

Travail et santé des Franciliens : résultats d'enquête, enjeux en termes de soins et prévention

Work and health of Ile-de-France residents: survey results, health care and prevention stakes

Breton C ¹

Résumé

Objectif : Décrire l'état de santé de la population francilienne, selon les expositions professionnelles déclarées, leur prise en compte dans les pratiques et l'organisation des soins.

Méthodes : L'Enquête décennale de santé (EDS) 2002-2003 est une enquête en population générale dont les principaux objectifs sont d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée ainsi que la santé perçue. Au niveau national 16 800 ménages (40 000 individus) ont répondu à l'enquête, dont 3 800 ménages (9 200 individus) en Île-de-France soit 10 708 personnes actives ayant un emploi en province et 3 483 en Île-de-France.

Résultats : La population active ayant un emploi est en meilleure santé physique que la population sans emploi. Par contre, la santé mentale est moins satisfaisante notamment celle des Franciliens. Les inégalités sociales de santé sont plus importantes en Île-de-France et plus marquées chez les femmes. Ces problèmes de santé sont observés selon les expositions professionnelles aux contraintes organisationnelles et temporelles de même qu'aux nuisances physiques et chimiques, ce d'autant que leur ressenti est perçu comme pénible ou difficile. Les effets sont durables et se traduisent en arrêts maladie de longue durée ou en mise en invalidité plus fréquents chez les artisans ou les ouvriers.

Conclusion : Sensibiliser les entreprises et autres acteurs à mieux connaître et mieux maîtriser les risques professionnels dont les risques psychosociaux. Adapter le travail à l'homme durant toute la vie professionnelle, favoriser une coordination de la prévention et des soins qui intègre cette maîtrise des risques et une meilleure santé mentale et physique de la population.

Prat Organ Soins 2009;40(2):113-24

Mots-clés : État de santé de la population ; qualité vie ; santé mentale, santé physique ; handicap ; exposition professionnelle ; stress ; coordination des soins.

Summary

Aim: Describing the health state of the population living in the Region Île-de-France according to occupational exposures and how to consider these elements in clinical practice and organisation of care.

Methods: A Health Survey has been conducted during the decade 2002-2003 among the general population, with the aim to appreciate health care consumption and morbidity. At the national level 16,800 households (40,000 people) replied to this survey, among them 3,800 households (9,200 people) in Ile-de-France, including 10,708 people working in the provinces and 3,483 in Ile-de-France.

Results: The working population is healthier than unemployed people. On the other hand, mental health is less satisfying, especially in Ile-de-France, where social and health inequalities are more obvious among women. These health problems are according to occupational exposure to organizational and time constraints and to physical and chemical damages. This trend is reinforced by perception of hard and painful working conditions. These long-lasting effects with long-term sick-leaves and work incapacities are more frequent in craftsmen and workpeople.

Conclusion: It is necessary to :

- Raise the awareness of companies and other actors concerning occupational and psycho-social risks prevention,
- Optimise at all ages an appropriate adequacy between professional activities and people's capacity to face them.
- Adapt working situations in order to favour keeping people in their job and to take into account this work dimension in patients' medical course evolution.

Prat Organ Soins 2009;(2):113-24

Keywords: Population's health status; quality of life; mental health; physical health; disability; occupational exposure; stress; comprehensive health care.

¹ Médecin spécialiste en santé au travail, Caisse régionale de l'assurance maladie d'Île-de-France, Paris.

INTRODUCTION

Connaître, reconnaître et prévenir les atteintes à la santé liées au travail a toujours été une préoccupation des sociétés. Le saturnisme professionnel est décrit dès l'Antiquité. Ramazzini au 17^e siècle, Villermé au 18^e, évoquent les maladies professionnelles et plus globalement l'état de santé physique et moral des ouvriers ou des femmes en lien avec leurs conditions de travail. Les premières réglementations du travail apparues à la fin du 19^e siècle (interdiction du travail des enfants) sont suivies au 20^e siècle par les premières dispositions de protection sociale relatives à la réparation des accidents du travail, des maladies professionnelles, puis par celles relatives à leur prévention visant à éviter toute altération de la santé du fait du travail (1946). En 1989, la réglementation européenne institue l'obligation pour chaque chef d'entreprise d'évaluer les risques professionnels et mettre en œuvre un plan de prévention. En 2003, cette notion de risque est élargie au risque d'atteinte à la santé physique et mentale (art. L.4121-1 du code du travail) et le 2 juillet 2008, les partenaires sociaux transcrivent l'accord-cadre européen relatif à la prévention du stress au travail. Le champ de la santé fait l'objet en 2003 et pour la première fois depuis 1919 d'une Loi de santé publique ; il s'organise donnant lieu à des plans d'actions avec suivi d'indicateurs y compris en santé au travail [1, 2].

Au-delà des données statistiques relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, différentes enquêtes récentes décrivent les inégalités sociales de santé, leur persistance. D'autres décrivent les expositions aux nuisances professionnelles, constatant une intensification du travail et des contraintes organisationnelles [3, 4].

Les risques psychosociaux sont mieux connus, donnant lieu au concept de *job strain* (situation de travail associant forte demande psychologique et faible latitude) complété par l'appréciation du soutien social (de la hiérarchie et des collègues) et des données relatives au caractère délétère sur la santé des salariés (santé mentale, risques cardio-vasculaires, troubles musculo-squelettiques, etc.) [5-8].

Une meilleure appréciation de l'impact médico-social et plus globalement socio-économique [9-12] a conduit les organisations internationales et divers pays à promouvoir des programmes globaux de prévention [13, 14].

L'extension francilienne de l'Enquête décennale santé a éclairé sur l'état de santé physique et mental des Franciliens et provinciaux, les variations selon les caractéristiques socioprofessionnelles, les expositions professionnelles déclarées notamment les nuisances organisationnelles et physiques.

Comment ces données prennent-elles place dans les pratiques de prévention et de soins de santé, dans l'organisation de nos systèmes de prévention, de soins et leur efficacité ? Notre objectif était de décrire l'état de santé de la population francilienne, selon les expositions professionnelles déclarées, leur prise en compte dans les pratiques et l'organisation des soins.

