

p.281 **Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France**
Work related disease surveillance by an occupational physician's network, France

p.285 **Surveillance de la santé au travail : exemple de la « Quinzaine Maladie à Caractère Professionnel (MCP) » en Midi-Pyrénées, France, novembre 2006** / *Occupational health surveillance: Example of the "Quinzaine MCP" in the Midi-Pyrénées region (France), November 2006*

p.288 **Colloque européen sur la biosurveillance humaine** / *European conference on human biomonitoring*

Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France

Madeleine Valenty (m.valenty@invs.sante.fr)¹, Anne Chevalier¹, Julie Homère¹, Céline Le Naour¹, Maëlaïg Mevel¹, Annie Touranchet², Ellen Imbernon¹ et le réseau MCP

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Inspection médicale du travail, Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Nantes, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le système français de santé au travail est largement développé, mais l'impact des déterminants professionnels sur la santé est encore mal connu.

Méthode – L'Institut de veille sanitaire, en collaboration avec l'Inspection médicale du travail, s'est appuyé sur un dispositif législatif pour mettre en place un programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) signalées par un réseau des médecins du travail qui surveillent l'ensemble des salariés en activité. Ce programme était opérationnel dans sept régions en 2007.

Résultats – Les résultats pour les quatre régions ayant participé au programme en 2006 sont présentés. La prévalence des MCP est de 5,4 %. Les principales pathologies sont les pathologies de l'appareil locomoteur (59 %) et la souffrance psychique (21,5 %). Les prévalences les plus élevées sont observées dans les secteurs industriel et financier (7,1 %). Les MCP sont signalées dans 80 % des cas chez les ouvriers. La prévalence de la souffrance psychique chez les ouvriers (0,6 %) est faible comparée aux autres catégories professionnelles (entre 1,8 et 2,1 %).

Conclusion – Ce programme est amené à être élargi à d'autres régions volontaires. Ces résultats sur l'altération de la santé liée au travail constituent des outils d'observation, d'aide à la décision et d'information d'une importance majeure.

Work related disease surveillance by an occupational physician's network, France

Introduction – Although the French occupational health system is widely developed, the burden of occupational factors on health is little known.

Method – The French Institute for Public Health Surveillance and the occupational medical inspection of the Ministry of Labor relied on existing regulations to implement a surveillance program of work related diseases (WRD) reported by a network of occupational physicians in charge of medical surveillance of all salaried employees. In 2007, seven regions participated in this program.

Results – The results of four participating regions in the program in 2006 are presented here. Work related disease prevalence is 5.4%. The main diseases are diseases of the locomotor system (59%) and psychological disorders (21.5%). The highest prevalences are observed in the industrial and financial sectors (7.1%). WRDs are reported in 80% of cases among blue collars and employees. The psychological disorder prevalence is lower among blue collars (0.6%) than other socio-professional categories (between 1.8 and 2.1%).

Conclusion – This program is expected to extend to other voluntary regions. These results on WRD are major elements for monitoring, decision-making and information.

Mots clés / Key words

Surveillance épidémiologique, risques professionnels / *Epidemiological surveillance, occupational health hazards*

Comme d'autres pays industrialisés, par exemple 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, les professions, les statuts professionnels, les conditions et les situations de travail les plus à risque, et pour faciliter le repérage de phénomènes émergents et leur investigation rapide. L'objectif est d'orienter et d'évaluer les politiques de prévention et de réparation [3] et de vérifier l'existence d'éventuelles dérives dans les mesures préventives mises en place. Pour cela, l'attention ne doit pas être portée seulement sur les salariés, mais sur l'ensemble des travailleurs ou des anciens travailleurs. Les moyens d'investigation sont multiples, car les pathologies potentiellement générées par les expositions professionnelles sont très variées : pathologies de l'appareil locomoteur, pathologies cutanées, pathologies respiratoires, cancers, santé mentale, etc. Elles peuvent être différées dans le temps et/ou multifactorielles, mêlant facteurs professionnels et extraprofessionnels. L'approche des maladies liées au travail est donc difficile et complexe. La veille sanitaire s'appuie sur des systèmes d'information portant sur les maladies ou les nuisances : PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), enquête Sumer (Surveillance médicale des risques professionnels), programme Matgéné (Matrice emploi-exposition en population générale). Elle s'appuie également sur des grandes enquêtes en population : Cosmop (Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession), réseau des troubles musculo-squelettiques (TMS), Enquête décennale santé [4], etc.

Depuis la fin du XIX^e siècle, l'exposition professionnelle à certains agents a été reconnue comme pouvant générer des pathologies et des mesures de réparation ont alors été élaborées. Cependant, la réparation des risques professionnels comme leur prévention étant sous la responsabilité des employeurs, les facteurs de risques professionnels ont constitué en France un domaine nettement séparé des autres déterminants de la santé. Pourtant, 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 à l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 1998, la Loi de santé publique en 2004, le plan Santé au travail 2005-2009, la création de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) en 2005, etc.

Système de réparation Accidents du travail/Maladies professionnelles (AT/MP)

En France, les données issues de la réparation des MP et des AT portant sur la seule population des salariés constituent une source d'informations très utilisée. Une maladie est reconnue comme professionnelle si tous les éléments d'un « tableau »

correspondant à une nuisance sont réunis : maladie, délai de prise en charge, tâche effectuée par le salarié répertoriée dans une liste. L'ensemble des tableaux constitue les Maladies Professionnelles Indemnisables (MPI) ; il en existe une centaine [5]. Un système complémentaire de reconnaissance et de prise en charge a été mis en place en 1993 : Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour le régime général, le régime agricole et certains régimes spéciaux, Comité de réforme pour les fonctions publiques. Ce système permet un examen au cas par cas lorsque toutes les conditions d'un tableau ne sont pas réunies (ou lorsqu'il n'y a pas de tableau) et si le problème de santé généré entraîne un taux d'incapacité permanente partielle > 25 %.

