique, le « stress lié à l'emploi » a vu sa proportion considérablement chuter entre 2007 et 2012, chez les hommes comme chez les femmes, en faveur des autres affections. Cette évolution pourrait s'expliquer par une amélioration de la qualité du signalement des pathologies mentales faisant suite à des animations régionales auprès des médecins du travail lors des réunions de restitution les incitant à préciser davantage la nosologie. L'accroissement observé de la proportion du *burnout* pourrait être en partie expliqué par cette hypothèse, mais on ne

peut exclure une augmentation réelle de l'ampleur du phénomène.

La dépression et le *burnout* sont des syndromes dont la symptomatologie est proche, mais dans le *burnout*, la composante du lien avec le travail est essentielle et obligatoire. Or, les dépressions signalées par les médecins du travail dans le programme MCP sont uniquement celles causées ou aggravées par le travail. Ainsi, dans le programme MCP, la frontière est fragile entre ces deux troubles, qui peuvent également se succéder (le *burnout* peut s'aggraver en dépression et les antécédents de dépression sont un facteur de risque de l'apparition du *burnout*)⁷. De fait, les dépressions en lien avec le travail doivent être prises en compte dans la surveillance épidémiologique du *burnout*, au même titre que certains troubles relevant de la sphère mentale tels que les troubles du sommeil, l'humeur dépressive et l'anxiété, qui peuvent être

Tableau 3

Facteurs sociodémographiques et souffrance psychique liée au travail par sexe en 2012 d'après le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), France

	Hommes				Femmes			
	OR ^a	IC95%	OR ^b	IC95%	OR ^a	IC95%	OR ^b	IC95%
Âge								
<25 ans	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
25-34 ans	3,3	[2,0-5,5]	3,0	[1,8-4,9]	2,3	[1,6-3,2]	2,1	[1,5-3,0]
35-44 ans	5,6	[3,5-9,2]	4,8	[2,9-7,8]	4,0	[2,9-5,5]	3,9	[2,8-5,4]
45-54 ans	7,2	[4,4-11,6]	6,0	[3,7-9,7]	4,0	[2,9-5,5]	4,1	[2,9-5,7]
≥55 ans	7,0	[4,3-11,6]	5,6	[3,4-9,3]	3,6	[2,5-5,1]	3,7	[2,6-5,3]
Catégorie sociale								
Ouvriers	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
Employés	2,3	[1,8-2,9]	2,2	[1,7-2,8]	2,0	[1,7-2,5]	2,2	[1,8-2,8]
Professions intermédiaires	2,6	[2,2-3,2]	2,2	[1,8-2,7]	2,8	[2,2-3,5]	3,1	[2,5-4,0]
Cadres	3,8	[3,1-4,8]	3,1	[2,4-3,9]	4,2	[3,2-5,5]	4,2	[3,2-5,5]
Secteur d'activité								
Industries	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
Agriculture	0,7	[0,4-1,2]	0,9	[0,6-1,5]	0,3	[0,1-0,7]	0,4	[0,2-1,0]
Construction	0,5	[0,3-0,7]	0,6	[0,4-0,9]	1,1	[0,6-1,8]	0,9	[0,6-1,6]
Commerce	1,0	[0,8-1,3]	1,0	[0,8-1,3]	1,1	[0,9-1,4]	1,0	[0,8-1,3]
Transports, entreposage	0,8	[0,6-1,2]	0,8	[0,6-1,2]	1,6	[1,2-2,2]	1,3	[1,0-1,8]
Hébergement, restauration	0,9	[0,6-1,5]	1,1	[0,7-1,9]	1,2	[0,8-1,6]	1,3	[1,0-1,9]
Information, communication	1,3	[0,8-2,1]	0,9	[0,5-1,5]	1,8	[1,1-2,9]	1,3	[0,8-2,1]
Activités financières, assurance	2,4	[1,7-3,5]	1,5	[1,0-2,2]	1,4	[1,0-1,9]	1,0	[0,7-1,4]
Activités immobilières	1,1	[0,4-3,1]	0,9	[0,3-2,3]	1,3	[0,7-2,6]	1,0	[0,5-2,0]
Activités spécialisées	0,5	[0,4-0,7]	0,6	[0,5-0,8]	1,0	[0,8-1,2]	1,0	[0,8-1,3]
Administration publique	1,5	[1,1-2,1]	1,2	[0,8-1,6]	1,3	[1,0-1,7]	0,9	[0,7-1,2]
Enseignement	2,4	[1,5-3,8]	1,7	[1,0-2,7]	0,9	[0,6-1,5]	0,6	[0,4-1,0]
Santé humaine, action sociale	1,1	[0,8-1,5]	0,9	[0,6-1,2]	0,9	[0,8-1,2]	0,7	[0,6-0,9]
Autres activités de services	0,9	[0,5-1,5]	0,8	[0,4-1,3]	0,9	[0,6-1,2]	0,8	[0,6-1,1]

^a Odd ratio brut ; ^b odd ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

des symptômes avant-coureurs évoluant chez certaines personnes vers la décompensation en *burnout* ou en épisode dépressif sévère.