MÉTHODES

L'Enquête décennale de santé (EDS) 2002-2003 était une enquête en population générale dont les principaux objectifs ont été d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée et la santé perçue. En 2002-2003, l'Île-de-France a pu bénéficier, pour la première fois, d'une extension de son échantillon régional. L'échantillon national de l'Enquête santé 2002-2003 comprenait environ 25 000 fiches adresses dont 6 000 pour l'Île-de-France. Au niveau national, 16 800 ménages (40 000 individus) ont répondu à l'enquête, dont 3 800 ménages (9 200 individus) en Île-de-France. L'édition 2002-2003 s'est étalée sur un an, en cinq vagues. Chaque vague s'est déroulée en trois visites de l'enquêteur sur une période d'environ huit semaines. L'enquête était organisée de telle sorte que les adultes concernés étaient présents à chaque visite puisque le questionnement de chaque adulte était strictement individuel. Chaque membre du ménage de 11 ans ou plus a rempli lui-même un questionnaire (dit autoadministré) destiné à saisir un certain nombre de pathologies particulières. Pour les personnes de 18 ans et plus, il s'agissait des questionnaires de qualité de vie, dépression, lombalgies, santé perçue, conditions de travail, contraintes professionnelles, asthme et problèmes respiratoires (CECA), migraines (INVS, Lang T) et dépistage de l'alcoolisme (DETF).

- Le questionnaire de qualité de vie (SF 36) décrit la perception que l'individu a de sa santé physique et mentale. Largement utilisé, il permet de comparer des populations entre elles. Plus les scores sont faibles, plus l'individu présente un état de santé dégradé. La médiane des scores est, par construction, égale à 50 et les résultats sont exprimés par rapport à cette médiane [15].
- Le CES-D (*Center for epidemiologic study of depression scale*) constitue l'une des échelles dépressives utilisées dans les études épidémiologiques en population générale. Au travers de 20 questions couvrant pour la plupart les critères inclus dans le diagnostic de la dépression, elle vise à identifier la présence de symptômes dépressifs et à en évaluer la sévérité. L'auteur recommande de considérer deux seuils gradués, un seuil de 17 témoignerait de la présence

d'une symptomatologie dépressive qualifiée de légère ou modérée et celui de 23 d'un syndrome dépressif sévère [16].

- L'autoquestionnaire lombalgie (INSERM U 88) distingue lombalgie, lombalgie chronique (lombalgie de plus de 30 jours) et lombosciatalgie,
- L'autoquestionnaire santé perçue propose au répondant de situer de zéro à cinq son état de santé global,
- L'autoquestionnaire relatif aux conditions de travail apprécie le vécu ressenti au travail. Les personnes qui ont une vision négative de leur travail déclarent au plus une caractéristique positive de leur travail sur les cinq proposées : le travail permet d'apprendre des choses, de choisir soi-même la façon de procéder, d'avoir les moyens de faire un travail de qualité, d'avoir des possibilités d'entraide, de coopération pour réaliser son travail ; il est varié.
- L'autoquestionnaire contraintes professionnelles utilisé dans l'enquête ESTEV (Enquête santé travail et vieillissement - 1990 - INSERM Unité 170) distingue contraintes organisationnelles, contraintes liées aux horaires atypiques, contraintes physiques, contraintes liées aux ambiances de travail (ambiance chimique, thermique).

Les analyses statistiques ont été effectuées avec l'équipe du service Études et diffusion de la division Démographie et politiques sociales de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) d'Île-de-France à l'aide du logiciel SPSS® 12.0.

RÉSULTATS

1. Inégalités de santé plus importantes en Île-de-France

Les Franciliens ayant un emploi sont dans leur ensemble en meilleure santé physique et mentale que les autres catégories de population adulte (figure 1). Ils sont en meilleure santé physique que leurs homologues provinciaux (figure 2). Cependant, leur état de santé mental est moins bon et ce mal-être est plus particulièrement ressenti par les Franciliens âgés de 25 à 44 ans.

Femmes, ouvriers, employés et artisans commerçants sont ceux qui présentent l'état de santé physique et mental le plus dégradé. L'écart entre les deux catégories sociales cadres et ouvriers est plus fort en Île-de-France qu'en province et ces inégalités de santé sont plus marquées chez les femmes (figure 3).

L'indicateur dépressivité confirme l'indicateur de santé mentale du SF-36 (figure 4) avec de forts gradients selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité : 23 % de la population présente des symptô-

mes dépressifs, 18 % des hommes et 29 % des femmes. Dans cette population, 31 % des employés, 26 % des ouvriers, 23 % des professions intermédiaires, 20 % des artisans commerçants et 14 % des cadres sont concernés. Les secteurs d'activité les plus touchés sont les services à la personne (44 %), la construction (30 %), les services aux collectivités et l'administration publique (25 %), l'industrie et le secteur santé (24 %), la finance ou la restauration (22,5 %). Ce sont des secteurs caractérisés par des contraintes liées à l'organisation et au rythme de travail, la forte charge émotionnelle, et ce plus chez les Franciliens que chez leurs homologues de province.

2. Détresse psychologique, ressenti au travail et contraintes professionnelles

En Île-de-France, 5,5 % des actifs occupés ont une vision négative de leur travail (réponse 0 ou 1 sur une échelle de 5) : les deux tiers sont des ouvriers et employés, alors qu'ils ne représentent que 46 % des personnes qui travaillent. 40 % des personnes ayant une vision négative de leur travail présentent des signes de dépression, le plus souvent sévère. Elles seules totalisent 25 % de l'ensemble des dépressifs. De même 32 % des personnes qui ont une opinion moyenne de leur emploi (réponse 2 ou 3 sur 5) souffrent de détresse psychologique, 10 % seulement lorsque leur vision est positive ou très positive (réponse à 4 ou 5).

Les Franciliens sont globalement plus concernés que les provinciaux par les contraintes liées à l'organisation et au rythme de travail (tableau I). Plus touchés par les contraintes liées au trajet domicile-travail, ils sont deux fois plus nombreux (35 %) que les provinciaux à estimer ces trajets éprouvants, ce quelle que soit leur catégorie socioprofessionnelle.

Toutes choses égales par ailleurs, on observe une détérioration croissante de l'état mental des individus soumis à des contraintes cumulées d'organisation et de rythme de travail (figure 5a). La dégradation de la santé mentale est beaucoup plus rapide et importante lorsque ces contraintes sont ressenties comme pénibles ou difficiles (figure 5b). On observe un épuisement physique et mental chez ceux qui cumulent trois contraintes pénibles.