Les données issues de la réparation des maladies professionnelles reconnues et indemnisées sont utilisées par les régimes de sécurité sociale pour produire des statistiques dans un but avant tout comptable. 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 maladies professionnelles indemnisables (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 L.461-6 du Code de la sécurité sociale), rares sont les médecins qui déclarent des MCP. Les quelques signalements proviennent essentiellement des médecins du travail 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 Département santé travail (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 et de la main d'œuvre a été mis en place. Après une première expérimentation dans la région des Pays de la Loire en 2002 [6], le programme de surveillance des MCP s'installe progressivement : Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), Poitou-Charentes, Franche-Comté, Alsace, Aquitaine, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Limousin, Auvergne (figure 1). Le dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires (figure 2) signalant toutes les MCP rencontrées durant des périodes de deux semaines prédéfinies, baptisées « Quinzaine

Figure 1 Réseau national MCP, France, 2003-2009
Figure 1 National WRD network, France, 2003-2009

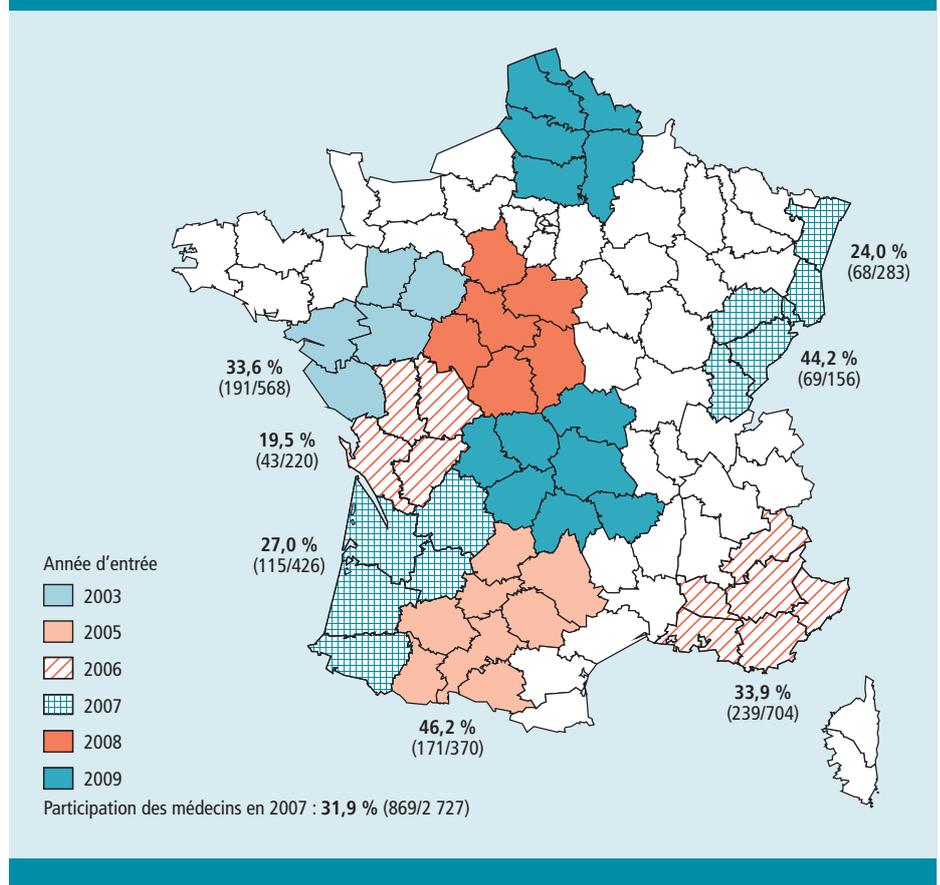
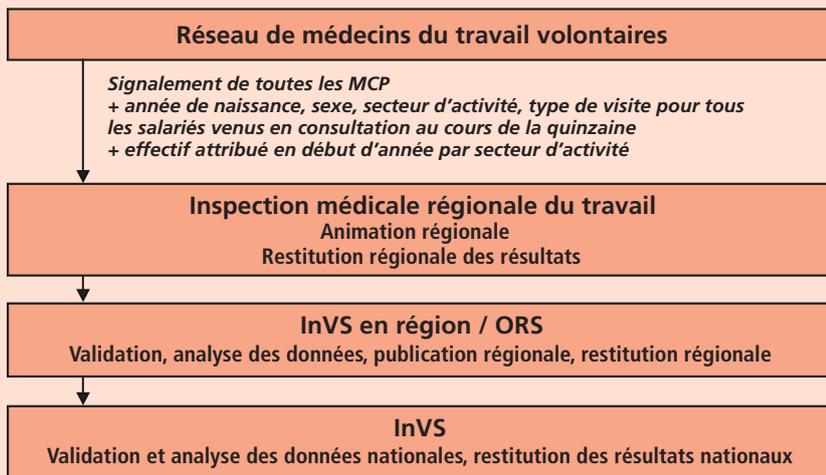


Figure 2 Une quinzaine répétée 2 fois par an, France
Figure 2 A bi-annual "Quinzaine", France



MCP ». Les signalements sont adressés aux médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre (Mirtmo) de leur région. La fiche de signalement, anonyme, comporte des informations sur la (ou les) pathologie(s) et les agents d'exposition professionnelle suspectés d'être à l'origine de la pathologie signalée, sur l'emploi et le type de contrat du salarié concerné, sur le secteur d'activité de l'entreprise. 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 (données nécessaires au calcul du dénominateur des taux de prévalence) est également transmis. De plus, afin de vérifier la représentativité des médecins du travail volontaires, chacun d'entre eux transmet l'effectif qui lui est attribué annuellement par secteur d'activité codé selon la nomenclature NAF (Nomenclature d'activités française). Le codage des maladies (Classification internationale des maladies, 10^e révision - CIM 10), des agents d'exposition et des professions (Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles 2003) est effectué sous la responsabilité des Mirtmo. Sous le terme « Souffrance psychique-Addictologie », nous avons regroupé toutes les pathologies décrites dans le chapitre « troubles mentaux et du comportement » de la CIM 10 ainsi que les termes « souffrance mentale », « stress »... utilisés par les médecins du travail. L'analyse régionale des données recueillies est effectuée dans chaque région en collaboration avec un épidémiologiste attaché à ce programme. Les données sont ensuite adressées au Département santé travail (DST) de l'InVS pour l'analyse nationale.

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

Résultats préliminaires pour les 4 régions ayant participé en 2006

Les régions Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées et PACA ont participé aux quinzaines MCP

en 2006, mobilisant 694 médecins du travail volontaires (soit 38 % des médecins du travail). Environ 73 500 salariés sont venus en consultation pendant les quinzaines (58 % d'hommes), et pour 3 951 d'entre eux des fiches de signalement ont été remplies dont 51,4 % d'hommes, soit une prévalence de MCP de 5,4 % (4,8 % chez les hommes, 6,2 % chez les femmes).

Les affections de l'appareil locomoteur sont les pathologies les plus fréquemment signalées (59 %) puis la souffrance psychique (21 %) ; viennent ensuite les troubles de l'audition (6,4 %). Ces MCP correspondent à des prévalences respectives de 3,3 % pour l'appareil locomoteur, dont 3,0 % pour les troubles musculo-squelettiques (TMS), 1,3 % pour la souffrance psychique et 0,4 % pour l'audition.

