

SURVEILLANCE DES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL EN FRANCE

Résultats 2012-2018

POINTS CLÉS

- Une maladie à caractère professionnel (MCP) est définie comme toute pathologie ou symptôme causé ou aggravé par le travail et n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle (MP). Le dispositif MCP, piloté par Santé publique France en collaboration avec l'Inspection médicale du travail, est l'unique système de surveillance des maladies en lien avec le travail s'appuyant sur l'expertise du médecin du travail et leur équipe.
- En 2018, plus de 40000 salariés ont été vus dans le cadre du programme MCP par 13 % des médecins du travail exerçant dans les 9 régions couvertes par le dispositif.
- Les principales MCP signalées étaient les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la souffrance psychique.
- Les femmes étaient plus concernées que les hommes par les TMS (2,8 à 4,4 % selon l'année). La prévalence des TMS augmentait à partir de 2015. Elle augmentait également avec l'âge quels que soient l'année et le sexe. Un gradient social était observé, la prévalence étant maximale chez les ouvriers et minimale chez les cadres. Plus de 80 % des agents incriminés étaient des facteurs biomécaniques (mouvements répétitifs, posture, travail avec force).
- Les femmes étaient les plus concernées par les problèmes de souffrance psychique (3,5 à 6,2 % selon l'année). La prévalence de la souffrance psychique augmentait progressivement entre 2007 et 2018. Chez les femmes, les 35-44 ans étaient les plus touchées, tandis que chez les hommes, il s'agissait des 45-54 ans. Un gradient social inversé était observé, la prévalence étant minimale chez les ouvriers et maximale chez les cadres. Les facteurs organisationnels, relationnels et éthiques représentaient 99 % des agents incriminés, et près de la moitié d'entre eux relevaient de l'organisation fonctionnelle du travail (surcharge ou sous-charge de travail, changements dans l'organisation, dysfonctionnements dans les prescriptions hiérarchiques, déficit de reconnaissance, manque de moyen).
- Environ 75 % des TMS correspondant à un tableau de MP n'avaient pas fait l'objet d'une déclaration en MP, du fait le plus souvent d'une méconnaissance du salarié ou d'un bilan diagnostique insuffisant. Il n'existe pas de tableau de MP pour la souffrance psychique.
- Les résultats obtenus grâce au programme MCP :
 - Apportent un éclairage complémentaire aux données du champ de la santé au travail existant par ailleurs (MP reconnues, accidents du travail, conditions de travail...), avec la production de données sur l'impact du travail sur la santé utiles à la prévention et à une meilleure reconnaissance des pathologies par le système assurantiel.
 - Montrent l'importance de renforcer et cibler les actions de prévention en améliorant les conditions de travail et en diminuant les expositions, notamment chez les travailleurs identifiés les plus à risque : adaptation du travail avec l'avancée en âge, vigilance accrue notamment chez les femmes sur la qualité des relations au travail, utilisation d'équipements de protection pour les salariés exposés, campagne de sensibilisation auprès des travailleurs les plus à risque.

INTRODUCTION

En France, les statistiques de maladies professionnelles (MP) reconnues et indemnisées par certains régimes de sécurité sociale sont produites régulièrement. Cependant, elles ne reflètent pas la réalité de l'impact sanitaire des risques professionnels. En effet, certaines pathologies en lien avec le travail ne sont pas reconnues comme MP par les régimes de sécurité sociale et sont en partie prises en charge par l'assurance maladie comme toute autre maladie. Ces maladies dites « maladies à caractère professionnel » (MCP) ont été introduites par le législateur dès 1919, en vue d'une meilleure connaissance des pathologies professionnelles et de l'extension ou de la révision des tableaux de MP. Bien que leur déclaration soit une obligation légale pour tout docteur en médecine (art. L461-6 du Code de la Sécurité sociale), rares sont les médecins qui déclarent les MCP. Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels (art. L1413-1 du Code de la Santé publique, modifié par ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 – art. 1), Santé publique France coordonne depuis 2003 un programme de surveillance des MCP, en partenariat avec l'Inspection médicale du travail de la Direction générale du travail (DGT) et les observatoires régionaux de santé (ORS).

L'objectif principal de ce programme est d'estimer la prévalence des MCP en France, de décrire les agents d'exposition professionnelle en lien avec ces pathologies et de suivre leur évolution dans le temps. Le programme contribue également à estimer la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des MP indemnisables et à fournir des éléments pour la révision ou l'extension des tableaux de MP. Enfin, il permet d'apporter des éléments permettant de contribuer à l'orientation des politiques de prévention en milieu professionnel en fournissant des indicateurs par professions et/ou secteurs d'activité. Cette synthèse accompagne le rapport présentant les résultats observés sur l'ensemble des régions participantes pour la période 2012-2018.

