

SANTÉ
TRAVAIL

DÉCEMBRE 2024

MÉTHODE

**PROGRAMME DE SURVEILLANCE
DES MALADIES À CARACTÈRE
PROFESSIONNEL (MCP).
GUIDE MÉTHODOLOGIQUE**

Résumé

Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Guide méthodologique

Santé publique France pilote depuis 2003 le programme de surveillance des Maladies à caractère professionnel (MCP) en collaboration avec l'Inspection médicale du travail et les observatoires régionaux de santé des régions participantes.

Les maladies professionnelles sont globalement définies comme la conséquence d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque existant dans l'exercice habituel de la profession. Le cadre législatif français permet, sous certaines conditions, la reconnaissance de ces maladies par les régimes de sécurité sociale. Toutefois, en raison notamment d'une forte sous-déclaration, les données de reconnaissance produites régulièrement ne reflètent pas la réalité des risques professionnels. En complément, les MCP sont définies comme toutes pathologies ou symptômes susceptibles d'être d'origine professionnelle et n'ayant pas fait l'objet d'une telle reconnaissance au moment de la visite médicale.

La surveillance de ces MCP est ainsi nécessaire pour mieux documenter les conséquences des risques professionnels sur la santé. Ce dispositif a pour principal objectif de décrire les MCP (prévalence, déterminants socioprofessionnels, agents d'exposition professionnelle associés) et leur évolution dans le temps, afin notamment de mieux cibler les actions de prévention en milieu du travail, d'évaluer la sous-déclaration des maladies professionnelles et de fournir des éléments pour l'évolution des tableaux de maladies professionnelles.

Le programme de surveillance des MCP repose sur la participation volontaire d'équipes de santé au travail qui font remonter pendant des périodes de recueil de deux semaines deux fois par an, les signalements de MCP, les agents d'exposition professionnelle associés et les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés vus en visite médicale.

Depuis près de vingt ans, le programme de surveillance des MCP s'est adapté aux réformes successives du cadre législatif qui régit la médecine du travail et plus particulièrement les services de prévention et santé au travail (SPST). Le présent rapport a pour objectif de décrire de façon complète le fonctionnement du dispositif de surveillance des MCP ainsi que les aspects méthodologiques associés à son exécution. Il vise également à présenter les enjeux auxquels le programme doit faire face notamment en matière de participation des équipes des SPST et de déploiement sur l'ensemble du territoire national ainsi que les perspectives envisagées.

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

Citation suggérée : Chatelot J, Homere J, Delézière P. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Guide méthodologique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 49 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>

ISSN : 2647-4816 - ISBN-NET : 979-10-289-0949-9 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION,
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : DÉCEMBRE 2024.

Abstract

Surveillance programme for work related diseases (WRDs). Methodological guide

Since 2003, Santé publique France has coordinated the surveillance programme for work related diseases (WRDs) in collaboration with the French Occupational Health Inspectorate and the regional health observatories of participating areas.

Under certain conditions, French employees can request that the social security system recognise a pathology as an occupational disease (OD), which may result in compensation. However, due to widespread under-reporting, the routine data produced on such cases do not fully reflect the health repercussions of occupational hazards. Furthermore, by definition, a WRD is a disease or symptoms that are likely to be of occupational origin but that have not been officially recognised as an OD by the social security system.

The surveillance of WRDs is complementary to the surveillance of recognised ODs and both are necessary to better document the health impact of occupational hazards. The objective of the WRD surveillance system is to provide indicators on these diseases (prevalence rates, socio-professional determinants, associated occupational exposure agents) and to monitor indicators over time, in order to better target preventive actions, assess OD under-reporting, and provide information for reviewing recognised ODs.

The WRD surveillance programme relies on volunteer occupational health teams who, twice a year over a 2-weeks observation period, report on all WRDs that are diagnosed and the associated occupational exposure agents, as well as socio-professional data for all employees seen in consultations.

For almost 20 years, the WRD surveillance programme has adapted to successive policy reforms affecting occupational medicine, particularly occupational health and prevention services. The aim of this guide is to provide a full description of the WRD surveillance system, as well as the methodological aspects associated with its implementation. It also presents the challenges facing the programme, particularly in terms of volunteer's recruitment and the prospect of nationwide deployment, as well as the outlook for the future.

KEY WORDS: OCCUPATIONAL DISEASES, EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE, EMPLOYEES, PREVALENCE, MUSCULOSKELETAL DISORDERS, MENTAL DISORDER, OCCUPATIONAL HEALTH AND PREVENTION SERVICES, FRANCE

Auteurs

Juliette Chatelot¹, Julie Homere¹, Pauline Delézire¹

Relecteurs

Thomas Bonnet², Guillaume Boulanger¹, Aurélie Fouquet³, Virginie Gigonzac⁴

Remerciements

Maëlle Robert, Sabira Smaili³

¹ Direction santé environnement travail (Dset), Santé publique France

² Inspection médicale du travail, Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (IMT, DreetS)

³ Direction appui, traitements et analyses de données (Data), Santé publique France

⁴ Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, (ORS PACA)

Table des matières

Résumé	2
Abstract.....	3
Abréviations	7
Liste des figures, tableaux et annexes	8
INTRODUCTION	9
1 PRÉSENTATION DU PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES MCP	11
1.1 Objectifs.....	11
1.2 Régions participantes	11
1.3 Acteurs du programme de surveillance	12
1.4 Recueil de données	14
1.4.1 Choix des périodes de recueil	14
1.4.2 Outils standardisés pour le recueil de données MCP	14
1.4.2.1 Tableaux de bord et fiches de signalements	14
1.4.2.2 Application informatique MCP	14
1.4.3 Données recueillies	15
1.4.4 Codage des données	16
1.5 Organisation pratique des Quinzaines	17
1.5.1 Sollicitation des équipes des SPST et animation régionale	17
1.5.2 Processus de collecte des données	17
1.5.3 Constitution de la base de données	18
1.5.4 Exploitation et restitution	18
1.5.5 Guides et documents pour la mise en œuvre du programme MCP.....	18
1.6 Sécurité des données.....	19
1.6.1 Information des salariés vus en visite médicale du travail	19
1.6.2 Sécurité des données à caractère personnel.....	19
1.6.3 Modalités de conservation et de destruction des données	19
1.7 Comitologie du programme	20
1.8 Valorisation des résultats	21
2 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DU PROGRAMME MCP	22
2.1 Constitution de l'échantillon.....	22
2.1.1 Taille de l'échantillon	22
2.1.2 Périodes de recueil.....	22
2.1.3 Sollicitation des médecins du travail et leurs équipes	23
2.1.4 Sélection des salariés.....	23
2.2 Redressement des données recueillies	24
2.2.1 Principe du redressement des données	24
2.2.2 Probabilité d'inclusion des salariés.....	24
2.2.3 Calage sur marges	25
2.2.4 Traitement de la non-réponse partielle.....	26

2.3	Analyses statistiques	26
2.3.1	Analyses descriptives – taux de signalement et prévalences	26
2.3.2	Analyse des facteurs de risque associés aux signalements de MCP	26
2.3.3	Analyse des tendances temporelles.....	27
2.3.4	Estimation de la sous-déclaration.....	27
2.3.5	Production d'indicateurs standardisés – Géodes®	28
3	DÉFIS ET ÉVOLUTIONS DU DISPOSITIF MCP.....	29
3.1	Éléments de contexte	29
3.2	Réflexions sur la méthodologie	30
3.3	Expérimentation MCP d'un recueil de données simplifié	31
3.4	Extension du dispositif.....	31
3.5	Meilleure valorisation des données MCP	32
	CONCLUSION	33

Abréviations

ALM	Affection de l'appareil locomoteur
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
CIM	Classification internationale des maladies
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
Copil	Comité de pilotage
CRRMP	Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles
CTN	Comité technique national
DGT	Direction générale du travail
Dreets	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
EAA	Effectifs annuels attribués
FS	Fiche de signalement
IC	Intervalle de confiance
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IMT	Inspection médicale du travail
MCP	Maladie à caractère professionnel
MIT	Médecin inspecteur du travail
MP	Maladie professionnelle
NAF	Nomenclature d'activités française
OR	Odds ratio
ORS	Observatoire régional de santé
OTP	One time password
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PST	Plan santé travail
RGPD	Règlement général sur la protection des données
Sicore	Système informatique de codification des réponses aux enquêtes
SPST	Service de prévention et santé au travail
TB	Tableau de bord
TMS	Trouble musculo-squelettique

Liste des figures, tableaux et annexes

Figures

Figure 1 : Régions participantes au programme de surveillance des MCP entre 2005 et 2023..	12
Figure 2 : Acteurs du programme MCP	12

Tableaux

Tableau 1 : Principales fonctionnalités de l'application informatique MCP selon le profil utilisateur.....	15
Tableau 2 : Tailles d'échantillons nécessaires à la production des prévalences des troubles musculo-squelettiques et de la souffrance psychique signalés en MCP	22
Tableau 3 : Caractéristiques du redressement des données MCP par calage sur marge à l'échelle régionale et nationale	25
Tableau 4 : Taux de données manquantes des variables de calage au niveau national (2007 à 2018).....	26
Tableau 5 : Couverture du réseau de surveillance des MCP entre 2007 et 2018.....	29

Annexes

Annexe 1 : Tableau de bord des visites MCP 2023	34
Annexe 2 : Fiche de signalement MCP 2023.....	35
Annexe 3 : Arbre décisionnel pour le codage des pathologies relevant de la souffrance psychique	37
Annexe 4 : Thésaurus des expositions professionnelles (extrait : agents physiques, facteurs biomécaniques, facteurs organisationnels, relationnels et éthiques jusqu'à 4 digits) - 2023 .	38
Annexe 5 : Certificat de participation aux Quinzaines MCP 2022 en région Grand Est.....	43
Annexe 6 : Note d'information collective 2023 du programme de surveillance des MCP	44
Annexe 7 : Conditions générales d'utilisation de l'application MCP	45
Annexe 8 : Certificat de destruction des données électroniques et des documents papiers .	47
Annexe 9 : Recommandations issues du rapport d'évaluation externe du programme de surveillance des MCP (2017).....	48

INTRODUCTION

Une maladie « professionnelle » est définie comme la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Le cadre législatif français prévoit la réparation par les régimes de sécurité sociale (régime général et régime agricole) de maladies professionnelles (MP) inscrites dans des tableaux. Ces tableaux réunissent les critères (diagnostic, principaux travaux susceptibles de provoquer la maladie et délai de prise en charge) nécessaires à la reconnaissance de la maladie avec présomption d'imputabilité de l'origine professionnelle. Ils proposent un cadre strict d'application. Leur évolution, résultat d'une expertise scientifique puis d'un compromis social, est lente. Pour permettre la reconnaissance, et donc l'indemnisation, de pathologies ne répondant pas strictement aux critères des tableaux ou pour lesquelles il n'existe pas de tableau (comme pour la souffrance psychique), un système complémentaire de reconnaissance, les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), a été mis en place en 1993. Il permet, sous certaines conditions et sous réserve d'apporter la preuve d'un lien direct et essentiel avec l'activité professionnelle, la reconnaissance et donc l'indemnisation des cas n'entrant pas dans le cadre strict des tableaux.

Toutefois un nombre important de pathologies pour lesquelles il existe un tableau, ne fait pas l'objet d'une déclaration ce qui, d'une part, limite l'accès à la réparation pour des salariés qui en ont le droit et, d'autre part, sous-estime l'impact réel des expositions professionnelles sur la santé des salariés si la surveillance ne s'appuie que sur les données de reconnaissance.

La notion de maladie à caractère professionnel (MCP) a été introduite par le législateur dès 1919, dans la loi portant sur la création des premiers tableaux de MP, afin de contribuer notamment à l'évolution des tableaux de MP. Les MCP sont définies comme toute pathologie ou symptôme lié au travail et n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance en MP. **Les MCP regroupent ainsi toutes les pathologies non reconnues en MP par un régime de sécurité sociale au moment de leur signalement, qu'il existe ou non un tableau, que la procédure de reconnaissance ait été initiée (procédure en cours ou refusée) ou non.**

Le Code de la sécurité sociale prévoit l'obligation pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, de déclarer tout symptôme et toute maladie qui présente, « à son avis », un caractère professionnel¹. Malgré cela, aucune modalité de transmission n'a été fixée par voie réglementaire. Quelques signalements étaient adressés aux Médecins inspecteurs du travail (MIT), mais étaient peu exploitables faute de système de remontée d'information formalisé. Dans ce contexte, Santé publique France et l'Inspection médicale du travail (IMT) de la Direction générale du travail (DGT) ont mis en place en 2003 une étude pilote de dispositif de surveillance des MCP en Pays de la Loire.

Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, Santé publique France s'est vue confier par la loi de Santé publique de 2004 la mission de centraliser et d'analyser les MCP². Le dispositif de surveillance des MCP a ensuite été progressivement étendu, en partenariat avec l'IMT et les Observatoires régionaux de santé (ORS), pour devenir le programme de surveillance des MCP. Le protocole de mise en œuvre de ce programme de surveillance a fait l'objet d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) le 28 juin 2007 (autorisation n° 907071).

¹ Art. L. 461-6 du Code de la Sécurité sociale.

² Art. L. 1413-1 du Code de la Santé Publique Modifié par Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 - art. 1.

Dans une optique d'amélioration des connaissances sur l'impact sanitaire des risques professionnels, la mise en œuvre de ce dispositif est intégrée aux Plans santé travail (PST) depuis le premier PST 2005-2009 et dernièrement dans l'action 10.2 du plan 2021-2025 qui vise à mieux collecter les données de santé au travail pour en faciliter l'exploitation à des fins de prévention et de recherche.

Depuis près de 20 ans, le programme de surveillance des MCP s'est adapté aux différentes réformes successives du cadre législatif qui régit la médecine du travail dans son ensemble et plus particulièrement les services de prévention et santé au travail (SPST) : participation des infirmiers au recueil de données depuis 2014 et évolution de l'organisation des visites médicales en 2011, 2017 et 2021 notamment^{3,4,5}.

Le présent rapport a pour objectif de décrire de façon complète le fonctionnement du dispositif de surveillance des MCP jusqu'en 2023 ainsi que les aspects méthodologiques associés à sa mise en œuvre. Il vise également à présenter les enjeux auxquels le programme doit faire face (participation des équipes, déploiement sur l'ensemble du territoire national) ainsi que les perspectives envisagées.

Ce guide est destiné à la communauté scientifique de la santé au travail et aux acteurs de la prévention et sera mis à disposition des référents régionaux MCP. Il a vocation à compléter les publications régulièrement réalisées à partir des données MCP en permettant d'y faire référence.

³ Loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

⁴ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

⁵ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

1 PRÉSENTATION DU PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES MCP

1.1 Objectifs

Le programme de surveillance des MCP vise à réaliser une surveillance épidémiologique en milieu professionnel à partir des signalements de MCP par les médecins du travail et leurs équipes.