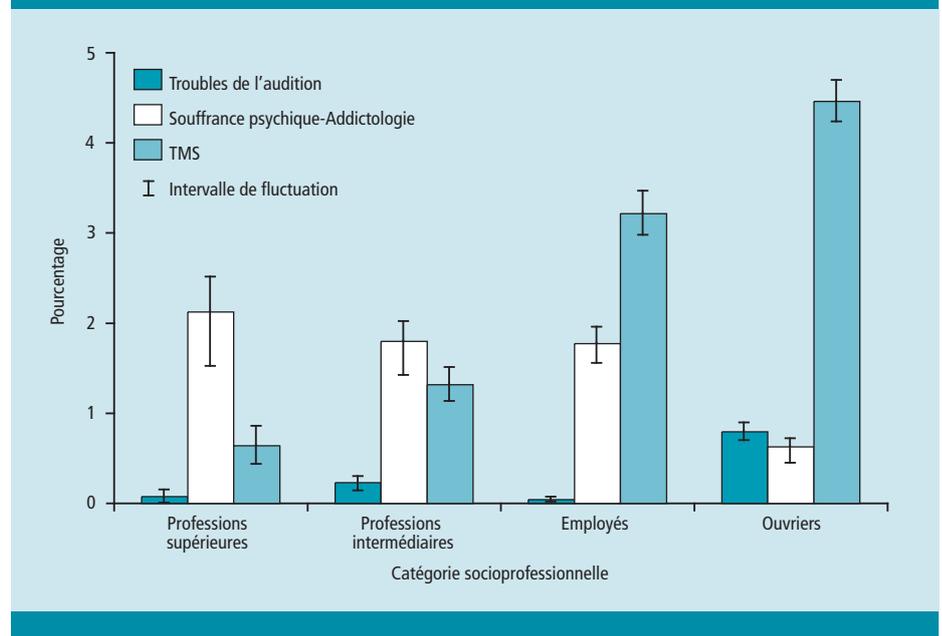
Les prévalences les plus élevées sont observées dans les secteurs industriel et financier (7,2 %), le secteur de la santé-action sociale et celui de la construction (6 %), puis le commerce (5,6 %). Plus de 80 % des MCP sont signalées chez les ouvriers et les employés, soit une prévalence de 6,7 % de MCP parmi les ouvriers et 5,7 % parmi les employés (figure 3). Les gradients des prévalences selon la catégorie professionnelle sont cohérents avec ceux attendus, excepté pour la souffrance psychique. Contrairement aux résultats d'autres enquêtes [7,8], la souffrance psychique apparaît moindre chez les ouvriers par rapport aux autres catégories professionnelles. Les raisons de ces différences demandent à être éclaircies : le mode de recueil des données (*via* le médecin du travail ou *via* le salarié) dans les différentes enquêtes pourrait constituer une des explications possibles. Les prévalences des TMS les plus élevées sont observées dans le secteur industriel quel que soit le sexe, et dans celui de la construction chez les hommes (figure 4). Les prévalences de la souffrance psychique les plus élevées sont retrouvées dans le secteur des activités financières pour les 2 sexes et dans le commerce chez les hommes (figure 5).

Parmi les 4 500 pathologies signalées lors de ces quinzaines, 40 % entraînent selon les médecins du travail dans le cadre d'un tableau de MPI, soit un taux de l'ordre de 2 %. Ce taux est à rapprocher de celui des maladies indemnisées en 2004 par les régimes de sécurité sociale, soit 0,2 % (52 000 maladies professionnelles pour 22 000 000 de salariés).

Discussion-Conclusion

Ces quinzaines permettent d'estimer les prévalences des affections jugées par les médecins du travail comme imputables au travail. Les résultats pour-

Figure 3 Prévalence des principales maladies à caractère professionnelle selon la catégorie socio-professionnelle, France, 2006 / Figure 3 Prevalence of main work-related diseases by socio-professional category, France, 2006

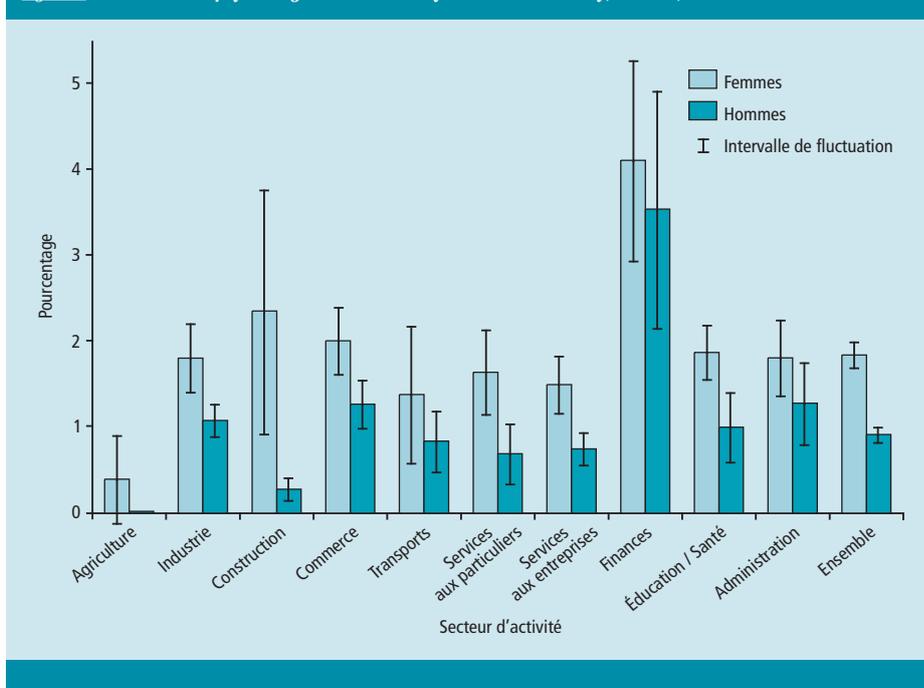


ront être confrontés à ceux issus d'autres systèmes de surveillance. Répétées régulièrement, les « Quinzaines MCP » fourniront des données inédites sur la fréquence des manifestations pathologiques en lien avec le travail chez les salariés actifs, ainsi qu'une estimation de l'ampleur de la sous-déclaration des pathologies susceptibles d'être reconnues au titre des tableaux de MPI. Deux des principales limites de ce programme sont, d'une part, le choix pour le salarié de signaler ou non la présence d'une pathologie au cours de sa visite médicale, et d'autre part le jugement du médecin sur l'imputabilité au travail de cette pathologie.

