



## Confrontation des données

# Maladies professionnelles indemnisées et Maladies à caractère professionnel : période 2007-2010

Dorothee Provost<sup>1</sup>, Florence Fernet<sup>2</sup>, Dominique Videau<sup>3</sup>, Nathalie Aunoble<sup>4</sup>, Madeleine Valenty<sup>5</sup>

1 Institut de veille sanitaire, Département santé travail, Bordeaux - 2 Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, Bordeaux - 3 Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (Carsat) Aquitaine, Bordeaux - 4 Service de santé au travail, AHI33, Bordeaux - 5 Institut de veille sanitaire, Département santé travail, Saint-Maurice

## Introduction

En France, les régimes de sécurité sociale permettent la réparation des maladies professionnelles (MP) inscrites dans des «tableaux» réunissant les conditions indispensables pour la reconnaissance de leur origine professionnelle (description de la maladie, exposition, délai de prise en charge, etc.). Ces tableaux de MP indemnisables évoluent lentement et proposent un cadre strict d'application. Pour permettre aux pathologies n'entrant pas strictement dans les tableaux d'être prises en charge en MP, un système complémentaire de reconnaissance a été mis en place en 1993. Il permet sous certaines conditions d'étudier les cas litigieux ou rejetés par le système classique.

Le simple dénombrement des maladies indemnisées ne reflète pas la réalité de l'impact du travail dans la survenue de pathologie. Ceci est dû, d'une part, au phénomène de sous-déclaration en MP (lié à la méconnaissance du salarié de ces droits, aux conséquences sociales, à la complexité de la démarche et à la réparation souvent peu attractive) et d'autre part, au phénomène de sous-reconnaissance de MP (maladies non inscrites dans les tableaux).

La notion de maladie à caractère professionnel (MCP) a été introduite par le législateur dès 1919 afin de contribuer à l'évolution des tableaux de maladies professionnelles et au repérage de nouvelles pathologies d'origine professionnelle. Bien que leur déclaration soit une obligation légale pour tout docteur en médecine (article L461-6 du code de la Sécurité sociale), rares sont les médecins qui déclarent des MCP. Les quelques signalements proviennent essentiellement des médecins du travail et n'ont été que partiellement exploités faute de données sur la population des salariés et d'exhaustivité dans le recueil. Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique, le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire et l'Inspection médicale du travail ont mis en place un programme de surveillance des MCP s'appuyant sur ce système législatif (1). L'objectif de ce programme est d'estimer le taux de prévalence des MCP signalées, par sexe, âge, catégorie sociale et secteur d'activité ; de décrire les agents d'exposition professionnelle à l'origine de ces pathologies ; et de contribuer à l'évaluation de la sous-déclaration des MP.

Les statistiques sur les maladies en lien avec le travail proviennent historiquement du système de reconnaissance des MP. Ces données sont désormais complétées par celles du programme MCP.

## Objectif

La région Aquitaine participe au programme MCP depuis 2007 (2), permettant de disposer désormais de données sur les maladies à caractère professionnel chez les salariés de la région. Ces données MCP ont été confrontées à celles provenant du système de reconnaissance des MP du régime général, de manière à fournir une vision plus globale des maladies liées au travail.

Cette plaquette présente cette mise en regard pour la période 2007-2010. Un focus sur les pathologies les plus fréquentes (en MP et MCP), les troubles musculo-squelettiques, a été réalisé.

## Méthode

La liste des maladies professionnelles reconnues de 2007 à 2010 a été transmise par le service des risques professionnels de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (Carsat) Aquitaine. Pour chaque MP, étaient précisés le tableau et la pathologie, l'année de reconnaissance, le sexe, l'âge, la profession et le secteur d'activité des actifs et retraités du Régime Général de Sécurité sociale.

Le programme MCP s'appuie sur un réseau de médecins volontaires qui, durant deux périodes de deux semaines consécutives sur un an, signalent toutes les MCP rencontrées lors des visites médicales (1). Sont définies, comme MCP, toutes pathologies ou symptômes considérés par le médecin du travail comme en lien avec le travail et n'ayant pas fait l'objet d'une réparation en maladie professionnelle.

Compte tenu du fait que les données MCP se limitent aux salariés en activité professionnelle et que les données MP ne couvrent pas dans leur intégralité tous les secteurs d'activité, l'analyse a été réalisée en excluant des MP et des MCP les sujets de plus de 60 ans (âge légal de départ à la retraite sur la période étudiée) et ceux appartenant aux secteurs de l'administration, l'agriculture et l'éducation, la santé et l'action sociale.

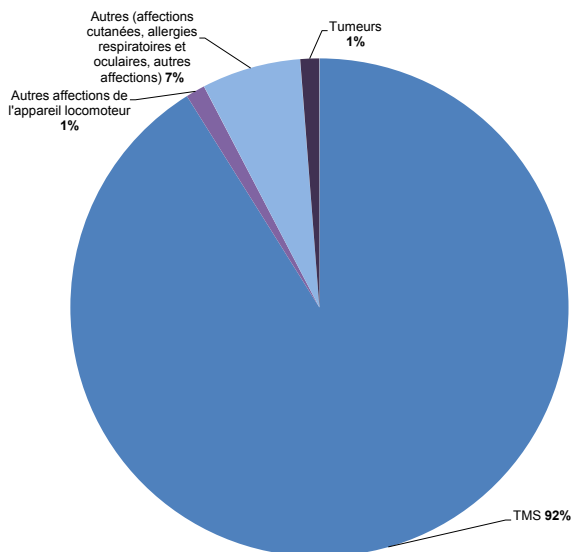
Toutes les pathologies signalées en MCP ont été retenues dans l'analyse, celles qui relèvent d'un tableau de MP (qu'elles soient non déclarées en MP au moment du signalement, en cours de déclaration, ou qu'elles aient fait l'objet d'un refus de prise en charge en MP) ou non.