Les catégories socioprofessionnelles ou secteurs d'activité qui cumulent contraintes physiques et organisationnelles ont des indicateurs de santé plus dégradés.

29 % des ouvriers déclarent être exposés à au moins trois des contraintes suivantes : bruit intense, températures extrêmes, port de charges lourdes et postures pénibles (contre 4 % des cadres), contraintes qu'ils cumulent avec les contraintes organisationnelles.

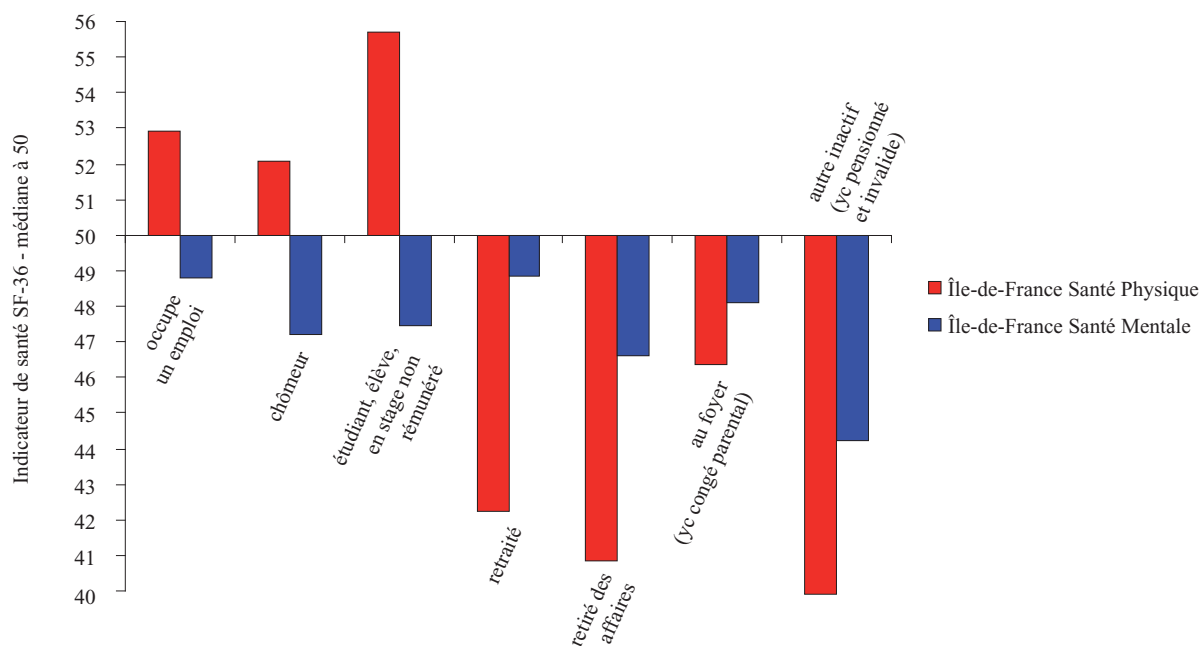


Figure 1. Santé physique et mentale selon la catégorie socioprofessionnelle.
Source : Insee, Enquête décennale santé 2002-2003, indicateur de santé globale SF-36.

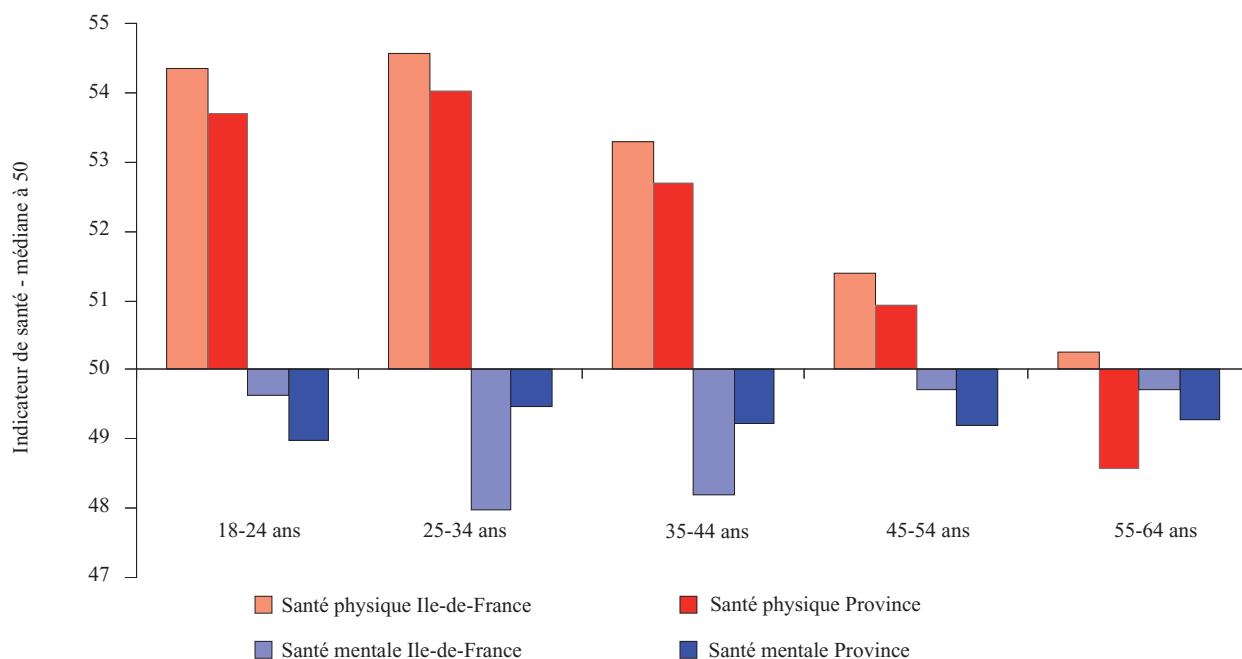


Figure 2. Indicateurs de santé physique et mentale des actifs ayant un emploi selon l'âge.
Source : Insee, Enquête décennale santé 2002-2003, indicateur de santé globale SF-36.

