

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE (MÉDECINE OU PHARMACIE)

2014

THESE N°

QUELLE EST L'INFLUENCE DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-
PROFESSIONNELLES SUR LES RÉSULTATS DE
CONSULTATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
le 11 février 2014
par

Claire PARKER

née le 17/03/1986, à Châteauroux

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHONPrésident
Mme le Docteur LAUCHET.....Directeur de thèse
M. le Professeur BUISSON.....Juge
Mme le Professeur DUMOITIER.....Juge
M. le Professeur BONNETBLANC.....Juge
Mme le Docteur THOMAS.....Membre invité



PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service

BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service

DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service

LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur

ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA -MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service

YARDIN Catherine Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel Professeur des Universités
MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BOURTHOMIEU Sylvie Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND Karine Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE

ESCLAIRE Françoise Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

LE GUYADER Alexandre Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

LIA-BALDINI Anne-Sophie Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MARIN Benoît Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

MOUNIER Marcelle Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE

PICARD Nicolas Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

TERRO Faraj Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEURS ASSOCIES

BUISSON Jean-Gabriel Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES

BARRAUD Olivier Maître de Conférences associé des Universités
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie Professeur des Universités Emérite

VIDAL Elisabeth Professeur des Universités Emérite

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BELLIER Rémy	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
COUVÉ-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
CROS Jérôme	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FILLOUX Matthieu	IMMUNOLOGIE
FREDON Fabien	ANATOMIE
HODLER Charles	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NEGRIER Laurent	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
PHILIPPE Grégory	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIZZO David	HEMATOLOGIE
ROGER Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
THOMAS Céline	ANATOMIE (Service de Chirurgie Digestive, Générale et Endocrinienne)
VERGNENEGRE Guillaume	ANATOMIE (Service d'Orthopédie Traumatologie)
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ABRAHAM Julie	HEMATOLOGIE
AUBOUR Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
AYOUB David	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associé du 01-11-2012 au 31-10-2013)
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARREAU Germain	OPHTALMOLOGIE
BEDIN Bertrand	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
BEGOT Emmanuelle	REANIMATION

BEHRA-MARSAC Aurélie	RHUMATOLOGIE
BENACQUISTA Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BENHAMI Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE
BERGER Julien	UROLOGIE
BILAND Guillaume	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BORDAS Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOUYGUES Antoine	GASTRO-ENTEROLOGIE
CALVET Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CAUTRES Thomas	CARDIOLOGIE
CHAMBARAUD Tristan	NEPHROLOGIE
CHAMPY Pauline	REANIMATION
CHERRIERE Sylvain	O.R.L.
CYPIERRE Anne	MALADIES INFECTIEUSES
DELMAS Juliette	OPHTALMOLOGIE
DONADEL Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
DURAND Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
EGENOD Thomas	PNEUMOLOGIE
ENESCU-FLORICA Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
ETTAIF Hind	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FAUGERAS Frédéric	NEUROLOGIE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDET Emmanuel	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GARUCHET-BIGOT Angéline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
HAMONET TORNY Julia	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
LANOE Matthieu	UROLOGIE
LAYRE Brice	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

LERAT Justine	O.R.L.
MAAZI Nizar	CARDIOLOGIE
MARTEL Clothilde	MEDECINE INTERNE A
MATHIEU Pierre-Alain	CHIRURGIE INFANTILE
MONNIER Grégory	PSYCHIATRIE d'ADULTES
PELISSIER Maxime	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
PONOMARJOVA Sanita	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associé du 01-11-2012 au 31-10- 2013)
PONSONNARD Anne	PEDOPSYCHIATRIE
RABIN Magalie	NEUROLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
THOUY François	MEDECINE INTERNE A
VANDEIX Elodie	CANCEROLOGIE
VINCENT Magalie	GASTRO-ENTEROLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

LAUCHET Nadège

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury

Merci au **Professeur Daniel BUCHON** d'avoir accepté la présidence de mon jury et pour votre intérêt à notre sujet.

Merci à ma **Directrice de thèse, le Docteur Nadège LAUCHET** de m'avoir choisie pour participer à l'étude ECOGEN, de m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de ce travail.

Merci au **Professeur Jean-Gabriel BUISSON** qui, en plus d'être membre de ce jury, m'a accompagnée et soutenue tout au long de mon internat.

Merci au **Professeur Jean-Marie BONNETBLANC** qui me fait l'honneur de juger mon travail. Je conserve un excellent souvenir de mon stage dans votre service et de la réalisation du LIVEDO.