L'analyse des relations entre le diagnostic d'une souffrance psychique en lien avec le travail et l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité avait pour but d'évaluer dans quelle mesure les liens entre cette entité pathologique et ces facteurs sociodémographiques s'influençaient, sachant que ceux-ci ne se distribuent pas de façon indépendante dans la population salariée.

Le rapport des taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail augmente avec l'âge jusqu'à la tranche 45-54 ans, puis stagne. Ce palier

résulterait de l'effet dit du « travailleur sain ». En effet, les salariés les plus âgés sont plus souvent écartés de la vie active, notamment pour longue maladie ou pour incapacité ou invalidité. Cet effet irait plutôt dans le sens d'une sous-estimation des taux de prévalence. Il n'est donc pas exclu que la prévalence puisse augmenter encore après 54 ans.

Le gradient social croissant des ouvriers vers les cadres de la souffrance psychique en lien avec le travail semble être une singularité propre à la sphère de la santé mentale dans le programme MCP⁸. En parallèle, des études récentes montrent que les risques organisationnels, relationnels et éthiques sont de plus en plus importants chez les cadres. Ainsi, dans l'enquête

Sumer 2010, le risque organisationnel était plus important chez les cadres et suivait un gradient social descendant vers les ouvriers^{4,9}. Dans l'enquête Santé itinéraire professionnel (SIP), la dégradation des conditions de travail entre 2006 et 2010 n'affectait pas de manière homogène l'ensemble des salariés, les cadres faisant partie des groupes les plus touchés⁴. Ces études étayaient l'hypothèse selon laquelle les conditions de travail favorisant l'apparition d'une souffrance psychique concerneraient davantage les salariés des catégories sociales élevées, même si elles ne sont bien sûr pas absentes dans les autres catégories sociales. Les analyses des données du programme MCP vont être poursuivies, les facteurs organisationnels, relationnels et éthiques selon les emplois seront décrits et leurs associations avec la souffrance psychique ainsi que d'autres maladies à caractère professionnel (troubles musculo-squelettiques, pathologies cardiovasculaires...) seront étudiées.

Les analyses univariées et multivariées prenant en compte l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité fournissent des OR proches de 1 pour l'ensemble des secteurs d'activité, avec une dispersion des OR et de leurs intervalles de confiance assez modérée par rapport à la modalité de référence. Si certains secteurs présentent des OR bruts élevés, tel que les activités financières et d'assurance, l'OR ajusté sur l'âge et la catégorie sociale diminue par rapport à l'OR brut et se rapproche de 1. Cela s'expliquerait en partie par la pyramide sociodémographique de ce secteur d'activité (plus de cadres et de personnes plus âgées). De plus, si les OR sont significatifs chez les hommes en 2012 pour ce secteur, ils ne le sont pas pour d'autres années¹. Le secteur d'activité jouerait donc un rôle mineur par rapport à la catégorie sociale et à l'âge dans la probabilité de signalement d'une souffrance psychique par les médecins du travail.

Le programme comporte 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 à l'autre et que certaines différences peuvent apparaître aussi bien dans la démarche diagnostique que dans la démarche d'imputabilité au travail. Par ailleurs, certaines affections, et plus particulièrement celles relevant de la sphère mentale, 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, sous la contrainte de temps qu'impose une visite médicale du travail, les médecins peuvent ne pas être en mesure de consacrer le temps nécessaire à la recherche de ces troubles parmi les ouvriers, ceci d'autant plus qu'ils seraient plus attentifs au repérage de pathologies somatiques, dont les troubles musculo-squelettiques, plus fréquents dans cette catégorie de travailleurs. En outre, la verbalisation de la souffrance par les salariés est souvent nécessaire pour le médecin du travail et l'expression de cette souffrance pour certaines catégories (comme les ouvriers) pourrait

passer plutôt par des douleurs et plaintes physiques. Par ailleurs, il est possible que les ouvriers soient davantage inhibés face au médecin du travail que les cadres. En effet, il semblerait plus facile de s'exprimer face à quelqu'un de niveau social équivalent au sien. Ceci pourrait contribuer à sous-estimer les problèmes de santé mentale parmi les catégories ouvrières et techniciennes.