L'extension à un nombre limité de régions ou à l'ensemble du territoire national est encore à l'étude. Actuellement, notre priorité est d'améliorer la représentativité régionale des médecins du travail en termes de population surveillée, ainsi que la qualité des données recueillies pour consolider ce programme.

Outre leur intérêt au niveau national, ces résultats permettant de repérer les spécificités régionales en termes de pathologies, de professions, de secteurs d'activité, s'inscrivent *de facto* dans les Plans régionaux santé travail, déclinaison régionale du Plan santé travail. Ce sont des éléments indispensables pour aider les différents acteurs de la prévention (Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail, Caisse régionale d'assurance maladie, Comité régional de prévention des risques professionnels...) à définir et à élaborer des actions de prévention prioritaires sur des pathologies, des professions ou des secteurs d'activité particuliers, dans le cadre de plans régionaux tels que le Plan régional santé travail (PRST) ou le Plan régional santé publique (PRSP). A titre d'illustration, les résultats 2006 du programme MCP dans la région

Figure 5 Prévalence de la souffrance psychique selon le secteur d'activité, France, 2006
Figure 5 Prevalence of psychological disorders by branch of activity, France, 2006



Midi-Pyrénées sont présentés dans ce même numéro (page 285).

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

Remerciements au Réseau MCP

L'ensemble des médecins du travail et leurs services de santé au travail qui contribuent au réseau des MCP.

Mirtmo, IMT/DRTEFP : Catherine Berson, Magdeleine Brom, Hélène Cadéac-Birman, Marie-Hélène Cervantès, Cécile Maysonnave, Geneviève Marguet.

CHU Besançon : Isabelle Thaon.

DST/InVS : Élise Chiron, Jean-Bernard Henrotin, Dorothée Provost, Stéphanie Rivière, Yvan Souarès.

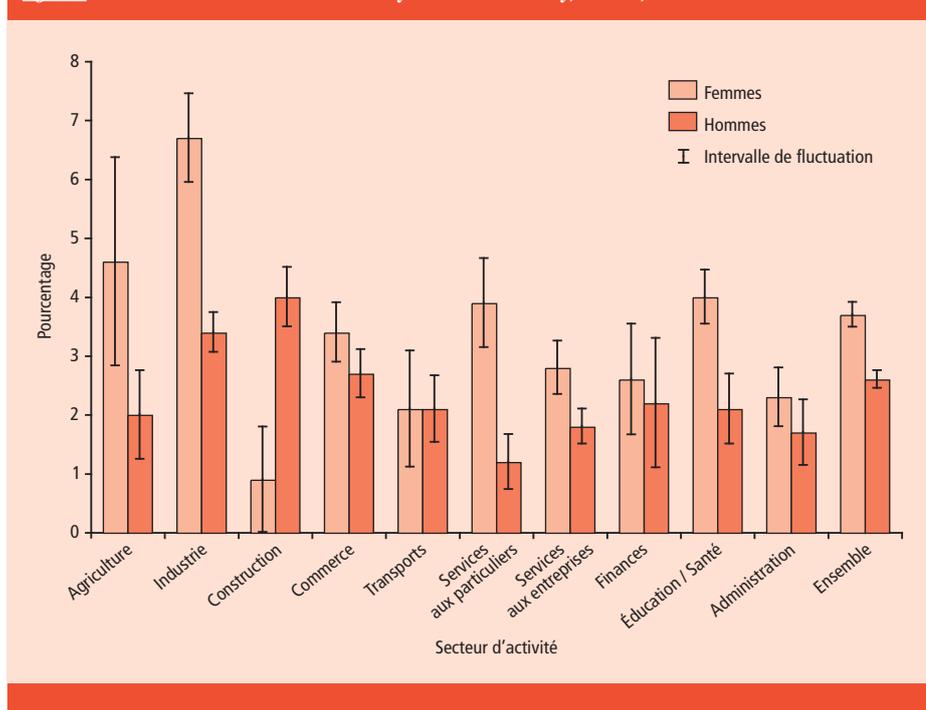
ORS Alsace : Nadia Honoré, Nicole Schauder.

ORS Poitou-Charentes : Julie Debarre, Céline Sérazin.

Références

- [1] Worker Health Chartbook 2004. Atlanta: NIOSH, 2004. Report No. 146. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/chartbook/>
- [2] Health and safety statistics highlights 2006-2007. Suffolk, United Kingdom, 2007.
- [3] Imbernon E, Goldberg M. Surveillance épidémiologique des risques professionnels : pourquoi et comment ? Bull Epidémiol Hebd. 2006; 46-47:356-8.
- [4] Numéro thématique. Risques professionnels : quelle veille sanitaire ? Bull Epidémiol Hebd. 2006; 46-47:355-70.
- [5] Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale (Mise à jour septembre 2007). Paris: INRS éd., 2007.
- [6] 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.
- [7] Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités ». Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/index.html
- [8] Cohidon C, Murcia M, et le comité de pilotage de Samotrace région Centre. Samotrace-Volet « Épidémiologie en entreprise ». Résultats intermédiaires à un an (3 000 questionnaires). Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. <http://www.invs.sante.fr/publications/2007/samotrace/index.html>

Figure 4 Prévalence des TMS selon le secteur d'activité, France, 2006
Figure 4 Prevalence of locomotor diseases by branch of activity, France, 2006



Surveillance de la santé au travail : exemple de la « Quinzaine Maladie à Caractère Professionnel (MCP) » en Midi-Pyrénées, France, novembre 2006

Stéphanie Rivière (stephanie.riviere@cict.fr)¹, Hélène Cadéac-Birman², Anne Chevalier¹, Madeleine Valenty¹

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), Toulouse, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le programme national de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) a été décliné en Midi-Pyrénées en 2006 afin d'y estimer la fréquence des MCP par sexe, âge, profession et secteur d'activité.

Méthode – Ce programme reposait sur un réseau sentinelle de médecins du travail volontaires qui ont signalé à l'Inspection médicale régionale du travail pendant deux semaines consécutives tous les cas de MCP observés. Les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés ayant bénéficié d'une visite médicale pendant la période et les effectifs annuels attribués des médecins ont également été recueillis.