MÉTHODE

Dans chaque région participante, le programme de surveillance des MCP repose sur un réseau de médecins du travail volontaires et leur équipe, qui signalent les MCP parmi les salariés vus en visite médicale sur deux périodes distinctes de deux semaines consécutives, baptisées « Quinzaines MCP ». Sont définies comme MCP toute pathologie ou symptôme causés ou aggravés par le travail et n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance en MP. L'imputabilité au travail de la pathologie repose sur l'expertise individuelle du

médecin du travail, qui identifie également les agents d'exposition professionnelle qu'il considère être à l'origine ou facteur aggravant de la MCP signalée. Pour chaque MCP signalée, le médecin indique si la pathologie figure ou non dans un tableau de MP. Dans l'affirmative, des questions permettent de déterminer les MCP ayant fait l'objet d'une déclaration (en cours ou refusée) ou non. En cas de non-déclaration, les raisons évoquées par les salariés sont recueillies. Par ailleurs, les caractéristiques socioprofessionnelles de tous les salariés vus en visite médicale du travail durant la Quinzaine MCP sont collectées, qu'il y ait ou non une MCP signalée.

Un redressement de la population salariée du programme MCP a été réalisé par calage sur marges afin de prendre en compte les différences en matière de secteur d'activité, de profession, d'âge et de sexe avec la population salariée issue du recensement Insee. Ainsi, les taux et pourcentages présentés sont pondérés, tandis que les effectifs sont ceux observés dans l'échantillon. Bien que cette synthèse porte sur la période 2012-2018, les années antérieures (depuis 2007) ont été incluses dans les graphiques afin de visualiser l'évolution des prévalences sur une plus longue période.

Une présentation plus détaillée de la méthode et de l'analyse statistique est disponible dans le rapport.

RÉSULTATS

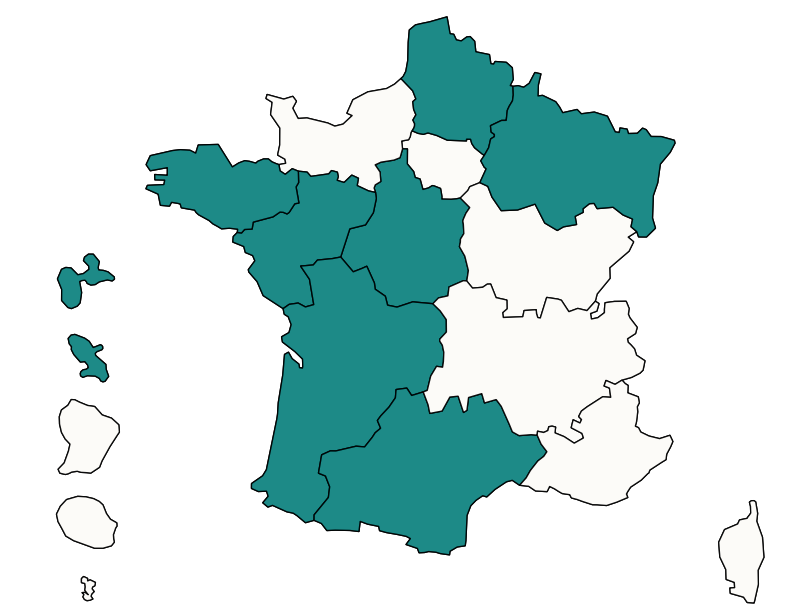
COUVERTURE DU RÉSEAU DE SURVEILLANCE

En 2018, le dispositif couvrait sept régions du territoire métropolitain et deux DROM (figure 1). Entre 2012 et 2018, le nombre de régions participantes et de Quinzaines MCP diminuait régulièrement (tableau 1). En parallèle, le taux de participation des médecins du travail diminuait également sur la période considérée, passant de 17 % de participants en 2012 à 13 % en 2018. Cette baisse de participation pouvait s'expliquer en partie par une diminution du nombre de médecins du travail dans le paysage médical corrélée à une succession de réformes de la santé au travail. Au total, 1375 médecins du travail ont participé à au moins une Quinzaine MCP entre 2012 et 2018.

TABLEAU 1 | Couverture du réseau de surveillance des MCP entre 2012 et 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018
Nombre de régions participantes	15	13	12	11	11	7	9
Nombre de Quinzaines MCP	27	23	22	19	17	9	17
Nombre de médecins participants	781	520	453	376	333	379	428
Taux de participation	17	14	13	12	11	12	13
Nombre de salariés vus en consultation	81 171	55 841	47 595	39 710	37 867	29 779	42 075

* La diminution du nombre de régions participantes entre 2016 et 2017 s'explique par la réforme territoriale de 2016.