L'objectif principal de ce dispositif est d'estimer la prévalence des MCP et de décrire les agents d'exposition professionnelle associés à ces pathologies. Il vise à décliner les indicateurs statistiques produits par critère socioprofessionnel et à suivre leur évolution dans le temps.

Le programme de surveillance des MCP contribue également à estimer la sous-déclaration des MP et à fournir des éléments pour la révision ou l'extension des tableaux de MP.

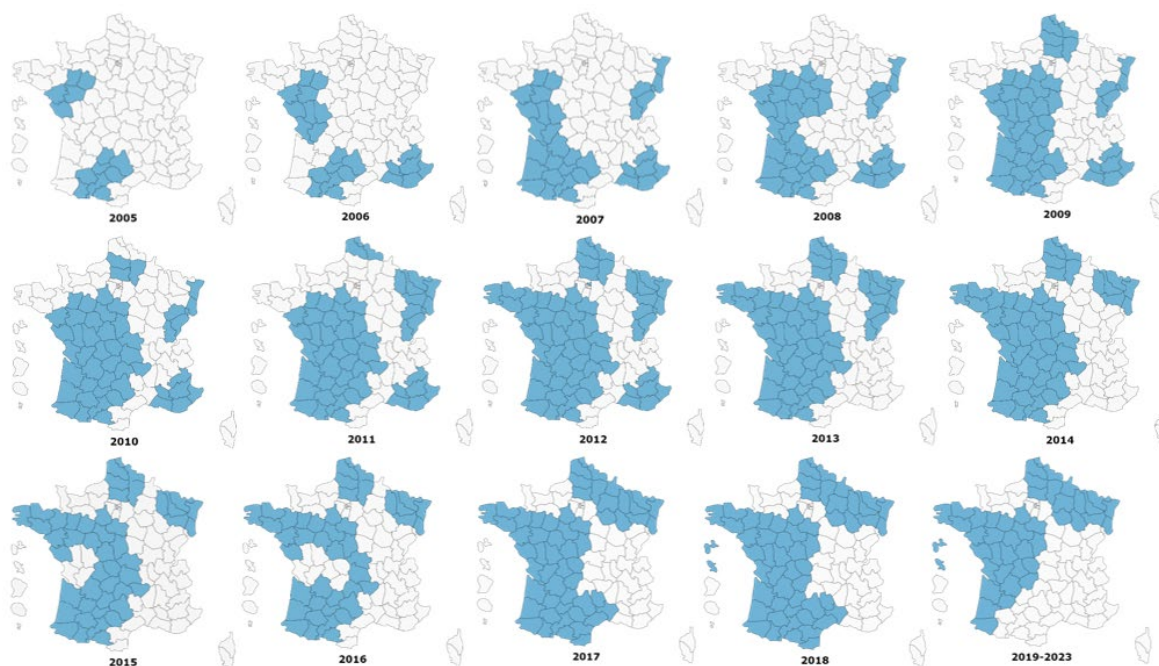
Il participe également aux missions de veille dans le domaine de la santé au travail, par le repérage potentiel de nouveaux facteurs de risques professionnels et pathologies associées.

Enfin, les données produites par profession et secteur d'activité contribuent à l'orientation des politiques de prévention en milieu professionnel vers les groupes professionnels les plus à risque.

1.2 Régions participantes

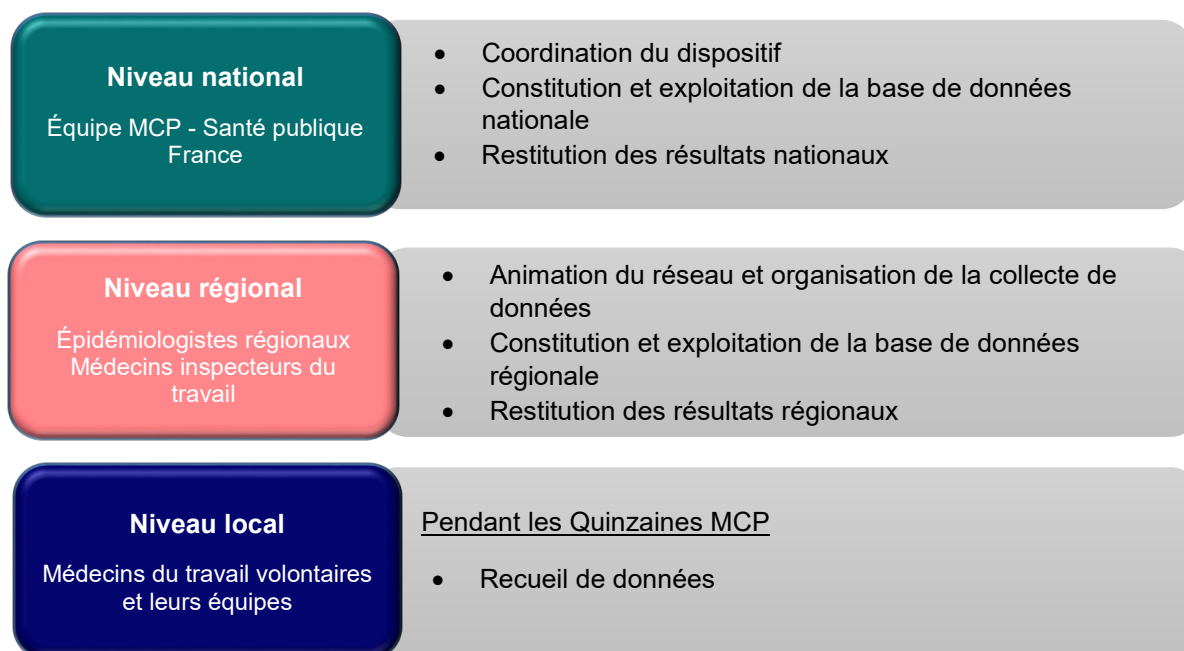
Le programme de surveillance des MCP couvre en 2023 six régions métropolitaines et deux départements et régions d'outre-mer (Martinique et Guadeloupe) (Figure 1). Le développement progressif du programme s'est appuyé sur des opportunités liées au contexte régional. Depuis son lancement, le déploiement du programme dans une région nécessite la présence d'un MIT volontaire à la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) pour s'impliquer dans le dispositif et d'un épidémiologiste régional qui peut appartenir à différentes structures selon les opportunités (Dreets, ORS, Santé publique France...). En 2023, la quasi-totalité des épidémiologistes régionaux sont rattachés aux ORS des régions participantes.

Figure 1 : Régions participantes au programme de surveillance des MCP entre 2005 et 2023



1.3 Acteurs du programme de surveillance

Figure 2 : Acteurs du programme MCP



Le programme de surveillance des MCP repose sur différents acteurs organisés sur trois niveaux (Figure 2) :

Le niveau local : un réseau de médecins du travail volontaires et leurs équipes qui assurent le recueil de données

Selon le protocole, tous les médecins du travail⁶ des SPST autonomes et interentreprises⁷ de la région doivent être sollicités pour participer au dispositif y compris les médecins du travail de la MSA, de la fonction publique et des régimes spécifiques.

Depuis 2014, les infirmiers sont également chargés de dépister les symptômes évocateurs de MCP dans le cadre des visites qui leur sont confiées. La participation des infirmiers ne peut se faire qu'en binôme avec le médecin du travail avec lequel ils travaillent. Si des symptômes sont identifiés, le médecin du travail peut décider de signaler une MCP à partir du dossier renseigné par l'infirmier ou en revoyant le salarié en visite médicale.

Le niveau régional : des référents régionaux en charge de l'animation du réseau et de l'exploitation des données régionales

Dans chaque région participante au programme, des référents régionaux (MITs, épidémiologistes régionaux) assure la mise en place du dispositif. Grâce à leur connaissance des acteurs et du contexte régional, les référents régionaux ont notamment en charge l'animation du réseau et la formation des équipes des SPST. Ces référents assurent l'organisation du recueil de données, le suivi de la collecte puis la constitution de la base de données régionale (validation et codage des données) et son exploitation. Ils sont en charge de la valorisation et la diffusion des données régionales produites.

Le niveau national : une équipe qui coordonne le programme et exploite les données nationales

L'équipe nationale Santé publique France, coordonnatrice du programme de surveillance des MCP, fixe en lien avec la DGT, les objectifs, les évolutions et les grandes orientations du programme. L'équipe nationale a également en charge la mise en place homogène du dispositif et le respect du cadre juridique en accompagnant les référents régionaux dans le déploiement du programme. Elle assure l'animation du programme et des partenaires en organisant des réunions régulières. Cette équipe réalise également des étapes de validation, de codage et de redressement en collaboration avec les équipes régionales. Elle constitue et exploite la base de données nationale puis assure la valorisation et la diffusion de l'ensemble des résultats nationaux produits à partir du programme MCP.

Afin d'organiser et d'homogénéiser le fonctionnement du programme MCP, son déploiement s'appuie dans chaque région participante sur une convention pluriannuelle de partenariat entre la Drees, l'ORS et Santé publique France ainsi que sur une convention financière entre l'ORS et Santé publique France.

⁶ Y compris les médecins collaborateurs indépendamment de la participation du médecin « tuteur », sous réserve que celui-ci le juge apte pour cela.

⁷ Les entreprises de moins de 500 salariés doivent adhérer à un service interentreprises. Les entreprises d'au moins 500 salariés peuvent au choix adhérer à un service interentreprises ou créer un service autonome.

1.4 Recueil de données

1.4.1 Choix des périodes de recueil

Les données du programme de surveillance des MCP sont recueillies sur des périodes de 15 jours consécutifs, appelées « Quinzaines MCP ». Pour chaque région participante, les dates de Quinzaine sont fixées par les référents régionaux à raison d'une Quinzaine par semestre⁸ en évitant de prendre les mêmes dates d'une année sur l'autre.

1.4.2 Outils standardisés pour le recueil de données MCP

1.4.2.1 Tableaux de bord et fiches de signalement

Pour assurer un recueil homogène des données par les équipes de santé au travail des différentes régions, des outils standardisés ont été mis en place :

- **Les tableaux de bord** (TB) pour le recueil des informations socioprofessionnelles de tous les salariés vus en visite pendant les Quinzaines ;
- **Les fiches de signalement** (FS) pour le recueil des signalements de MCP et de leurs agents d'exposition.

Les TB et FS sont régulièrement révisés, les versions 2023 sont présentées en Annexe 1 et Annexe 2.

Pour renseigner les TB et les FS, les équipes volontaires peuvent utiliser des supports papiers, informatiques (fichier Excel pour les TB et Word pour les FS) ou une application informatique dédiée (cf. 1.4.2.2 Application informatique MCP).

1.4.2.2 Application informatique MCP

Afin de limiter au maximum les erreurs de saisie et d'alléger les étapes de saisie des données du niveau local mais aussi de codage et validation au niveau régional, une application informatique MCP a été développée en 2012. Quel que soit le support de recueil, l'ensemble des données recueillies dans le cadre du programme MCP est *in fine* intégré et conservé dans l'application MCP.

La première version de l'application nécessitait l'installation d'un certificat d'authentification⁹ sur le poste de travail des utilisateurs et était fréquemment l'objet d'interruptions de service. Une nouvelle version, plus stable, a été déployée en 2020. Celle-ci permet de se connecter plus facilement à l'aide d'un couple identifiant/mot de passe associé à l'envoi d'un mot de passe temporaire à usage unique (One time password (OTP)) reçu sur l'adresse e-mail de l'utilisateur. L'ergonomie de cette nouvelle version de l'application a également été repensée et améliorée.

Les principales fonctionnalités de l'application informatique MCP sont la création des comptes pour chaque utilisateur avec différents profils, la définition des dates de Quinzaines permettant l'ajout de données, la saisie ou l'import des TB, la saisie des FS, ainsi que le codage et la validation des données. Chaque profil utilisateur de l'application est associé à des fonctionnalités différentes (Tableau 1).

⁸ Dans certains cas, une région peut exceptionnellement organiser une Quinzaine unique sur une année (ressources humaines, contraintes extérieures...).

⁹ Cette contrainte de sécurité avait été demandée par la Cnil.

Du fait des difficultés rencontrées sur les premières versions de l'application MCP, son utilisation pour la saisie directe par le niveau local est variable d'une région à l'autre mais tend à s'améliorer.

Les aspects relatifs à la sécurité des données sont abordés au paragraphe 1.6 Sécurité des données.

Tableau 1 : Principales fonctionnalités de l'application informatique MCP selon le profil utilisateur

Profils locaux		Profils régionaux			Profil national
Médecin	Assistant et Infirmier	MIT*	Épidémiologiste	Saisie régionale	
		Création des comptes pour les utilisateurs locaux			Création des comptes pour les utilisateurs régionaux et nationaux
		Gestion des dates de Quinzaines			
Saisie ou import des TB**		- Saisie ou import des TB** - Saisie des FS***			- Saisie ou import des TB** - Saisie des FS***
Saisie des FS***		Codage des pathologies et agents d'exposition			- Codage des pathologies et agents d'exposition - Codage des professions
Transfert des données au niveau régional		- Validation des données - Transfert des données au niveau national			Validation des données

*Médecin inspecteur du travail (MIT) ** Tableau de bord (TB) contient des données socioprofessionnelles pour tous les salariés vus pendant la Quinzaine *** Fiche de signalement (FS) contient des informations médicales sur les MCP

1.4.3 Données recueillies

Les TB permettent le recueil de données socioprofessionnelles sur l'ensemble des salariés vus en visite pendant les Quinzaines ; ces données concernent principalement :

- le médecin / infirmier et le service ;
- le salarié : sexe, année naissance, profession, contrat... ;
- l'entreprise : statut, secteur d'activité, taille de l'entreprise... ;
- la visite : date, type de visite...

Les FS permettent de recueillir des informations relatives aux pathologies signalées comme MCP :

- la pathologie : 1 à n pathologies par salarié ;
- les agents d'exposition professionnelle associés à la pathologie : 1 à 3 agents par pathologie ;
- le statut de la pathologie au regard des tableaux de MP : existence d'un tableau correspondant, demande de reconnaissance, motifs de non-déclaration...

La liste des variables recueillies et leurs modalités sont régulièrement revues, notamment pour s'adapter aux réformes de la santé travail (types de visite par exemple) ou pour améliorer les connaissances sur les MCP. À cette fin, des questions sur un recours au CRRMP, sur l'aménagement du poste de travail et sur le risque d'inaptitude associé aux MCP signalées seront ajoutées à partir de 2024.

1.4.4 Codage des données

Les symptômes et pathologies sont codés selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision¹⁰, (CIM-10) et sont classés selon 7 groupes : les affections de l'appareil locomoteur (ALM), la souffrance psychique, les troubles de l'audition, les irritations et allergies, les infections, les tumeurs et les autres pathologies. Concernant la sphère mentale, afin de caractériser au mieux les pathologies et symptômes signalés en MCP, il a été décidé, au sein du groupe de travail « codage » (cf. 1.7 Comitologie du programme), de les hiérarchiser selon un arbre décisionnel (Annexe 3). Il ne peut ainsi y avoir qu'une seule pathologie psychique par salarié.