Les actifs contraints au port de charges lourdes déclarent plus souvent souffrir de lombalgie (55 % contre 35 % pour ceux qui ne sont pas exposés), de lombalgie chronique (23 % contre 10 %) et de sciatique (16 % contre 9 %). Ces contraintes physiques associées à des contraintes de rythme de travail affectent souvent la santé

physique et mentale. Ainsi, les personnes travaillant sous contrainte de temps ou à la chaîne sont en moins bonne santé mentale que les autres (indicateur inférieur de 5,4 points à la médiane). 34 % des hommes exposés à ces contraintes présentent des symptômes de dépression, contre 12 % des hommes non exposés.

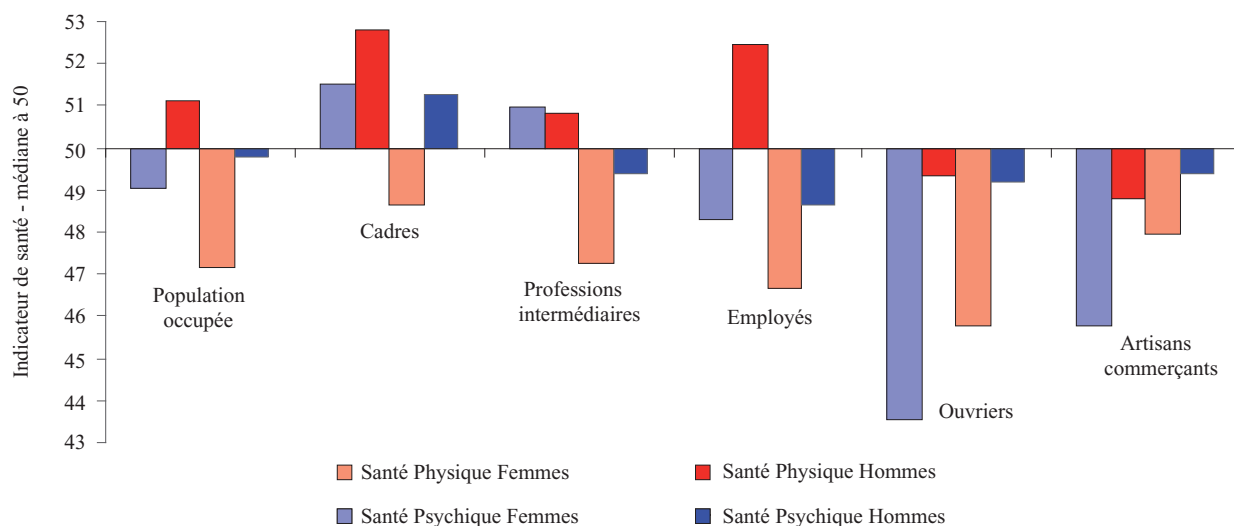


Figure 3. Santé physique et mentale des Franciliens actifs hommes et femmes ayant un emploi.
Source : Insee, Enquête décennale de santé 2002-2003, SF-36.

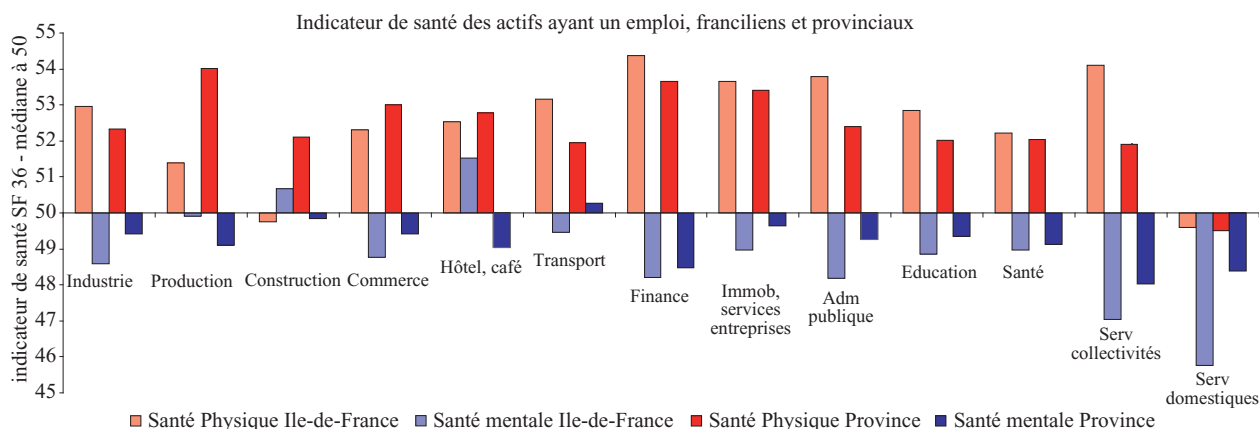


Figure 4 : Santé physique et mentale des Franciliens et provinciaux selon les secteurs d'activité.
Source : Insee, Enquête décennale de santé 2002-2003, SF-36.

Ces contraintes sont ressenties comme pénibles par plus des deux tiers des personnes dépressives soit plus de deux fois plus que par les personnes non dépressives. Cette pénibilité ressentie peut concourir à la souffrance mentale ou majorer un mal-être préexistant. 68 % des personnes souffrant d'un syndrome dépressif supportent beaucoup plus difficilement de devoir interrompre leur travail, ce qu'elles jugent pénible ou difficile, contre 32 % des non dépressifs.

3. Santé et trajectoire professionnelle

Les situations socioprofessionnelles impactent la santé de l'individu et les problèmes de santé (maladie, handicap, incapacité) peuvent influencer sur sa trajectoire dans le monde du travail.

Près d'un accident du travail sur deux survient chez un ouvrier et près de trois sur quatre chez les hommes. Certains secteurs sont plus touchés (BTP, transports, etc.). De même, 8 % des plus de 45 ans ont fait l'objet d'arrêts de travail de longue durée contre seulement 4,6 % des moins de 45 ans. Les inactifs, chômeurs ou retraités, déclarent plus fréquemment avoir un handicap ou avoir bénéficié d'arrêts de travail de plus de six mois, notamment les ouvriers et artisans ou commerçants.

Ces chiffres témoignent, pour partie, d'un vieillissement prématuré de certaines populations, d'un risque d'exclusion prématurée du monde du travail, risques qui pourraient être limités par une prévention et l'adaptation du travail aux capacités de la personne à tous les âges de sa vie professionnelle.