FIGURE 1 | Régions participantes au programme de surveillance des MCP en 2018

Description de la population vue pendant les Quinzaines MCP

Entre 2012 et 2018, selon les années, 50,3 à 52,4 % des salariés vus pendant les Quinzaines MCP étaient des hommes. Sur l'ensemble de la période considérée, les salariés ont été vus principalement lors de visites périodiques aussi bien chez les hommes (entre 56,3 et 35,4 % selon les années) que chez les femmes (entre 50,1 et 28,5 %). Chaque année, entre un quart et un tiers des visites étaient des visites d'embauche aussi bien chez les hommes (24,8 à 36,4 %) que chez les femmes (23,0 à 30,6 %). Chaque année, près de 80 % des salariés étaient en CDI, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Chez les hommes, les ouvriers étaient la catégorie la plus représentée chaque année (entre 43,2 et 48,7 %) et chez les femmes, il s'agissait des employées (entre 48,8 et 50,9 %). Les secteurs d'activité les plus représentés étaient l'industrie (entre 20 et 24 % selon l'année) chez les hommes et le secteur de la santé humaine et action sociale chez les femmes (entre 24 et 27 %).

POPULATION VUE PENDANT LES QUINZAINES

Comparaison des populations

La population salariée des régions participantes en 2018 était statistiquement différente ($p < 0,001$) de l'ensemble de la population salariée française en matière de secteurs d'activité, avec notamment une légère surreprésentation des salariés de l'industrie et de la santé humaine et action sociale dans les régions participantes. Des différences plus marquées étaient observées avec la population salariée vue par la médecine du travail durant les Quinzaines MCP où les secteurs de l'industrie et des activités spécialisées étaient surreprésentés et les secteurs de l'administration publique et de l'enseignement sous-représentés. La même tendance est observée pour les années antérieures.

PRINCIPALES PATHOLOGIES SIGNALÉES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL

Entre 2012 et 2018, près de la moitié des pathologies signalées pour les hommes était des troubles musculo-squelettiques (TMS) et environ un tiers relevait de la souffrance psychique. Venaient ensuite les troubles de l'audition et les irritations et/ou allergies représentant chacune moins de 5 % des pathologies signalées. Chez les femmes, la part de la souffrance psychique était en augmentation constante entre 2012 et 2018 (passant de 42 à 52 % sur la période). Il s'agissait ainsi du groupe de pathologie le plus fréquemment signalé chez les femmes à compter de 2013, suivi par les TMS qui représentaient environ 40 % des pathologies signalées. Venaient ensuite les irritations et allergies représentant 2 à 4 % selon les années. Les troubles de l'audition étaient par contre peu fréquents (moins de 0,5 %).

La prévalence annuelle des principaux groupes de pathologies est présentée dans le tableau 2. Les prévalences les plus élevées sont logiquement observées pour les TMS et la souffrance psychique.

D'autres pathologies (tumeurs, maladies infectieuses, cardiovasculaires...) de faible incidence ou peu vues par la médecine du travail (temps de latence important, interruption de l'activité professionnelle) sont peu captées par ce dispositif.

Les troubles musculo-squelettiques

Quelle que soit l'année, la prévalence des TMS était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (figure 2). Ce taux restait relativement stable entre 2007 et 2015, autour de 3,1 % pour les femmes et 2,4 % pour les hommes, mais une augmentation était observée depuis 2015 jusqu'à atteindre respectivement 4,4 et 3,2 % en 2018.

Chaque année, la prévalence des TMS augmentait avec l'âge, quel que soit le sexe considéré, mais chez les femmes cette prévalence diminuait légèrement à partir de 55 ans. Chez les hommes comme chez les

femmes, la prévalence des TMS augmentait à mesure que le niveau de la catégorie sociale diminuait, touchant ainsi plus fréquemment les ouvriers que les cadres. Ce gradient social s'observait chaque année, avec chez les femmes, des ouvrières 4 à 11 fois plus touchées que les cadres, et chez les hommes, des ouvriers jusqu'à 16 fois plus touchés que les cadres notamment pour les années 2015 et 2017. Le secteur le plus concerné était, chez les hommes, la construction, avec une prévalence des TMS qui variait de 4,4 à 5,7 % sur la période considérée. Les plus fortes prévalences de TMS chez les femmes étaient régulièrement observées dans les secteurs du transport (variation de 2,1 à 7,3 %), de l'industrie (2,6 à 5,8 %), de la santé humaine et action sociale (3,3 à 5,6 %) et de l'hébergement et de la restauration (2,3 à 5,3 %).