Le thésaurus utilisé pour coder les agents d'exposition professionnelle est issu du thésaurus harmonisé des expositions professionnelles coordonné par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail¹¹ (Anses). Un extrait de ce thésaurus est présenté en annexe (Annexe 4). Les facteurs d'exposition professionnelle sont classés en neuf groupes :

- Sept issus de ce thésaurus : les facteurs organisationnels, relationnels et éthiques, les facteurs biomécaniques, les agents physiques, les agents biologiques, les agents chimiques, les produits ou procédés industriels et les roches et autres substances minérales ;
- Deux spécifiques au programme MCP : les agents relatifs au lieu de travail, les agents relatifs aux équipements et outils de travail.

Les secteurs d'activité sont codés selon la nomenclature d'activités française 2008¹² (NAF2008) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les plus anciennes étaient codées selon la version 2003 de cette nomenclature (NAF2003).

Le codage des professions est quant à lui réalisé à l'aide de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles 2003¹³ (PCS 2003) de l'Insee. Ce codage est effectué à l'aide du logiciel « Système informatique de codification des réponses aux enquêtes » (Sicore®) de l'Insee. Ce logiciel permet de coder automatiquement les libellés de professions recueillis dans des enquêtes en s'appuyant sur un certain nombre de données annexes¹⁴. Les libellés n'ayant pu être codés automatiquement par Sicore® sont codés manuellement par un hygiéniste industriel de Santé publique France. L'utilisation du logiciel Sicore®, allège le travail de codage manuel tout en évitant la variabilité inter-codeurs.

¹⁰ <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>

¹¹ <https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2020/01/THESAURUS-HARMONISE-DES-EXPOSITIONS-PROFESSIONNELLES-VERSION-BETA-2-QUALIFICATIFS-2020-19-12-2019.pdf>

¹² <https://www.insee.fr/fr/information/2406147>

¹³ <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>

¹⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/contribution-des-variables-annexes-au-codage-des-libelles-de-profession-par-le-logiciel-sicore>

1.5 Organisation pratique des Quinzaines

1.5.1 Sollicitation des équipes des SPST et animation régionale

Une fois les dates de Quinzaine fixées, les référents régionaux sont en charge de solliciter l'ensemble des équipes des SPST autonomes et interentreprises de la région pour participer à ce dispositif de surveillance.

Afin de les encourager à participer, les référents régionaux peuvent organiser des réunions de formation / information localement dans les SPST ou communes à l'échelle départementale, régionale ou autre. L'animation régionale passe également par la diffusion des publications réalisées à partir des données MCP au niveau régional ou national. L'organisation de l'animation régionale dépend de différents facteurs (ancienneté de la région dans le programme, charge de travail des MIT et des épidémiologistes régionaux). Les référents régionaux sont libres de s'organiser selon les modalités qu'il juge les plus adaptées, dans le respect du protocole MCP soumis à la Cnil et des engagements pris dans le cadre des conventions de partenariat encadrant la mise en œuvre du programme.

Les référents régionaux sont également en charge de la transmission aux équipes locales de l'ensemble des informations et documents (outils de recueil, guides de remplissage, tutoriels...) utiles à la bonne réalisation des Quinzaines (cf. 1.5.5 Guides et documents pour la mise en œuvre du programme MCP).

1.5.2 Processus de collecte des données

Les médecins du travail volontaires signalent toutes les MCP diagnostiquées parmi les salariés vus en visite médicale pendant les Quinzaines, quel que soit le type de visite, ainsi que les agents d'exposition professionnelle associés en s'appuyant sur leur expertise professionnelle, c'est-à-dire leur connaissance à la fois de la santé des salariés et de leurs conditions de travail (FS).

En complément, des données socioprofessionnelles sont recueillies pour l'ensemble des salariés vus pendant les périodes de recueil par le médecin et l'infirmier le cas échéant, qu'il y ait ou non une MCP signalée (TB). Les assistants peuvent également participer au recueil de ces dernières. La participation au programme de surveillance vise à s'intégrer dans la pratique courante des SPST.

Plusieurs modalités de recueil sont mises à disposition des équipes volontaires allant du formulaire papier à la saisie directe dans l'application MCP (cf. 1.4.2 Outils standardisés pour le recueil de données MCP).

Pendant la Quinzaine, les référents régionaux sont en appui des équipes locales pour répondre aux sollicitations et questionnements éventuels. Il assure également le lien avec l'équipe nationale par exemple en cas de question sur l'application informatique MCP.

L'ensemble des données recueillies est transmis au niveau régional soit directement via l'application informatique dédiée lors d'une saisie directe par les équipes des SPST, soit par courriels pour les fichiers informatiques et les formulaires papiers scannés voire par voie postale pour les fichiers papiers (cf. 1.6 Sécurité des données).

1.5.3 Constitution de la base de données

Dans un délai de 60 jours maximum après la date de fin de Quinzaine, les référents régionaux s'assurent que l'ensemble des données a bien été saisi ou importé dans l'application et transmis au niveau régional (saisie des fiches papiers et import des fichiers électroniques). Ils sont en charge de la validation et du codage des données (cohérence des caractéristiques socioprofessionnelles, vérification du codage des pathologies et agents d'expositions professionnelles, etc.). Ils peuvent retourner auprès des équipes de SPST pour obtenir des précisions si nécessaires.

Les données sont ensuite envoyées via l'application informatique, à l'équipe nationale qui assure une nouvelle étape de validation (cohérence des données sociodémographiques, codages des pathologies et des agents, respect des règles de codage) et effectue le codage des professions des salariés vus en visite médicale. Ces étapes de validation et codage nécessitent des allers-retours entre les niveaux régional et national via l'application informatique.

Une fois la base de données régionale consolidée, elle est validée par le niveau national qui calcule également les poids nécessaires au redressement des données (2.2 Redressement des données recueillies) avant de la transmettre au niveau régional.

1.5.4 Exploitation et restitution

Les données sont ensuite retournées au niveau régional qui en assure l'exploitation, la valorisation et la restitution régionale notamment sous forme de plaquette régionale annuelle (1.8 Valorisation des résultats). En fin d'année, des certificats de participation émanant de l'équipe nationale de Santé publique France peuvent également être envoyés aux équipes ayant participé. Un exemple de certificat de participation aux Quinzaines 2022 pour la région Grand Est est présenté en Annexe 5.

1.5.5 Guides et documents pour la mise en œuvre du programme MCP

Afin d'assurer une mise œuvre harmonisée du dispositif et un recueil de données homogène, différents guides sont mis à disposition par le niveau national en complément du protocole MCP et du dictionnaire de données. Ces documents sont à l'attention de tous les acteurs du dispositif aussi bien locaux (guides participants), régionaux (guide prise en main pour les épidémiologistes, guide de codage des pathologies) que nationaux (guide de validation des données régionales).

Des guides d'utilisation ainsi que des tutoriels vidéos sont également déclinés pour l'utilisation de l'application des profils locaux et régionaux (1.4.2.2 Application informatique MCP). Ces tutoriels en ligne portent sur plusieurs étapes de l'utilisation de l'application MCP (connexion, saisie des visites, saisie des pathologies, import des fichiers, etc.). Une vidéo de présentation des principales fonctionnalités de l'application a également été réalisée par un des MIT participant au programme en 2022 et partagée au sein du réseau MCP pour diffusion auprès des équipes des SPST¹⁵.

Enfin, des règles de publication sont également partagées ainsi qu'une charte graphique applicable à l'ensemble des productions régionales.

¹⁵ https://www.youtube.com/watch?v=xrmsXFAzc_M

1.6 Sécurité des données

1.6.1 Information des salariés vus en visite médicale du travail

Lors des Quinzaines, une note d'information collective est affichée dans les SPST participants afin d'informer les salariés qu'ils consultent pendant une Quinzaine MCP et que des données pseudonymisées¹⁶ les concernant sont susceptibles d'être transmises à Santé publique France dans le cadre de ses missions (Annexe 6). Cette note présente notamment les objectifs du programme de surveillance des MCP, le type de données collectées et informe le salarié sur ses droits d'opposition, d'accès, de rectification, de suppression ainsi que de limitation, et des moyens dont il dispose pour les faire valoir.

1.6.2 Sécurité des données à caractère personnel

Chaque acteur du programme MCP s'engage à assurer la protection et la sécurité des données recueillies dans le respect des obligations posées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, du règlement général de protection des données (RGPD). Ils s'engagent également au respect de la législation et des recommandations applicables à Santé publique France en matière de protection des données (en particulier des données de santé à caractère personnel) et de sécurité des systèmes d'information. Les partenaires s'engagent ainsi à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des personnes non autorisées.

Dans le cas de l'utilisation de l'application MCP pour la saisie, la validation et le stockage des données, une double sécurité a été mise en place. L'accès à l'application se fait à l'aide d'un identifiant et un mot de passe, auquel s'ajoute, à chaque connexion, l'envoi sur la boîte mail de l'utilisateur d'un OTP. Chaque utilisateur de l'application s'engage en outre à recueillir, saisir ou traiter les données collectées conformément aux conditions générales d'utilisation mises en place à cet effet (Annexe 7).

1.6.3 Modalités de conservation et de destruction des données

La durée de conservation des données d'enquête MCP mentionnée dans le dossier Cnil est de 20 ans. Celles-ci doivent être conservées, aussi bien au niveau régional qu'au niveau national, dans des conditions garantissant leur sécurité (sécurité physique des locaux et équipements, sauvegarde informatique, accès aux données, transfert de données sécurisé, application MCP dédiée...).

Concernant les outils de recueil, les archives nationales ont donné leur accord pour la suppression au niveau régional des FS et TB, au format papier ou électronique, dans un délai de 6 à 12 mois après la validation de la Quinzaine en précisant les règles de bonnes pratiques de cette destruction (utilisation d'une déchiqueteuse pour le papier, suppression de l'ensemble des fichiers et vidage de la corbeille pour les fichiers électroniques...).

La nature et la quantité des documents détruits doivent être renseignées dans un certificat de destruction adressé à l'équipe nationale qui transmet à l'archiviste de Santé publique France qui centralise l'ensemble des certificats avant de les faire suivre aux archives nationales (Annexe 8).

¹⁶ Données ne permettant pas l'identification directe d'une personne, sans indication des nom, prénom, adresse, date de naissance ou numéro de sécurité social.

1.7 Comitologie du programme

Différents comités et groupes de travail se réunissent régulièrement pour assurer la bonne articulation du programme de surveillance des MCP.

Le Comité de pilotage (Copil) MCP se réunit une fois par an. Il était initialement composé de l'équipe nationale Santé publique France et de représentants des ORS, de l'IMT, des consultations de pathologies professionnelles et d'une société de médecine du travail. Après une période de suspension liée à la crise sanitaire, sa composition a été revue en 2023 afin d'en améliorer l'efficacité et la composante stratégique. Il regroupe à présent l'équipe nationale Santé publique France, le / la chef(fe) de l'IMT et des représentants des différents bureaux de la sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail de la DGT. Le Copil a pour objectif de discuter et valider les grandes orientations du programme notamment en termes de stratégie d'organisation et d'exploitation des données.

Le Comité technique national (CTN) se réunit deux fois par an. Il est composé de l'équipe nationale de Santé publique France, de l'ensemble des équipes régionales (MIT et épidémiologistes régionaux) et du / de la chef(fe) de l'IMT. Le CTN a pour objectif de :

- dresser un bilan du déroulement du programme MCP depuis la réunion précédente dans chacune des régions et de discuter des éventuels points de blocage rencontrés ;
- échanger sur les grandes évolutions du programme en lien notamment avec les modifications de réglementation et l'évolution du contexte de la santé au travail ;
- partager les dernières exploitations réalisées à partir des données MCP ;
- veiller au développement harmonisé du recueil de données et des résultats produits au niveau régional.

Le groupe de travail « codage », composé de l'équipe nationale et des MIT, se réunissait initialement deux fois par an en marge du CTN. Depuis la crise sanitaire, la majorité des échanges se fait par mail sauf en cas de point particulier à traiter (transcodage par exemple). Il a pour objectif d'échanger sur l'ensemble des questions relatives au codage des pathologies et des agents d'exposition professionnelle ; notamment sur la classification des nouveaux codes et les codages posant problème.

Le groupe de travail des épidémiologistes, composé de l'équipe nationale et des épidémiologistes régionaux, se réunit deux fois par an. Ce groupe a pour objectif d'échanger sur les questions d'ordre méthodologique, de faire le point sur les difficultés techniques rencontrées (animation, application, validation, analyse statistique...) et d'harmoniser les valorisations produites à partir de l'exploitation des données MCP.

En complément de ces comités et groupes de travail se réunissant régulièrement, des groupes de travail spécifiques sont mis en place pour répondre à des problématiques ponctuelles. Cela a par exemple été le cas en 2017 pour le groupe de travail en charge de proposer des évolutions du protocole suite à l'évaluation externe du programme MCP et au regard des modifications réglementaires ou plus récemment du groupe de travail en charge d'appuyer la mise en place d'une expérimentation visant à modifier le mode de recueil des données (3.4 Expérimentation MCP d'un recueil de données simplifié).

1.8 Valorisation des résultats

Les données MCP sont analysées et valorisées à deux niveaux : régional et national.

Les régions publient chaque année les résultats relatifs à l'analyse des données MCP pour leur région dans des « plaquettes régionales ». Selon les cas, les données peuvent être agrégées sur plusieurs années (en cas de nombre de visite trop faible par exemple).

L'équipe nationale publie régulièrement :

- des rapports complets sur les données recueillies dans le cadre du programme ;
- des exploitations thématiques par groupe professionnel, pathologie ou par agent d'exposition professionnelle ;
- des indicateurs de sous-déclaration en MP.

L'ensemble de ces publications est disponible sur le site internet de Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/publications>).

Les principaux indicateurs MCP (taux de signalement, prévalence des ALM dont les troubles musculo-squelettiques (TMS), de la souffrance psychique, par année par sexe et par région et au niveau national) sont communiqués sur le site internet de Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/donnees>).

Les principaux indicateurs MCP sont également intégrés à Géodes®, observatoire cartographique de Santé publique France (<https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=home>) (cf. 2.3.5 Production d'indicateurs standardisés – Géodes®)

Des exploitations à l'échelle d'un SPST peuvent également être réalisées.

2 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DU PROGRAMME MCP

2.1 Constitution de l'échantillon

2.1.1 Taille de l'échantillon

La taille d'échantillon cible est intrinsèquement liée à la fréquence des événements suivis, aux objectifs en termes d'analyse mais également à des critères de faisabilité.