Résultats – En Midi-Pyrénées, les fréquences des atteintes de l'appareil locomoteur et de la souffrance psychique étaient respectivement de 3,7 % et 1,3 % chez les hommes et de 4,8 % et 2,6 % chez les femmes. Les atteintes de l'appareil locomoteur concernaient les ouvriers alors que la souffrance psychique concernait les professions supérieures et intermédiaires. La souffrance psychique était particulièrement importante dans le secteur des activités financières et celle des atteintes de l'appareil locomoteur dans l'industrie, les services aux particuliers chez les femmes et la construction chez les hommes.

Discussion-Conclusion – Ce recueil a montré la faisabilité d'un réseau régional de médecins du travail sentinelles pour la surveillance des MCP. L'objectif de ce programme s'inscrit parfaitement dans le programme de la Conférence régionale de santé.

Occupational health surveillance: Example of the "Quinzaine MCP" in the Midi-Pyrénées region (France), November 2006

Introduction – The national epidemiological surveillance program for work-related disorders was set up in November 2006 in the Midi-Pyrénées region, in order to estimate the frequency of work-related disorders by gender, age, occupation and branch of activity.

Method – This system was based on a sentinel network of occupational physicians, who reported to the regional health inspection, for two consecutive weeks, all the cases of work-related disorders they had observed. Socio-occupational characteristics of all the workers subject to medical examination during this period, and the yearly number of workers attributable by physicians, were also collected.

Results – Frequencies of pathologies of the locomotor system and psychic disorders were respectively 3.7% and 1.3% in men, and 4.8% and 2.6% in women. Pathologies of the locomotor system were more frequent in employees, and psychic disorders were higher in executive or intermediate occupations. The frequency of psychic disorders was high in the financial sectors, whereas pathologies of the locomotor system were more common in industries, private services for women and construction sectors for men.

Discussion-Conclusion – This collection showed the feasibility of a regional network of sentinel occupational physicians for the surveillance of work-related disorders. The aim of this program is totally in line with the program of the regional health conference.

Mots clés / Key words

Santé au travail, surveillance épidémiologique, maladies imputables au travail / Occupational health, epidemiological surveillance, work-related disorders

Introduction

Cet article présente les résultats de la « Quinzaine MCP » réalisée en 2006 dans la région Midi-Pyrénées dans le cadre du programme national de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) décrit dans ce même numéro [1]. Il s'agissait de mettre en évidence les secteurs d'activité et les catégories professionnelles les plus à risque de maladies liées au travail dans la région, et de comparer ces résultats régionaux aux résultats nationaux ou à ceux issus d'autres régions.

Matériel-Méthode

Ce programme repose sur un réseau sentinelle de médecins du travail volontaires qui ont signalé à l'Inspection médicale régionale du travail pendant deux semaines consécutives, au cours du second semestre 2006, tous les cas de maladies en lien avec le travail (non reconnus en maladie professionnelle ou en accident du travail) qu'ils ont observés lors des visites médicales du travail. Chaque signalement concernant un même sujet pouvait comporter jusqu'à trois affections. La méthode utilisée est détaillée par ailleurs [1].

Le codage des maladies a été réalisé à l'aide de la Classification internationale des maladies version 10 [2], celui des agents incriminés dans l'apparition ou l'aggravation de la maladie à partir d'un thésaurus basé sur les nuisances prises en compte dans l'étude Sumer [3] et celui des professions avec la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles Insee 2003 [4]. La représentativité des salariés a été étudiée par comparaison avec les données relatives au tissu industriel régional fournies par l'Insee en 2004 (<http://www.insee.fr/fr/ppp/ir/accueil.asp?page=eds2004/dd/eds2004-emploi.htm>, consulté en décembre 2007).

L'analyse a été conduite par calcul de taux, en fonction du sexe, de la tranche d'âge, du secteur d'activité et de la catégorie professionnelle. Le taux de signalement correspond au nombre de salariés pour lesquels une fiche de signalement de MCP a été remplie rapporté au nombre de salariés venus consulter pendant la quinzaine. Le taux de prévalence a été calculé pour chaque groupe de pathologies et correspond au nombre de personnes présentant une pathologie du groupe considéré rapporté au nombre de salariés venus consulter pendant la quinzaine.

Résultats

Sur les 360 médecins du travail exerçant dans la région, 142 (39 %) ont participé au programme. Cette participation a été importante dans les services inter-entreprises (SIE) (48,6 %), dans la fonction publique (37,5 %) et à la Mutualité sociale agricole (MSA) (31,6 %), mais beaucoup plus faible en service autonome d'entreprise (SE) (17 %) et dans les hôpitaux publics (8,3 %).

Plus des trois quarts des médecins participants (85,1 %, soit 120), ont transmis les effectifs qui leur sont attribués annuellement : 100 % en SE, en MSA et dans les hôpitaux, 83 % en SIE et 22 % dans la fonction publique territoriale ; ces 120 médecins surveillaient 256 990 salariés, soit 27 % des salariés de Midi-Pyrénées. La population suivie par ces médecins se caractérisait par une surreprésentation de l'industrie et du commerce et une sous-représentation de l'éducation/santé/action sociale et de l'administration.

Pendant la quinzaine, 11 671 salariés ont bénéficié d'une visite médicale, ce qui représente 1,2 % des salariés de la région et 3,8 % des effectifs annuels attribués des 120 médecins.

Tableau 1 Prévalence des différentes MCP selon le sexe, Midi-Pyrénées, France, novembre 2006
Table 1 Prevalence of the various work-related disorders by gender, Midi-Pyrénées, France, November 2006

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N N = 6 447	Prévalence %	N N = 5 224	Prévalence %	N N = 11 671	Prévalence %
Atteintes de l'appareil locomoteur	237	3,7	248	4,8	485	4,2
Souffrance psychique	83	1,3	134	2,6	217	1,9
Troubles de l'audition	—	—	—	—	102	0,9
Affections cutanées	12	0,2	14	0,3	26	0,2
Affections pulmonaires	8	0,1	5	0,1	13	0,1
Affections ORL	9	0,1	6	0,1	15	0,1
Affections cardio-vasculaires	16	0,3	21	0,4	37	0,3
Affections ophtalmologiques	—	—	—	—	15	0,1
Autres	33	0,5	23	0,4	56	0,5

Représentativité des salariés venus en visite

Comparés aux salariés de la région, les salariés venus en visite étaient plus souvent des hommes (55,2 vs. 54,3 %), des ouvriers (36,4 vs. 25,9 %) et ils étaient plus jeunes (12,5 % de moins de 25 ans vs. 6,7 %). L'administration (9,4 vs. 13,2 %) et le secteur de l'éducation/santé/action sociale (15,0 vs. 19,7 %) étaient sous-représentés, alors que l'industrie (19,8 vs. 16,0 %), le commerce (17,6 vs. 13,7 %) et les services aux entreprises (19,6 vs. 14,5 %) étaient surreprésentés.