Le codage des professions a été réalisé à l'aide de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee (PCS 2003) et celui des secteurs d'activité à l'aide de la nomenclature d'activités française de l'Insee (NAF 2008).

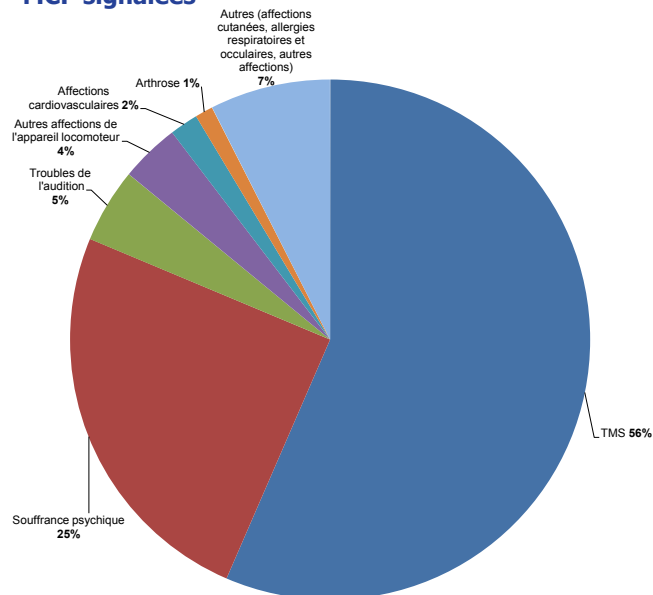
## Confrontation des MP et des MCP

### Répartition des MP reconnues et des MCP signalées en Aquitaine, 2007-2010

#### MP reconnues



#### MCP signalées



Sur l'ensemble des 4 années (2007-2010), 8905 MP ont été reconnues. Par ailleurs, sur les 6 quinzaines (soit environ 3 mois de recueil) ayant été organisées dans cette même période, 1716 MCP ont été signalées.

Dans les MP comme dans les MCP, les troubles musculo-squelettiques (TMS) apparaissent comme la catégorie de pathologies prédominante : plus de 90% des MP et un peu plus de la moitié des MCP. Le programme MCP permet de mettre en évidence d'autres pathologies liées au travail, notamment la souffrance psychique qui ne fait pas l'objet de tableau de maladie professionnelle et représente une part importante (un quart) des MCP.

### Fréquence des MP reconnues et des MCP signalées

La fréquence moyenne annuelle des MP reconnues est de 2,7‰ et celle des MCP signalées de 67‰, soit 25 fois plus élevée pour ces dernières en Aquitaine. Les MP reconnues représentent ainsi une faible part de l'ensemble des maladies liées au travail. Ceci peut être, en partie expliqué par la sous-déclaration mais également par la sous-reconnaissance des maladies en lien avec le travail.

Les fréquences des MP reconnues et celle des MCP signalées sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes (Fig. 1 et 2). Par ailleurs, on observe que le contraste entre MCP et MP est un peu plus prononcé chez les femmes (fréquence de MCP 25 fois plus élevée que celle de MP reconnues) que chez les hommes (fréquence de MCP 20 fois plus élevée que celle de MP reconnues).

Figure 1 : Evolution de la fréquence des **MP** reconnues et des **MCP** signalées chez les **femmes**, période 2007-2010, en Aquitaine

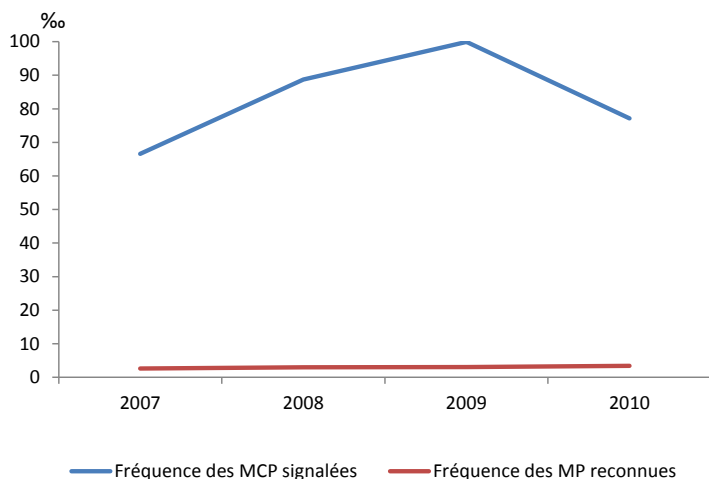
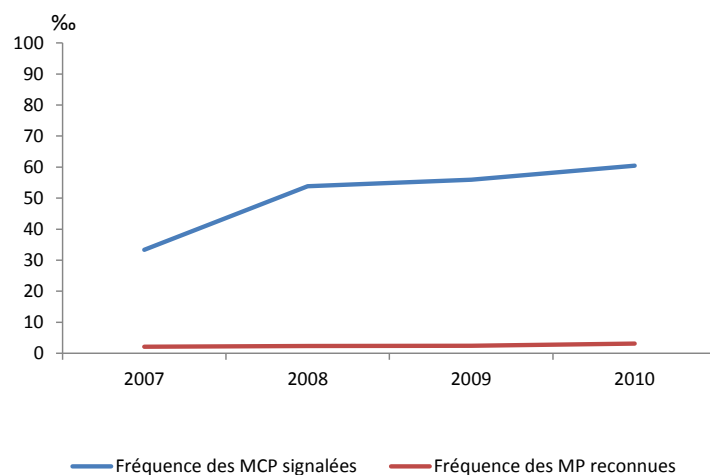


Figure 2 : Evolution de la fréquence des **MP** reconnues et des **MCP** signalées chez les **hommes**, période 2007-2010, en Aquitaine



La suite de ce travail portera uniquement sur les TMS puisque ces affections sont largement représentées dans les deux systèmes.