À l'échelle nationale, le programme MCP vise notamment à produire des analyses par groupe professionnel (NAF et/ou PCS) nécessaires dans une optique d'orientation des politiques de prévention et d'appui à la commission de sous-déclaration des MP. Pour produire des indicateurs fiables (intervalle de confiance de 95 % et précision relative de 25 %) sur la prévalence des MCP par grands groupes de pathologies « Troubles musculo-squelettiques » (TMS) et souffrance psychique, pour chaque sexe et par secteur d'activité (NAF en 14 postes), il est nécessaire d'avoir un échantillon de près de 100 000 personnes selon le niveau de prévalence attendue.

Pour des groupes de pathologies moins fréquents (troubles de l'audition par exemple), pour des résultats avec une meilleure précision relative ou encore pour avoir des résultats plus détaillés par métiers, secteurs d'activité, pathologie ou par région, des effectifs plus importants sont nécessaires et nécessitent de cumuler plusieurs années.

Tableau 2 : Tailles d'échantillons nécessaires à la production des prévalences des troubles musculo-squelettiques et de la souffrance psychique signalés en MCP

	Femmes	Hommes	Total
Prévalence faible	83 411	257 047	340 458
Prévalence forte	20 775	38 532	59 308
Prévalence moyenne	31 886	63 515	95 402

Prévalences attendues faibles, fortes et moyennes estimées à partir des prévalences minimales, maximales et moyennes observées entre 2012 et 2018, pour les secteurs d'activité regroupés en 14 postes (NAF14), avec un intervalle de confiance de 95 % et une précision relative de 25 %.

2.1.2 Périodes de recueil

L'organisation du recueil en Quinzaine MCP vise à faciliter la mise en œuvre en répartissant la charge de travail (des équipes des SPST et des référents régionaux) tout en évitant de revoir les mêmes salariés d'une année sur l'autre (à noter que ce risque s'est atténué avec l'espacement des visites périodiques suite à l'évolution de l'organisation des visites de 2017) et en limitant les biais potentiels de saisonnalité (cf. 1.4.1 Choix des périodes de recueil). Toutefois la difficulté de mettre en place des Quinzaines sur la période estivale ne permet certainement pas de capter des spécificités saisonnières pour des secteurs comme le tourisme, l'hôtellerie ou encore la restauration.

Les équipes de santé au travail volontaires peuvent décaler la période de recueil au maximum de 15 jours glissants avant ou après les dates de la Quinzaine ; le recueil peut donc potentiellement s'étendre sur une durée de 45 jours. Cependant, chaque équipe volontaire s'engage à faire remonter les données sur une période de 15 jours consécutifs incluse dans la période de recueil.

La durée de 15 jours et la fréquence semestrielle ont été choisies de manière à recueillir une quantité de données suffisantes pour les exploitations envisagées sans être trop contraignantes pour ne pas décourager les équipes volontaires. En 2017, la région Pays de la Loire a testé un recueil de données sur une période d'un mois consécutif sans différence notable dans la participation des équipes des SPST.

2.1.3 Sollicitation des médecins du travail et leurs équipes

Le protocole MCP prévoit la sollicitation de l'ensemble des médecins du travail de la région par les référents régionaux. Cependant, du fait de l'organisation de la médecine de prévention dans les différentes fonctions publiques (État, territoriale et hospitalière), la sollicitation des médecins de prévention est variable selon les régions, entraînant une faible représentation des salariés des secteurs de l'administration publique, de l'enseignement ou encore de la santé humaine et action sociale.

Le recrutement des équipes est basé sur le principe de volontariat des médecins du travail et non pas sur échantillonnage des médecins ce qui introduit un biais de volontariat. Il apparaît toutefois nécessaire de conserver ce volontariat au vu de la non-faisabilité d'un échantillonnage des médecins et afin de s'assurer de la qualité des données recueillies.

Un « questionnaire médecin » visant à recueillir des informations sur les médecins participants (par exemple type de service, sexe et âge) afin de les comparer à l'ensemble des médecins du travail pourrait permettre de caractériser ce biais mais il n'a pas pu être mis en place en raison des difficultés à disposer de ces informations pour l'ensemble des médecins du travail. Cependant, ce biais de volontariat peut être considéré comme faible, le volontariat du médecin n'étant pas censé influencer sur les pathologies des salariés vus en visite médicale du travail. Il ne peut toutefois pas être totalement ignoré, les médecins du travail ayant des habitudes de signalements qui leur sont propres. Le taux de renouvellement des équipes participantes, environ 50 % par an permet également de limiter ce biais.

Afin de pallier au mieux ce biais et avec les informations disponibles, les modèles de régressions utilisés lors de l'analyse des données MCP ont évolué en 2020. La prise en compte de la variabilité inter-médecins dans les analyses statistiques est décrite au paragraphe 2.3.2 Analyse des facteurs de risque associés aux signalements de MCP.

2.1.4 Sélection des salariés

Tous les salariés vus en visite médicale par les équipes participantes pendant la période de recueil sont inclus dans l'échantillon MCP. Aucune sélection sur le salarié ou sur le type de visite n'est réalisée. L'échantillon MCP est ainsi représentatif des salariés vus en visite médicale pendant les Quinzaines MCP.

Ainsi, l'évolution des modalités de suivi individuel des salariés conduit à une part décroissante de salariés vus en visite périodique, au profit des visites d'embauche, à la demande ou de reprise. Cette évolution de la répartition des visites aboutit ainsi à une évolution de la population des salariés vus dans MCP et a un impact potentiel sur les prévalences de MCP observées dans le dispositif.

Dans les premières années de mise en place du programme MCP, des données sur les effectifs annuels attribués (EAA) aux médecins du travail participants étaient recueillies afin de redresser l'échantillon MCP. Cette information n'a jamais pu être récupérée de manière satisfaisante et n'a donc jamais été utilisée à cette fin. Le recueil de cette information pouvait en outre constituer un frein à la participation des médecins. Le recueil des EAA a été abandonné en 2017 afin de faciliter le recueil de données et favoriser ainsi la participation des équipes des SPST au programme.

Afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon MCP au regard de la population des salariés français, un redressement à partir des données de recensement est réalisé par l'équipe nationale (2.2 Redressement des données recueillies).

2.2 Redressement des données recueillies

2.2.1 Principe du redressement des données

En théorie, pour obtenir une photographie exacte de l'état de santé des salariés français, il faudrait recueillir des données sur l'ensemble de la population. Un tel travail n'étant pas réalisable, un échantillon est constitué pour représenter la population cible. Le redressement des données permet de corriger les distorsions entre cet échantillon et la population d'intérêt en utilisant certaines données, en général sociodémographiques et professionnelles.

Dans le cas des données MCP, le redressement vise à faire coïncider la structure de la population des salariés vus en visite médicale pendant les Quinzaines à celle des salariés français des régions participantes au programme, en termes de sexe, classe d'âge, catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité. Il permet ainsi d'inférer les résultats observés dans l'échantillon MCP à l'ensemble de la population salariée des régions participantes. Pour ce faire, il convient de calculer la probabilité pour chaque salarié d'être inclus dans l'échantillon MCP puis de réaliser un calage sur marge à l'aide de données de référence de l'Insee.

2.2.2 Probabilité d'inclusion des salariés

En théorie, la probabilité d'inclusion d'un salarié dans l'échantillon MCP (p) peut être calculée comme le produit de la probabilité qu'un médecin soit volontaire pour participer au programme (p_a) par la probabilité que le salarié vienne en visite médicale du travail pendant la Quinzaine MCP et soit intégré au programme (p_b).

$p = p_a * p_b$	p : probabilité d'inclusion d'un salarié p_a : probabilité pour un médecin de participer p_b : probabilité pour un salarié d'être vu en visite pendant une Quinzaine MCP
-----------------	--

Il avait été envisagé d'estimer la probabilité pour un médecin d'être volontaire (p_a) en se fondant sur une comparaison de certaines caractéristiques socioprofessionnelles entre médecins volontaires et non volontaires. Cette approche n'a pu aboutir faute de base de données source contenant des informations sur les caractéristiques des médecins du travail. La probabilité d'inclusion du médecin n'est donc pas prise en compte.

L'estimation de la probabilité pour un salarié d'être vu en visite pendant une Quinzaine (p_b) reposant sur des hypothèses complexes, il a été décidé d'appliquer une méthode simple, en considérant que tous les salariés ont la même probabilité d'être sélectionnés. Ceci revient à un sondage aléatoire simple. La probabilité que le salarié soit inclus dans le programme MCP est la probabilité d'inclusion p (ou fraction de sondage) :

$p = n/N$	p : probabilité d'inclusion n : effectif de l'échantillon (MCP) N : effectif de la population de référence (Insee)
-----------	--

La pondération initiale W de chaque salarié est l'inverse de la probabilité d'inclusion.

$W = N/n$	W : pondération initiale pour chaque salarié n : effectif de l'échantillon (MCP) N : effectif de la population de référence (Insee)
-----------	---

2.2.3 Calage sur marges

L'objectif du calage sur marges d'un point de vue statistique est de calculer un nouveau poids pour chaque individu tel que :

- 1) la somme des poids des individus soit calée sur la population de référence (c'est-à-dire la plus proche de sa taille) selon les variables de calage sélectionnées ;
- 2) les écarts entre les poids initiaux des individus et les poids finaux soient minimaux.

La population salariée issue de la dernière année disponible du recensement Insee dans les régions participantes a été utilisée comme population de référence et les variables sexe, classe d'âge, secteur d'activité et catégorie socioprofessionnelle ont été sélectionnées (Tableau 3).

La pondération initiale W est calculée pour chacun des niveaux régional et national ; deux jeux de poids sont calculés :

- des poids régionaux calculés pour chaque échantillon régional séparément et utilisés pour le calcul des indicateurs régionaux ;
- des poids nationaux calculés pour l'échantillon national (regroupant l'ensemble des régions participantes) sans croisement avec la région et utilisés pour le calcul des indicateurs nationaux.

Tableau 3 : Caractéristiques du redressement des données MCP par calage sur marge à l'échelle régionale et nationale

	Redressement régional	Redressement national
Données de référence	Population salariée Insee de la région en ne conservant que les départements participants au programme MCP et les secteurs d'activité disponibles dans la base MCP régionale ⁽¹⁾	Population salariée Insee de l'année disponible en ne conservant que les départements participants au programme MCP
Variables de calage	○ Classe d'âge : < 25 ans, 25-34 ans, 35- 44 ans, 45-54 ans, >=55 ans ○ Sexe ○ Catégorie socioprofessionnelle : cadres, professions intermédiaires, employés, ouvriers ○ Secteur d'activité en 9 postes : regroupement à partir des 21 sections de la NAF 2008 : A, B-C-D-E, F, G, H, I, J-K-L-M-N-R-S-T-U, O-P, Q ⁽²⁾ ○ Région (uniquement pour le redressement national)	
Disponibilité des données redressées	<u>Pour les régions participantes en 2017 au moment de la réforme territoriale :</u> À partir de 2017 pour les régions impactées par la réforme territoriale ⁽³⁾ À partir de la 1 ^{re} année de participation (et au plus tôt à partir de 2007) pour les régions non impactées par la réforme territoriale ⁽⁴⁾	À partir de 2007

(1) Si un secteur d'activité est absent des données régionales, le redressement se fait uniquement sur les autres secteurs disponibles ; le secteur absent est retiré des données Insee de référence.

(2) « A » Agriculture, sylviculture et pêche, « B » Industries extractives, « C » Industrie manufacturière, « D » Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné, « E » Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution, « F » Construction, « G » Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles, « H » Transports et entreposage, « I » Hébergement et restauration, « J » Information et communication, « K » Activités financières et d'assurance, « L » Activités immobilières, « M » Activités spécialisées, scientifiques et techniques, « N » Activités de services administratifs et de soutien, « O » Administration publique, « P » Enseignement, « Q » Santé humaine et action sociale, « R » Arts, spectacles et activités récréatives, « S » Autres activités de services, « T » Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre, « U » Activités extraterritoriales

(3) Hauts-de-France, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie

(4) Bretagne, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire, Martinique et Guadeloupe

La macro SAS® Calmar¹⁷ développée par l'Insee est utilisée pour effectuer le calage sur marges avec la méthode du raking ratio. Une troncature des poids est effectuée afin de limiter la dispersion des poids. La méthode utilisée consiste à tronquer les poids obtenus avec la méthode raking ratio à partir des percentiles 2,5 et 97,5, et ensuite à les redistribuer sur l'ensemble des individus.

2.2.4 Traitement de la non-réponse partielle

La non-réponse partielle a été traitée par imputation simple sur les variables utilisées pour le calage (secteur d'activité en neuf postes (NAF9), catégorie socioprofessionnelle (PCS1), âge en continu et sexe) (Tableau 3). Les variables catégorielles étaient imputées par régression logistique et la variable continue (âge) par régression linéaire avec comme variables explicatives toutes les variables de calage.

Compte tenu du faible taux de données manquantes (taux vérifié chaque année), le traitement des données manquantes n'est plus effectué depuis 2019¹⁸ (Tableau 4).

Tableau 4 : Taux de données manquantes des variables de calage au niveau national (2007 à 2018)

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de données manquantes des variables de calage (%)	6,47	6,97	4,92	3,62	2,28	2,50	2,40	2,04	1,42	1,35	1,06	1,26

2.3 Analyses statistiques

2.3.1 Analyses descriptives – taux de signalement et prévalences

Le « taux de signalement » correspond au nombre de salariés pour lesquels au moins un signalement de MCP a été réalisé au cours des Quinzaines MCP, rapporté au nombre de salariés vus pendant ces Quinzaines. Un même salarié pouvant présenter plusieurs MCP, la prévalence par catégorie de pathologies (ALM, souffrance psychique, irritations et allergies...) est calculée en rapportant le nombre de salariés pour lesquels au moins une MCP de cette catégorie a été signalée durant les Quinzaines au nombre total de salariés vus pendant ces Quinzaines.

Ces taux sont généralement calculés séparément chez les hommes et les femmes et déclinés par variable socioprofessionnelle d'intérêt (âge, catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité...). Ils sont présentés accompagnés de leur intervalle de confiance (IC) à 95 %.

Des indicateurs descriptifs similaires sont calculés pour les agents d'exposition associés aux signalements de MCP.

2.3.2 Analyse des facteurs de risque associés aux signalements de MCP

Les associations entre signalements de MCP et variables socioprofessionnelles d'intérêt sont estimées par des analyses univariées et multivariées. L'âge, le type de contrat, le type de visite, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité et l'année sont classiquement introduites dans le modèle comme variables d'ajustement.

¹⁷ Redressement d'un échantillon par calage sur marges, Document de travail n° F9310, 25 novembre 1993, Sautory Olivier, DSDS, Insee.

¹⁸ Une base imputée 2019 a tout de même été créée pour les besoins d'analyses en cours.

Jusqu'en 2020, les associations entre signalements de MCP et variables socioprofessionnelles étaient mesurées par un modèle de régression logistique simple.