Description des MCP

Huit cent soixante-neuf fiches de signalement ont été reçues et exploitées, totalisant 1 081 pathologies signalées. Le nombre moyen de signalements par médecin était de 6 (entre 0 et 48). Le taux de signalement était de 7,5 % (3,6 % en SE et 7,7 % en SIE) ; compte tenu du fait que chaque salarié pouvait être porteur de plusieurs MCP, le taux de signalement de MCP était de 8,3 %.

Les salariés porteurs de MCP étaient plus souvent des femmes (47,9 % vs. 44,5 %, $p=0,055$) et étaient plus âgés ($43,0 \pm 10,1$ ans vs. $37,3 \pm 11,3$ ans, $p<0,001$) que ceux qui en étaient indemnes.

Chez les femmes comme chez les hommes, les affections les plus fréquentes étaient les atteintes de l'appareil locomoteur (tableau 1).

Description des atteintes de l'appareil locomoteur

Les atteintes de l'appareil locomoteur concernaient 485 salariés (51,1 % de femmes) pour 570 affections : 15,5 % de ces salariés présentaient au moins deux localisations. Les taux de prévalence augmentaient avec l'âge (tableau 2). Chez les hommes comme chez les femmes, les affections du rachis lombaire étaient les plus fréquentes, puis chez les hommes celles du coude (tableau 3). Parmi ces signalements d'atteinte de l'appareil locomoteur, 48,6 % relevaient d'un tableau de maladie professionnelle indemnisable (MPI), parmi lesquelles 80,4 % n'avaient pas été déclarées.

Les secteurs à risque d'atteinte de l'appareil locomoteur (fréquence au dessus de la moyenne régionale) étaient l'industrie et le commerce pour les deux sexes (figure 1).

Tableau 2 Fréquence des atteintes de l'appareil locomoteur selon la classe d'âge par sexe, Midi-Pyrénées, France, Novembre 2006
Table 2 Frequency of pathologies of the locomotor system by age according to gender, Midi-Pyrénées, France, November 2006

	Hommes (%)	Femmes (%)
< 25 ans	1,6	2,0
25-34 ans	2,6	2,5
35-44 ans	4,1	4,7
45-54 ans	4,9	7,6
55 ans et plus	6,0	7,9

Les ouvriers puis les employés étaient les plus touchés chez les hommes (5,5 et 2,8 % respectivement) comme chez les femmes (11,5 et 4,7 % respectivement).

Les contraintes posturales et la manutention de charges lourdes étaient le plus souvent incriminées dans ces pathologies. Chez les hommes, le travail avec des machines et outils vibrants et la conduite de véhicules ou d'engins étaient retrouvés dans une moindre mesure et chez les femmes les contraintes de rythme de travail et le travail sur écran.

Tableau 3 Répartition des localisations des atteintes de l'appareil locomoteur par sexe*, Midi-Pyrénées, France, Novembre 2006
Table 3 Distribution of the locations of pathologies of the locomotor system according to gender*, Midi-Pyrénées, France, November 2006

	Hommes (%)	Femmes (%)
Main-poignet	12,2	22,6
Coude	15,2	19,2
Épaule	12,7	21,0
Rachis lombaire	50,6	29,8
Rachis dorsal	11,4	10,5
Rachis cervical	8,9	18,2
Autres localisations (membre supérieur sans précision, membre inférieur, diffus)	7,7	11,3

* Total > 100 % car plusieurs localisations pour un même salarié.

Description de la souffrance psychique

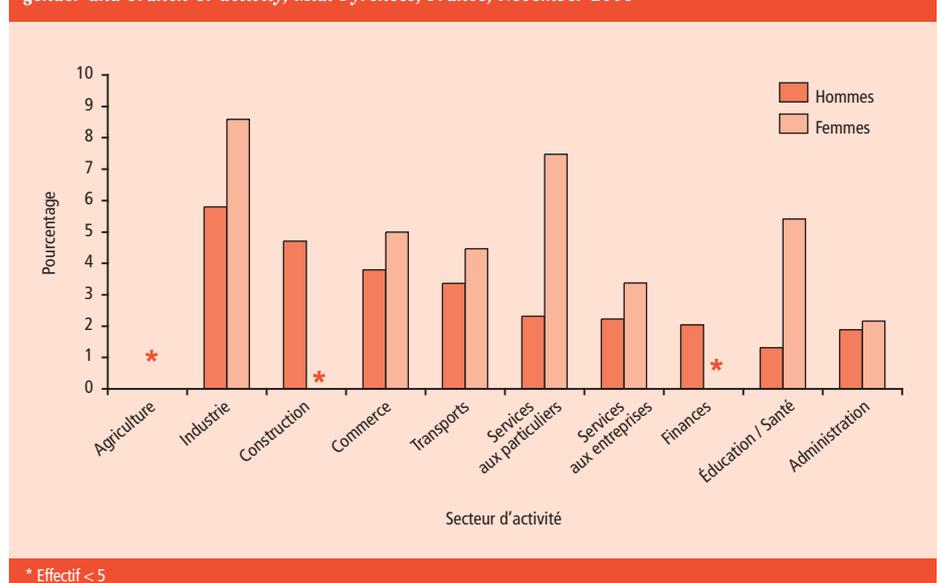
La souffrance psychique, décrite principalement par les termes « troubles du sommeil », « dépression », « souffrance au travail », « syndrome dépressif », arrivait en deuxième position. Elle concernait 217 salariés, dont 61,8 % de femmes. Les prévalences étaient plus élevées après 35 ans : 2,1 % chez les 35-44 ans, 2,7 % chez les 45-54 ans et 2,2 % chez les 55 ans et plus, comparés aux moins de 35 ans (1,1 %) ($p<0,001$).

La souffrance psychique était observée à un niveau élevé parmi les professions supérieures, intermédiaires et les employés (figure 2).

La prévalence de la souffrance psychique en fonction du secteur d'activité n'a pas été étudiée par sexe mais globalement, compte tenu des faibles effectifs dans certains secteurs (figure 3). Le secteur des activités financières (banque, organisme de crédits, assurances) est particulièrement concerné par la souffrance psychique.