Chez les hommes, le rachis lombaire était la localisation de TMS pour laquelle la prévalence était la plus élevée tout au long de la période 2007-2018, variant de 0,9 à 1,4 %. Venaient ensuite les TMS de l'épaule et du coude (hors syndrome canalaire du coude) qui fluctuaient respectivement entre 0,5 et 0,8 % et entre 0,3 et 0,5 % selon l'année. Depuis 2015, une augmentation de la prévalence des TMS du rachis lombaire, de l'épaule et du coude était observée dans

TABLEAU 2 | Prévalence annuelle des principaux groupes de pathologies signalées en MCP selon le sexe, 2012 à 2018

	2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %
Hommes																					
Appareil locomoteur	1484	2,5	2,4-2,7	945	2,8	2,6-3,0	734	2,5	2,3-2,8	585	2,4	2,1-2,7	583	2,7	2,4-3,0	633	3,3	3,0-3,5	787	3,7	3,2-4,1
TMS	1340	2,3	2,1-2,4	873	2,6	2,4-2,9	665	2,3	2,0-2,5	537	2,2	2,0-2,5	525	2,4	2,2-2,8	575	3,0	2,7-3,2	701	3,2	2,8-3,6
Arthrose	76	0,1	0,1-0,2	40	0,1	0,0-0,1	37	0,2	0,1-0,3	29	0,1	0,1-0,2	20	0,1	0,1-0,2	28	0,2	0,1-0,2	45	0,2	0,1-0,4
Autre	97	0,2	0,1-0,2	58	0,2	0,1-0,2	55	0,2	0,1-0,3	37	0,1	0,1-0,2	49	0,3	0,2-0,4	52	0,3	0,2-0,3	63	0,3	0,2-0,5
Souffrance psychique	655	1,8	1,6-2,0	442	1,8	1,6-2,0	423	1,9	1,7-2,1	337	2,0	1,7-2,3	298	1,8	1,6-2,1	278	2,2	1,9-2,5	468	2,7	2,3-3,1
Audition	113	0,2	0,2-0,3	94	0,3	0,2-0,4	57	0,2	0,1-0,3	50	0,2	0,1-0,3	37	0,2	0,1-0,3	55	0,3	0,2-0,3	51	0,2	0,1-0,3
Irritation/allergie	105	0,2	0,1-0,3	60	0,2	0,1-0,2	36	0,1	0,1-0,2	46	0,2	0,1-0,3	37	0,2	0,1-0,3	36	0,2	0,1-0,2	48	0,3	0,1-0,5
Femmes																					
Appareil locomoteur	1500	3,7	3,4-3,9	911	3,5	3,2-3,8	755	3,3	3,0-3,6	560	2,9	2,6-3,3	576	3,3	3,0-3,7	547	3,9	3,5-4,2	851	4,7	4,2-5,3
TMS	1412	3,4	3,2-3,7	835	3,2	2,9-3,5	709	3,1	2,8-3,4	533	2,8	2,5-3,2	543	3,1	2,8-3,5	510	3,6	3,3-4,0	786	4,4	3,9-5,0
Arthrose	64	0,2	0,1-0,2	29	0,1	0,1-0,2	33	0,2	0,1-0,2	17	0,1	0,0-0,1	19	0,1	0,0-0,1	24	0,2	0,1-0,3	37	0,2	0,1-0,3
Autre	63	0,2	0,1-0,2	57	0,3	0,2-0,4	32	0,1	0,1-0,2	19	0,1	0,0-0,2	27	0,2	0,1-0,3	26	0,2	0,1-0,3	47	0,2	0,1-0,3
Souffrance psychique	1097	3,5	3,2-3,7	803	3,7	3,4-4,0	733	3,8	3,5-4,1	610	3,9	3,5-4,3	621	4,0	3,6-4,4	535	4,8	4,4-5,3	929	6,2	5,6-6,9
Audition	15	<0,1	0,0-0,1	6	<0,1	0,0-0,0	5	<0,1	0,0-0,0	5	<0,1	0,0-0,1	3	<0,1	0,0-0,0	6	<0,1	0,0-0,1	6	0,1	0,0-0,2
Irritation/allergie	111	0,3	0,2-0,4	71	0,3	0,2-0,4	50	0,2	0,2-0,3	47	0,2	0,2-0,4	35	0,1	0,1-0,2	26	0,2	0,1-0,3	32	0,2	0,1-0,4

la population masculine, avec toutefois une diminution en 2018 pour le coude. Chez les femmes, l'épaule était la localisation pour laquelle la prévalence des TMS était la plus élevée (entre 0,8 et 1,7 %), excepté en 2013 où elle était en dessous de celle des TMS du rachis lombaire qui figurait en 2^e position les autres années (entre 0,6 et 0,9 %). Depuis 2015, une augmentation de la prévalence de l'épaule était observée. Il en était de même pour le rachis lombaire et le coude depuis 2016.

Pour l'année 2018, chez les hommes comme chez les femmes, plus de 80 % des agents associés à un TMS étaient des facteurs biomécaniques (travail avec force, mouvements répétitifs, posture). Chez les hommes, venaient ensuite les agents physiques (9,5 %) dont près des 3/4 concernaient des vibrations, tandis que chez les femmes, il s'agissait de facteurs organisationnels relationnels et éthiques (FORE) (10,5 %).