$\eta(X) = X\beta$	Avec $\eta(X) = \text{logit}(\pi(X)) = \ln \left[\frac{\pi(X)}{1-\pi(X)} \right]$ où $\pi(X) = E(Y X) = P(Y = 1 X)$.
--------------------	---

Ce modèle produit des odds-ratio (OR), qui restent une bonne approximation des risques relatifs, les prévalences des différentes pathologies signalées comme MCP étant assez faibles. Toutefois, l'une des limites de ce modèle vient du fait qu'il considère les observations comme indépendantes. Cette hypothèse paraît peu plausible, les salariés vus en visite médicale par un même médecin pouvant être assimilés à des « grappes », où les observations remontées ne sont a priori pas indépendantes, chaque médecin ayant des habitudes de codage propres et les salariés d'une même entreprise vus par un médecin pouvant avoir des caractéristiques similaires (PCS, NAF notamment).

Pour prendre en compte cette corrélation intra-médecin, un effet aléatoire sur la variable médecin a été ajouté dans le modèle. Les associations entre signalements de MCP et variables socioprofessionnelles sont ainsi estimées à l'aide d'un modèle de régression logistique mixte à intercept aléatoire depuis 2020.

Comme dans le cas du modèle de régression logistique « simple », il s'agit d'un modèle conditionné, où des OR sont estimés.

2.3.3 Analyse des tendances temporelles

Les tendances temporelles des MCP sont estimées en routine par le modèle de régression logistique mixte à intercept aléatoire cité précédemment avec l'année comme variable explicative supplémentaire.

2.3.4 Estimation de la sous-déclaration

Dans le cadre du programme MCP, les données recueillies sur le statut des MCP au regard des tableaux de MP permettent, en association avec les données d'indemnisation transmises annuellement par les caisses de sécurité sociale (régimes général et agricole), d'estimer cette sous-déclaration des MP.

Pour une pathologie correspondant à un tableau de MP, le taux de sous-déclaration est défini comme le rapport du nombre de cas non déclarés de la maladie sur le nombre total de cas (déclarés et non déclarés) de cette maladie :

$\frac{\text{Nombre de cas d'une maladie non déclarés en MP}}{\text{Nombre total de cas de cette maladie déclarés et non déclarés}}$
--

Le taux de sous-déclaration s'estime comme :

$\frac{\text{Nombre de MCP non déclarées}^{(1)}}{\text{Nombre de MP reconnues}^{(2)} + \text{nombre de MCP refusées ou en cours de reconnaissance}^{(1)} + \text{nombre de MCP non déclarées}^{(1)}}$

1. Estimés à partir des données MCP

2. Transmis par les régimes de sécurité sociale (régimes général et agricole)

En pratique, le nombre de cas de TMS non déclarés est estimé en extrapolant à la population salariée des régions considérées, les prévalences redressées des TMS correspondant à un tableau de MP non déclarés et leur IC, obtenus lors des Quinzaines MCP. Le nombre de TMS déclarés est quant à lui obtenu en sommant le nombre de TMS reconnus en MP dans les régions concernées. Enfin le nombre de TMS correspondant à un tableau de MP déclarés mais refusés ou toujours en cours de procédure de reconnaissance est estimé à partir des prévalences redressées dans le programme MCP.

Cet indicateur est accompagné d'un intervalle de variation reflétant l'incertitude des estimations utilisées dans sa construction. La borne minimale est calculée en minimisant l'indicateur (indicateur calculé avec la borne inférieure de l'IC de l'estimation du nombre de TMS non déclarés et la borne supérieure de l'IC de l'estimation du nombre de TMS refusés ou en cours de reconnaissance afin de minimiser le numérateur tout en maximisant le dénominateur). La borne maximale est calculée en maximisant l'indicateur (indicateur calculé avec la borne supérieure de l'IC de l'estimation du nombre de TMS non déclarés et la borne inférieure de l'IC de l'estimation du nombre de TMS refusés ou en cours de reconnaissance afin de maximiser le numérateur tout en minimisant le dénominateur).

Des indicateurs de sous-déclaration des TMS pour différentes localisations anatomiques (main-poignet, coude, épaule et rachis lombaire), sont calculés tous les deux ans depuis 2009 et publiés régulièrement¹⁹. Une observation de l'évolution de l'indicateur dans le temps est également réalisée. Les régions participantes au programme MCP variant selon les années, une analyse de sensibilité est réalisée pour évaluer l'effet de variation sur l'indicateur.

2.3.5 Production d'indicateurs standardisés – Géodes®

Les principaux indicateurs MCP (taux de signalement, prévalences des TMS et prévalences de la souffrance psychique) mis à disposition sur Géodes®, sont présentés par sexe et standardisés sur l'âge par la méthode directe en utilisant la distribution de la population salariée.

¹⁹ Homère J., Delézirée P., Bonnet T., Chatelot J. Programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel. Estimation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques (TMS) chez les salariés en France en 2016-2017 et 2018-2019 et évolution depuis 2009. Saint-Maurice: Santé publique France ; 2024 : 10 p.

3 DÉFIS ET ÉVOLUTIONS DU DISPOSITIF MCP

3.1 Éléments de contexte

Depuis plusieurs années, le champ de la Santé travail a fait l'objet d'une succession de réformes portant sur les modalités de suivi individuel de l'état de santé des salariés et un élargissement des missions des SPST qui nécessite un ajustement des pratiques de travail. Bien que la veille sanitaire fasse partie des missions des SPST, celle-ci souffre de ne pas être plus mise en avant dans les textes régissant leur organisation (certification par exemple). De plus le nombre de médecins du travail en exercice tend à diminuer en France entraînant une augmentation de leur charge de travail.

Dans ce contexte, le programme MCP, comme l'ensemble des programmes de veille sanitaire s'appuyant sur les SPST, fait face à une nette diminution de la participation des équipes de santé au travail et donc du nombre de salariés vus pendant les Quinzaines (Tableau 5). Cette diminution de la participation impacte la quantité de données recueillies et donc la finesse des indicateurs produits.

Tableau 5 : Couverture du réseau de surveillance des MCP entre 2007 et 2018

	Régions participantes (N)	Quinzaines MCP (N)	Médecins participants (N (%))	Salariés vus en consultation (N)
2007	7	12	909 (33)	107 392
2008	8	15	964 (33)	114 154
2009	11	14	965 (26)	86 995
2010	11	19	765 (23)	86 950
2011	12	22	711 (19)	78 884
2012	15	27	781 (17)	81 171
2013	13	23	520 (14)	55 841
2014	12	22	453 (13)	47 595
2015	11	19	376 (12)	39 710
2016	11	17	333 (11)	37 867
2017	7*	9	379 (12)	29 779
2018	9	17	428 (13)	42 075
2019	8	16	300 (11)	29 010

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

La diminution de la démographie médicale se retrouve également au sein de l'IMT où un nombre important de postes de MIT ne sont pas pourvus ce qui, au regard de l'organisation actuelle, constitue un frein au déploiement du programme MCP à de nouvelles régions.

De nombreuses réflexions sont conduites pour rendre plus robuste ce programme de surveillance. Les perspectives d'amélioration visent à augmenter la participation des équipes des SPST d'une part, en facilitant au maximum le recueil de données, et à étendre le dispositif à l'ensemble des régions françaises d'autre part. L'amélioration de la diffusion et de la

valorisation des données et des publications réalisées à partir des données MCP est également en cours de réflexion.

Ces réflexions s'inscrivent notamment dans le prolongement de l'évaluation externe du programme de surveillance réalisée en 2017 et des réflexions du groupe de travail interne au programme sur les évolutions du protocole qui s'est ensuite réuni en 2017. L'évaluation externe, réalisée par trois experts indépendants²⁰ du domaine de la Santé au Travail visait à déterminer : l'utilité du système (adéquation du système à ses objectifs), son mode de fonctionnement, ses performances techniques et l'atteinte des objectifs. Elle a abouti à une liste de 13 recommandations principales pour l'amélioration du dispositif (Annexe 9). De nombreuses recommandations émises par le comité d'évaluation externe ont été prises en compte et intégrées au dispositif de surveillance des MCP. En particulier, peuvent être cités : 1) la conduite d'un pilote avec une quinzaine MCP d'une durée d'un mois (en région Pays de la Loire en 2018), 2) la participation des infirmiers au recueil, 3) l'appui sur des médecins référents des SPST, 4) la délivrance d'un certificat de participation aux Quinzaines MCP 5) l'intégration de la Martinique et de la Guadeloupe en 2018. D'autres s'inscrivent dans les réflexions en cours sur la simplification du recueil de données et l'extension du dispositif.

3.2 Réflexions sur la méthodologie

Ce document fait état de certaines limites méthodologiques liées aux modalités de mise en œuvre du programme MCP en particulier en termes de représentativité des données (absence de redressement sur les médecins participants, évolution de la répartition des types de visites...). L'échantillonnage des salariés inclus dans ce programme de surveillance sur des facteurs sociodémographiques et/ou sur le type de visite permettrait d'être plus représentatif des salariés français mais entraînerait une augmentation de la charge de travail des SPST volontaires.

Il en va de même pour la durée et la périodicité du recueil qui doivent permettre la centralisation d'une quantité de données suffisante à la production d'indicateurs à un rythme adapté en conservant une dynamique de recueil pour les équipes des SPST sans les essouffler.

Un test de recueil d'un mois a été réalisé sans impact sur la participation des équipes des SPST. La réduction de la période de recueil a également été évoquée mais n'a pas été testée pour le moment. Le recueil de données une année sur deux a également été évoqué mais il est nécessaire de garder une dynamique de recueil pour les équipes des SPST. Enfin la modification de la fréquence de production des indicateurs a également été abordée. En effet, s'agissant d'événements dont la fréquence évolue lentement, il serait envisageable d'espacer la production des indicateurs tout en gardant une fréquence permettant de suivre facilement les évolutions dans le temps. Une hypothèse envisagée est la production d'indicateurs bisannuels en maintenant un recueil annuel afin de disposer d'un volume de données plus important permettant la production d'indicateurs plus fins et plus robustes.

Il s'agit ici d'atteindre le meilleur compromis entre qualité des indicateurs produits et faisabilité de la méthodologie retenue au regard de la charge de travail des SPST.

²⁰ Pr. Raymond Agius, Professor of Occupational and Environmental Medicine, Director - Centre for Occupational and Environmental Health, Centre for Epidemiology, Division of Population Health School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health The University of Manchester.

Dr Lynda Bensefa-Colas, MD, PhD Chef d'unité, Consultation de Pathologies Professionnelles et Environnementales, Hôpitaux Universitaires Paris Centre – Hôtel Dieu, APHP, Paris Université Paris Descartes.

Pr. Alexis Descatha Directeur de l'Unité Hospitalo-Universitaire de Santé Professionnelle, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP, Garches.

3.3 Expérimentation MCP d'un recueil de données simplifié

L'amélioration de la participation au programme MCP des équipes de santé au travail repose en partie sur une simplification des outils de recueil de données. En effet, en dépit des évolutions de l'application MCP réalisées en 2020, il apparaît que l'utilisation d'une application dédiée est un frein à la participation de certaines équipes de santé au travail. En effet cela les oblige à naviguer entre le logiciel utilisé pendant la consultation et l'application MCP tout en saisissant certaines données en double.

Afin de simplifier le recueil de données MCP, une expérimentation s'appuyant sur les logiciels métiers est en cours de développement. Celle-ci prévoit une extraction automatisée des données utiles au programme MCP déjà présentes dans les logiciels métiers (données socioprofessionnelles par exemple) et l'intégration dans ces derniers d'un module informatique dédié au recueil des données spécifiques au programme MCP. Elle permettra donc aux équipes volontaires d'éviter la double saisie des données socioprofessionnelles notamment, et la navigation entre deux outils informatiques distincts. À la fin de la Quinzaine, l'ensemble des données collectées sera extrait des logiciels métiers par les équipes volontaires et automatiquement intégré dans l'application MCP dédiée via une interface de programmation applicative.

Ce recueil simplifié devrait favoriser la participation des équipes des SPST et permettre ainsi la centralisation d'un volume de données plus important et par conséquent la production d'indicateurs plus fins, notamment en termes de secteurs d'activité et de professions, permettant un meilleur ciblage des actions de prévention en milieu professionnel.

Dans un premier temps, deux régions pilotes, la Bretagne et l'Occitanie, participent à cette expérimentation qui sera mis en place en 2024, l'objectif étant ensuite d'étendre ce mode de recueil simplifié à l'ensemble du territoire s'il s'avère concluant.

Ce projet d'expérimentation constitue l'un des livrables de l'action 10.2 du Plan Santé au Travail 2022-2025 qui vise à mieux collecter et structurer les données en santé au travail pour en faciliter l'exploitation à des fins de prévention et de recherche et s'inscrit plus largement dans l'enjeu du numérique autour des données en santé travail.

3.4 Extension du dispositif

Santé publique France souhaite étendre le dispositif MCP à l'ensemble du territoire national pour produire des indicateurs régionaux pour l'ensemble des régions et disposer d'un volume de données suffisant pour produire des indicateurs plus fins, plus robustes et plus représentatifs.

Les réflexions sur l'extension du dispositif à l'ensemble des régions reposent en grande partie sur le fait de repenser l'organisation générale du dispositif MCP. La démographie médicale au sein de l'IMT étant en net recul, un nombre important de postes de MIT ne sont pas pourvus et certaines régions sont actuellement dépourvues de MIT. Cette situation constitue le principal frein au déploiement du programme MCP à l'ensemble du territoire souhaité par Santé publique France pour améliorer la qualité des indicateurs. Cette situation interroge sur l'adaptation d'un fonctionnement qui repose actuellement sur la présence nécessaire d'un binôme MIT/Épidémiologiste à la réalité actuelle du terrain.

Plusieurs pistes sont explorées en concertation avec les MIT, la première étant de sortir du fonctionnement actuel impliquant la participation obligatoire d'un MIT en région en trouvant d'autres relais pour appuyer les épidémiologistes en région, au sein des Dreets mais aussi par exemple directement au sein des SPST. L'une des difficultés réside dans la manière de solliciter les équipes des SPST à participer au dispositif de surveillance des MCP. En effet, les

MIT, interlocuteurs privilégiés des médecins du travail et des SPST, disposent de leurs coordonnées et ces informations ne sont pas centralisées à l'échelle nationale. Un mode de fonctionnement alternatif va ainsi être testé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur en collaboration avec la Dreets et l'ORS. À moyen terme, l'objectif serait de s'appuyer sur une équipe nationale de MIT qui porterait le programme MCP sur l'ensemble du territoire.

3.5 Meilleure valorisation des données MCP

En complément des réflexions visant à l'évolution fonctionnelle du programme de surveillance des MCP (évolution du mode de recueil, extension territoriale), un axe d'amélioration concerne la valorisation des données issues de ce dispositif ; afin que les données MCP soient mieux connues des acteurs locaux et donc que leur utilisation par les SPST se développe.