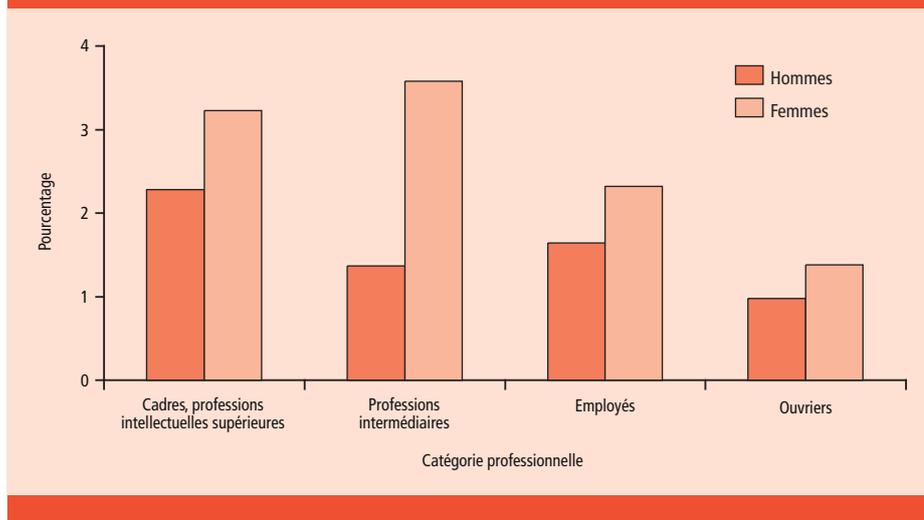
Les principaux facteurs signalés comme associés à la souffrance psychique étaient les problèmes de « fonctionnement managérial » (management par le stress, manque de moyens, d'encadrement...) ou de « collectif de travail » (défaut de soutien

Figure 1 Prévalence des atteintes de l'appareil locomoteur par sexe selon le secteur d'activité, Midi-Pyrénées, France, novembre 2006 / **Figure 1** Prevalence of pathologies of the locomotor system by gender and branch of activity, Midi-Pyrénées, France, November 2006



* Effectif < 5

Figure 2 Prévalence de la souffrance psychique par catégorie professionnelle et par sexe, Midi-Pyrénées, France, novembre 2006 / Figure 2 Prevalence of psychic disorders by occupational category and gender, Midi-Pyrénées, France, November 2006



social...) (46 % chez les hommes, 70 % chez les femmes), puis les contraintes de rythme de travail (40 % chez les hommes, 46 % chez les femmes), les horaires et la durée du travail (25 % chez les hommes, 9 % chez les femmes) et la violence psychologique (19 % chez les hommes, 11 % chez les femmes).

Discussion-Conclusion

La population des salariés venus en consultation pendant cette quinzaine des MCP en Midi-Pyrénées se caractérise par une surreprésentation des jeunes, des hommes et des secteurs de l'industrie et du commerce et une sous-représentation de l'administration et de l'éducation/santé/action sociale. La surreprésentation des jeunes s'explique vraisemblablement par le nombre des visites d'embauche effectuées ; la répartition des secteurs d'activité est en partie le reflet de la périodicité des visites obligatoires, liée elle-même à l'exposition à des nuisances professionnelles. La sous-représenta-

tion des secteurs de l'administration et de l'éducation/santé/action sociale pourrait s'expliquer structurellement par le système de médecine du travail ou de prévention de ces secteurs. Ces différences de représentativité peuvent influencer sur les prévalences de certaines pathologies dans l'ensemble de la population.

L'imputabilité au travail des pathologies signalées est basée sur l'intime conviction des médecins du travail et peut varier d'un médecin à l'autre. La variabilité du nombre de signalements (0-48) entre médecins est probablement une illustration de cette différence d'appréciation des critères d'imputabilité.

La comparaison des résultats de cette quinzaine avec les résultats nationaux montrent un taux de participation légèrement au-dessus de la moyenne pour Midi-Pyrénées, ce qui souligne la bonne adhésion des médecins de la région comme cela avait déjà été le cas en 2005 (52 % de participation) [1]. En 2006, 800 maladies professionnelles ont été

reconnues pour plus de 700 000 salariés dans la région, soit une fréquence de 0,1 %. Le nombre de MCP relevant d'un tableau de MPI est de 340 pour près de 12 000 salariés venus pendant la quinzaine, soit une fréquence de maladies professionnelles indemnisables de 2,9 % dans la région. Comparées aux chiffres nationaux [1], les maladies professionnelles semblent être moins déclarées dans la région Midi-Pyrénées.

La prévalence des atteintes de l'appareil locomoteur est plus élevée en Midi-Pyrénées que dans l'ensemble des régions (4,2 vs 3,3 %) [1]. Comme dans les autres régions participantes, l'industrie, la construction chez les hommes et l'éducation/santé/action sociale chez les femmes sont des secteurs à risque d'atteinte de l'appareil locomoteur [5]. Les pathologies du canal carpien sont les maladies professionnelles les plus indemnisées au titre du tableau 57. Les résultats des quinzaines MCP confirment cette première position des affections touchant la main ou le poignet chez les femmes, mais non chez les hommes où elles n'arrivent qu'en troisième position, comme dans les Pays de la Loire [6]. En revanche, les affections du rachis lombaire, peu reconnues dans le cadre des maladies professionnelles car les critères de reconnaissance sont très spécifiques, représentent, lors de cette Quinzaine MCP, la première localisation des TMS dans plus de la moitié des cas chez les hommes et plus du quart chez les femmes.