Tableau I.
 Contraintes et astreintes professionnelles : proportion (%) des actifs occupant un emploi ayant des contraintes professionnelles.

	Île-de-France										
	Province	Actifs occupés	Actifs occupés	Artisans Commerçants	Ouvriers	Employés	Professions Intermédiaires	Cadres			
			Contraintes d'organisation et de rythme								
Se dépêcher	66	48	70	76	73	61	70	78	34	34	
<i>dont difficile ou pénible</i>				40		54	44		41		
Faire plusieurs choses à la fois	66	44	75	74	51	67	81	88	39	30	
<i>dont difficile ou pénible</i>				42	42	52	46		39		
Interrompre son travail	53	51	64	61	42	58	70	77	50	40	
<i>dont difficile ou pénible</i>				46	37	50	50	48	42		
Supporter exigences du public	54	44	55	74	39	61	61	48	42	34	
<i>dont difficile ou pénible</i>				44	34	50	54		39		
Ne pas quitter son travail des yeux	23	42	22	31	36	22	21	14	39	30	
<i>dont difficile ou pénible</i>				40	34	48	43				
Travail posté	16	13	13	6	26	21	11	1			
Se lever avant 5 h du matin	15	10	10	7	32	9	6	2			
Se coucher après minuit	8	9	9	9	13	9	8	7			
Ne pas dormir la nuit	5	5	5	1	10	5	4	2			
Travail répétitif ou sous contrainte de temps	3	6	6	3	22	6	3	1			
Rémunération au rendement	6	7	7	15	8	3	6	9			
			Autres contraintes								
Postures pénibles fatigantes	32	24	24	30	53	28	8	5			
Port de charges lourdes	26	17	17	28	44	19	14	1			
Bruit intense	15	10	10	13	30	9	8	2			
Température extérieure	18	11	11	16	32	10	8	2			
Intempéries	14	9	9	16	23	8	6	2			
Poussières	20	16	16	24	46	18	11	3			
Produits chimiques	13	9	9	12	24	6	8	3			
Écran	41	58	58	36	45	51	66	85			
Climatisation	21	29	29	16	21	24	32	38			

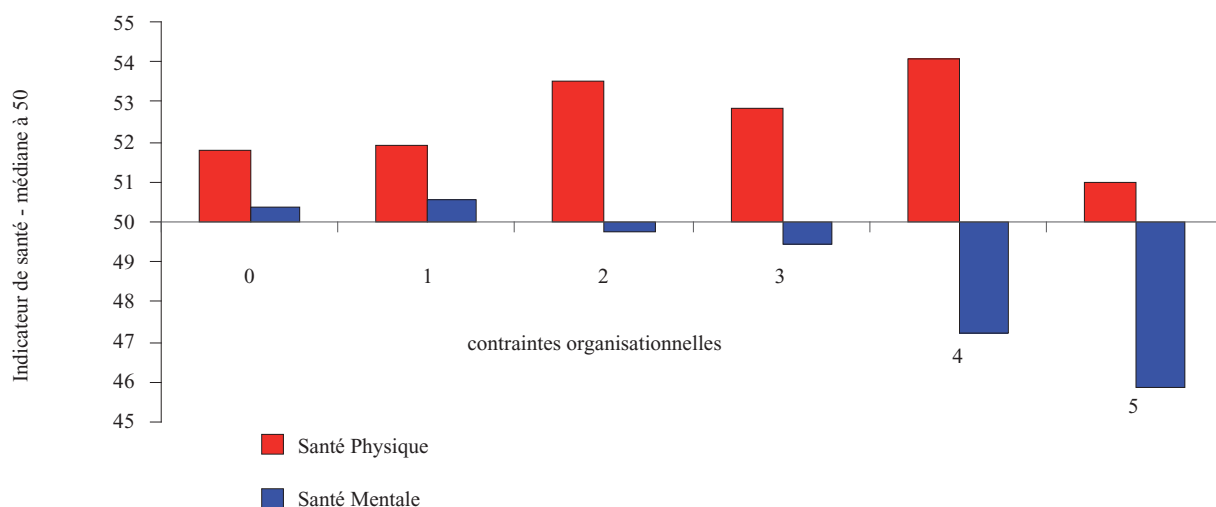


Figure 5a. Santé physique et mentale des Franciliens selon les contraintes organisationnelles au travail. 0 : exposition à aucune contrainte - 5 : exposition à cinq contraintes.

Contraintes d'organisation et de rythme : devoir se dépêcher, faire plusieurs choses à la fois, être interrompu, supporter les exigences du public, ne pas quitter son travail des yeux, ne pas pouvoir s'interrompre dans son travail.

Source : Insee, Enquête décennale de santé 2002-2003, SF-36.