L'imputabilité de la pathologie au travail repose toutefois sur le jugement des médecins du travail et, dans ce cadre, leur double expertise, à la fois clinique et de connaissance réelle du terrain, est un atout, car le lien causal entre l'exposition professionnelle et la souffrance psychique est généralement difficile à établir.

Au final, le programme MCP fournit des données inédites sur la fréquence de nombreuses maladies à caractère professionnel observées chez les salariés dans le cadre de la médecine du travail, en fonction de variables sociodémographiques comme l'âge, la catégorie sociale ou le secteur d'activité. Cette analyse a permis d'approcher l'ampleur de la souffrance psychique liée au travail : cette pathologie touchait en 2012 plus de 3 femmes actives salariées sur 100 et plus de 1 homme actif salarié sur 100. Si ces chiffres étaient directement extrapolables à la population salariée de la France entière (presque 24 millions, source Insee), il est raisonnable d'estimer qu'environ 480 000 salariés seraient touchés. Il faut rappeler que la souffrance mentale liée au travail ne figure dans aucun tableau de maladie professionnelle et qu'en 2013, moins de 250 salariés présentant cette pathologie ont été indemnisés dans le cadre des CRRMP³. Parallèlement, au cours de la même année, plus de 10 000 accidents du travail dus à des traumatismes soudains ayant entraîné une atteinte de la santé psychique ont été indemnisés. Ces traumatismes sont identifiés dans le rapport de gestion 2013 de la CnamTS sous la terminologie « surprise, frayeur, violence, agression, menace, présence ».

S'appuyant sur l'expertise médicale du travail, le programme MCP s'insère tout à fait logiquement dans la pratique quotidienne de la médecine du travail et dans son rôle de prévention des risques professionnels. Cette place essentielle du médecin du travail dans la surveillance sanitaire des risques professionnels a été mise en avant dans la récente réforme de la médecine du travail, puisque la veille sanitaire devient l'une des missions des services de santé au travail. ■

Remerciements

À l'ensemble des médecins du travail ayant participé aux Quinzaines MCP, ainsi qu'à leur service de santé au travail, aux médecins inspecteurs régionaux du travail et aux épidémiologistes en région ayant participé au programme MCP.

Les membres du Groupe MCP 2012

Les médecins inspecteurs régionaux du travail : les Drs. Josiane Albouy, James Alves, Catherine Berson, Hélène Cadéac-Birman, Marie-Hélène Cervantès, Philippe Faillie, Florence Fernet, Nicole Fily, Hélène Garrabé, Martine Léonard, Nadine Renaudie, Magdeleine Ruhlmann, Brigitte Sobczak, Véronique Tassy, Jean-Louis Zylberberg.

Les épidémiologistes en régions : Patricia Bedague, Anne Benaim, Émilie Boiselet, Julie Debarre, Aurélie Eloy, Émilie Fauchille, Marie-Reine Fradet, Pierre Latchmun, Hélène Prouvost, Stéphanie Rivière, Dorothee Provost, Céline Sérazin, Franck Sillam, Myriam Taouqi.

Références

- [1] Lemaître A, Valenty M. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2008 à 2011. InVS: Saint-Maurice; 2014. 101 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12274
- [2] Valenty M, Homère J, Dourlat T, Plaine J, Chevalier A, Imbernon E; Groupe MCP 2008. Surveillance des maladies à caractère professionnel en France. Résultats 2008. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(22-23):255-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10749
- [3] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Rapport de gestion 2013. Paris: CnamTS; 2015. 117 p. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20Gestion%202013.pdf
- [4] Malard L, Chastang JF, Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. Int Arch Occup Environ Health. 2015;88(2):235-46.
- [5] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med. 2008;65(7):438-45.

[6] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Réseau national de vigilance et prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). Rapport d'activité 2010-2011. Anses: Maisons-Alfort; 2012. 111 p. <https://www.anses.fr/fr/documents/RNV3P-Ra-Octobre2012.pdf>

[7] Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnibust JAM, Cooper CL (dir). The handbook of work and health psychology. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2003. pp 383-425.

[8] 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. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10755

[9] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer. Dares Analyses. 2012; (23):1-10. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023-2.pdf>

Citer cet article

Khiredine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC, et al ; Groupe MCP 2012. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(23):431-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/23/2015_23_2.html

ERRATUM // Erratum

Erratum // Erratum

Dans l'article : L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013

BEH n°9-10 du 24 mars 2015

Dans la partie **Résultats**, § **Distribution géographique des cas de tuberculose**, il faut lire :

La Guyane, l'Île-de-France et Mayotte étaient, comme les années précédentes, les trois régions présentant les plus forts taux de déclaration, avec respectivement **28,0/10⁵**, 14,7/10⁵ et 13,8/10⁵ cas par an.