Après ajustement sur l'année, le type de contrat et le type de visite, le risque de survenue de TMS restait significativement associé à l'âge sur la période 2012-2018 pour les deux sexes (tableau 3). Ce risque augmentait avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes, mais chez ces dernières, il rediminuait légèrement après 54 ans. Le gradient social déjà observé pour les prévalences de TMS était également observé dans l'estimation du risque après ajustement sur les variables socio-professionnelles. Chez les hommes comme chez les femmes, le risque était donc maximal chez les ouvriers (référence) et minimal chez les cadres (respectivement $OR_a = 0,13$ [0,13-0,13] et $OR_a = 0,14$ [0,14-0,15]). Le risque de TMS était significativement associé au secteur d'activité, avec des disparités selon les secteurs (détaillé dans le rapport associé).

La souffrance psychique

La souffrance psychique était deux à trois fois plus souvent signalée chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'année (figure 2). La prévalence de la souffrance psychique augmentait progressivement entre 2007 et 2018 aussi bien chez les hommes que chez les femmes, passant de 1,3 % en 2007 à 2,7 % en 2018 chez les hommes, et de 2,4 % en 2007 à 6,2 % en 2018 chez les femmes.

Quelle que soit l'année, la prévalence de la souffrance psychique augmentait avec l'âge jusqu'à 35-44 ans chez les femmes et jusqu'à 45-54 ans chez les hommes. Un gradient social inversé était observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la prévalence de la souffrance psychique augmentant graduellement avec l'échelle sociale. Selon les années, elle était ainsi trois à six fois plus élevée chez les cadres que chez les ouvriers. Ainsi, en 2018, 6,1 % des cadres ont signalé une souffrance psychique contre 1,3 % des ouvriers chez les hommes, et chez les femmes, cela concernait 11,5 % des cadres contre 3,2 % des ouvrières. Ce constat est probablement à nuancer par un possible biais de déclaration étayé dans le rapport associé. La prévalence de la souffrance psychique pouvait varier du simple au triple d'un secteur d'activité à l'autre. De plus, les secteurs d'activité pour lesquels la prévalence de la souffrance psychique était la plus élevée différaient d'une année sur l'autre. Cela concernait les secteurs de l'information et communication (prévalence pouvant varier de 1,9 à 6,9 %), de l'enseignement (0,5 à 8,5 %), des activités financières et assurance (2,0 à 4,7 %) et des activités immobilières (1,6 à 7,9 %) pour les hommes, et les secteurs des activités immobilières (3,3 à 15,4 %), du transport et entreposage (2,9 à 13,5 %) et de l'information et communication (4,3 à 8,0 %) pour les femmes.

FIGURE 2 | Évolution de la prévalence des TMS et de la souffrance psychique signalés en MCP selon le sexe, 2007 à 2018

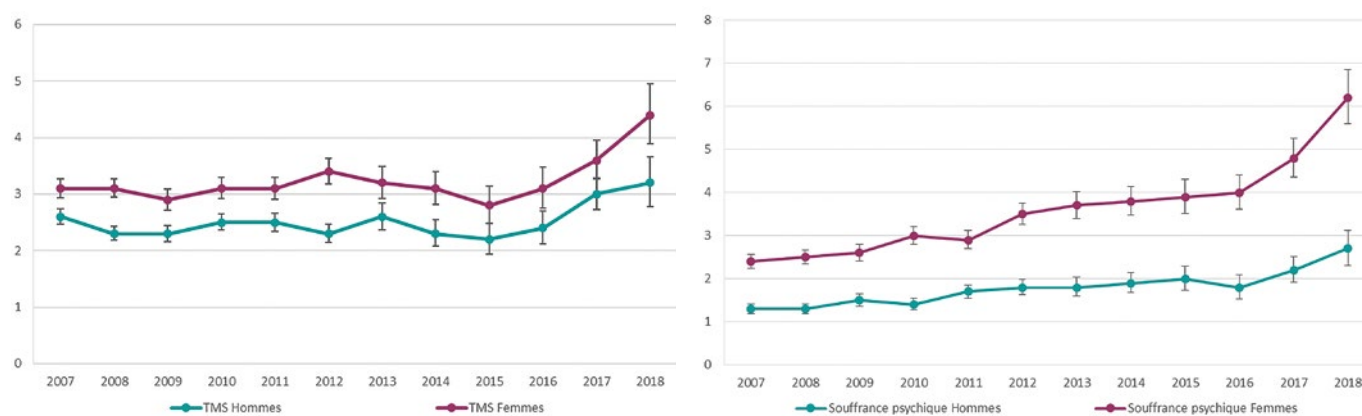


TABLEAU 3 | Associations entre facteurs sociodémographiques et signalement d'un TMS à caractère professionnel ou d'une souffrance psychique par sexe, 2012-2018