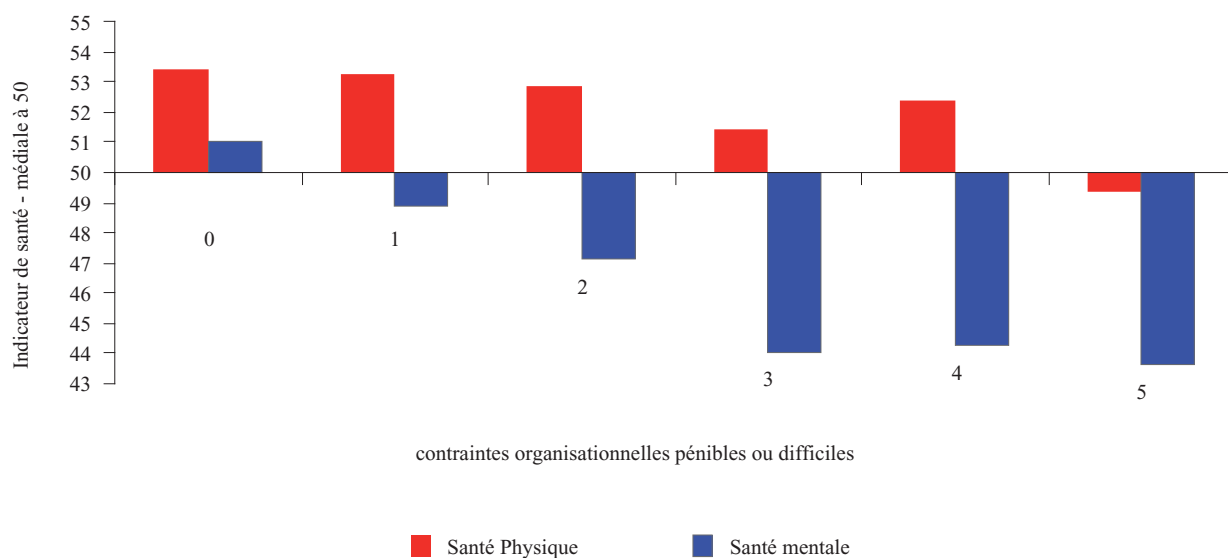


Figure 5b : Santé physique et mentale des Franciliens selon les contraintes organisationnelles au travail perçues comme pénibles ou difficiles. 0 : exposition à aucune contrainte - 5 : exposition à cinq contraintes.

Contraintes d'organisation et de rythme : devoir se dépêcher, faire plusieurs choses à la fois, être interrompu, supporter les exigences du public, ne pas quitter son travail des yeux, ne pas pouvoir s'interrompre dans son travail.

Source : Insee, Enquête décennale de santé 2002-2003, SF-36.

DISCUSSION

La méthode de cette 5^e Enquête décennale santé, construite par échantillonnage sur l'ensemble de la population française, utilise des indicateurs validés dont certains concernent pour la première fois les caractéristiques du travail. La méthode permet de dresser une cartographie de l'état de santé de l'ensemble de la

population, d'y situer la population active ayant un emploi, les expositions professionnelles et le ressenti associé, de rendre visible la santé mentale des Franciliens et mieux comprendre ses déterminants. Le comité de pilotage a limité les tests statistiques du fait de la construction méthodologique de l'enquête ; il a réalisé différentes analyses selon les caractéristiques de la population qui ont donné lieu à la réalisation d'un

ouvrage collectif « la santé des Franciliens » [17]. Lors de telles enquêtes descriptives, les facteurs confondants sont à prendre en compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, état de santé, survenue d'évènements personnels). Ils l'ont été partiellement dans cette étude. La difficulté à les prendre en compte est le facteur limitant le plus fréquemment rencontré comme le signalent de nombreux auteurs [18, 19]. Cependant, les méta-analyses les plus récentes prenant en compte ces facteurs confondants confirment les résultats observés [5-7, 20, 21]. Une autre difficulté méthodologique résulte de l'utilisation d'échelles par autoquestionnaires et de leur validation. Il en est ainsi du Ces-d, questionnaire dont les critères d'analyse ont été revus par les auteurs de la version française attribuant notamment la valeur seuil de 23 pour les femmes [22]. Cette échelle a été utilisée dans l'analyse nationale [23]. Ce travail a contribué au pilotage et à l'évaluation du Plan régional de santé publique. Une large restitution individuelle et collective de telles données est favorable à une prise de conscience partagée, l'émergence d'échanges, la construction de démarches participatives, d'actions et de programmes de promotion de la santé et du bien-être.

L'enquête confirme le moins bon état de santé des *personnes inactives* dont certaines sont exclues du monde du travail du fait de situations de handicap ou d'autres du fait d'assurer des fonctions de *care*, de soutien sous toute forme, c'est-à-dire selon J Tronto, « tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible », peu reconnues socialement. Assurer une intégration et un soutien social satisfaisant favorable à une meilleure identité de soi, une meilleure identité sociale fait partie des objectifs de protection sociale et certains s'interrogent sur leurs modalités de mise en œuvre [24, 25].

Les indicateurs santé et expositions professionnelles des *artisans*, proches de ceux des ouvriers, justifient l'effort de mutualisation d'actions et de moyens entre régimes développé depuis plusieurs années en Île-de-France. Ils justifient aussi le projet formalisé d'une offre d'informations, de conseils, voire d'aides aux assurés et chefs d'entreprise en matière de prévention des risques professionnels.

En Île-de-France, les inégalités sociales de santé sont plus importantes chez les *femmes* notamment les employées, ouvrières, artisans et commerçantes. Ainsi, l'indicateur de santé physique des femmes ouvrières franciliennes est aussi bas que celui des Franciliens retraités âgés de 65 à 74 ans. Les emplois féminins cumulent plus souvent des contraintes associant intensité de la charge de travail, faible latitude décisionnelle et manque de soutien social susceptibles de contribuer

à une plus grande vulnérabilité de leur santé et leur bien-être [26]. Elles assurent plus fréquemment les activités liées à l'éducation des enfants (38 %) ou d'aide des aînés (9 %). Ces constats observés dans les années 1980 en Europe du Nord ont donné lieu à une politique de discrimination positive qui a conduit à une meilleure équité [27]. En France, favoriser un congé parental pour les hommes, un temps partiel de qualité, l'accès des femmes aux postes de direction, améliorer l'égalité des salaires, valoriser les emplois des métiers très féminisés (service public, santé, aide à la personne, etc.) sont des pistes de réflexion susceptibles d'être favorables à la prévention des risques et la santé des populations.

Santé et *trajectoire socioprofessionnelle* se construisent de façon inégale, dans le cadre d'un développement durable et harmonieux pour certains, mais par la gestion d'aléas pour d'autres tant sur le plan santé que socioprofessionnel. Les composantes positives du travail (soutien social, latitude décisionnelle) ou au contraire les contraintes professionnelles (organisationnelles, physiques, environnementales, etc.) leur cumul, le ressenti de leur pénibilité, semblent bien constituer des déterminants de la santé globale de la personne et de la collectivité. Or accidents du travail, maladies professionnelles, handicap, vieillissement prématuré, surmorbidity, se traduisent en arrêt maladie, invalidité, inaptitude, perte de chance socioprofessionnelle, d'où un coût social et économique et une moindre efficacité de notre système de protection sociale solidaire et universel [28, 29].

Estimer la charge et la *fraction attribuable au travail* de certaines pathologies (*Comparative risk assesment*) aide au choix et au pilotage de programmes de santé [30]. Pour exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS - projet *Burden of diseases*) évalue à 37 % la part des dorsalgies liées au travail.

En matière de *santé mentale*, l'OMS nous rappelle que le stress lié au travail représente un coût égal à 3 % du Produit intérieur brut. Le Bureau international du travail suggère de « reconnaître et accepter que la santé mentale constitue un enjeu important, ainsi que d'avoir la volonté d'œuvrer en faveur d'une meilleure hygiène mentale ». Selon l'OMS, les troubles mentaux des personnes âgées de 15-44 ans seraient responsables d'au moins un cinquième de toutes les années de vie ajustées d'incapacité ou *Disability-adjusted-life-years* (DALY) tandis que l'ensemble des troubles mentaux tous âges confondus représentent un tiers des années de vie avec incapacité. L'OMS prévoit une aggravation de cette morbidité mentale estimant qu'elle représentera 20 % de la morbidité globale en 2020 [13, 14].

Les indicateurs de santé mentale observés dans l'enquête complètent les données dont on dispose concernant les causes d'absentéisme, invalidité, inaptitude, et

celles relatives aux relations connues entre santé mentale et contraintes professionnelles [6, 9, 12-14]. Selon l'enquête, les personnes travaillant dans les secteurs suivants sont particulièrement concernées : service à la personne et aux collectivités, banques, transport, santé et éducation, des secteurs où les indicateurs traditionnels d'estimation du risque (accident du travail, maladie professionnelle) sont peu opérants pour aider à la construction de plans de prévention des risques professionnels adaptés aux enjeux de santé et de performance.

Une personne dépressive a une consommation de soins de santé deux fois plus élevée tandis que le coût lié à l'absentéisme est multiplié par quatre. Selon l'Union européenne, les problèmes de santé mentale sont à l'origine de 30 % des motifs de consultations des généralistes et de plus de la moitié des invalidités en Europe du Nord. Le coût des pathologies de santé mentale liées au travail s'y élèverait à 20 milliards. Comparée aux autres pays européens, la France se classerait parmi ceux ayant les plus mauvais indices de santé mentale, précédant de peu Portugal et Italie, avec une incidence des dépressions à 5,9 % et un taux de suicide élevé (estimé à 18 pour 100 000) tendant à augmenter [8].

Cette analyse systémique encourage à une prise de conscience partagée, une mobilisation et une mutualisation des ressources pour relever, par les efforts conjugués de tous les acteurs, *deux défis* promoteurs de santé que sont l'adaptation du travail à l'homme et l'efficacité du système sanitaire et socioprofessionnel.

Cette dynamique nécessite que les acteurs du système de protection sociale, de la santé et de la sécurité au travail s'organisent pour rendre plus visibles et mieux connus ces risques et leurs effets, aident la compréhension des responsables, stimulent l'acquisition des compétences nécessaires, facilitent l'établissement de tableaux de bord par les entreprises et branches professionnelles, incitent et valorisent les bonnes pratiques d'entreprises, de métiers et de branches. Il s'agit de favoriser une évaluation des risques qui intègre les dimensions santé notamment mentale et émotionnelle, la mise en œuvre participative de plans de prévention et d'actions à caractère sociotechnique favorables au renforcement des liens sociaux, au contrôle des risques et à l'épanouissement de l'homme au travail. Une évaluation des moyens mis en œuvre et des résultats obtenus permettra d'assurer un suivi et les ajustements nécessaires. L'évolution du cadre réglementaire et de récents travaux soutiennent cette dynamique [31, 32].

Le retour sur investissement des actions de prévention primaire à caractère psychotechnique a été vérifié dans de nombreuses publications tant à travers une diminution de la morbidité qu'une augmentation de la motivation et l'engagement de la personne qui retrouve du

sens et construit son identité sociale et professionnelle [33]. Cette promotion du bien-être au travail constitue un élément de performance permettant de réduire les coûts de reclassement, le *turn-over*, etc. ; l'entreprise peut le valoriser dans sa politique générale voire être certifiée sur ses valeurs sociales et éthiques [33].

Assurer un diagnostic précoce des atteintes à la santé lié au travail, promouvoir une prise en charge efficiente afin de maintenir les capacités physiques, cognitives et psychosociales, l'insertion socioprofessionnelle et stimuler l'égalité des droits et des chances sont des objectifs généraux à atteindre en prévention secondaire et tertiaire.

Améliorer le diagnostic, les soins, le suivi sanitaire et social coordonné des patients afin de contribuer à l'efficacité du système et réduire les inégalités sociales et régionales de santé est un objectif qui fait l'objet d'un consensus social.

Il peut se décliner par des actions à caractère psychosocial s'appuyant sur une large communication auprès des publics cibles et la construction de programmes d'éducation et de promotion de la santé tant sur le plan socioprofessionnel que sanitaire avec mise en œuvre décentralisée et participative. Ces actions relèvent de programmes de santé publique ou correspondent à des interventions à caractère psychosocial qui visent à modifier la perception de l'employé de son environnement de travail au moyen de stratégies soutenant la participation, la communication et les rapports sociaux tout en réduisant l'ambiguïté des rôles, atténuant les conflits et augmentant l'autonomie face à la tâche. De tels programmes d'assistance à la personne et de promotion de la santé sont répandus dans des pays où l'entreprise prend à sa charge les premiers jours d'absence maladie, un mois pour la Suisse, huit jours en Allemagne, un an en Hollande.

L'Assurance maladie conduit ou soutient des travaux importants [9-11], qui permettent d'adapter son *système d'information* et ses ressources. Ces actions qui valorisent les contributions des professionnels de santé, améliorent la connaissance des atteintes à la santé doivent aider à la qualité et l'efficacité de leur prise en charge. Ainsi les professionnels de santé utilisent de plus en plus des outils de codage ou d'aide au diagnostic se référant à des classifications. Citons la CIM 10 voire prochainement la CIM 11 qui devrait faire figurer les causes professionnelles, le DSM IV pour les pathologies mentales, ou d'autres telles la CIF (Classification internationale fonctionnelle) qui objective les facteurs socioprofessionnels contributifs d'une aggravation de la durée d'arrêt maladie, ou le WHODAS II qui apprécie les limitations fonctionnelles physiques, émotionnelles et sociales. On doit cependant regretter l'absence

d'outils de codification des métiers ou activités dans les moyens mis à disposition des professionnels de santé.

Encourager un socle de connaissances et de pratiques partagées lors de la *formation initiale et continue des médecins* semble faire partie des actions prioritaires. Il en est de même d'une organisation des soins qui facilite le diagnostic précoce des pathologies professionnelles et leur prise en charge adaptée, soutenue par des méthodes et des outils associant acteurs du système de soins et du milieu de travail.

Il s'agit en effet de promouvoir une *participation* active et confiante de la personne à la construction de son projet thérapeutique global de façon à ce que celui-ci développe satisfaction et estime de soi, favorise les liens sociaux, diminue la souffrance pour l'entourage, lève les freins d'ordre médical, familial, social et professionnel associant l'ensemble des acteurs concernés et intégrant, si nécessaire, l'adaptation du poste et de l'environnement de travail.

Ces pratiques et savoir-faire, soutenus par un cadre incitatif existant mais aussi à définir, contribueraient au mieux-être durable des populations, à une satisfaction des soignants et une efficacité du système.

Remerciements :

L'auteur remercie l'équipe du service « *Études et diffusion* » de la division *Démographie et politiques sociales de l'INSEE Île-de-France* pour leur contribution à l'analyse (Carlos Portas, Clotilde Debout) et l'ensemble des membres du comité régional d'exploitation de l'enquête santé 2002-2003 pour leurs conseils. L'auteur demeure seule responsable des erreurs.

RÉFÉRENCES

1. *L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique.* Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2007.
2. *Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Plan santé au travail 2005-2009.* Paris : le Ministère ; 2005.
3. *Institut de veille sanitaire, ed. Risques professionnels : quelle veille sanitaire ? France 2006.* Bull *Épidemiol hebdomadaire* 2006;46-47:355-70.

4. *Waltisperger D. Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi. DARES Premières Synthèses 2008;03-1.* [<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2008.01-03.1-2.pdf>]

5. *Theorell T. Psychosocial factors in research on work conditions and health. Sweden Scand J Work Environ Health.* 2007;33:20-26.

6. *Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. Psychol Med.* 2007;37:1119-29.

7. *Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M. Work stress and coronary heart disease : what are the mechanisms ? Eur Heart J.* 2008;29:640-8.

8. *Kovess V, ed. The state of mental health in the european union. Bruxelles : European commission, Health and consumer protection 2004.*

9. *Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Mission des Soins de Ville. Description des populations du Régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois.* Paris : CNAMTS ; 2004.

10. *Cuercq A, Païta M, Ricordeau M. Les causes médicales de l'invalidité.* Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - Point de repère n° 16. 2008.

11. *Cohidon C, Caillet E, Ogier-Péronnet D, Poussardin J, Siau P, Imbernon E. Samotrace – volet médico-administratif Départements Rhône et Isère Résultats intermédiaires à un an.* Paris : Institut de veille sanitaire - Collection Santé travail ; 2008.

12. *Kessler RC, Heeringa S, Lakoma MD, Petukhova M, Rupp AE, Schoenbaum M. Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States : results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry.* 2008;165:703-11.

13. *Organisation mondiale de la santé. Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs.* Genève : Soixantième assemblée mondiale. A60/20. 19 avril 2007.

14. *Parent-Thirion A, Fernandez Macias E, Hurley J, Vermeulen G. Fourth European working conditions. European Foundation for the improvement of living and working conditions. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2007.* [<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf>].

15. *Coste J, Ecosse E, Leplège A, Perneger T, Pouchot J. Le questionnaire MOS SF-36 – Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores.* Paris : Estem ; 2001.

16. *Radloff LS. The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in general population. Appl Psychol Measurement.* 1977;1:385-401.

17. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – Île-de-France. *Regards sur ...la santé des Français.* Paris : INSEE ; 2007. [[http : //www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/publi/sante.htm](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/publi/sante.htm)].
18. Kivimäki M, Virtanen M, Vartiainen M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L *Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression Occup Environ Med.* 2003;60:779-83
19. LaMontagne AD, Keegel T, Vallanc D, Ostry A, Wolfe R. *Job strain - Attributable depression in a sample of working Australians : Assessing the contribution to health inequalities BMC Public Health.* 2008;8:181
20. Stansfeld S, Candy B. *Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review Scand J Work Environ Health.* 2006;32:443-62
21. Netterström B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R., et al. *The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. Epid Rev* 2008;30:118-32
22. Fuhrer R, Rouillon F. *La version française de l'échelle Ces-d (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. Psychiatr Psychobiol.* 1989;163-6.
23. Institut de veille sanitaire (InVS). *Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee.* Paris : InVS ; 2007.
24. Jourdain-Menninger D, Lignot-Leloup M. *Comparaison internationale sur la prévention sanitaire.* Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2003.
25. Commission de l'emploi et des affaires sociales. *Rapport sur l'avenir des régimes de Sécurité sociale et de pension : leur financement et la tendance à l'individualisation (2007/2290 (INI)) Parlement européen.* [<http://www.europarl.europa.eu>].
26. Méda D. *Le temps des femmes pour un nouveau partage des rôles.* Paris : Flammarion ; 2001.
27. Burchell B, Fagan C, O'Brien C, Smith M. *Working conditions in the European Union : the gender perspective.* European Foundation for the improvement of living and working conditions. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities ; 2007. [<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/108/en/1/ef07108en.pdf>].
28. Brechon F, Czernichow P, Leroy M, Blum-Boisgard C. *Chronic diseases in self-employed french workers. J Occup Environ Med.* 2005;47:909-15.
29. Jusot F, Khlata M, Sermet C. *Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. Questions d'économie de la santé* 2007;125.
30. Eijkemans G, Takala J. *Moving knowledge of global burden into preventive action. Am J Ind Med.* 2005;48:395-9.
31. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. *Politique de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Questions d'économie de la santé* 2005;92-93.
32. Nasse P, Légeron P. *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail.* Paris : Ministère du travail ; 2008.
33. Dab W. *Rapport sur la formation des managers en santé et sécurité en France.* Paris : Ministère du travail ; 2008.
34. Brun JP, Biron C, Ivers H. *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail.* Paris : Études et recherches - rapport R-514 IRSST ; 2007.
35. *Stress, pression, dépression, le travail est malade.* Paris : Mutuelle sociale agricole - BIMSA n° 83 ; 2008.
36. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. *Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting Occup Environ Med.* 2006;63(5):335-42.