Il convient donc d'améliorer la visibilité de ces données d'une part mais aussi de rendre les résultats produits adaptés aux besoins du terrain, aussi bien sur le fond que sur la forme, en :

- Diversifiant les types de valorisations réalisées. Ces dernières années, des analyses par secteur d'activité et par profession sont ainsi privilégiées car celles-ci apparaissent plus adaptées aux besoins des acteurs du champ Santé travail²¹ ;
- Interrogeant les acteurs locaux et les partenaires en charge de la prévention des risques professionnels afin de produire des indicateurs adaptés à leurs besoins ;
- Définissant des plans de diffusion des résultats produits à partir des données MCP à l'échelle locale (diffusion auprès des SPST, aussi bien pour valoriser leur implication que pour motiver leur participation) régionale (Plans régionaux santé travail, diagnostics territoriaux) ou nationale (préventeurs, acteurs de santé au travail, politiques) ;
- Faisant évoluer le format des publications régionales annuelles afin d'améliorer leur appropriation par les acteurs et l'utilisation des données dans les politiques régionales et notamment dans la préparation et le suivi des déclinaisons régionales des PST.

²¹ <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>
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/documents/article/les-maladies-a-caractere-professionnel-chez-les-salaries-de-la-grande-distribution-alimentaire-en-france.-resultats-2009-2016>

CONCLUSION

Le programme de surveillance des MCP est un dispositif central dans le champ de la surveillance des risques professionnels qui complète les données de reconnaissance en MP afin de mieux documenter l'impact sanitaire du travail. Il fournit des indicateurs aussi bien à l'échelle nationale que régionale pour les régions participantes. Ce dispositif produit notamment des indicateurs sur la souffrance psychique en lien avec le travail pour laquelle en l'absence de tableau de MP, le nombre de données disponibles reste limité. Ce dispositif a notamment permis de mettre en évidence de très importantes différences de prévalence de la souffrance psychique liée au travail entre les femmes et les hommes, au net détriment des femmes²²²³. Il permet également de fournir des éléments utiles à l'évolution des tableaux de MP et participe à l'estimation de la sous-déclaration en MP.

Le présent document décrit le mode de fonctionnement de ce dispositif, de sa mise en place en 2003 à 2023, et détaille les aspects méthodologiques associés (constitution de l'échantillon, analyses statistiques, etc.) ainsi que leurs limites. Il présente également les perspectives envisagées et les enjeux pour les années à venir. En effet, ce programme de surveillance, initié il y a près de 20 ans, doit s'adapter aux évolutions de l'organisation de la Santé travail et aux réalités du terrain (diminution du nombre de médecins du travail et de MIT, élargissement des missions des SPST laissant peu de place à la veille sanitaire, etc.). En effet, depuis plusieurs années, la participation des équipes de santé au travail est en diminution et la crise sanitaire a amplifié cette tendance. Or pour permettre au dispositif d'atteindre ses objectifs, il est nécessaire de disposer de données de bonne qualité en quantité suffisante.

C'est pourquoi, une démarche d'évolution globale du dispositif a d'ores et déjà commencé afin d'optimiser aussi bien la méthodologie, le fonctionnement que la production d'indicateurs utiles à différents types d'acteurs.

La première étape d'amélioration fonctionnelle réside dans l'évolution du mode de recueil des données. L'expérimentation en cours de mise en place devrait faciliter ce recueil et donc la participation des médecins du travail et de leur équipe en intégrant, autant que faire se peut, la participation au programme de surveillance des MCP à leur pratique quotidienne.

En parallèle, l'extension du dispositif à l'ensemble du territoire national permettra de pallier en partie la diminution de la participation en sollicitant toutes les équipes de santé au travail de France de manière homogène et de produire des indicateurs plus représentatifs.

Dans le cadre de l'action 10.2 du 4^e PST²⁴, Santé publique France, l'Anses et la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques se sont également engagés dans des réflexions communes sur les collaborations et l'optimisation des dispositifs de veille des risques professionnels mobilisant les SPST. Ces échanges ont permis de discuter d'une possible convergence à moyen terme. Ces échanges se poursuivront dans les années à venir. Ces réflexions doivent être menées de manière à trouver le juste équilibre entre qualité des indicateurs produits, faisabilité opérationnelle de mise en œuvre au regard de la réalité du terrain et des objectifs attendus.

²² Homère J, Provost D, Delézire P, Garras L, Smaili S, Fernet F, Bonnet T, Chatelot J. 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.

²³ 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.

²⁴ Action 10.2 du 4^e plan Santé Travail 2021-2025 « Mieux collecter et structurer les données en santé au travail pour en faciliter l'exploitation à des fins de prévention et de recherche ».

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de bord des visites MCP 2023



Nom du médecin :

Département :

Numéro du service :

Type de service :

Numéro de l'équipe :

ETP (en %) :

Tableaux de bord de la "Quinzaine MCP"

(Ensemble de toutes les visites médicales pendant la "Quinzaine MCP")



(1) Type de contrat : CDI ou fonctionnaire, CDD, Interim, Apprenti ou Alternance ou Stagiaire, Intermittent du spectacle, Autre (saisonnier, vacataire)

(2) Type de visite – VIPE : Visite d'information et de prévention d'embauche ; VIIP : Visite d'information et de prévention périodique ; EMAE : Examen médical d'aptitude d'embauche ; EMAP : Examen médical d'aptitude périodique ; VI : Visite intermédiaire ; VR : Visite de reprise ; VPR : Visite de pré-reprise ; VD : Visite à la demande

(3) Classification professionnelle
1 : Manœuvre ou ouvrier spécialisé ; 2 : Ouvrier qualifié ou ouvrier hautement qualifié ou technicien d'atelier ; 3 : Agent de maîtrise ; 4 : Directeur général ou adjoint direct au directeur ; 5 : Technicien de bureau, dessinateur, VFP ; 6 : Instituteur, assistante sociale, infirmière et autres personnels de catégorie B de la fonction publique ; 7 : Ingénieur ou cadre ; 8 : Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique ; 9 : Employés de bureau, de commerce, agents de service, aides soignantes, gardiennes d'enfants, personnels de catégorie C ou D de la fonction publique ; 0 : Autres ; (ou blanc) : Manquant

(4) Statut entreprise – 1 : Etat ; 2 : Collectivités territoriales, HLM, hôpitaux ; 3 : Sécurité sociale ; 4 : Ex-entreprises publiques nationalisées (EDF, La Poste, SNCF, RATP...); 5 : Privé ; (ou blanc) : Manquant

(5) Taille de l'entreprise – 1 : 1 à 9 salariés ; 2 : 10 à 49 salariés ; 3 : 50 à 199 salariés ; 4 : 200 à 499 salariés ; 5 : 500 salariés ou plus ; (ou blanc) : Manquant

N° de la visite	Date jj/mm/aaaa	Sexe (H/F)	Année de naissance	Code PCS	Profession en clair (préciser la qualification)	Code NAF 2008 entreprise	Type de contrat ⁽¹⁾ (CDI, CDD, Interim, Apprenti, Spectacle, ...)	Type de visite ⁽²⁾ (VIPE, VIIP, EMAE, EMAP, VI, VR, VPR, VD)	Membre de l'équipe (1=Médecin du travail / 2=Infirmier)	Classification professionnelle ⁽³⁾ (0-9)	Statut entreprise ⁽⁴⁾ (1-5)	Taille entreprise ⁽⁵⁾ (1-5)	Text1	Text2	Text3	Text4	Text5
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP).
Guide méthodologique / p. 34

Annexe 2 : Fiche de signalement MCP 2023



MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL (MCP) - FICHE DE SIGNALEMENT 2024

A adresser au MIT de la Dreets

Département		Service		Equipe		Rang dans le Tableau de bord	
SALARIE		Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre		Année de naissance :			
Type de contrat		☐ CDI, fonctionnaire		☐ CDD		☐ Interim	
		☐ Intermittent du spectacle		☐ Autre (Saisonnier, vacataire...)		☐ Apprenti, alternance, stagiaire, étudiant	
Classification professionnelle (Code au dos) :							
Profession (préciser le mieux possible) :							
Décrire les tâches ou activités que le salarié doit accomplir au cours d'une journée de travail typique :							
ENTREPRISE Nom et Adresse (facultatif, uniquement pour le Mit)							
Département :		Code postal du lieu de travail :		Secteur d'activité (NAF 2008) :			
Statut de l'entreprise (Code au dos) :		Taille de l'entreprise (Code au dos) :					
PATHOLOGIE 1				Date de début : mois : année : 20			
■ Diagnostic (ou manifestations pathologiques) :				 ne pas remplir			
■ Agent(s) physique, chimique, biologique et/ou organisation du travail susceptible(s) d'être à l'origine de la pathologie							
HIERARCHISER LES PRINCIPAUX AGENTS (3 AU MAXIMUM) PAR ORDRE DE CROISSANT D'IMPORTANCE							
1)				 ne pas remplir			
2)				 ne pas remplir			
3)				 ne pas remplir			
■ Cette pathologie a-t-elle déjà été signalée en MCP lors d'une quinzaine précédente ? ☐ Oui ☐ Non							
→ Si oui, en quelle année ?							
■ Existe-il un tableau de maladie professionnelle pour cette MCP ? ☐ Oui ☐ Non							
> Si oui, a-t-elle fait l'objet d'une déclaration en MPI (y compris CRRMP) ?							
☐ Oui, refus de reconnaissance ☐ Oui, procédure en cours ☐ Non							
→ Si cette MCP n'a pas fait l'objet d'une déclaration en MPI, pourquoi ?							
☐ Bilan diagnostique en cours ou non finalisé ☐ Méconnaissance du salarié							
☐ Critères du tableau non remplis ☐ Refus du salarié : ☐ Crainte pour l'emploi ☐ Complexité démarche							
☐ Réparation peu attractive ☐ Autre :							
→ Si non, a-t-elle fait l'objet d'une demande de reconnaissance en CRRMP ?							
☐ Oui, refus de reconnaissance ☐ Oui, procédure en cours ☐ Non							
■ Cette pathologie est-elle liée à une profession antérieure ? ☐ Oui ☐ Non							
■ Cette pathologie suggère-t-elle un aménagement de poste pour le maintien dans l'emploi ? ☐ Oui ☐ Non							
■ Cette pathologie est-elle susceptible d'entraîner un risque d'invalidité à plus ou moins long terme ?							
☐ Oui, à long terme ☐ Oui, à moyen terme ☐ Oui, à court terme ☐ Non							

PATHOLOGIE 2Date de début : mois : année: 20

- **Diagnostic (ou manifestations pathologiques) :**
ne pas remplir
- **Agent(s) physique, chimique, biologique et/ou organisation du travail susceptible(s) d'être à l'origine de la pathologie**
HIERARCHISER LES PRINCIPAUX AGENTS (3 AU MAXIMUM) PAR ORDRE DECROISSANT D'IMPORTANCE
- 1)
ne pas remplir
- 2)
☐ lié à la crise sanitaire ne pas remplir
- 3)
☐ lié à la crise sanitaire ne pas remplir
- **Cette pathologie a-t-elle déjà été signalée en MCP lors d'une quinzaine précédente ?** ☐ Oui ☐ Non
→ Si oui, en quelle année ?
- **Existe-il un tableau de maladie professionnelle pour cette MCP ?** ☐ Oui ☐ Non
> Si oui, a-t-elle fait l'objet d'une déclaration en MPI (y compris CRRMP) ?
☐ Oui, refus de reconnaissance ☐ Oui, procédure en cours ☐ Non
→ Si cette MCP n'a pas fait l'objet d'une déclaration en MPI, pourquoi ?
☐ Bilan diagnostique en cours ou non finalisé ☐ Méconnaissance du salarié
☐ Critères du tableau non remplis ☐ Refus du salarié : ☐ Crainte pour l'emploi ☐ Complexité démarche
☐ Réparation peu attractive ☐ Autre :
- ☐ Autre raison :
- > Si non, a-t-elle fait l'objet d'une demande de reconnaissance en CRRMP ?
☐ Oui, refus de reconnaissance ☐ Oui, procédure en cours ☐ Non
- **Cette pathologie est-elle liée à une profession antérieure ?** ☐ Oui ☐ Non
- **Cette pathologie suggère-t-elle un aménagement de poste pour le maintien dans l'emploi ?** ☐ Oui ☐ Non
- **Cette pathologie est-elle susceptible d'entraîner un risque d'inaptitude à plus ou moins long terme ?**
☐ Oui, à long terme ☐ Oui, à moyen terme ☐ Oui, à court terme ☐ Non

NOM DU MEDECIN DECLARANT : SIGNATURE ET CACHET :

Téléphone : Date : 20

Annexe 3 : Arbre décisionnel pour le codage des pathologies relevant de la souffrance psychique

Arbre décisionnel de codage des symptômes et pathologies relevant de la souffrance psychique

- 1. Burn out, épuisement, surmenage **Z73**
- 2. Stress post-traumatique **F431**
 - Réaction aigue à un facteur de stress **F430**
 - Trouble de l'adaptation **F432**
- 3. Addiction (alcool, tabac...) **F102**
 - Workaholisme **F559**

SI 'dépression', 'syndrome dépressif', 'troubles de l'humeur'
Ou
Plusieurs symptômes de dépression caractérisée (anhédonie, perte d'appétit, tristesse, dévalorisation, perte de l'estime de soi, ruminations...)