	Signalement d'un TMS				Signalement d'une souffrance psychique			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR _a ¹	IC95 %	OR _a ¹	IC95 %	OR _a ¹	IC95 %	OR _a ¹	IC95 %
Âge	p < 0,0001		p < 0,0001		p < 0,0001		p < 0,0001	
< 25 ans	1,00	Réf	1,00	Réf	1,00	Réf	1,00	Réf
25-34 ans	2,03	[2,00-2,06]	1,63	[1,61-1,64]	1,90	[1,87-1,94]	1,09	[1,07-1,10]
35-44 ans	3,14	[3,10-3,19]	2,67	[2,64-2,71]	2,13	[2,09-2,17]	1,54	[1,52-1,55]
45-54 ans	3,77	[3,73-3,83]	4,11	[4,06-4,16]	2,28	[2,23-2,32]	1,47	[1,46-1,49]
≥ 55 ans	4,30	[4,24-4,36]	3,57	[3,52-3,61]	1,85	[1,81-1,89]	1,23	[1,22-1,25]
Catégorie sociale	p < 0,0001		p < 0,0001		p < 0,0001		p < 0,0001	
Ouvriers	1,00	Réf	1,00	Réf	1,00	Réf	1,00	Réf
Employés	0,60	[0,60-0,61]	0,53	[0,52-0,53]	1,79	[1,78-1,81]	2,16	[2,14-2,18]
Professions intermédiaires	0,33	[0,33-0,34]	0,22	[0,22-0,23]	2,70	[2,68-2,72]	3,26	[3,23-3,29]
Cadres	0,13	[0,13-0,13]	0,14	[0,14-0,15]	3,96	[3,93-3,99]	4,49	[4,45-4,53]
Secteur d'activité²	p < 0,0001		p < 0,0001		p < 0,0001		p < 0,0001	

1. Odds Ratio ajusté sur l'année, le type de contrat et le type de visite.

2. Détaillé dans le rapport associé.

Ces résultats sont à prendre avec précaution car ils reposent sur des effectifs faibles pour certains secteurs notamment chez les hommes.

La dépression était la pathologie la plus fréquemment signalée dans le cas d'une souffrance psychique aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La prévalence de la dépression variait de 0,6 à 1,3 % chez les hommes, et de 1,5 à 3,7 % chez les femmes sur la période 2007-2018.

Dans le cas de la souffrance psychique, 99 % des facteurs d'exposition professionnelle incriminés par les médecins du travail étaient des FORE pour les hommes comme pour les femmes. En 2018, plus de 45 % des FORE mis en cause relevaient de l'organisation fonctionnelle du travail (surcharge ou sous-charge de travail, changements dans l'organisation, dysfonctionnements dans les prescriptions hiérarchiques, déficit de reconnaissance, manque de moyen) pour les hommes comme pour les femmes. Les deuxièmes FORE les plus fréquemment évoqués relevaient de la sphère relationnelle, à savoir la qualité de la relation au travail avec la hiérarchie ou les pairs, et les violences aussi bien en interne qu'en externe. Ils représentaient 27,5 % des FORE associés à de la souffrance psychique chez les hommes, et 36,6 % chez les femmes.

La plupart de ces résultats sont confirmés dans l'estimation du risque de survenue de souffrance psychique en lien avec le travail après ajustement sur l'année, le

type de contrat et le type de visite. Ainsi, ce risque augmentait avec l'âge jusqu'à 45-54 ans chez les hommes (OR_a = 2,28 [2,23-2,32]) tandis que chez les femmes, ce risque était maximal dans la catégorie des 35-44 ans (OR_a = 1,54 [1,52-1,55]) (tableau 3). Par ailleurs, un gradient social inversé était également observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes, le risque étant maximal chez les cadres. Enfin, le risque de souffrance psychique était significativement associé au secteur d'activité, avec des disparités selon les secteurs (détaillé dans le rapport associé).

Troubles de l'audition

Les troubles de l'audition concernaient majoritairement les hommes (89 %). Parmi eux, la prévalence variait de 0,2 à 0,3 % entre 2012 et 2018. Cette prévalence augmentait avec l'âge quelle que soit l'année. Les ouvriers et les professions intermédiaires semblaient être plus concernés par les troubles de l'audition que les cadres ou les employés. La construction était le secteur le plus concerné (prévalence variant de 0,3 à 0,8 % selon les années). Les nuisances sonores constituaient la quasi-totalité des nuisances professionnelles évoquées par les médecins du travail.

Irritations et allergies

La prévalence variait de 0,1 à 0,3 %, quelle que soit l'année et pour les deux sexes. Aucune tendance ne

se dégageait avec l'âge, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Les employés et les ouvriers semblaient plus concernés que les cadres ou les professions intermédiaires. Les secteurs de l'industrie et de la construction étaient les plus concernés chez les hommes, tandis que chez les femmes il s'agissait des secteurs de l'agriculture, de l'hébergement et de la restauration. Cependant, ces résultats reposant sur des effectifs très faibles sont à interpréter avec précaution.