## Les TMS en lien avec le travail

L'analyse a été faite en retenant dans la base des MP reconnues les TMS correspondant aux tableaux suivants :

- n°57 (Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures du travail)
- n°69 (Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon, de la main sur des éléments fixes)
- n°97 et 98 (Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier et provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes)

Les TMS signalés en MCP correspondent aux TMS du rachis et des membres supérieurs et inférieurs relevant ou non d'un tableau de MP.

### Fréquence des TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP

La fréquence moyenne annuelle des TMS reconnus en MP est de 2,9‰ et celle des TMS signalés en MCP de 37,7‰, soit 13 fois plus élevée pour ces derniers.

Chez les femmes, entre 2007 et 2010, la fréquence des TMS reconnus en MP augmente de 2,9 à 4,1‰ (Fig. 3). Ce résultat serait très probablement à relier à une meilleure connaissance de l'éventuel caractère professionnel de ces affections par les salariés, les amenant à davantage déclarer et donc à ce que leur pathologie soit reconnue.

La fréquence des TMS signalés dans le programme MCP chez les femmes augmente de 40,4 à 47,3‰ entre 2007 et 2008 puis diminue jusqu'en 2010 atteignant 38,4‰. Cette diminution pourrait être en partie expliquée par une attention croissante, lors des visites médicales, à la souffrance psychique en lien avec le travail dont la fréquence augmente chez les femmes ces dernières années. Dans une moindre mesure, cette diminution pourrait être également liée à une augmentation de la reconnaissance des TMS en MP. Toutefois, l'amplitude de la fréquence des TMS en MP qui augmente est bien moindre que celle de la fréquence des TMS en MCP qui diminue.

Par ailleurs, le rapport moyen entre les TMS reconnus en MP et les TMS signalés en MCP chez les femmes est de 1 à 12.

Chez les hommes, entre 2007 et 2010, la fréquence des TMS reconnus en MP augmente de 1,8 à 3,3‰ (Fig. 4).

La fréquence des TMS signalés en MCP chez les hommes diminue d'abord de 33,3 à 30,8‰ puis augmente jusqu'en 2010 avec une fréquence de 41,1‰. L'augmentation simultanée de la fréquence des TMS en lien avec le travail dans les données de MP et celles de MCP à partir de 2008 pourrait également s'expliquer par une meilleure sensibilisation des salariés à cette problématique les incitant à davantage en discuter avec leur médecin, sans occulter une éventuelle augmentation de l'incidence des TMS.

Par ailleurs, le rapport moyen entre les TMS reconnus en MP et signalés en MCP chez les hommes est de 1 à 11.

Figure 3 : Evolution de la fréquence des TMS reconnus en **MP** et des TMS signalés en **MCP** chez les **femmes**, période 2007-2010, en Aquitaine

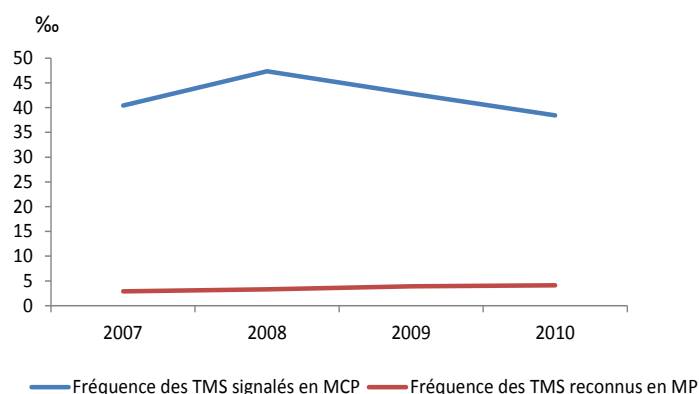
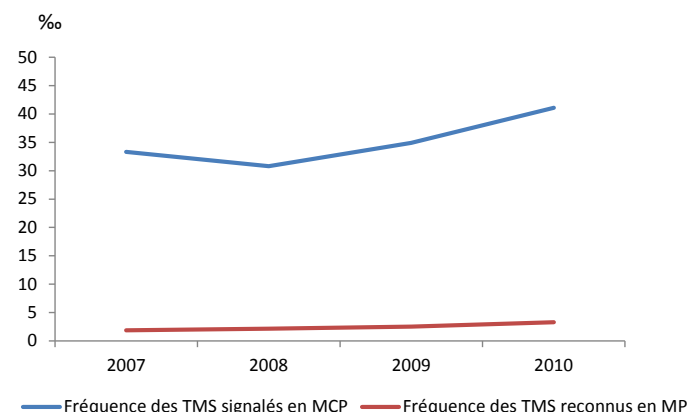


Figure 4 : Evolution de la fréquence des TMS reconnus en **MP** et des TMS signalés en **MCP** chez les **hommes**, période 2007-2010, en Aquitaine



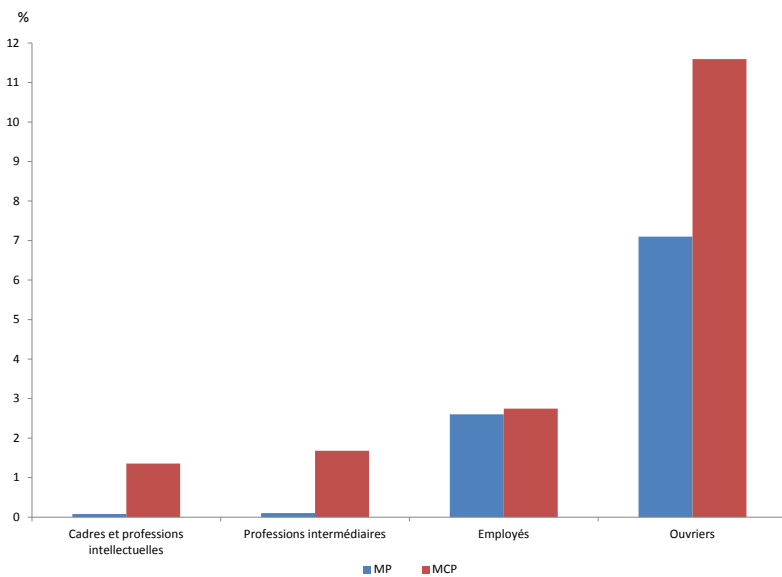
#### Eléments de méthode

La fréquence des TMS reconnus en MP =  $\frac{\text{nombre de TMS reconnus au régime général de sécurité sociale}}{\text{population régionale des salariés (Insee 2008, 2009, 2010)}}$

La fréquence des TMS signalés en MCP =  $\frac{\text{nombre de TMS signalés au cours des quinze semaines}}{\text{nombre de salariés venus en visite médicale au cours de ces mêmes quinze semaines}}$

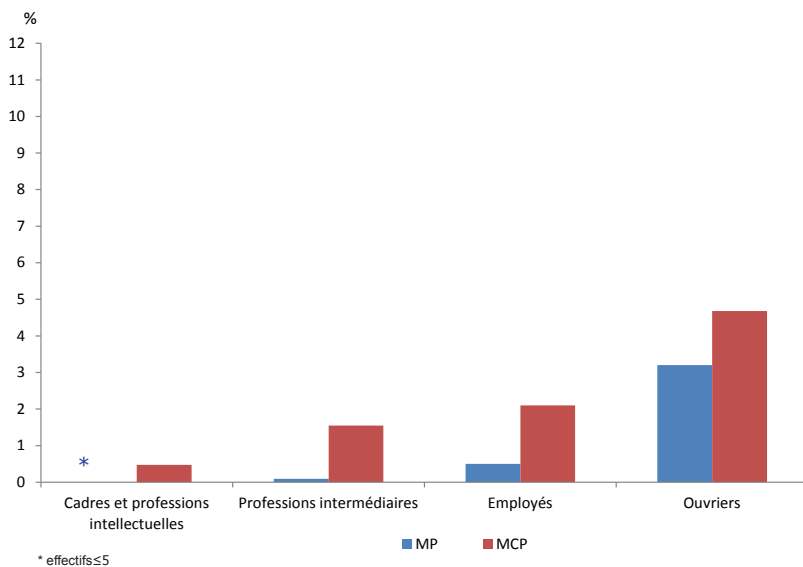
## Fréquence des TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP selon la catégorie sociale

Figure 5 : Fréquence des TMS reconnus en **MP** et des TMS signalés en **MCP** selon la catégorie sociale chez les **femmes** pour la période 2007-2010, en Aquitaine



Chez les femmes, les fréquences les plus élevées des TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP sur la période 2007-2010 sont observées chez les ouvriers (Fig. 5). Quelle que soit la catégorie sociale, il y a une prépondérance de la fréquence des TMS signalés en MCP par rapport à celle des TMS reconnus en MP. Cependant, celle-ci est bien moins marquée chez les employées (rapport de 1 à 1,1) que chez les cadres et les professions intermédiaires (rapport de 1 à 17).

Figure 6 : Fréquence des TMS reconnus en **MP** et des TMS signalés en **MCP** selon la catégorie sociale chez les **hommes** pour la période 2007-2010, en Aquitaine



Chez les hommes, les fréquences les plus élevées des TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP sur la période 2007-2010 sont observées chez les ouvriers (Fig. 6). Quelle que soit la catégorie sociale, il y a une prépondérance de la fréquence des TMS signalés en MCP par rapport à celle des TMS reconnus en MP. On observe un rapport de fréquence entre les TMS reconnus en MP et les TMS signalés en MCP chez les ouvriers de 1 à 1,5 alors que celui-ci est plus marqué chez les professions intermédiaires (rapport de 1 à 17).

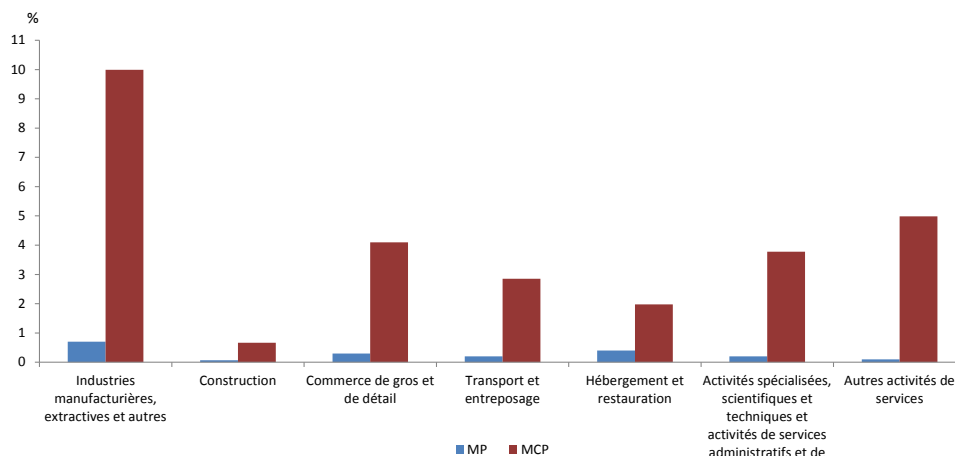
### Éléments de méthode

Pour calculer les fréquences de MP, a été utilisée la population salariée par catégorie sociale de l'Insee 2009 pour les années 2007 à 2010.

## Fréquence des TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP selon le secteur d'activité

Chez les femmes, les fréquences des TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP pour la période 2007-2010 les plus élevées sont observées dans le secteur industriel (Fig. 7). Pour chaque secteur, il existe un différentiel important entre la fréquence des TMS reconnus en MP et celle des TMS signalés en MCP. Ce différentiel varie toutefois de façon importante, avec un rapport de 1 à 5 par exemple dans le secteur de l'hébergement et la restauration et un rapport de 1 à 50 dans celui des autres activités de services.

Figure 7 : Fréquence des TMS reconnus en **MP** et des TMS signalés en **MCP** selon le secteur d'activité chez les **femmes** pour la période 2007-2010, en Aquitaine (effectifs ≥ 5, hors compte spécial)



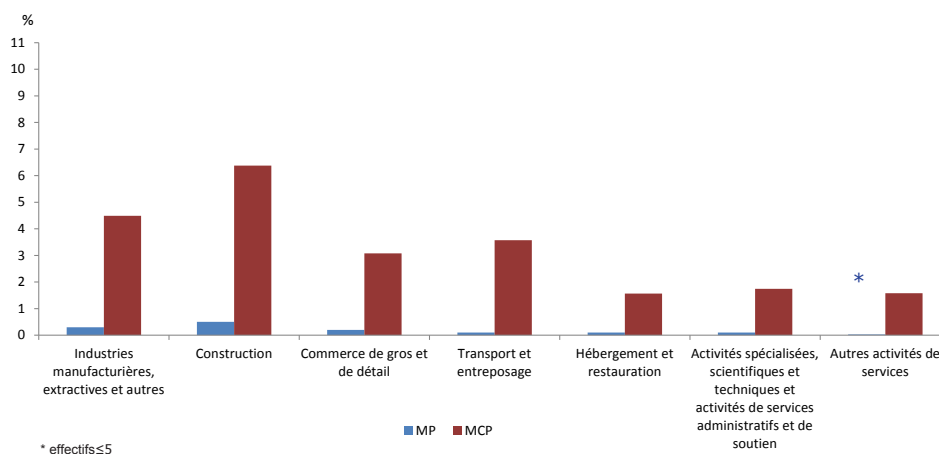
#### Eléments de méthode

Pour calculer les fréquences de MP, a été utilisée la population salariée par secteur d'activité de l'Insee 2008 pour les années 2007 et 2008, celle de l'Insee 2009 pour l'année 2009 et celle de l'Insee 2010 pour l'année 2010.

Compte spécial : toutes les MP indemnisées par l'Assurance maladie ne peuvent être affectées à un secteur d'activité. En effet, il est parfois impossible de retrouver un employeur à qui imputer le risque soit parce que l'entreprise est fermée ou que plusieurs employeurs sont concernés.

Chez les hommes, les plus fortes fréquences de TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP pour la période 2007-2010 sont observées dans deux secteurs d'activité : la construction et l'industrie (Fig. 8). Quel que soit le secteur, la fréquence des TMS reconnus est plus faible que celle des TMS signalés en MCP. Le rapport le plus important est observé dans le secteur du transport et entreposage (rapport de 1 à 35).

Figure 8 : Fréquence des TMS reconnus en **MP** et des TMS signalés en **MCP** selon le secteur d'activité chez les **hommes** pour la période 2007-2010, en Aquitaine (effectifs ≥ 5, hors compte spécial)



### Evolution de la fréquence des TMS reconnus en MP et des TMS signalés en MCP selon la localisation

Quelle que soit la localisation, la fréquence des TMS reconnus en MP est bien plus faible que celle des TMS signalés en MCP. Le rapport de fréquence varie de façon importante, le plus faible étant pour les atteintes du syndrome canalaire et le plus élevé pour le rachis.

#### Rachis

Les TMS du rachis correspondent aux MP reconnues et indemnisées au titre des tableaux n°97 et n°98. Dans le programme MCP, ils correspondent à des lombalgies, des radiculalgies, des discopathies, des cervicalgies, des dorsalgies, des névralgies cervico-brachiales, des hernies cervicales et lombaires, des douleurs lombosciatiques, des cervicomalgies, des contractures cervicales et de l'arthrose rachidienne.

La fréquence moyenne annuelle des TMS du rachis reconnus en MP est de 0,2‰ et celle des TMS du rachis signalés en MCP de 14,0‰. A noter que les données MP obtenues à partir du rachis s'appuient sur le caractère restrictif des tableaux n°97 et n°98 (rachis lombaire) alors que les données MCP incluent toutes les pathologies du rachis, même si celles-ci ne sont pas inscrites dans un tableau de MP (lombalgies, hernies discales,...). Ceci a pour conséquence d'amplifier le rapport de fréquence (de 1 à 70) et met en évidence le phénomène de sous-reconnaissance.

La fréquence des atteintes du rachis dans les MP et dans le programme MCP ne suit pas d'évolution marquante d'une année à l'autre (Fig. 9 et 10).

Figure 9 : Fréquence des atteintes du rachis dans les **MP**

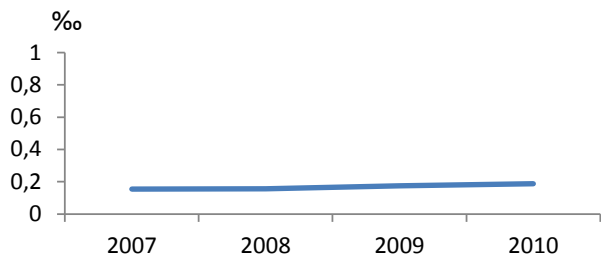
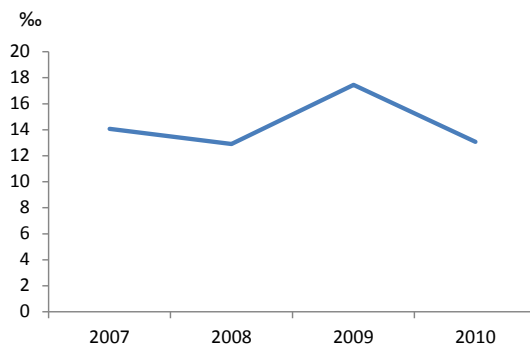


Figure 10 : Fréquence des atteintes du rachis dans les **MCP**



**Coude**

Les TMS du coude correspondent aux MP reconnues et indemnisées au titre du tableau n°57. Dans le programme MCP, ils correspondent à des tendinites, des épitrochléites, des épicondylites, des hygromas et de l'arthrose du coude.

La fréquence moyenne annuelle des TMS du coude reconnus en MP est de 0,1‰ et celle des TMS du coude signalés en MCP de 6,5‰. Le rapport de fréquence (de 1 à 65) met en évidence le phénomène de sous-reconnaissance.

La fréquence des atteintes du coude ne suit pas d'évolution marquante et visible entre 2007 et 2008 dans les MP et le programme MCP (Fig.11 et 12). A partir de 2008, la fréquence a fortement diminué dans le système de MP alors qu'à partir de 2009, celle-ci a augmenté dans celui des MCP mais dans des proportions moindres.

Figure 11 : Fréquence des atteintes du coude dans les **MP**

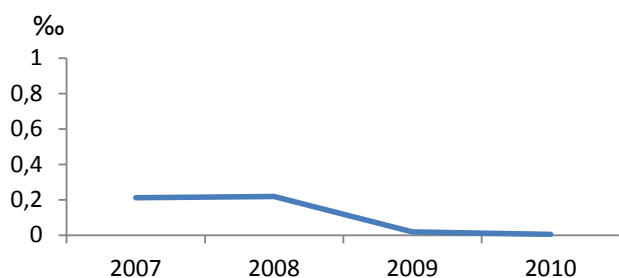
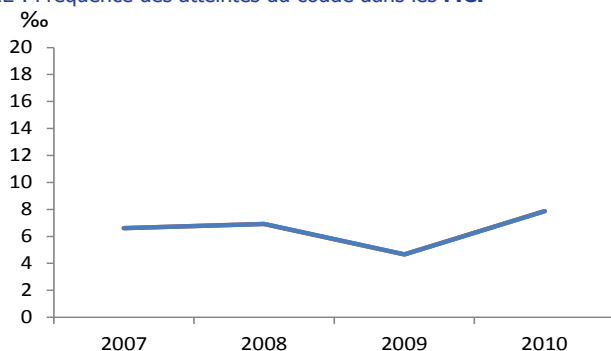


Figure 12 : Fréquence des atteintes du coude dans les **MCP**



**Syndrome canalaire du membre supérieur**

Le syndrome canalaire correspond aux MP reconnues et indemnisées au titre des tableaux n°57 et n°69. Dans le programme MCP, il correspond à des syndromes du canal carpien, des cubitalgies et des paresthésies.

La fréquence moyenne annuelle du syndrome canalaire reconnu en MP est de 0,7‰ et celle du syndrome canalaire signalé en MCP de 5,6‰. Le rapport de fréquence (de 1 à 8) peu élevé met en évidence la phénomène de sous-déclaration, la majorité de ces TMS relevés dans MCP pouvant faire l'objet d'un tableau de MP.

La fréquence du syndrome canalaire tend à augmenter dans le système MP alors qu'il n'y a pas d'évolution marquante dans celui des MCP (Fig. 13

Figure 13 : Fréquence du syndrome canalaire dans les **MP**

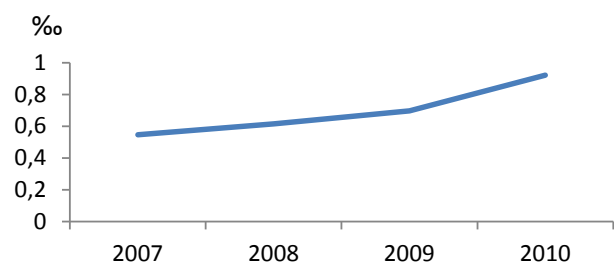
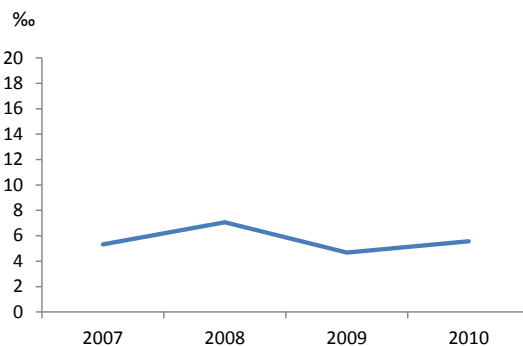


Figure 14 : Fréquence du syndrome canalaire dans les **MCP**



**Epaule**

Les TMS de l'épaule correspondent aux MP reconnues et indemnisées au titre du tableau n°57. Dans le programme MCP, ils correspondent à des contractures musculaires, des tendinites, des calcifications, des douleurs, des scapulalgies, des atteintes de la coiffe des rotateurs, des trapèzalgies, des affections périarticulaires et de l'arthrose de l'épaule.

La fréquence moyenne annuelle des TMS de l'épaule reconnus en MP est de 0,5‰ et celle des TMS de l'épaule signalés en MCP de 8,0‰, soit un rapport de 1 à 16. Cette différence pourrait être expliquée par le phénomène de sous-déclaration.

La fréquence des atteintes de l'épaule tend à augmenter dans les deux systèmes entre 2007 et 2010 (Fig. 15 et 16).

Figure 15 : Fréquence des atteintes de l'épaule dans les **MP**

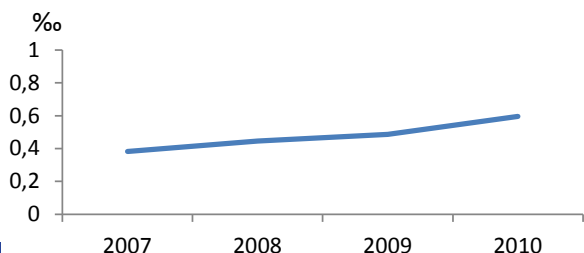
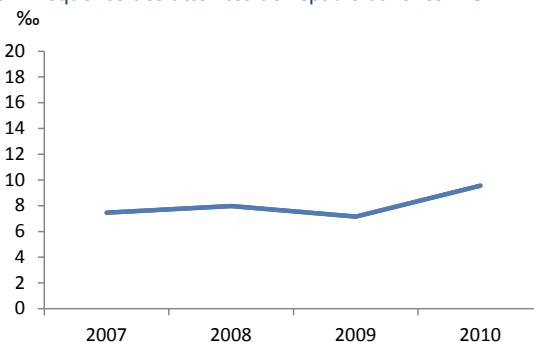


Figure 16 : Fréquence des atteintes de l'épaule dans les **MCP**



## Discussion

Les données MP et MCP sont deux sources de données complémentaires permettant d'avoir une vision globale des maladies en lien avec le travail en Aquitaine. Ces données sont de nature différente et portent sur des critères distincts. La définition des MP s'appuie sur des critères médicaux et administratifs (délai de prise en charge, durée d'exposition, etc.) et font l'objet d'un processus complexe allant de la déclaration à la reconnaissance par les services de sécurité sociale. Les MCP sont considérées imputables au travail sur l'expertise quotidienne de la clinique médicale du travail et peuvent intégrer parfois des symptômes et des entités nosologiques plus larges que la désignation des MP.

Les MP reconnues représentent une faible part de l'ensemble des maladies liées au travail qui peut être en partie expliquée par la sous-déclaration (méconnaissance du processus, crainte de la perte de son emploi, complexité de la démarche, réparation peu attractive, etc.). Les TMS sont les maladies liées au travail les plus fréquemment reconnus et indemnisés en MP et les plus souvent signalés dans le cadre du programme MCP.

La souffrance psychique représente près d'un quart des signalements en MCP alors qu'elle est quasi-inexistante des données d'indemnisation puisqu'elle ne fait l'objet d'aucun tableau de MP.

Un travail réalisé à partir des données 2009 du programme MCP, permettant d'estimer la sous-déclaration, met en évidence que 59% à 73% des TMS liés au travail n'étaient pas déclarés en MP (3). Le phénomène de sous-reconnaissance des maladies en lien avec le travail peut également être mis en avant. Cela concerne les pathologies ayant fait l'objet d'une déclaration mais n'ayant pas été reconnues et celles ne figurant pas dans un tableau de MP ou ne remplissant pas toutes les conditions d'un tableau. A noter également que certaines pathologies ont pu être déclarées à un stade précoce par les médecins du travail du réseau MCP entraînant la mise en place de mesures de prévention évitant ainsi l'apparition de nouvelles pathologies.

L'augmentation de la fréquence des TMS reconnus pourrait être le résultat d'une amélioration de la déclaration de ces affections. Une campagne nationale d'information menée entre 2008 et 2010 dont l'objectif était de sensibiliser le grand public a pu contribuer à une meilleure déclaration de la part des salariés, et de ce fait, à une meilleure reconnaissance de ces affections. L'hypothèse d'une diminution de la sous-déclaration des TMS au niveau national entre 2008 et 2011 a d'ailleurs été retenue par la Commission Diricq (4).

Dans les deux systèmes, une plus forte fréquence des TMS est observée chez les ouvriers, et dans le secteur de l'industrie. L'écart entre les fréquences de MP et MCP est plus important chez les cadres (femmes) et les professions intermédiaires. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces catégories sociales sont probablement moins sensibilisées à ce type d'affections et les médecins font moins facilement le lien entre TMS et leur travail, d'où une plus faible déclaration.

Dans un contexte plus général, le processus de réparation en MP est assez méconnu des médecins quelle que soit leur spécialité (hors médecine du travail), expliquant en partie les faibles déclarations des salariés. Toutefois, certains chirurgiens sont probablement davantage sensibilisés à l'intérêt pour le salarié de déclarer le syndrome du canal carpien. Cette déclaration est même devenue presque systématique pour ceux-ci. D'autant plus que la réparation de cette pathologie peut sembler plus intéressante pour le salarié par rapport à la prise en charge de l'intervention chirurgicale.

Un des plus gros écart entre les MP et les MCP est observé pour les TMS localisés au niveau du rachis. Ceci est probablement à relier au fait que ces pathologies fréquentes et multiples sont largement représentées dans le programme MCP alors qu'elles le sont moins dans les données de MP, les critères du tableau étant très restrictifs (hernie discale avec radiculalgie seulement).

## Conclusion

La mise en perspective des données des deux systèmes MCP et MP permet d'avoir une vision plus globale de la situation des maladies liées au travail en Aquitaine.

Ce travail confirme le fait que certaines pathologies imputables au travail et ne faisant pas l'objet d'un tableau de maladies professionnelles telle que la souffrance psychique (dépression, anxiété, troubles du sommeil, etc.) ou les affections cardiovasculaires, représentent une proportion importante des maladies à caractère professionnel. Il est donc nécessaire de poursuivre les réflexions concernant l'évolution des tableaux de MP.

Il est important de souligner que cette analyse porte uniquement sur les salariés et se limite aux moins de 60 ans. Elle ne fournit pas une vision complète de la problématique des maladies imputables au travail, notamment pour ce qui concerne les cancers. En effet, ces derniers surviennent très souvent à partir de 55-60 ans, après un départ à la retraite ou constituent une des principales causes des arrêts pour affections de longue durée. Ils sortent ainsi du champ de cette analyse (et du programme MCP en général).

La poursuite de ce travail permettra d'avoir le recul nécessaire pour décrire de manière plus précise les tendances évolutives.

## Références

- (1) Valenty M, Homère J, Mevel M, Le Naour C, Garras L, Chevalier A. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2006 - 2007 - 2008. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012, 103 p.
- (2) Provost D, Fernet F, Doulat T, Plaine J, Garras L, Valenty M. Les maladies à caractère professionnel en Aquitaine - Résultats des quinze 2012. Direccte Aquitaine/InVS; 2013, 8 p.
- (3) Rivière S, Penven E, Cadéac-Birman H, Roquelaure Y, Valenty M. Approche de la sous-déclaration des TMS dans dix régions françaises en 2009. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2013, 4 p.
- (4) Diricq N. Rapport de la commission instituée par l'article L, 176-2 du code de la sécurité sociale; 2011, 193p.

## Remerciements

### **Nous tenons à remercier l'ensemble des médecins de la région ayant participé au programme MCP entre 2007 et 2010 :**

Les Docteurs Allio Josiane, Alvès James, Allary Roland, Amirault Bérangère, Arnal Josette, Arzur Laurence, Bakkali Marie-Hélène, Barace Marie-Pierre, Bardet Catherine, Bardet Christine, Barrière Alain, Barascud Nelly, Bellegarde Sandrine, Benegas-Haddad Luisa, Bernard Caroline, Bernard Jean-Louis, Bernat Béatrice, Bertrix Francois, Blanc Christine, Blanchemain Jean-Francois, Boissard Brigitte, Borbogello Bruno, Bourbigot Jean-Francois, Bourdeau Patrick, Bourrier Dominique, Bouvet Delphine, Boyer Michèle, Breteau Marie-Christine, Brun Nancy, Bruzy Jean, Buisson-Kasparian Isabelle, Buisson-Valles Isabelle, Buscail Yvon, Caillaud Véronique, Cailleba Véronique, Caillet Maryse, Calmon Christiane, Capdeville Laurence, Capsec Elisabeth, Cayrouse Céline, Chamberon Bernard, Charmois Valérie, Chong Chong Fock Chiong, Cichowlas Richard, Colinmaire Hervé, Comte Jean-Claude, Constantin Françoise, Contensou Jacques, Cothureau Michel, Couchouron Martine, Cozma Cristina, Dal Farra Francine, David Françoise, Delbos Evelyne, Delmas-Saint- Hilaire Dominique, Delmonteil Jean-Christophe, Delorge Patricia, Denard Martine, Deyglun Muriel, Dubourdiou Alain, Dubroca Catherine, Dumas de la Roque Christine, Dupin Dominique, Duprat Pascal, Duval Luc, Duvert Jacques, Duvezin Nicole, Escola Michèle, Essadik Fatihia, Esteve Danièle, Eugène Gwen, Fabre Jean-Paul, Fatout Isabelle, Faye Marie-José, Fermigier Françoise, Ferrere Isabelle, Font Dominique, Fossoux Hélène, Fouquet Françoise, Fritsch Florence, Fromont Sylvie, Froustey Marie-Paule, Gabagnou Françoise, Gabinski Patricia, Gacia Fondan Marie-Thérèse, Gaillot Marie-Hélène, Galzin Jean-Louis, Gedet Roger, Gerbaud Liliane, Gellibert Alexandre, Gerondal Marcel, Gherardi Marie-Simone, Giese Genevieve, Gimenez Catherine, Giraud Françoise, Godard Jeanne-Marie, Grislain Marie-Francoise, Guillaume Arlette, Guerci Florence, Guillermet Catherine, Guinet Pierre, Guinut Sophie, Ha Dominique, Houyet Xavière, Jakubiec Henriette, Jary Brigitte, Labat Mireille, Labrue Marie-Hélène, Lacombe Jean-Paul, Lacroix Marie-Christine, Lafargue Hélène, Lalé Françoise, Lambert Catherine, Lanneluc Brigitte, Laplace Véronique, Laporte-Laudette Nadine, Lavignolle-Larrue Véronique, Leclercq Béatrice, Lefebvre Valérie, Lefébure Stéphanie, Legrand Françoise, Letrequesser Rémi, Llorente Philippe, Lopez-Ciry Isabel, Lorcy Damienne, Magne Martine, Maligne Maité, Mallet Aurélie, Mano Jean-Claude, Marciniak Robert, Mariescu Anne, Martin Dominique, Martinez Henri, Maurel Anne, Menuet Marie-Claire, Michallon Gisèle, Miremont Christian, Mothes Thierry, Moura Bernard, Mousseau Véronique, Mousset Nguyen Estelle, Nciri Ilona, Nicollet Yves, Nogues Maryse, Ovidia Denis, Paolini Stéphanie, Paris Jean-Michel, Partarrieu Isabelle, Pebernard Pierre, Peuchant Béatrice, Piensbordenave Sylvie, Philosophe Jeanine, Ponchet Claire, Pontoire Muriel, Pornon Aude, Portmann Elisabeth, Poullange Franck, Prete Agnes, Quiquerez Catherine, Prisse Quitterie, Reneaud Françoise, Renoux Chantal, Reveillere Françoise, Rico Colette, Rivière Caroline, Robin Florence, Rolland Josette, Rollot Francis, Roncier Marie-Noelle, Roujon Séverine, Sahuc Marie-Annick, Saintoreins Patrice, Schonmann Philippe, Secourgeon Nadira, Soulez Hélène, Stut Nathalie, Tandonnet Marie-Agnès, Tarrabia Véronique, Teulières Anne-Marie, Tillie Yane, Tirouvanziam Antoine, Tromas Brigitte, Vanderdionck Sophie, Vasilé Monica, Velly Joelle, Veron Dominique, Vigneron Marie-Claire, Wilhelm Catherine.

### **Contacts - Equipe projet MCP Aquitaine :**

*Dr Florence Fernet (Direccte Aquitaine) : tél : 0556999614 ; mél : [florence.fernet@direccte.gouv.fr](mailto:florence.fernet@direccte.gouv.fr)*

*Dorothee Provost (InVS) : tél : 0557574732 ; mél : [Dorothee.Provost@isped.u-bordeaux2.fr](mailto:Dorothee.Provost@isped.u-bordeaux2.fr)*



Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence de la Consommation, du travail et de l'Emploi d'Aquitaine - Immeuble le Prisme - 19, Rue Marguerite Crauste33074 – Bordeaux cedex - Tél. : 05 56 99 96 50 - Fax : 05 56 99 96 69  
[www.aquitaine.direccte.gouv.fr](http://www.aquitaine.direccte.gouv.fr)

Institut de veille sanitaire - 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00 - Fax : 33 (0)1 41 79 67 67  
[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)