OUI

- 1. Dépression sévère avec ou sans tentative de suicide, idée suicidaire **F322**
- 2. Dépression avec anxiété ou symptômes d'anxiété, syndrome anxio-dépressif **F412**
- 3. Dépression avérée ou avec traitement, dépression moyenne **F321**
- 4. Dépression légère, tendance dépressive, troubles de l'humeur **F320**

NON

- 1. Anxiété ou plusieurs symptômes d'anxiété (irritabilité, nervosité, tremblement, crise de larmes, phobie, spasmophilie...) **F419**
- 2. Troubles anxieux phobiques **F40**
- 3. Décompensation de troubles bipolaires **F31**
 - Décompensation de TOC **F42**
 - Décompensation d'autres troubles névrotiques **F48**
 - Décompensation de manifestations psychotiques, paranoïaques, Bouffées Délirantes Aigües **F23**
- 4. Insomnie **F510**
 - Hypersomnie **F511**
- 5. Troubles du sommeil **F519**
- 6. Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie ...) **F508**
- 7. Somatisation **F45**
- 8. Asthénie, fatigue **R53**
- 9. Démobilisation professionnelle **Z70**
- 10. Autres libellés (imprécis et employés seuls) :
 - Symptômes (fatigue psychique, tension nerveuse, irritabilité, souffrance mentale, troubles de l'attention...) **Z561**
 - Imprécis (Stress, RPS, décompensation psychique et physique, troubles psychosociaux, mal être au travail...) **Z569**

Annexe 4 : Thésaurus des expositions professionnelles (extrait : agents physiques, facteurs biomécaniques, facteurs organisationnels, relationnels et éthiques jusqu'à 4 digits) - 2023

5 – AGENTS PHYSIQUES

- 51 Ambiance thermique et hygrométrie**
 - 511 intempérie
 - 512 nuisance liée à l'ambiance thermique
 - 5121 ambiance thermique chaude
 - 5122 ambiance thermique froide
 - 5123 variation de température
 - 512Z autre nuisance liée à l'ambiance thermique en général
 - 513 nuisance liée à l'aération ou à l'insuffisance d'aération
 - 5131 confinement manque de ventilation
 - 5132 courant d'air
 - 5133 local climatisé
 - 5134 ambiance hyperbare
 - 513Z autre nuisance liée à l'aération ou à l'insuffisance d'aération
 - 514 nuisance liée à l'hygrométrie
 - 5141 ambiance humide
 - 5142 ambiance sèche
 - 514Z autre nuisance liée à l'hygrométrie
 - 51Z autre nuisance thermique et hygrométrique
- 52 Éclairage**
 - 521 éclairage avec rendu des couleurs insuffisant
 - 522 éclairage localement insuffisant
 - 523 éclairage localement éblouissant
 - 524 lumière artificielle (salle blanche, local aveugle)
 - 52Z autre contrainte éclairage
- 53 Électricité**
 - 531 arc électrique
 - 532 courant continu
 - 533 courant alternatif
 - 534 électricité statique ou ionisation
 - 53Z autre risque électrique
- 54 Incendie et explosion**
 - 541 explosion
 - 542 incendie
 - 543 objet incandescent
 - 54Z autre risque d'incendie, d'explosion
- 55 Pression**
 - 551 pression supérieure à la pression atmosphérique
 - 552 pression inférieure à la pression atmosphérique
- 56 Rayonnement et champ électromagnétique**
 - 561 champ statique (électrique, magnétique)
 - 562 rayonnement non ionisant
 - 5621 rayonnement optique (longueur d'onde < 1 mm)
 - 5622 rayonnement électromagnétique
 - 562Z autre rayonnement non ionisant
 - 563 rayonnement ionisant
 - 5631 rayonnement α
 - 5632 rayonnement β
 - 5633 rayonnement γ
 - 5634 rayonnement neutron
 - 5635 rayonnement mixte
 - 5636 rayonnement X
- 57 Vibration**
 - 571 vibration transmise au système main/bras
 - 572 vibration transmise corps entier (véhicule)
 - 573 vibration sonore
 - 5731 vibration sonore audible
 - 5732 vibration sonore inaudible
 - 573Z autre vibration sonore
 - 574 vibration due à un choc répété
 - 57Z autre vibration
- 58 Contraintes visuelles et posturales**

	581	travail sur ordinateur (écran, clavier, souris...)
	582	travail sur appareil optique (binoculaire, microscope, etc.)
	583	autre travail de précision associant contrainte visuelle et posturale
59	Ergonomie	
	591	ergonomie du poste de travail
	592	open space
5A	Équipement de protection individuelle (EPI)	
	5A1	bouchons d'oreille
	5A2	masque d'hygiène
	5A3	chaussures de sécurité
	5A4	gants
	5AZ	autre EPI
5Z	Autre nuisance physique	
	5Z1	tabagisme

6- FACTEURS BIOMÉCANIQUES

61	Travail avec force	
	611	effort de poussée et de traction
	612	port de charge
	612	manutention de personne
	6121	soulèvement de charge (déplacement vertical)
	6122	port de charge (déplacement horizontal)
	613	effort physique
	614	appui sur le talon de la main
	61Z	autre travail avec force
62	Mouvement répétitif	
	621	mouvement répétitif du membre inférieur
	622	mouvement répétitif du membre supérieur
	623	mouvement répétitif de la tête et du cou
	624	mouvement répétitif du tronc
	625	hypersollicitation de la voix
	62X	mouvement répétitif sans précision
	62Z	autre mouvement répétitif
63	Posture	
	631	posture du corps entier
	6311	posture assise
	6312	posture debout
	6313	posture en rampant
	631Z	autre posture du corps entier
	632	posture du membre inférieur
	6321	position bloquée du membre inférieur
	6322	posture accroupie
	6323	posture agenouillée
	632Z	autre posture du membre inférieur
	633	posture du membre supérieur
	6331	posture de l'épaule
	6332	posture du poignet, main ou doigt
	6333	posture du coude
	633Z	autre posture du membre supérieur
	634	posture tête et cou
	6341	posture cou en flexion ou extension
	6342	posture cou en rotation
	634Z	autre posture tête et cou
	635	posture du tronc
	6351	posture tronc en flexion ou extension
	6352	posture en torsion du rachis
	6353	posture en torsion et antéflexion du rachis
	635Z	autre posture du tronc
	63Y	postures multiples
	63X	posture sans précision
	63Z	autre posture
64	Amplitude des mouvements	

7- FACTEURS ORGANISATIONNELS RELATIONNELS ET ÉTHIQUES

71	Exigence inhérente à l'activité
711	horaire de travail
7111	travail poste (2x8, 3x8, 5x8...)
7112	travail de nuit
7113	travail de garde
7114	travail dimanche et jour férié
7115	amplitude horaire de travail continu supérieure à 10 heures
7116	travail fractionné (sécabilité ou travail en coupure)
7117	repos hebdomadaire régulièrement inférieur à 48 heures
7118	imprévisibilité des horaires de travail
7119	horaires décalés
711Z	autre horaire de travail pouvant générer une nuisance sur la sante
712	déplacement professionnel
7121	déplacement professionnel (mission) perturbant la vie sociale sans découcher
7122	déplacement professionnel (mission) perturbant la vie sociale avec découcher
7123	déplacement professionnel (mission) perturbant la chronobiologie (décalage horaire)
712Z	autre déplacement professionnel générant une nuisance à l'exclusion des trajets choisis cités en 7644
713	autre modalité particulière imposée de travail
7131	astreinte téléphonique ou par messagerie électronique
7132	travail à temps partiel imposé
7133	télétravail imposé
7134	travail à domicile du salarié imposé
7135	travail temporaire imposé
7136	heure supplémentaire imposée
7137	sollicitation à tout moment en dehors des heures de travail
7138	activités multisites avec un seul employeur
713Z	autre modalité particulière imposée pouvant générer une nuisance
714	caractéristique propre à l'activité
7141	pauvreté de contenu
7142	exigence particulière de contenu
7143	accès facile à la nourriture ou à l'alcool par le travail
7144	inadéquation du poste de travail avec les capacités physiques et/ou psychiques
7145	peur du danger (risques routiers, produits corrosifs...)
714Z	autre caractéristique propre à l'activité pouvant générer une nuisance
71Z	autre exigence générale inhérente à l'activité pouvant générer une nuisance
72	Organisation fonctionnelle de l'activité (management, management par le stress)
721	changement dans l'organisation et modalité particulière de management
7211	restructuration importante dans les mois écoulés ou à venir
7212	changement de personnes
7213	changement de méthode
7214	management matriciel non régulé ou projet transversal
7215	changement d'horaires
721Z	autre changement dans l'organisation pouvant générer une nuisance
722	surcharge ou sous-charge de travail ressentie
7221	surcharge de travail ressentie
7222	sous-charge de travail ressentie
722Z	autre modalité de charge de travail pouvant générer une nuisance
723	procédure et contrôle excessif
7231	procédure perçue comme excessive
7232	contrôle perçu comme excessif
7233	contrôle continu par des moyens matériels (vidéosurveillance, informatique, enregistrement, mouchard...)
7234	call center
723Z	autre procédure ou contrôle perçu comme excessif
724	faible latitude de décision dans l'organisation de son travail
725	peu de possibilités d'apprendre ou de développer de nouvelles compétences
726	déficit de reconnaissance (encouragements, félicitations...) ou de récompense (ex : salaire, promotion, entretien annuel d'évaluation)
7261	déficit perçu d'expression verbale, manque d'expression de reconnaissance sous forme orale ou écrite
7262	déficit perçu de salaire
7263	déficit perçu (manque ou retard) de promotion professionnelle
7264	déficit perçu de reconnaissance de titre ou de diplôme
726Z	autre déficit perçu de reconnaissance ou de récompense
727	insuffisance de moyens

	7271	inadéquation objectif/moyen
	7272	insuffisance de formation en rapport avec la tâche à exercer
	7273	défaut de circulation de la communication
	7274	déficit objectif d'encadrement
	7275	déficit objectif du personnel non-cadre, des collègues de travail (poste non pourvu, absence non remplacée)
	7276	glissement de la tâche et de la responsabilité (ambiguïté des rôles)
	727Z	autre insuffisance de moyens
728		dysfonctionnement des prescriptions de la hiérarchie (dysfonctionnement managérial)
	7281	contenu du travail objectivement mal défini (absence de fiche de poste ou de procédure)
	7282	injonction paradoxale
	7283	dépassement habituel de l'horaire contractuel, heure supplémentaire non payée, non récupérée
	7284	positionnement perçu comme ambigu de la hiérarchie
	7285	hiérarchie perçue comme fuyante (défaut d'arbitrage, pas de prise de décision...)
	7286	objectif vécu comme inatteignable (pression, pas d'objectif, mise en compétition des personnes)
	7287	perception d'injustice managériale
	728Z	autre dysfonctionnement de la prescription de la hiérarchie pouvant générer une nuisance
729		mutation sur autre poste ou autre site (ou annonce faite dans les 3 mois précédant les premiers signes)
	7291	mutation pour une durée déterminée
	7292	mutation pour une durée indéterminée
	7293	réaffectation imposée
	729Z	autre mutation sur autre poste ou autre site
72Z		autre modalité générale d'organisation fonctionnelle de l'activité pouvant générer une nuisance
	72Z1	contraintes réduisant le temps des repas
73		Relation au travail et violence
	731	qualité de la relation au travail (ambiance de travail, troubles relationnels au travail, conflit professionnel)
	7311	relation vécue délétère
	7312	déficit vécu de soutien
	731Z	autre caractéristique qualitative de la relation pouvant générer une nuisance
732		violence extérieure (personnes extérieures à l'établissement)
	7321	agression verbale (violence extérieure)
	7322	agression physique (violence extérieure)
	7323	braquage, hold-up
	7324	être témoin d'un événement traumatisant (extérieur à l'entreprise)
	7325	conflit avec personne extérieure à l'entreprise - contexte de judiciarisation (plainte d'un client, patient)
	732Z	autre violence extérieure
733		violence interne (autre salarié de l'entreprise)
	7331	agression verbale (violence intérieure)
	7332	vécu de fausse accusation
	7333	agression, violence physique subie (violence intérieure)
	7334	événement traumatisant vécu comme témoin ou relate
	7335	vécu de harcèlement à caractère sexuel
	7336	vécu de discrimination (genre, âge, préférence sexuelle, syndicalisme, etc.)
	7337	vécu de harcèlement moral au travail
	7338	déqualification
	7339	mise au placard
	733Z	autre violence interne
	73Z	autre modalité générale de relation au travail pouvant générer une nuisance
74		Éthique personnelle, conflit de valeur
	741	faire un acte allant à l'encontre de ses principes (vente abusive, réaliser des licenciements)
	742	être témoin impuissant d'actes allant à l'encontre de ses principes
	743	manquer de moyens ou de temps pour faire un travail de qualité
	74Z	autre conflit de valeur du fait de l'éthique personnelle
75		Éthique de l'entreprise
	751	niveau général de sécurité ou culture de sécurité faible
	752	niveau général d'hygiène ou culture d'hygiène faible
	753	manque de moyens de protection
	7531	manque de moyens de protection collective
	7532	manque de moyens de protection individuelle

	754	manque de respect dans la communication verbale
	75Z	autre manque à l'éthique de l'entreprise pouvant générer une nuisance
76	Autre facteur de majoration	
	761	statut médical ou social particulier pouvant modifier la relation
	7611	prise en compte insuffisante ou inadaptée de restriction d'aptitude (hors handicap)
	7612	restriction d'aptitude non acceptée par le salarié
	7613	retour après absence
	7614	personne en situation de handicap
	761Z	autre statut médical ou social pouvant modifier la relation
	762	revendication de droits : revendication concernant les congés, une formation, une prime non reçue, le paiement d'heures supplémentaires, signature d'une pétition
	7621	action conduite du fait d'un engagement social ou d'un mandat électif
	7622	action conduite à titre personnel
	762Z	autre modalité de revendication de droits
	763	prise de position ou acte individuel mettant en cause l'entreprise
	7631	dénonciation d'agissements supposés ou prétendus malhonnêtes en rapport avec l'activité professionnelle
	7632	externalisation d'un problème interne à l'entreprise (auprès de l'Inspection du Travail, prendre un avocat...)
	763Z	autre prise de position ou acte individuel mettant en cause l'entreprise
	764	modalité particulière choisie de travail
	7641	employeurs multiples
	7642	télétravail choisi
	7643	travail à domicile choisi
	7644	temps trajet domicile - travail
	7645	surqualification au travail
	7646	réaffectation souhaitée sur un autre poste
	7647	poste ne satisfaisant pas aux aspirations mais accepte pour des raisons économiques
	7648	travail à temps partiel choisi
	7649	travail temporaire choisi
	764Z	autre modalité particulière de travail choisie pouvant générer une nuisance
	765	facteur de majoration lie à l'entreprise (contexte social, contexte économique)
	7651	contexte socio-économique défavorable
	7652	procédure de rupture conventionnelle de contrat ou négociation de départ volontaire en cours
	7653	insécurité dans l'emploi, manque de visibilité dans l'emploi
	7654	engagement d'une procédure de licenciement
	7655	contexte d'entreprise familiale ou de lien particulier entre la personne et la hiérarchie
	765Z	autre contexte défavorable lie à l'entreprise
76Z	Autre modalité	

Annexe 5 : Certificat de participation aux Quinzaines MCP 2022 en région Grand Est



Direction régionale
de l'économie, de l'emploi, du travail
et des solidarités du Grand Est



LES
MALADIES
À CARACTÈRE
PROFESSIONNEL

CERTIFICAT DE PARTICIPATION

L'équipe MCP remercie

Dr

et atteste de sa participation
au programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel en 2022

A le .../.../.....



Annexe 6 : Note d'information collective 2023 du programme de surveillance des MCP



LES
MALADIES
À CARACTÈRE
PROFESSIONNEL

Note
d'information
collective

Surveillance des maladies à caractère professionnel

Dans le cadre de ses missions, Santé publique France contribue à l'amélioration des connaissances ainsi qu'à la surveillance des accidents du travail, des maladies à caractère professionnel (MCP) et des risques sanitaires en milieu du travail (article L1413-7 du code de la santé publique).

Afin de mieux connaître l'état de santé des travailleurs salariés, Santé publique France en collaboration avec la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) et l'Observatoire régional de Santé (ORS), propose un renforcement de la veille sanitaire au travers de l'observation des MCP en s'appuyant sur les médecins du travail de la région et leurs équipes.

Aujourd'hui, certaines maladies professionnelles, conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle, sont reconnues et indemnisées dans le cadre de tableaux de maladies professionnelles existants. Ces tableaux sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'apparition ou d'une meilleure connaissance des risques (ajout de nouveaux tableaux, modification des tableaux existants). Il est donc nécessaire de mieux connaître les maladies et les risques susceptibles de survenir dans le milieu professionnel pour faire évoluer ces tableaux.