SOUS-DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Sur l'année 2018, 1 110 TMS signalés en MCP correspondaient à un tableau de MP, soit 70,5 % de l'ensemble des TMS signalés comme MCP. Les trois quarts de ces TMS n'avaient pas fait l'objet d'une déclaration, 35,4 % du fait de la méconnaissance du processus de demande de réparation du salarié, 28,5 % en raison d'un bilan diagnostique insuffisant (figure 3). Le refus du salarié a été évoqué dans 1 cas sur 5 de non-déclaration, du fait principalement de la crainte de perdre son emploi. Les résultats concernant les années antérieures à 2018 figurent en

annexe du rapport associé et montrent que si la part des TMS non déclarés restait stable sur la période, la méconnaissance du salarié en était de plus en plus souvent la cause, passant de 26,3 % en 2012 à 35,4 % en 2018.

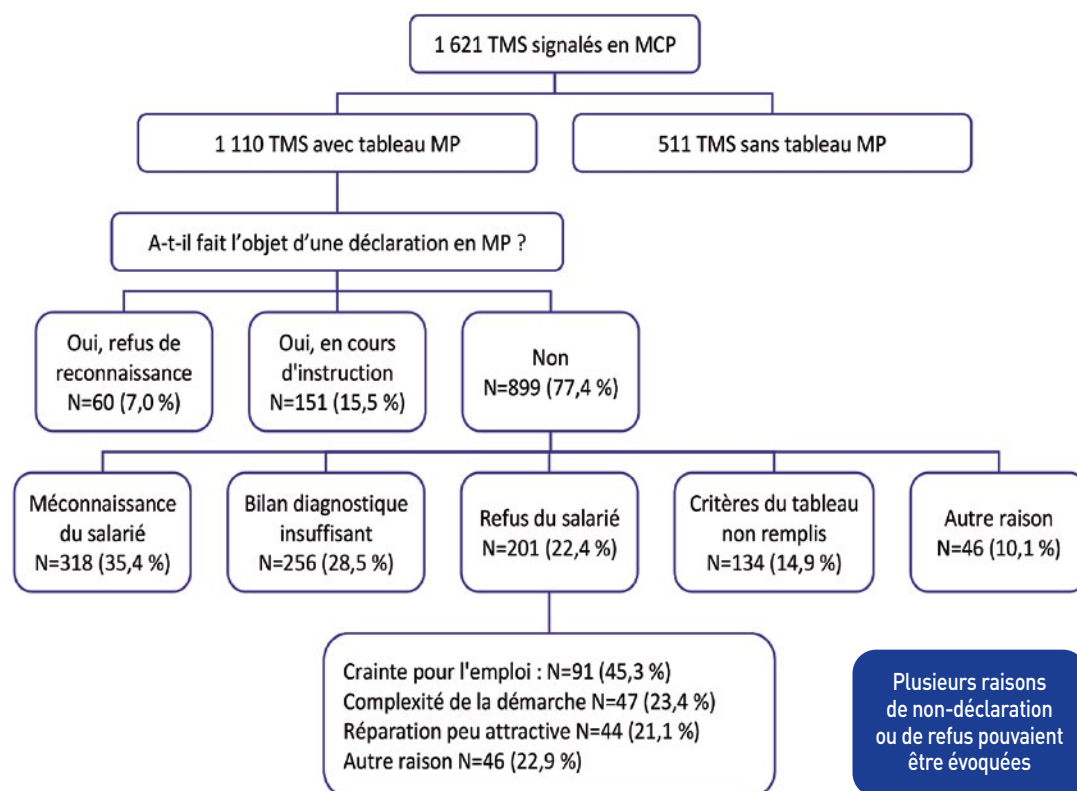
Concernant la souffrance psychique en lien avec le travail, il n'existe à ce jour aucun tableau de MP.

Sur l'ensemble de la période 2012-2018, pour les troubles de l'audition, plus de 8 cas sur 10 relevaient d'un tableau de déclaration en MP et dans plus de 90 % de ces cas, la déclaration n'était pas faite par le salarié principalement en raison de critères de tableau non remplis.

Les irritations et allergies correspondaient à un tableau de MP dans 2/3 des cas, avec un taux de non-déclaration d'environ 87 % sur la période considérée. La non-déclaration s'expliquait principalement par un bilan diagnostique insuffisant.

Les résultats de sous-déclaration concernant les autres types de pathologies pour lesquelles il existe un tableau de MP figurent dans le rapport associé.

FIGURE 3 | Déclaration des TMS signalés en MCP au titre des maladies professionnelles en 2018



CONCLUSION

Les résultats obtenus soulignent qu'il existe un nombre significatif de maladies et symptômes non reconnus en maladie professionnelle que les médecins du travail estiment en lien avec le travail (identifiés chez 5 à 7 % des salariés). Les TMS et la souffrance psychique étaient les MCP signalées les plus fréquentes. La quantification des MCP apporte ainsi un éclairage complémentaire aux données du champ de la santé au travail existant par ailleurs (maladies professionnelles reconnues, accidents du travail, conditions de travail...). Elle permet notamment, par la meilleure connaissance des situations à risque (secteurs d'activité, professions...), d'aider à la priorisation des actions de prévention. Ainsi, le fort taux de signalement des MCP observé à partir de 45 ans confirme l'intérêt particulier qui doit être porté aux travailleurs vieillissants et la nécessité d'adapter le travail avec l'avancée en âge.