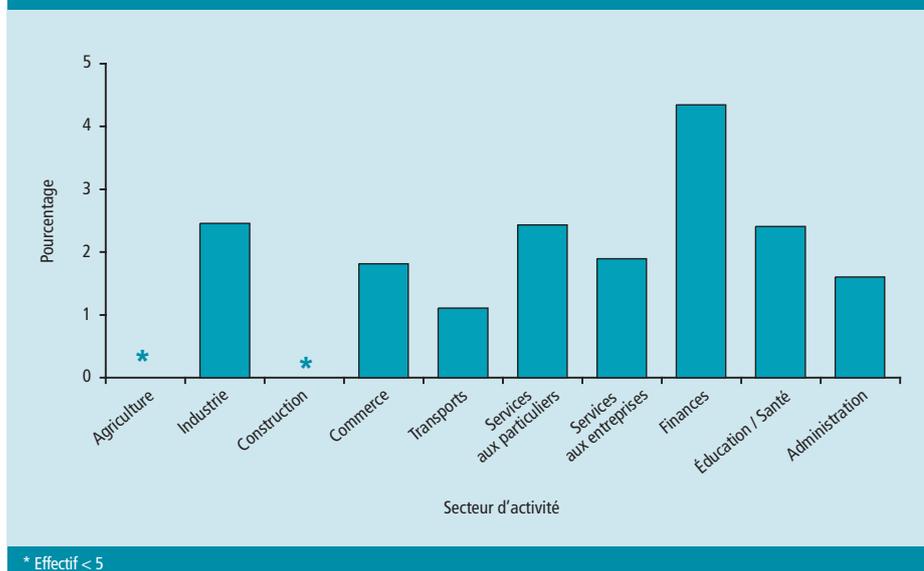
Ces quinzaines ont permis de confirmer l'importance de la souffrance psychique chez les salariés. Celle-ci concerne plus souvent les femmes, en accord avec la littérature internationale. Comme l'ont montré les résultats de l'étude Samotrace et des Quinzaines MCP dans les autres régions, la souffrance psychique est élevée dans le secteur des activités financières en Midi-Pyrénées [5,7]. Alors qu'en Midi-Pyrénées, les professions supérieures, intermédiaires et les employés semblent être les plus concernées, les autres études mettent plutôt en évidence une fréquence élevée chez les ouvriers et les employés [7-9]. Cette différence entre les enquêtes doit faire l'objet d'investigations approfondies ; une première explication pourrait être le mode de recueil de l'information, soit directement par le salarié soit par l'intermédiaire du médecin du travail.

Ce recueil réalisé pour la deuxième année consécutive en Midi-Pyrénées a montré la faisabilité d'un réseau sentinelle de médecins du travail pour la surveillance des MCP grâce à la bonne mobilisation des médecins. Son développement passera par une définition plus précise des pathologies et des agents d'exposition professionnelle et une harmonisation entre régions. L'enquête MCP s'inscrit dans le programme de la Conférence régionale de santé (<http://midi-pyrenees.sante.gouv.fr/santehom/polspe/pnrs/crs/2006/actes.pdf> ; consulté le 3 mars 2008) et dans le Programme régional santé travail (PRST) en tant qu'indicateur de suivi de l'état de santé de la population en milieu de travail, et sera utilisée pour définir les priorités d'action en Midi-Pyrénées.

Remerciements

Nous remercions les services de santé au travail qui ont participé à ce programme.

Figure 3 Prévalence de la souffrance psychique selon le secteur d'activité, Midi-Pyrénées, France, novembre 2006 / Figure 3 Prevalence of psychological disorders by gender and activity branch, Midi-Pyrénées, France, November 2006



* Effectif < 5

Références

[1] Valenty M, Chevalier A, Touranchet A, Imbernon E et le réseau MCP. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 32:281-4.

[2] Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1993.

[3] Enquête SUMER 2002, DRT-Dares. http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_de_collecte_sumer_2002-2003.pdf

[4] Nomenclature des professions et catégories professionnelles (PCS). Paris: Insee, 2003.

[5] Chiron E, Rivière S, Souares Y, Sérazin C, Cadéac-Birman H, Touranchet A, Cervantès MH, Berson C, Valenty M. Quin-zaines Maladies à Caractère Professionnel (MCP) : Comparaison des résultats 2006 de quatre régions pilotes. Poster à l'ADEREST, Nantes, 22-23 novembre 2007.

[6] Ha C, Pubert M, Touranchet A. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelet-tiques dans les Pays de la Loire. La prévalence des maladies à caractère professionnel (MCP). Résultats des trois premières « Semaines des MCP » Octobre 2003, avril et octobre 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Novembre 2006. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/tms_loire/index.html

[7] Cohidon C, Caillet E, Germanaud J, Roy G, Goldberg M, Imbernon E. Samotrace - Volet médico-administratif Région

Centre. Résultats intermédiaires à 1 an. Collection Santé-Travail, Institut de veille Sanitaire: Saint-Maurice, Août 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/samotrace/samotrace_centre.html

[8] Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités ». Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, Août 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/index.html

[9] Cohidon C, Santin G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'Enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Octobre 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante_mentale/index.html

Colloque européen sur la biosurveillance humaine

Des biomarqueurs à la biosurveillance humaine comme instrument de soutien à la politique de santé environnementale

4-5 novembre 2008 à Paris

La mesure dans les liquides et tissus biologiques de biomarqueurs d'exposition aux polluants, mais aussi de biomarqueurs d'effets ou de susceptibilité, suscite un grand intérêt en santé environnement et santé travail. Ces techniques sont notamment utilisées :

- en médecine du travail, afin de surveiller l'imprégnation de travailleurs à certains polluants (retrait réglementaire du poste de travail au-delà d'un certain seuil de plombémie par exemple) ;
- dans l'évaluation de l'imprégnation de populations exposées et non exposées à certains polluants. Ces investigations sont souvent locales (autour d'un site minier ou industriel par exemple). Elles peuvent être multicentriques lorsqu'il s'agit de questions qui se posent de manière similaire pour plusieurs sites (incinérateurs, rivières polluées par les PCB), avec davantage de puissance statistique et un meilleur contrôle des biais liés à des particularités locales, permettant ainsi d'apporter une réponse plus générale ;
- dans de grandes enquêtes sur des échantillons représentatifs de la population afin de déterminer des niveaux de référence de l'imprégnation à certains polluants et de surveiller l'évolution de ces niveaux au cours du temps.

Les objectifs de ce colloque, organisé par l'Institut de veille sanitaire avec le soutien du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, et inscrit dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, sont :

- illustrer et discuter la place et la valeur ajoutée de la biosurveillance en santé publique par rapport à d'autres approches (évaluation des risques à partir de données météorologiques environnementales par exemple), sur la base de l'expérience de programmes existants dans différents pays d'Europe et d'Amérique du Nord ;
- présenter les résultats déjà obtenus par des programmes européens (protocoles, guides) et les perspectives de mise en œuvre de la biosurveillance tant au niveau régional, national, qu'europpéen (étude pilote européenne, enquête européenne transversale périodique avec examens de santé) ;
- examiner la faisabilité et les aspects opérationnels de la biosurveillance : compétences nécessaires (besoins de formation, de recherche et développement), infrastructures (laboratoires, biobanques), coûts, organisation et modalités de financement, place des industriels et des ONG, instruments réglementaires, enjeux éthiques et de communication.

Renseignements et inscriptions

http://www.invs.sante.fr/agenda/biosurveillance_2008/informations_fr.htm

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Thérre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
12 rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
Tél. : 03 80 48 95 36
Fax : 03 80 48 10 34
Courriel (provisoire) : ddorey@alternatives-economiques.fr
Tariifs 2008 : France et international 52 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge
146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge