

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN LIEN AVEC LE TRAVAIL À PARTIR DU PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL : RÉSULTATS DES ENQUÊTES TRANSVERSALES 2013 À 2019 ET ÉVOLUTION DEPUIS 2007

// WORK-RELATED MENTAL HEALTH DISORDERS FROM THE UNCOMPENSATED WORK RELATED DISEASES SURVEILLANCE PROGRAMME: RESULTS OF CROSS SECTIONAL SURVEYS FROM 2013 TO 2019 AND TRENDS SINCE 2007

Pauline Delézire¹ (pauline.delezire@santepubliquefrance.fr), Julie Homère¹, Loïc Garras¹, Thomas Bonnet², Juliette Chatelot¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) – Bretagne, Cesson-Sévigné

Résumé // Abstract

Introduction – La souffrance psychique en lien avec le travail (SPLT) constitue un enjeu de santé publique important pour ses conséquences sur la qualité de vie des travailleurs et son coût économique. Des mesures de prévention sont déployées pour partie dans le milieu du travail. Cependant, la souffrance psychique ne figure pas dans les tableaux de maladies professionnelles des régimes de sécurité sociale, et elle est donc peu reconnue en maladie professionnelle.

Méthode – En s'appuyant sur les données issues du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), enquêtes transversales répétées reposant sur des médecins du travail volontaires et leurs équipes, les prévalences de la SPLT, ses déterminants socioprofessionnels et les agents d'exposition professionnelle associés ont été calculés de 2013 à 2019 ; les évolutions ont été estimées depuis 2007.

Résultats – La prévalence de la SPLT était deux fois plus élevée chez les femmes, quelle que soit l'année (5,9% chez les femmes contre 2,7% chez les hommes en 2019). Ces prévalences doubleraient sur la période 2007-2019 chez les deux sexes. Les troubles anxieux et dépressifs mixtes étaient les affections psychiques les plus fréquemment signalées par les médecins du travail, suivis des troubles dépressifs. L'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité étaient associés à la SPLT de façon robuste.

Discussion-conclusion – L'augmentation des prévalences de la SPLT entre 2007 et 2019 associée à l'absence de tableau de maladie professionnelle dédié confirme l'importance de caractériser la SPLT. Les salariés dont le genre, les catégories socioprofessionnelles et les secteurs d'activité ressortent comme les plus à risque devraient être privilégiés dans la mise en œuvre de mesures préventives.

Background – *Work-related mental health disorders is an important public health issue due to its consequences on quality of life as well as its economic cost. Some preventive measures are implemented within the workplace. However, mental health disorders is not included in the French tables of occupational diseases used for the recognition by the social security system and is therefore rarely recognized as an occupational illness.*

Methods – *Based on data from the uncompensated work related diseases (UWRD) surveillance programme – a repeated cross sectional survey conducted among volunteer occupational physicians and their teams – we calculated the prevalence of work-related mental health disorders from 2013 to 2019. We also calculated its socio-professional determinants and the associated occupational exposure factors. Trends were estimated from 2007.*

Results – *The prevalence of work-related mental health disorders was twice as high among women as among men, regardless of the year (5.9% in women vs 2.7% for men in 2019). These prevalences doubled over the 2007–2019 period for both genders. Mixed anxiety and depressive disorder was the mental health condition most commonly reported by occupational physicians, followed by depressive disorder. Age, social category and sector of activity were robustly associated with work-related mental health disorders.*

Discussion-conclusion – *The increase in work-related mental health disorders prevalence between 2007 and 2019 combined with the absence of a dedicated occupational disease table confirms a necessity to characterize this type of illness. Employees whose gender, socio-professional category and sector of activity are at high risk should be given priority for the implementation of preventive measures.*

Mots-clés : Souffrance psychique liée au travail, Surveillance épidémiologique, Médecins du travail
// **Keywords**: Work related mental health disorders, Epidemiological surveillance, Occupational physicians

Introduction

Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont définies comme toute pathologie (ou symptôme) susceptible d'être d'origine professionnelle ou aggravée par le travail et n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle.

Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, Santé publique France, en collaboration avec l'inspection médicale du travail de la Direction générale du travail (DGT) et les observatoires régionaux de santé (ORS) des régions participantes, a mis en place en 2003 un système de surveillance des MCP qui s'appuie sur le socle législatif existant^{1,2}. Depuis 2013, la souffrance psychique en lien avec le travail (SPLT) est le premier groupe de MCP signalées chez les femmes et le second chez les hommes après les troubles musculo-squelettiques³. La SPLT comprend tous les troubles relevant de la sphère mentale causés ou aggravés par le travail et les conditions de son exécution selon l'expertise clinique du médecin du travail, que ces troubles soient inscrits ou non dans les nosographies médicales. À ce jour, en France, aucun trouble psychique imputable au travail ne fait partie des tableaux de maladies professionnelles. Leur reconnaissance relève des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui se prononcent au cas par cas, après évaluation médicale approfondie et collégiale, sur l'existence d'un lien « direct et essentiel » entre le trouble et l'activité professionnelle.

En sus des graves conséquences sur la qualité de vie des travailleurs touchés (chômage⁴, pauvreté et marginalisation⁵), le coût économique pour la société engendré par une santé mentale délétère est important. Ainsi, le coût pour la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles (AT-MP) de la Sécurité sociale des affections psychiques liées au travail (230 millions d'euros en 2016⁶) ne reflète que partiellement le coût global de ces affections, difficilement quantifiable en raison des absences fréquentes et prolongées au travail et des baisses de productivité qu'elle entraîne. Pour la première fois en 2021, le rapport de la Commission sur la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles estimait que le chiffrage des affections psychiques les plus sévères et non déclarées pourrait être situé entre 73 M€ et 287 M€⁷. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquait en 2010 que les problèmes de santé mentale étaient devenus l'une des principales causes d'absentéisme au travail et de retraite anticipée⁸. En 2018, le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) rapportait que les troubles mentaux et du comportement représentaient 19,0% des problèmes de santé en lien avec le travail⁹ vus en consultation de pathologie professionnelle. En raison de l'ampleur de la souffrance psychique et de ses conséquences sociales et économiques, la SPLT constitue un enjeu de santé publique important mis en avant par les autorités, notamment

dans la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie de 2018¹⁰ ainsi que dans le 4^e Plan santé au travail 2021-2025¹¹.

Ce travail vient compléter la publication de 2015 réalisée à partir des données du programme MCP 2007-2012¹². Il vise à présenter les prévalences de la SPLT de 2013 à 2019, son évolution depuis 2007, ses déterminants socioprofessionnels, ainsi que les agents d'exposition professionnelle associés à ces troubles. Santé publique France déploie plus largement une surveillance épidémiologique de la souffrance psychique en milieu du travail basée sur des enquêtes transversales en population générale, de type Baromètre santé avec des analyses portant spécifiquement sur les personnes en activité, sur des cohortes telles que Coset⁽¹⁾ et Constances⁽²⁾ ou encore Cosmop⁽³⁾.

Méthode

Programme MCP et données recueillies

Dans les régions participantes (8 en 2019), le programme repose sur des médecins du travail volontaires et leurs équipes. Ce réseau recueille des données pour l'ensemble des salariés vus en visite médicale pendant des périodes de deux semaines consécutives deux fois par an appelées « Quinzaines MCP ». Les dates de ces Quinzaines sont variables d'une région à l'autre pour une année donnée et d'une année à l'autre pour une même région. Ces Quinzaines sont des enquêtes transversales répétées et l'échantillon de salariés ainsi constitué correspond à la somme des échantillons indépendants de salariés vus pendant l'ensemble des Quinzaines de la période considérée. Le programme s'appuie sur la pratique clinique des médecins du travail, c'est-à-dire sur leurs connaissances à la fois de la santé des salariés et des conditions de travail auxquelles ils sont soumis. La méthodologie du programme est décrite plus en détail dans les précédents rapports de résultats issus du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel^{3,13,14}.

Les MCP sont codées selon la 10^e révision de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Les cas de souffrance psychique regroupent les maladies relevant du chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10 et d'autres troubles relevant de la sphère de la santé mentale n'étant pas considérés comme des maladies dans les classifications de référence mais figurant au chapitre XXI de la CIM-10 « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de

(1) Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail (Coset) : <https://www.coset.fr/>

(2) Cohorte des consultants des centres d'examen de santé (Constances) : <https://www.constances.fr/>

(3) Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession (Cosmop) : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/articles/cosmop-surveillance-de-la-mortalite-selon-l-activite-professionnelle>

recours aux services de santé » tels que le burn out et le stress lié à l'emploi (regroupement de diagnostics non spécifiques rapportés par les médecins du travail : souffrance au travail, irritabilité, nervosité, etc.). Pour les besoins de cet article, les troubles de la souffrance psychique ont été regroupés en sept catégories : les troubles anxieux et dépressifs mixtes, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les burn out, les troubles du sommeil, les syndromes de stress post-traumatique (SSPT) et les autres troubles psychiques regroupant des troubles ou symptômes hétérogènes (somatisations, décompensations de psychose, de névrose, troubles du comportement alimentaire, asthénies, conduites addictives ainsi que le stress lié à l'emploi). Afin de mieux caractériser les pathologies ou symptômes relevant de la sphère mentale, celles-ci sont hiérarchisées selon un arbre décisionnel propre au programme MCP permettant le signalement d'un seul trouble psychique par salarié. Le terme « troubles dépressifs » est réservé aux nosologies dépressives diagnostiquées par un médecin (signalements de MCP) ; le terme « symptôme dépressif » est quant à lui utilisé pour les épisodes dépressifs caractérisés mesurés à partir de questionnaires standardisés et issus des données déclaratives (Baromètre santé).

Pour chaque MCP signalée, un à trois agents d'exposition professionnelle sont renseignés, afin d'étayer le lien entre la pathologie diagnostiquée et le travail. Les agents sont codés à partir de sept classes issues du Thésaurus des expositions professionnelles (TEP) de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)¹⁵. La quasi-totalité des expositions professionnelles associées aux troubles de la SPLT appartiennent à la classe des Facteurs organisationnels, relationnels et éthiques (FORE) hiérarchisée selon quatre niveaux, du plus général (niveau 1) au plus détaillé (niveau 4). Six groupes composent le niveau 1 : exigence inhérente à l'activité, organisation fonctionnelle de l'activité (renommé « management »), relation au travail et violence, éthique personnelle-conflit de valeurs, éthique de l'entreprise et autre facteur de majoration. Les analyses conduites sur les agents d'expositions portent sur les niveaux 1 et 2 (tableau 1).

Les caractéristiques socioprofessionnelles de tous les salariés vus au cours des Quinzaines, qu'ils aient une MCP signalée ou non, sont également recueillies.

Analyses statistiques

Un redressement de la population salariée du programme MCP par calage sur marges a été réalisé pour prendre en compte les différences de structure de population entre la population salariée du programme et celle issue du recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) dans les régions participantes en termes d'âge, de sexe et de secteurs d'activité. Les prévalences de la SPLT présentées ci-après ont été pondérées tandis que les effectifs présentés étaient ceux observés dans l'échantillon. Des analyses de régression logistique mixte ont été conduites pour

examiner les liens entre la SPLT et l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité des salariés. Pour tenir compte de la variabilité des pratiques médicales entre médecins participants, un effet aléatoire a été introduit sur la variable « médecin ». Le modèle a été ajusté sur l'année, le type de visite et le type de contrat. Enfin, la répartition des FORE a été étudiée pour chacune des sept catégories de troubles psychiques.

Les analyses ont été stratifiées par sexe et réalisées à l'aide des logiciels R® et SAS Enterprise Guide® 7.1.

Périodes d'étude

Les prévalences de la SPLT, l'analyse des liens entre la SPLT et facteurs socioprofessionnels, ainsi que la distribution des FORE par trouble psychique ont été étudiées sur la période 2013 à 2019. Afin d'observer les tendances de la SPLT sur une période plus étendue, l'évolution des prévalences de la SPLT et par trouble psychique a été observée depuis 2007 jusqu'en 2019.

Résultats

Description de l'échantillon de salariés vus pendant les Quinzaines MCP

Entre 2013 et 2019, 281 379 salariés ont été vus en visite pendant les Quinzaines MCP, 51,3% de ces salariés étaient des hommes (tableau 2). Les tranches d'âge 25-34 ans, 35-44 ans et 45-54 ans représentaient chacune entre 22,9% et 26,9 % des salariés, chez les femmes et les hommes. Chez les femmes, la catégorie socioprofessionnelle la plus fréquemment observée était celle des employées (49,8%), tandis que chez les hommes, les ouvriers constituaient 46,1% de la population. Le secteur d'activité le plus représenté était la santé humaine et action sociale chez les femmes (26,6%) et le secteur de l'industrie chez les hommes (22,9%). Sur la période considérée, les salariés ont été vus principalement lors des visites périodiques, aussi bien pour les femmes (46,3%) que pour les hommes (39,2%). Quatre salariés sur cinq étaient en contrat à durée indéterminée (80,4% chez les femmes, 79,1% chez les hommes).

Des prévalences de souffrance psychique en lien avec le travail deux fois plus élevées chez les femmes sur la période 2013-2019

Sur la période 2013-2019, la prévalence de la SPLT était deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (4,6% contre 2,1%) (tableau 3). Les troubles anxieux et dépressifs mixtes étaient les affections psychiques les plus fréquemment signalées par les médecins du travail pour les deux sexes, suivis des symptômes dépressifs.

Risque de survenue de souffrance psychique en lien avec le travail

Toutes choses égales par ailleurs, le risque de signalement d'une SPLT était plus élevé chez les femmes de plus de 35 ans et chez les hommes de plus de 25 ans par rapport aux moins de 25 ans (tableau 4).

Tableau 1

Extrait du Thésaurus des expositions professionnelles de la classe Facteurs organisationnels, relationnels et éthiques (FORE) du niveau 1 au niveau 2

Niveau 1	Niveau 2
Exigence inhérente à l'activité	<ul style="list-style-type: none"> Horaire de travail Déplacement professionnel Autre modalité particulière imposée de travail Caractéristique propre à l'activité Autre exigence générale inhérente à l'activité pouvant générer une nuisance
Organisation fonctionnelle de l'activité (management, management par le stress)	<ul style="list-style-type: none"> Changement dans l'organisation et modalité particulière de management Surcharge ou sous-charge de travail ressentie Procédure et contrôle excessif Faible latitude de décision dans l'organisation de son travail Peu de possibilité d'apprendre ou de développer de nouvelles compétences Déficit de reconnaissance ou de récompense Insuffisance de moyens Dysfonctionnement des prescriptions de la hiérarchie Mutation sur autre poste ou autre site Autre modalité générale d'organisation fonctionnelle de l'activité pouvant générer une nuisance
Relation au travail et violence	<ul style="list-style-type: none"> Qualité de la relation au travail Violence extérieure Violence interne Autre modalité générale de relation au travail pouvant générer une nuisance
Éthique personnelle, conflit de valeur	<ul style="list-style-type: none"> Faire un acte allant à l'encontre de ses principes (vente abusive, réaliser des licenciements) Être témoin impuissant d'actes allant à l'encontre de ses principes Manquer de moyens ou de temps pour faire un travail de qualité Autre conflit de valeur du fait de l'éthique personnelle
Éthique de l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> Niveau général de sécurité ou culture de sécurité faible Niveau général d'hygiène ou culture d'hygiène faible Manque de moyens de protection Manque de respect dans la communication verbale Autre manque à l'éthique de l'entreprise pouvant générer une nuisance
Autre facteur de majoration	<ul style="list-style-type: none"> Statut médical ou social particulier pouvant modifier la relation Revendication de droits Prise de position ou acte individuel mettant en cause l'entreprise Modalité particulière choisie de travail Facteur de majoration lié à l'entreprise (contexte social, contexte économique) Autre modalité générale constituant un facteur de majoration

Le risque de signalement d'une SPLT augmentait avec la catégorie socioprofessionnelle et atteignait un maximum chez les femmes cadres (odds ratio ajusté, ORa=6,54 ; intervalle de confiance à 95%, IC95%: [6,47-6,60]) et les hommes cadres (5,98 [5,93-6,03]). Les risques de signalement d'une SPLT étaient les plus élevés chez les femmes travaillant dans les secteurs du transport et de l'entreposage⁽⁴⁾ (1,50 [1,48-1,53]), de la construction (1,48 [1,45-1,51]) et de l'industrie (1,45 [1,44-1,46]). Chez les hommes, les secteurs pour lesquels les risques étaient les

plus importants étaient l'agriculture (1,69 [1,64-1,75]), les autres activités de services⁽⁵⁾ (1,35 [1,32-1,37]) et l'hébergement et la restauration (1,32 [1,29-1,34]).

Des facteurs organisationnels, relationnels et éthiques de nature différente en fonction du trouble psychique étudié

La répartition des FORE était similaire pour les trois troubles psychiques les plus signalés (troubles anxieux et dépressifs mixtes, troubles dépressifs et troubles anxieux) (figure 1). Les principaux FORE associés à ces

⁽⁴⁾ Comprend tout type de transport (terrestre, fluvial, aérien), l'entreposage et les services auxiliaires des transports, ainsi que les activités de poste et de courrier.

⁽⁵⁾ Comprend les arts, spectacles et activités récréatives, les autres activités de services (dont organisation associative), les activités des ménages en tant qu'employeurs et les activités extraterritoriales.

Tableau 2

Répartition de la population salariée vue dans le Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel par âge, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité, type de visite et type de contrat, France, 2013-2019

	Femmes			Hommes		
	n	Pourcentages pondérés (%)	[IC95%] pondérés	n	Pourcentages pondérés (%)	[IC95%] pondérés
Sexe	124 578	48,7	[48,4-48,9]	156 801	51,3	[51,1-51,6]
Nombre moyen de salariés vus en visite par an	17 797			22 400		
Âge						
<25 ans	14 356	9,6	[9,4-9,8]	20 730	11,2	[11,0-11,4]
25-34 ans	28 650	23,4	[23,0-23,7]	35 953	22,9	[22,6-23,2]
35-44 ans	30 319	26,0	[25,7-26,4]	37 746	25,6	[25,3-26,0]
45-54 ans	33 226	26,9	[26,6-27,3]	40 905	26,6	[26,3-27,0]
≥55 ans	18 027	14,1	[13,8-14,4]	21 467	13,7	[13,4-13,9]
Catégorie socioprofessionnelle						
Ouvriers	23 821	11,2	[11,0-11,4]	96 731	46,1	[45,7-46,5]
Employés	64 052	49,8	[49,4-50,2]	20 004	15,3	[15,0-15,5]
Professions intermédiaires	28 257	28,6	[28,2-28,9]	27 034	24,4	[24,1-24,7]
Cadres	8 448	10,4	[10,1-10,7]	13 032	14,2	[13,9-14,5]
Secteur d'activité						
Activités financières, assurance	5 291	4,3	[4,1-4,5]	2 803	2,4	[2,2-2,5]
Activités immobilières	1 118	0,9	[0,8-1,0]	807	0,6	[0,5-0,6]
Activités spécialisées ^a	16 755	10,8	[10,6-11,1]	25 071	14,4	[14,1-14,7]
Administration publique	8 374	13,2	[12,8-13,5]	5 908	7,9	[7,7-8,2]
Agriculture	914	0,9	[0,8-1,0]	2 293	2,5	[2,3-2,6]
Autres activités de services ^b	6 320	4,5	[4,3-4,6]	3 314	2,1	[2,0-2,2]
Commerce	19 159	13,8	[13,5-14,0]	20 849	13,2	[13,0-13,5]
Construction	2 147	1,6	[1,5-1,7]	20 658	11,4	[11,2-11,6]
Enseignement	2 499	4,5	[4,3-4,7]	1 560	2,7	[2,6-2,9]
Hébergement, restauration	5 947	4,2	[4,0-4,3]	4 727	3,1	[3,0-3,2]
Industrie	16 957	9,7	[9,5-10,0]	43 281	22,9	[22,6-23,2]
Information, communication	1 789	1,5	[1,4-1,6]	3 014	2,7	[2,5-2,8]
Santé humaine, action sociale	32 644	26,6	[26,2-26,9]	9 495	6,9	[6,7-7,1]
Transports, entreposage ^c	4 664	3,6	[3,5-3,8]	13 021	7,3	[7,1-7,5]
Type de visite						
Visite d'embauche	34 866	26,6	[26,3-27,0]	48 098	30,1	[29,8-30,5]
Visite périodique	48 871	39,2	[38,8-39,6]	71 440	46,3	[45,9-46,7]
Visite de reprise ou pré-reprise	24 485	19,2	[18,9-19,5]	20 615	12,5	[12,2-12,7]
Visite à la demande	15 853	14,5	[14,2-14,8]	16 053	10,7	[10,5-11,0]
<i>Manquants</i>	503	0,4	[0,4-0,5]	595	0,4	[0,3-0,4]
Type de contrat						
CDI	99 448	80,4	[80,0-80,7]	121 057	79,1	[78,8-79,4]
CDD	15 519	12,7	[12,4-13,0]	13 517	8,9	[8,7-9,1]
Intérim	3 301	1,8	[1,7-1,9]	12 567	6,1	[5,9-6,3]
Apprenti	2 338	1,7	[1,6-1,8]	4 903	2,7	[2,6-2,9]



Tableau 2 (suite)

	Femmes			Hommes		
	n	Pourcentages pondérés (%)	[IC95%] pondérés	n	Pourcentages pondérés (%)	[IC95%] pondérés
Autres ^d	2 294	1,9	[1,8-2,0]	2 673	2,0	[1,9-2,1]
Manquants	1 678	1,5	[1,4-1,6]	2 084	1,2	[1,1-1,3]

n : effectif brut ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

^a Comprend les activités de services administratifs et de soutien (agences de travail temporaire, service de nettoyage et d'aménagement paysager...), et les activités spécialisées, scientifiques et techniques (architecture, ingénierie, contrôle ou analyse technique, activité juridique ou comptable...).

^b Comprend les arts, spectacles et activités récréatives, les autres activités de services (dont organisation associative), les activités des ménages en tant qu'employeurs et les activités extraterritoriales.

^c Comprend tout type de transport (terrestre, fluvial, aérien), l'entreposage et les services auxiliaires des transports, ainsi que les activités de poste et de courrier.

^d Spectacle, CES (contrat emploi-solidarité), etc.

Tableau 3

Effectifs et prévalences de la SPLT et des troubles la composant parmi les salariés vus en visite médicale, Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, France, 2013-2019

	Femmes			Hommes		
	n	Prévalences pondérées (%)	[IC95%] pondérés	n	Prévalences pondérées (%)	[IC95%] pondérés
SPLT	4 743	4,61	[4,42-4,79]	2 527	2,16	[2,03-2,29]
Troubles anxieux et dépressifs mixtes	1 724	1,67	[1,56-1,78]	781	0,66	[0,59-0,73]
Troubles dépressifs	1 177	1,10	[1,01-1,19]	638	0,50	[0,44-0,56]
Troubles anxieux	782	0,74	[0,66-0,81]	370	0,34	[0,29-0,39]
Burn out	644	0,69	[0,62-0,77]	330	0,34	[0,29-0,40]
Troubles du sommeil	163	0,15	[0,12-0,18]	206	0,13	[0,10-0,15]
SSPT	103	0,12	[0,09-0,16]	72	0,08	[0,05-0,10]
Autres troubles psychiques	150	0,13	[0,10-0,16]	130	0,11	[0,08-0,14]

SPLT : souffrance psychique en lien avec le travail ; n : effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SSPT : syndromes de stress post-traumatique.

trois troubles découlaient de problématiques managériales et relationnelles, comme les « surcharges ou sous-charges de travail ressenties » et des « relations au travail et violence ». En ce qui concernait le burn out, environ trois agents d'exposition sur cinq étaient attribués au « management », dont la moitié étaient liés à des « surcharges ou sous-charges de travail ressenties ». En revanche, la part des « relations au travail et violence » était deux fois moins élevée que pour les troubles anxieux et/ou dépressifs. Pour chaque trouble psychique étudié, les répartitions des FORE étaient relativement similaires chez les femmes et les hommes, à l'exception des troubles du sommeil, pour lesquels 50,7% des FORE était des « exigences inhérentes de l'activité » chez les hommes contre 23,6% chez les femmes. Cette différence s'expliquait notamment par les « horaires de travail » représentant 84,9% des exigences chez les hommes contre 62,7% chez les femmes. En revanche, les « relations au travail et violence », dont les « qualités des relations (collègues et hiérarchie) », jouaient un rôle deux fois plus important dans les troubles du sommeil des femmes. Enfin, chez les femmes, un agent d'exposition sur

deux associé au syndrome de stress post-traumatique appartenait aux « relations au travail et violence » et un sur trois au « management ».

Des prévalences de souffrance psychique en lien avec le travail deux fois plus importantes en 2019 qu'en 2007

En 2019, la prévalence de la SPLT était plus de deux fois supérieure à celle de 2007, avec une augmentation notable à partir de 2016, quel que soit le sexe (figure 2). Les femmes étaient deux à trois fois plus concernées que les hommes chaque année. Chez les femmes, la prévalence augmentait de 2007 (2,4%) à 2018 (6,2%), avant de connaître une légère baisse en 2019 (5,9%). Chez les hommes, la prévalence augmentait jusqu'en 2015, diminuait légèrement en 2016 pour repartir à la hausse et se stabiliser à 2,6% sur les deux dernières années. L'augmentation de la prévalence de la SPLT étaient principalement due à une augmentation des troubles anxieux et dépressifs mixtes, des troubles anxieux et des burn out diagnostiqués par les médecins volontaires dans MCP.

Tableau 4

Facteurs socioprofessionnels associés au signalement d'une SPLT par sexe, Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, France, 2013-2019

	Femmes		Hommes	
	ORa ^a	[IC95%]	ORa ^a	[IC95%]
Âge	***		***	
<25 ans (réf.)	- 1 -	-	- 1 -	-
25-34 ans	0,93	[0,91-0,94]	2,31	[2,26-2,97]
35-44 ans	1,33	[1,32-1,35]	2,20	[2,15-2,25]
45-54 ans	1,42	[1,40-1,44]	2,31	[2,25-2,36]
≥55 ans	1,08	[1,07-1,10]	1,83	[1,78-1,87]
Catégorie socioprofessionnelle	***		***	
Ouvriers (réf.)	- 1 -	-	- 1 -	-
Employés	2,55	[2,53,2,57]	1,82	[1,80,1,84]
Professions intermédiaires	4,18	[4,14-4,22]	3,64	[3,62-3,67]
Cadres	6,54	[6,47-6,60]	5,98	[5,93-6,03]
Secteur d'activité	***		***	
Commerce (réf.)	- 1 -	-	- 1 -	-
Activités financières, assurance	1,04	[1,03-1,05]	1,25	[1,23-1,28]
Activités immobilières	1,17	[1,15-1,19]	0,85	[0,83-0,88]
Activités spécialisées ^b	1,12	[1,11-1,13]	0,90	[0,89-0,91]
Administration publique	0,86	[0,85-0,87]	0,60	[0,59-0,61]
Agriculture	0,80	[0,76-0,83]	1,69	[1,64-1,75]
Autres activités de services ^c	1,07	[1,05-1,08]	1,35	[1,32-1,37]
Construction	1,48	[1,45-1,51]	0,43	[0,42-0,43]
Enseignement	1,16	[1,14-1,17]	1,20	[1,18-1,22]
Hébergement, restauration	1,00	[0,99-1,01]	1,32	[1,29-1,34]
Industrie	1,45	[1,44-1,46]	0,78	[0,77-0,79]
Information, communication	0,94	[0,93-0,96]	1,22	[1,20-1,24]
Santé humaine, action sociale	0,90	[0,89-0,90]	1,09	[1,08-1,11]
Transports, entreposage ^d	1,50	[1,48-1,53]	0,92	[0,91-0,93]

SPLT : souffrance psychique en lien avec le travail ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; *** : p-value <0,001 ; réf. : référence.

^a Odds ratio ajusté sur l'année, le type de contrat et le type de visite

^b Comprend les activités de services administratifs et de soutien (agences de travail temporaire, service de nettoyage et d'aménagement paysager...), et les activités spécialisées, scientifiques et techniques (architecture, ingénierie, contrôle ou analyse technique, activité juridique ou comptable...).

^c Comprend les arts, spectacles et activités récréatives, les autres activités de services (dont organisation associative), les activités des ménages en tant qu'employeurs et les activités extraterritoriales.

^d Comprend tout type de transport (terrestre, fluvial, aérien), l'entreposage et les services auxiliaires des transports, ainsi que les activités de poste et de courrier.

Discussion

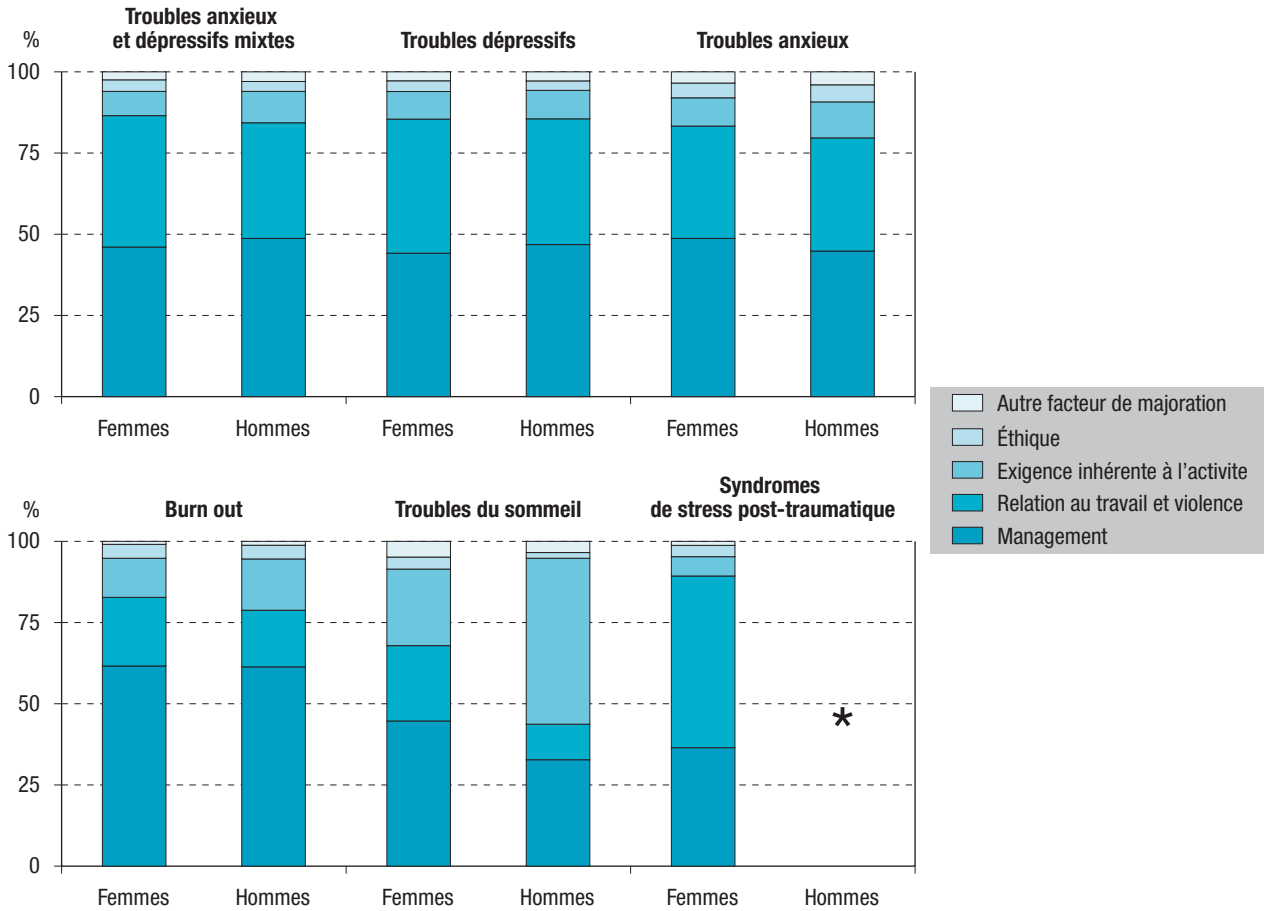
La prévalence de la SPLT était plus de deux fois plus importante chez les femmes, et ce pour chaque année considérée. Ce résultat est couramment observé en épidémiologie psychiatrique au niveau européen¹⁶ et international^{17,18}. Sans lien direct établi avec le travail, les analyses réalisées sur la dépression à partir des données du Baromètre santé de 2017¹⁹ en population active occupée française faisaient état du même sexe-ratio. Dans le milieu du travail, tandis que le lien entre risques psychosociaux (RPS) et problèmes de santé mentale n'est

plus à démontrer, de plus forts niveaux d'expositions aux RPS chez les femmes étaient observées dans la littérature, notamment en France *via* le programme Samotrace²⁰ et l'enquête Conditions de travail de 2019²¹.

Les troubles anxieux et dépressifs, les plus fréquemment signalés dans le programme MCP, figurent parmi les troubles mentaux les plus courants dans la population générale²². Entre 2001 et 2016, 40% des pathologies psychiques vues par le RNV3P étaient des troubles anxieux et un tiers des épisodes dépressifs⁶.

Figure 1

Répartition des facteurs organisationnels, relationnels et éthiques (FORE) selon le trouble psychique, Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, France, 2013-2019



* Résultat non présenté car dénominateur <100.

Note de lecture : 61,8% des FORE associés à un burn out chez les femmes salariées étaient relatifs au management.

Après ajustement, l'analyse multivariée a montré que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité étaient associés à la SPLT. Les niveaux d'association étaient moins importants pour la classe d'âge des plus de 55 ans. Cela pourrait découler d'un biais de sélection rencontré dans la plupart des études en milieu professionnel, l'effet du travailleur sain²³. Les travailleurs les plus âgés sortent plus souvent de l'emploi pour des problèmes de santé, ce qui pourrait entraîner une probable sous-estimation de la prévalence de la SPLT dans cette catégorie.

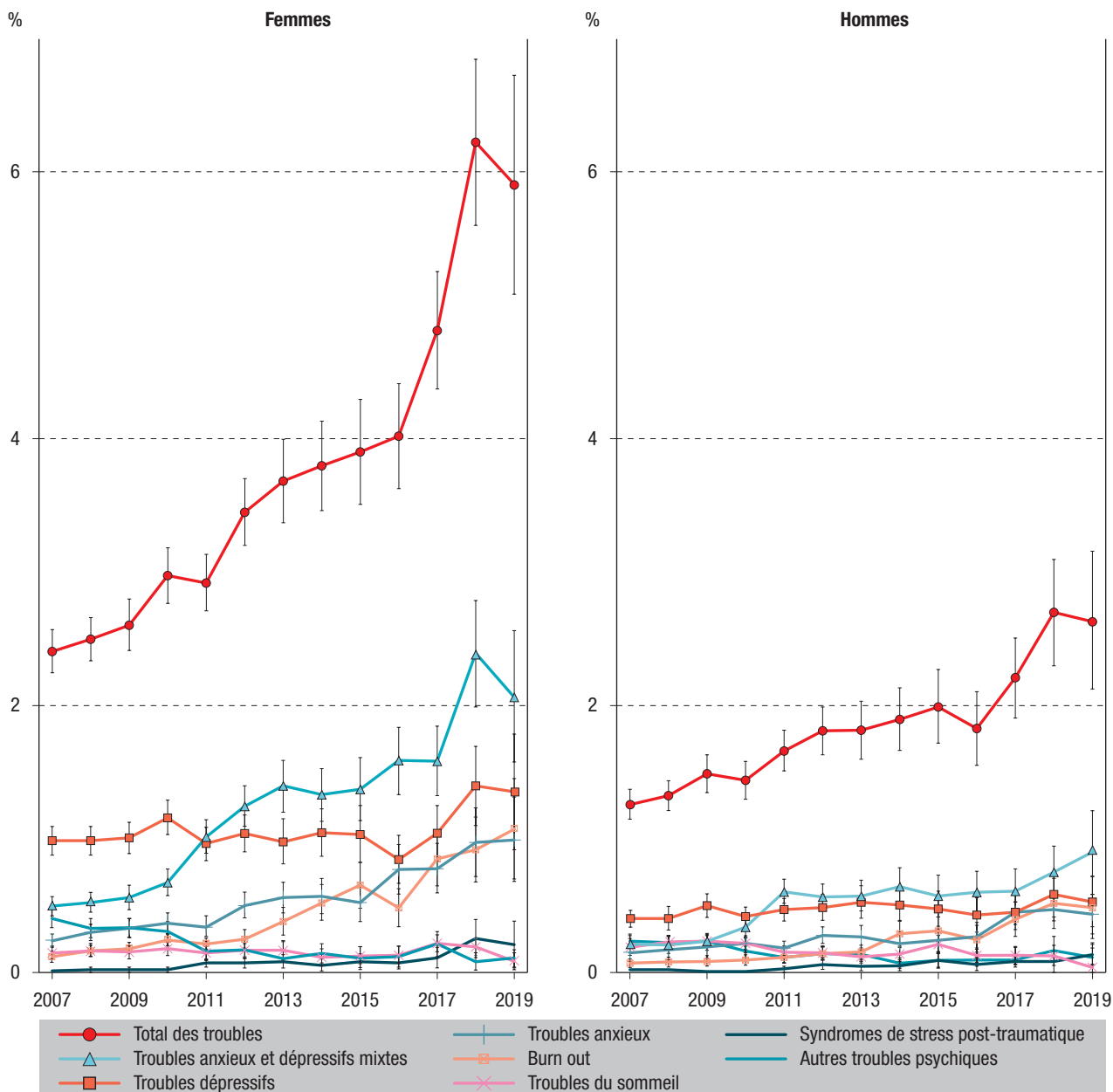
Pour la catégorie socioprofessionnelle, un fort gradient social inversé était observé. Les cadres, professions intermédiaires et employés avaient plus de risque de survenue d'une SPLT que les ouvriers. Cependant, d'après les remontées de terrain, par la durée limitée des visites médicales de santé au travail, les troubles psychiques pourraient être masqués par des pathologies somatiques chez les salariés exerçant des tâches physiques comme les ouvriers. La verbalisation des ouvriers sur d'éventuels problèmes psychiques pourrait également être moins importante que dans les autres catégories socioprofessionnelles. Ces arguments iraient en faveur d'une possible sous-déclaration de la SPLT chez les catégories

socioprofessionnelles les moins élevées, bien que les ouvriers ou employés soient exposés à de multiples facteurs organisationnels comme le manque de latitude décisionnelle, les horaires de travail (travail posté, travail de nuit), le travail à la chaîne ou les cadences élevées. Ces hypothèses nécessiteraient d'être confirmées par la mise en place d'une étude *ad hoc*.

Chez les femmes, le risque de SPLT était plus important dans les secteurs du transport et de l'entreposage, de la construction et de l'industrie. Ces secteurs sont souvent caractérisés par une division sexuelle du travail avec une prédominance d'hommes dans les emplois techniques, manuels ou d'encadrement, tandis que les femmes exercent plutôt des emplois dits tertiaires, avec des tâches administratives comme le service à la clientèle ou encore la gestion des ressources humaines, ces professions étant connues comme plus fréquemment associées à la SPLT. Chez les hommes, le secteur apparaissant comme le plus à risque était l'agriculture, malgré des limites méthodologiques. En effet, dans notre étude, seuls les salariés de ce secteur étaient considérés, et malgré un redressement effectué à partir des données de l'Insee, ce secteur souffrait de faibles effectifs, la participation des services de santé au travail qui

Figure 2

Évolution des prévalences de la SPLT et des troubles la composant parmi les salariés vus en visite médicale, Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, France, 2007-2019



SPLT : souffrance psychique en lien avec le travail.

suivent les salariés agricoles étant hétérogène selon les régions. Cependant, ce résultat converge avec les signalements concernant le mal-être du monde agricole pour lequel des plans d’actions ont été déployés depuis une dizaine d’années ayant abouti en 2021 sur une feuille de route en matière de prévention, portée par le gouvernement²⁴. Le secteur de la santé humaine et de l’action sociale, dont la souffrance au travail est pourtant largement médiatisée depuis quelques années, ne ressortait pas comme plus à risque chez les femmes dans la présente étude. En 2021, une étude spécifique sur ce secteur dans le programme MCP²⁵ faisait état d’une sous-estimation du secteur public hospitalier chez les salariés vus en visite, les médecins de ce secteur étant moins facilement sollicités pour participer au programme MCP du

fait de l’organisation de la médecine du travail dans la fonction publique. Le secteur public hospitalier étant très en tension²⁶, il est vraisemblable que les niveaux de SPLT soient donc sous-estimés.

Les FORE associés à la SPLT étaient principalement en lien avec le management et les relations au travail et violence pour les troubles les plus fréquemment signalés (anxieux et dépressifs mixtes, anxieux et symptômes dépressifs), et dans des proportions quasiment similaires. Les burn out signalés dans le programme étaient pour la majorité en lien avec le management, en grande partie représentés par les surcharges de travail qui comprennent la charge réelle de travail et la charge subjective dépendant du vécu de chacun. Les expositions associées à chaque trouble semblaient relativement analogues chez les

femmes et les hommes, hormis pour les troubles du sommeil. Pour ces troubles, la part des exigences inhérentes à l'activité dont les horaires de travail (travail de nuit, longues amplitudes, travail posté, etc.) doublait chez les hommes. L'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer)²⁷ montrait que 22,5% des hommes salariés avaient effectué une semaine de travail de plus de 40 heures la semaine précédant l'enquête, contre 12,7% des femmes en 2017. Une revue de la littérature de 2014²⁸ concluait à un risque accru de présenter des troubles du sommeil, un état dépressif ou de l'anxiété à la suite de l'exposition à de longs horaires de travail. Toujours d'après l'enquête Sumer, le travail de nuit concernait en France 20,0% des hommes contre 8,3% des femmes, or, celui-ci a été classé comme risque avéré de troubles du sommeil par l'Anses en 2016²⁹. Le programme MCP s'appuie sur l'outil de description des expositions professionnelles largement utilisé lors des visites médicales de santé au travail, le Thesaurus des expositions professionnelles, afin de s'intégrer complètement dans la pratique courante des services de santé et prévention au travail. D'autres ressources permettent notamment la classification des risques psychosociaux comme le rapport Gollac³⁰ faisant référence en France, ainsi que leur caractérisation comme le modèle Siegrist³¹ dit modèle « déséquilibre efforts-récompenses » et le modèle Karasek³² « demande-latitude-soutien au travail ».

Les prévalences de la SPLT chez les salariés vus en visite dans le programme MCP ont doublé entre 2007 et 2019 chez les femmes et les hommes. Cette augmentation concorde avec les données des CRRMP pour lesquelles une cinquantaine d'affections psychiques étaient reconnues comme maladies professionnelles en 2007, contre plus de 1 000 en 2019, ainsi qu'avec la forte croissance des affections psychiques prises en charge en accident du travail (12 000 cas en 2019 contre 10 000 en 2017)³³. Ces augmentations peuvent être dues à de multiples détériorations des conditions de travail^{4,34}, mais elles pourraient également être en partie expliquées par une meilleure information des problèmes de santé mentale provoquant donc une meilleure sensibilisation des médecins au diagnostic et une plus ample verbalisation des salariés. L'intensification de l'augmentation des prévalences de SPLT observées dans le programme MCP à partir de 2016 pourrait également s'expliquer par des évolutions de la santé au travail, notamment par le renforcement de la pluridisciplinarité, qui a contribué à concentrer les examens avec des motifs et enjeux médicaux significatifs (examens à la demande des salariés, examens de reprise...) vers les médecins du travail, modifiant donc la population de salariés vus par les médecins pendant les Quinzaines MCP. Des analyses complémentaires ont été réalisées, afin de caractériser l'évolution de la répartition des types de visites et de déterminer les prévalences de SPLT par type de visite. La proportion des visites périodiques a diminué de 60% en 2007 à 34% en 2019, alors que la part des visites à la demande est passée de 6% à 15%, et celle des visites de reprise et pré-reprise de 9% à 20%. La part des visites d'embauche

est quant à elle passée de 6% à 15% sur la période. Les prévalences de SPLT observées par type de visites étaient stables pour les visites d'embauche (<0,5%) et pour les visites périodiques (1,5%) ; elles augmentaient pour les visites à la demande (8% en 2007 à 12% à 2019) et pour les visites de reprises et pré-reprises (5% en 2007 et 8% en 2019). Ainsi, bien que la part croissante des visites à la demande et de reprise et pré-reprise puisse expliquer en partie l'augmentation des prévalences globales, l'augmentation des prévalences de SPLT observées au sein de ces deux types de visite tend à confirmer une réelle augmentation de la SPLT.

Enfin, il convient d'interpréter avec prudence les résultats par trouble psychique. En effet, certains troubles tels que le burn out et la dépression présentent des symptomatologies très similaires, rendant difficile l'établissement d'un diagnostic différentiel dans certains cas. De plus, certains diagnostics de burn out pourraient correspondre en réalité à des états précurseurs du burn out, en particulier ceux signalés lors des visites périodiques planifiées à l'avance à intervalles réguliers. Les médecins du travail sont formés pour identifier les signes précurseurs d'épuisement professionnel, ce qui les amène parfois à détecter des « sub burn out », afin de prévenir le déclenchement de troubles plus sévères. Concernant les troubles dépressifs, nos résultats peuvent être mis en regard avec les résultats du Baromètre santé sur la population active occupée en France en 2017, pour lesquels la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés dans la population active occupée s'élevait à 8,2%¹⁹. Un taux plus élevé que celui obtenu dans notre étude, mais qui concernait des symptômes dépressifs sans identification d'un lien avec le travail et basés sur des données déclaratives sans diagnostic médical. Les personnes atteintes de troubles dépressifs ne consultent pas toujours un professionnel de santé, que ce soit en médecine de ville ou du travail. Par conséquent, il peut être difficile d'estimer la prévalence de ce trouble en se basant uniquement sur les remontées des médecins. Pour obtenir une estimation plus précise de la fréquence des troubles dépressifs dans la population active, il est ainsi nécessaire de mettre en perspective les données du programme MCP, s'appuyant sur un diagnostic médical et une imputabilité au travail, avec des enquêtes auprès d'échantillons représentatifs de la population active comme le Baromètre santé s'appuyant sur des questionnaires standardisés.

Conclusion

Les liens entre travail et santé mentale sont complexes. Le travail peut avoir des effets bénéfiques sur la santé mentale des salariés en favorisant par exemple les interactions sociales et l'estime de soi, alors que le chômage peut l'impacter négativement notamment chez les hommes³⁵. Mais, le travail peut également être à l'origine de souffrance psychique en fonction des conditions dans lesquelles il s'exerce. Bien que le nombre de reconnaissances en maladie professionnelle de troubles psychiques augmente régulièrement,

il reste faible en l'absence de tableau de maladie professionnelle dédié. Le programme MCP fournit ainsi des données inédites pour documenter la SPLT, observée pour près de 6% des femmes et 2% des hommes. En accord avec les recommandations de l'Assurance maladie⁶, les secteurs d'activité les plus à risque devraient être la cible prioritaire des actions de prévention. La mise en place de politiques visant à réduire les inégalités entre les sexes dans les secteurs les plus à risque contribuerait à une répartition plus équitable des expositions professionnelles, et aurait possiblement un impact positif sur la santé mentale des salariées, deux fois plus impactées par la souffrance psychique en lien avec le travail que les hommes. En favorisant des environnements plus égalitaires, le milieu du travail est un cadre d'intervention privilégié afin d'améliorer et promouvoir la santé mentale de toutes et tous. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Code de la santé publique. 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032411412/
- [2] Code de la sécurité sociale. 2004. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073189?init=true&page=1&query=Code+de+la+s%C3%A9curit%C3%A9+sociale&searchField=ALL&tab_selection=all
- [3] Homère J, Provost D, Delézire P, Garras L, Smaili S, Fernet F, *et al.* Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel en France. Résultats des Quinzaines MCP sur la période 2012-2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. 95 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/documents/enquetes-etudes/programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-en-france.-resultats-des-quinzaines-mcp-sur-la-periode-2012-2018>
- [4] Organisation de coopération et de développement économiques. Mal-être au travail ? Paris: OCDE; 2012. 235 p. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264124561-fr>
- [5] Organisation mondiale de la santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Genève: OMS; 2013. 30 p. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf
- [6] Assurance maladie – Risques professionnels. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie – Risques professionnels. Santé au travail : enjeux et actions. Paris: Assurance maladie; 2018. 20 p. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018-01_affections-psychiques_enjeux-et-actions_assurance-maladie.pdf
- [7] Estimation du coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles – Rapport au Parlement et au Gouvernement. Commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale; 2021. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/Presse/Contenus/Sous_d%C3%A9claration_ATMP_2021.pdf
- [8] World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times. Geneva: WHO Europe; 2010. 59 p. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/who_workplace_en_0.pdf
- [9] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Rapport d'activité 2018 – Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). Maisons-Alfort: anses; 2018. <https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-RA-2018.pdf>
- [10] Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route – Santé mentale et psychiatrie. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- [11] Direction générale du travail. 4^e plan santé au travail 2021-2025. Paris: ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion; 2021. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst4.pdf>
- [12] Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol M, *et al.* La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Épidémiol Hebd. 2015;23:431-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/23/2015_23_2.html
- [13] Lemaître A, Valenty M. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2008 à 2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 101 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/documents/rapport-synthese/programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-mcp-en-france.-resultats-des-quinzaines-mcp-2008-a-2011>
- [14] Valenty M, Homère J, Mevel M, Le Naour C, Garras L, Chevalier A. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2006 – 2007 – 2008. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/documents/rapport-synthese/programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-mcp-en-france.-resultats-des-quinzaines-mcp-2006-2007-2008>
- [15] Présanse. Thésaurus des expositions professionnelles. <https://www.presanse.fr/ressources-sant%C3%A9-travail/thesaurus-des-expositions-professionnelles/>
- [16] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):21-7.
- [17] Astbury J. Gender disparities in mental health. In: Mental health. Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assembly. Geneva: WHO; 2001.
- [18] Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, *et al.* The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. 2014;43(2):476-93.
- [19] Gigonzac V & Delézire P, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L. La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017. Bull Épidémiol Hebd. 2018(32-33):645-52. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_2.html
- [20] Cohidon C, Rabet G, Murcia M, Khireddine-Medouni I, Imbernon E. Surveillance de la santé mentale au travail – Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. 134 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/pays-de-la-loire/documents/rapport-synthese/2016/surveillance-de-la-sante-mentale-au-travail.-le-programme-samotrace.-volet-en-entreprises.-regions-centre-pays-de-la-loire-et-poitou-charentes-20>
- [21] Briard K. Conditions de travail et mixité : quelles différences entre professions, et entre femmes et hommes ? Dares. Document d'études. 2023;(265):1-60. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/conditions-de-travail-et-mixite-quelles-differences-entre-professions-et-entre-femmes-et-hommes>

[22] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.

[23] Goldberg M, Luce D. Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques. Nature, causes et conséquences. *Rev Épidémiol Santé Publique*. 2001;49(5):477-92.

[24] Feuille de route – Prévention du mal-être et accompagnement des agriculteurs en difficulté. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, ministère du Travail; 2021. https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2021_11_231121_-_prevention_du_mal-etre_et_accompagnement_des_agriculteurs_en_difficulte.pdf

[25] Robert M, Delézire P, Homère J, Garras L, Provost D, Fernet F, *et al.* Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale. Résultats 2009-2017. Surveillance des maladies à caractère professionnel. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. 18 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/documents/enquetes-etudes/surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-resultats-2009-2017-dans-le-secteur-de-la-sante-humaine-et-de-l-action-sociale>

[26] Deroche C. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. Paris: Sénat; 2022. <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html>

[27] Matinet B, Rosankis É. Les expositions aux risques professionnels. Les contraintes organisationnelles et relationnelles. Enquête Sumer 2017. *Synthèse Stat*. 2019;(30):1-300. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/synthese_stat_expositions_professionnelles_contraintes_organisationnelles_relationnelles.pdf

[28] Bannai A, Tamakoshi A. The association between long working hours and health: A systematic review of epidemiological evidence. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(1):5-18.

[29] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit. Maisons-Alfort: anses; 2016. 408 p. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf>

[30] Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Paris: ministère du Travail et de l'Emploi; 2011. 223 p. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

[31] Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.

[32] Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*. 1998;3(4):322-55.

[33] Assurance Maladie-Risques professionnels. Rapport annuel 2021. Éléments statistiques et financiers. Paris: Assurance maladie; 2022. 236 p. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_annuel_2021_de_lassurance_maladie_-_risques_professionnels_novembre_2022_4.pdf

[34] Malard L, Chastang J, Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(2):235-46.

[35] Blasco S, Brodaty T. Chômage et santé mentale en France. *Économie et statistique*. 2016;(486-487):17-44. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2110915?sommaire=2110927>

Citer cet article

Delézire P, Homère J, Garras L, Bonnet T, Chatelot J. La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007. *Bull Épidémiol Hebd*. 2024;(5):92-103. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/5/2024_5_3.html