Par ailleurs, des disparités entre hommes et femmes concernant la souffrance psychique au travail sont observées. En effet, comparativement aux hommes, les femmes sont plus concernées par la souffrance psychique au travail et évoquent plus souvent des problèmes relationnels. Ainsi, la qualité des relations au travail doit faire l'objet d'une vigilance accrue et plus particulièrement chez les femmes. Enfin, les problèmes auditifs identifiés majoritairement chez les hommes ouvriers et de professions intermédiaires, pour des professions exposant au bruit, confirme que l'usage d'équipements de protection pour les salariés exposés au bruit est indispensable, et que des campagnes de sensibilisation auprès de ces professionnels doivent être menées ou poursuivies. Globalement l'ensemble des résultats issus de ce programme confirme l'importance de développer, renforcer et cibler les actions de prévention primaire en améliorant les conditions de travail et en diminuant les expositions notamment chez les travailleurs les plus à risque.

Le programme MCP permet de documenter de manière originale la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des MP. Pour les maladies qui relèvent d'un tableau de MP, une grande majorité ne sont pas déclarées en tant que telles, principalement en raison de la méconnaissance de la procédure par le salarié avant la consultation avec le médecin du travail et d'un bilan diagnostique insuffisant. Ces résultats soulignent tout l'intérêt de poursuivre la sensibilisation des travailleurs et la formation des médecins, et de mieux comprendre les déterminants de cette sous-déclaration.

Les hausses de prévalence mises en évidence pour les deux principales catégories de pathologies signalées en MCP, renforcent la nécessité de poursuivre un tel dispositif de surveillance épidémiologique unique en France afin de consolider ces résultats.

Le programme MCP est l'unique système de surveillance des maladies en lien avec le travail reposant sur l'expertise médicale. Cette place essentielle du médecin du travail dans la surveillance sanitaire des risques professionnels a été mise en avant dans la réforme de la médecine du travail de 2016, avec l'intégration de la veille sanitaire dans les missions des services de prévention et santé au travail. Grâce à la mobilisation des médecins du travail volontaires, de leurs équipes, de leurs services, et d'une animation régionale dynamique par les médecins inspecteurs du travail et les épidémiologistes, le programme MCP fournit des indicateurs permettant de mieux documenter les risques professionnels à l'échelon national et régional.

Santé publique France conduit actuellement une réflexion ambitieuse et structurelle sur l'évolution du dispositif visant à améliorer l'organisation du dispositif et la qualité des indicateurs produits. L'un des principaux enjeux sera d'accroître et de faciliter la participation des équipes de santé au travail, en simplifiant le recueil des données notamment avec le concours des éditeurs de logiciel comme évoqué dans le 4^e Plan santé travail. Il s'agira également d'étendre le programme à l'ensemble du territoire métropolitain et outremer malgré le manque de ressources et de moyens liés au contexte actuel. ●

REMERCIEMENTS

À Natacha Fouquet, Mounia Hocine et Guillaume Boulanger de la Dset, Santé publique France, pour leur relecture attentive et leurs suggestions.

À Thomas Dourlat, Julie Plaine, Maëlle Robert, Madeleine Valenty pour leur contribution au codage, à la validation des données et à la coordination du programme MCP sur la période 2012-2018.

À l'ensemble des médecins inspecteurs du travail et des épidémiologistes des ORS et autres institutions qui ont œuvré entre 2012 et 2018, ainsi que les autres membres du comité technique national et du comité de pilotage pour leur mobilisation sur ce programme.

À l'ensemble des médecins du travail, des collaborateurs médecins et des infirmiers qui ont participé au programme MCP, ainsi que les assistantes et informaticiens des services de prévention et santé au travail pour leur participation à ce programme.

AUTEURS

Julie Homère¹, Dorothée Provost¹, Pauline Delézire¹, Loïc Garras¹, Sabira Smaili²,
Dr Florence Fernet³, Dr Thomas Bonnet³, Juliette Chatelot¹

1. Direction santé environnement travail (Dset), Santé publique France.
2. Direction appui, traitements et analyses de données (Data), Santé publique France.
3. Inspection médicale du travail, Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (IMT, Dreets).

MOTS CLÉS:

MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL,
SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE, SALARIÉS,
PRÉVALENCE, TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES,
SOUFFRANCE PSYCHIQUE, SERVICES DE PRÉVENTION
ET SANTÉ AU TRAVAIL, FRANCE