Pour cela, le législateur a imaginé un dispositif de signalement par les médecins du travail des affections qu'ils rencontrent au cours de leur exercice et dont ils jugent qu'elles pourraient être imputables au travail.

**NOUS VOUS
INFORMONS QUE
VOUS CONSULTEZ
PENDANT UNE
«QUINZAINE MCP»**

Le dispositif de surveillance MCP prévoit un recueil basé sur un réseau de médecins du travail et leurs équipes pour signaler de manière confidentielle toutes les MCP rencontrées au cours des visites de médecine du travail pendant des périodes de 15 jours, « les Quinzaines MCP ». La meilleure connaissance de ces maladies permettra d'améliorer la prévention en matière de santé au travail.

Seules des données pseudonymisées (sans indication des nom, prénom, adresse, date de naissance ou numéro de sécurité social) relatives à la situation professionnelle et à l'état de santé du patient sont transmises à Santé publique France. Les résultats de ces « Quinzaines MCP » seront restitués sous forme de tableaux statistiques synthétiques et agrégés, aux niveaux régional et national, de façon à ce qu'aucun d'entre vous ne puisse être identifié. Le patient peut exercer ses droits sur ses données notamment son droit d'opposition de ses données via son médecin, dans les conditions énoncées plus-bas.

Ce traitement est mis en œuvre pour l'exécution de sa mission d'intérêt public et a été autorisé par la CNIL. Les agents compétents de Santé publique France, de la Dreets et de l'ORS accèdent, dans la limite de ce qui est nécessaire à l'exercice de leurs missions, aux données pseudonymisées des patients. Ces données sont conservées pendant 20 ans. Le patient peut exercer ses droits d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation auprès de son médecin du travail. Ces droits peuvent être exercés jusqu'à la transmission des données par le médecin, qui ne peut intervenir au-delà de 60 jours après le début de la quinzaine. Passé ce délai, les mesures de pseudonymisation mises en œuvre empêchent l'identification des personnes concernées. Les patients et les médecins peuvent contacter dpo@santepubliquefrance.fr (indiquer :quinzaine MCP) pour toutes questions sur le traitement de leurs données dans le cadre de la quinzaine MCP. Ils peuvent déposer une réclamation auprès de la CNIL s'ils estiment que leurs droits ne sont pas respectés.


**MINISTÈRE
DU TRAVAIL,
DU PLEIN EMPLOI
ET DE L'INSERTION**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Merci de votre Collaboration

 **Santé
publique
France**

Annexe 7 : Conditions générales d'utilisation de l'application MCP

CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION

Relatif à l'accès à l'application MCP et à l'utilisation des données qui en sont issues

Utilisateur : personne ayant accès à l'application MCP et en charge de la collecte ou de l'analyse des données.

Données : données à caractère personnel recueillies dans l'application MCP. Elles comprennent :

- **Données Patients:** données pseudonymisées, relatives aux données sur les patients vus pendant les quinzaines MCP.
- **Données Utilisateurs :** données d'identification de l'utilisateur pour l'accès à l'application et données de connexion.

Les Utilisateurs locaux sont les médecins et équipes de santé au travail participant aux quinzaines. Les Utilisateurs locaux sont chargés de la collecte des Données, via l'application ou sous format papier ou informatique (fichiers excel).

Les Utilisateurs régionaux sont les MIRT et épidémiologistes régionaux. Ils sont chargés de la collecte (création des comptes des Utilisateurs locaux et le cas échéant saisie informatique des Données Patients) et de l'analyse régionale des Données.

Les Utilisateurs nationaux sont les agents de Santé publique France. Ils sont chargés de la collecte des Données des Utilisateurs régionaux et nationaux (et le cas échéant, saisie informatique des Données Patients) et de l'analyse des Données.

Pour rappel :

- ⇒ Santé publique France est titulaire des droits de propriété intellectuelle sur les Données et l'application du programme de surveillance des MCP.
- ⇒ Santé publique France est responsable du traitement de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des quinzaines MCP.
L'Utilisateur régional ou local est sous-traitant de Santé publique France pour la collecte. L'Utilisateur régional est aussi sous-traitant pour l'analyse régionale des Données.
- ⇒ Les Données collectées et mises à disposition à travers l'application MCP sont confidentielles, à caractère personnel et couvertes par le secret professionnel :
 - Tout manquement à ce secret engage la responsabilité pénale de l'utilisateur (article 226-13 du code pénal).
 - Les atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques et les atteintes aux systèmes de traitement automatisé de données sont également sanctionnées par le code pénal (articles 226-16 et suivants, et 323-1 et suivants du code pénal).
- ⇒ Les accès à l'application et opérations effectuées sur les Données sont journalisés et conservés par Santé publique France pendant 12 mois à des fins de contrôle et d'investigation en cas d'infraction.

En accédant à l'application, l'Utilisateur s'engage à respecter les dispositions suivantes :

- Les login et mot de passe permettant l'accès à l'application sont confidentiels. Il est nécessaire d'en assurer la sécurité et de prendre toute mesure nécessaire contre leur divulgation ou leur communication à un tiers (personne non autorisée par Santé publique France à accéder aux Données).
- L'Utilisateur :
 - ✓ Traite les Données conformément aux instructions de Santé publique France.
 - ✓ Ne sous-traite pas les opérations de traitement qui lui sont confiées à un tiers sans en informer Santé publique France.
 - ✓ Lorsqu'il est en charge de leur collecte, veille à l'information préalable des personnes concernées et apporte son appui à Santé publique France pour la mise en œuvre des droits d'opposition, d'accès, de rectification et de limitation des personnes concernées.
 - ✓ Assure la confidentialité des Données : l'Utilisateur ne peut pas divulguer, communiquer, diffuser les Données à un tiers, sans l'autorisation de Santé publique France.
 - ✓ Sous réserve des obligations liées à sa mission de collecte des données, s'abstient d'effectuer toute opération visant à réidentifier une personne physique.
 - ✓ Met en œuvre les mesures techniques et organisationnelles adéquates pour assurer la confidentialité et la sécurité des Données.
 - ✓ Pour les Utilisateurs régionaux chargés de l'analyse des Données : les exports de données doivent être limités à ce qui est strictement nécessaire pour la réalisation de l'opération confiée à l'Utilisateur. Les

exports sont sous la responsabilité de l'Utilisateur. Il s'assure de la mise en œuvre, pour leur conservation, des modalités de sécurité organisationnelles et techniques adaptées. Les exports ne doivent pas être conservés au-delà de la durée nécessaire à la réalisation de l'opération de traitement (analyse des Données) confiée à l'Utilisateur et doivent impérativement être supprimés à l'issue de sa mission et au plus tard à l'issue de la réalisation de cette opération (analyse des Données).

- ✓ Signale au plus vite, ou au plus tard dans l'heure suivant leur découverte ou suspicion, à Santé publique France (dpo@santepubliquefrance.fr), toute faille de sécurité ou violation des données suspectée ou avérée en lien relatif au dispositif de mise à disposition des données, et apporte son aide pour la mise en œuvre des mesures de gestion à cette faille ou violation.
- Pour les Utilisateurs régionaux chargés de l'analyse des Données : seules des données agrégées excluant tout risque de réidentification (absence d'individualisation, corrélation et inférence) peuvent faire l'objet d'une publication. Ces publications doivent respecter les engagements conventionnels convenus à cet effet avec Santé publique France.

Traitement de données à caractère personnel relatif à l'Utilisateur

L'accès à l'application MCP implique obligatoirement un traitement de données à caractère personnel, fondé sur la réalisation d'un intérêt légitime (assurer la sécurité de l'application), à partir des Données Utilisateurs.

Les comptes utilisateurs seront désactivés en cas de non-participation à quatre quinzaines consécutives.

L'Utilisateur peut exercer ses droits d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation de ses données à caractère personnel auprès de mcp@santepubliquefrance.fr.

Annexe 8 : Certificat de destruction des données électroniques et des documents papiers

 		Certificat Destruction de données électroniques et/ou de documents papiers	
Partie réservée au MIRT		Contact SpF	
Etablissement/région: 		Santé publique France Direction Scientifique et International DSin - Pôle archives: 32 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice	
Nom du médecin inspecteur du travail : 		Alexandra PRUM - Archiviste ☎ : 01 41 79 57 47 ✉ Alexandra.PRUM@santepubliquefrance.fr	
Adresse: 		Sébastien DEQUELSON - Gestionnaire archives ☎ : 01 49 33 23 77 ✉ Sebastien.DEQUELSON@santepubliquefrance.fr	
Téléphone: 			
Volume global détruit : ml: octets:			
Observations: Le volume global des données électroniques détruites doit être exprimé en nombre d'octet. Le volume global des documents papiers détruits doit être exprimé en mètre linéaire. Outre le volume global, le descriptif des données ou documents doit être joint (page 2). Les documents de recueil sont à conserver au maximum 1 an après validation de la quinzaine, puis détruits (destruction confidentielle).			
Partie réservée au MIRT:			
Je soussigné(e), médecin inspecteur du travail, certifie avoir procédé à la destruction des documents susmentionnés.			
J'envoie le certificat de destruction de données électroniques et/ou de documents papiers validé, au pôle Archives de SpF, sous format papier et en 2 exemplaires.			
Date et signature du médecin inspecteur du travail:		Date et signature du Pôle archives:	

Annexe 9 : Recommandations issues du rapport d'évaluation externe du programme de surveillance des MCP (2017)

1. La première recommandation est la **poursuite de ce programme**, indispensable sur le plan national à la surveillance des troubles liés au travail. Néanmoins, ce programme est actuellement très ambitieux et ne reçoit pas de moyens suffisants de la part des tutelles pour le rendre pérenne et efficient dans sa forme actuelle.
2. Des propositions de rationalisation, importantes pour la pérennité du système, sont simples et d'ores et déjà réalisées dans certaines régions comme **l'amélioration du système d'information**. Celle-ci doit permettre, en contactant les éditeurs de logiciels, de simplifier le recueil des données par les médecins et infirmiers du travail, d'alléger leur charge administrative. Cette démarche doit être appuyée par la DST de Santé Publique France, la DGT et par le CISME, qui doit se mettre en contact avec les éditeurs de logiciels en vue d'optimiser le système rapidement et d'alléger la charge administrative au niveau local. Ce point est majeur car la baisse du taux de participation est très liée à la charge de travail des équipes des SST.
3. En attendant, une autre piste de rationalisation portant sur **l'abandon des deux quinzaines par an**, au profit d'une seule période mais plus longue, serait intéressante à mettre en œuvre (expérimentation en cours sous forme d'une phase pilote).
4. Une question a très vite été débattue autour d'un protocole unique pour l'ensemble des régions. Nous recommandons, qu'en effet **un seul protocole MCP soit réalisé mais avec la possibilité d'expérimentation ou de flexibilité** en fonction de contraintes. Une phase pilote à partir des propositions peut être suggérée sur des régions volontaires.
5. **L'intégration des infirmières en santé au travail** est absolument indispensable, mais une validation médicale s'avère nécessaire. La description plus précise du mode opératoire sous forme de guide (« protocole ») permettant de définir un syndrome, d'évaluer l'exposition à des nuisances et le lien entre les deux est recommandé. La validation par le médecin du signalement de ces cas pour porter le diagnostic final devient indispensable. Ce guide pourrait être fait rapidement par les intervenants régionaux qui sont les acteurs centraux du dispositif.
6. Le **renforcement des liens avec les structures régionales de référence est indispensable au soutien des équipes locales**. En effet, il existe les centres de ressources en santé au travail (unité de santé professionnelle, centre de consultation en pathologie professionnelle et environnement, cellule d'épidémiologie) qui ont une équivalence recherche et universitaire et qui dans le cadre de leur mission pourrait permettre d'apporter leurs compétences à ce système. D'autres instances, comme par exemple l'INRS pourraient également être impliquées sur des aspects thématiques. Dans ce cadre, le binôme MIRT et épidémiologiste, pourrait s'appuyer à sa demande sur des projets d'enseignement et de recherche.
7. Le **binôme MIRT et épidémiologiste pourrait également s'appuyer sur un référent de terrain local impliqué** dans son service médical, qu'il soit en service interentreprises ou autonome, et souvent impliqué dans les sociétés régionales de médecine du travail. Des thématiques de recherche, avec des travaux menés avec les équipes universitaires, pourraient être ciblées par les médecins référents en fonction des priorités régionales mais aussi nationales, comme par exemple, les comparaisons des éléments de surveillance, ou des critères de validation comme cela a été développé.
8. **Un axe majeur d'amélioration porte sur l'animation du réseau, en vue de la valorisation du travail** effectué par les différents acteurs locaux et le MIRT. Cela sous-entend que ces acteurs aient du **temps et des moyens administratifs officiellement mis à disposition** pour accomplir cette mission. Par exemple, il porte sur : i) un retour par le niveau régional au niveau local trois mois après la validation des données ii) des ressources « online » utiles pour l'établissement du rapport annuel, la communication en entreprise et adaptées aux besoins locaux des médecins. Le transfert d'une partie du travail de l'épidémiologiste de l'animation réseau MIRT ou au médecin référent régional,

pourrait ainsi lui permettre de fournir des indicateurs individualisés en fonction des demandes (avec des comparaisons au niveau régional et au niveau national).

9. Il a été jugé important de **valoriser l'implication des différents acteurs, par l'organisation de rencontres financées par les tutelles**, par exemple, pendant les congrès de médecine du travail et ainsi permettre de dynamiser ce réseau. L'obtention **d'un certificat de participation des médecins de terrains** fourni à la fois par la Direccte et par Santé publique France, peut être une piste de réflexion. Charge à ces instances de définir des quotas de participants en fonction des budgets pouvant être supportés par les tutelles.
10. Il est aussi proposé qu'au niveau local **ne soit pas seulement valorisé le médecin mais l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail impliqué** (à savoir, l'assistante qui s'occupant des aspects administratifs ou des infirmier(s) de santé au travail travaillant avec lui).
11. Il a été jugé pertinent de **contacter des régions avec une population spécifique de travailleurs qui mériterait d'être étudiée et qui actuellement ne participent pas au dispositif, comme l'Île-de-France ou certaines régions d'outre-mer**.
12. Il est recommandé la constitution **d'un comité de pilotage national permettant d'équilibrer les moyens et les ressources des différents systèmes et de prioriser les questions et le retour aux différents partenaires de santé publique et des tutelles**, y compris des données de type maladie professionnelle indemnisée avec un calendrier plus cohérent avec les demandes faites par les différentes instances, y compris le COCT, ainsi que de la COG de la Cnam.
13. Il serait intéressant **d'envisager des réévaluations régulières avec autoévaluation annuelle et définition d'axes de priorisation, et de faire appel** à distance, en fonction des contraintes, à nouveau à une évaluation externe.