Merci au **Professeur Nathalie DUMOITIER** pour son intérêt à notre travail et son enthousiasme à accepter d'en être juge.

Merci au **Docteur Delphine THOMAS**, tu m'as accompagnée et transmis l'amour de ta discipline au cours de mon internat.

Ta présence dans mon jury est un honneur. Merci pour tout ce que tu es et ce que tu m'as donné.

Pour l'analyse statistique,

Je remercie **mon père, Rémy PARKER**, pour l'analyse statistique.

Je remercie **Olivier DA SILVA**, chargé d'études à l'Observatoire Régional de Santé du Limousin, pour ses précieux conseils.

Je remercie **Geoffroy EDOUX DE LAFONT** pour le temps qu'il a consacré à mon travail.

Pour la relecture et le « contrôle qualité »,

Je remercie **mon conjoint, Frédérick STAMBACH**, ma mère, **Catherine PARKER**, mes beaux parents, **Claude et Yves STAMBACH**, mon amie, **Véronique ROMAIN**.

Pour la traduction en anglais du résumé,

Je remercie **ma belle sœur, Emmanuelle STAMBACH**.

Je remercie **tous les participants de l'étude ECOGEN**,

Et en particulier les coordonateurs, **les docteurs Laurent LETRILLIART et Alain MERCIER** pour leur disponibilité et leurs conseils .

A ma famille,

Merci à **mes exceptionnels parents**, vous qui m'avez soutenue sans relâche de mes premières nuits blanches d'étudiante au point final de ce travail. Merci à mon père pour avoir consacré ses vacances et ses WE à sauver les statistiques de ma thèse ! Merci à ma mère pour ton soutien infaillible depuis toujours.

Merci à **mon conjoint Frédérick** pour l'immense bonheur et la chance que j'ai de partager ta vie.

Un grand merci à **mes beaux parents et Emmanuelle** pour votre soutien, votre disponibilité et votre aide précieuse.

A mes frères, beau frère, belles sœurs, neveu, oncles, tantes, cousins et à Manie, pour le bonheur de vous retrouver à chaque réunion de famille.

A la mémoire de ma grand mère pour son soutien pendant mes études.

A mes amis,

A Véronique, qui pour moi fait partie de la famille, un grand merci pour ton soutien, ton grand cœur et ton aide.

A Karen, une belle amitié est née pendant l'internat. Aujourd'hui, j'ai le grand bonheur d'être la marraine de ta fille. Un grand merci pour ton soutien infaillible.

A Claire, Juliette et Faustine, mes trois amies d'enfance, pour nos fous rires à chaque retrouvaille. Merci d'avoir été à mes côtés depuis toujours.

A notre « GROUPE » d'amis pour tous ces agréables moments que nous partageons ensemble malgré la distance.

A Jean-Luc BECK pour la passion de la céramique qu'il a su me transmettre. La poterie m'a beaucoup aidée dans les étapes difficiles de mes études.

A la mémoire de Martine JEANNIN pour son soutien et l'aide qu'elle aurait souhaité m'apporter.

A tous mes amis d'internat, aux équipes qui m'ont accueillie.

En particulier à **Lisbeth, à Serge et au service de MIB du CHU.**

Je ne peux terminer mes remerciements sans un mot pour **mes chats** et en particulier à **Fripouille** qui pendant mes premières années de médecine a passé le même temps que moi sur mes livres de cours. Je lui disais : « Allez Chat, on va travailler ! » et il fonçait sur mes bouquins pour s'y faire câliner!

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

INTRODUCTION

CONTEXTE

1. HISTOIRE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL
2. DÉFINITIONS
3. PROBLÉMATIQUE DE LA SANTE AU TRAVAIL
4. LA POPULATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MATERIEL ET METHODE

1. LES OBJECTIFS
2. MÉTHODES

RÉSULTATS

1. RÉSULTATS DE CONSULTATION DANS LA POPULATION ECOGEN TOTALE
2. RÉSULTATS DE CONSULTATION DANS LA POPULATION ECOGEN ADULTE OU ACTIVE
3. RÉSULTATS DE CONSULTATION PAR ÂGE ET PAR SEXE
4. CAS PARTICULIERS

DISCUSSION

1. REPRÉSENTATIVITÉ NATIONALE DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE ECOGEN.
2. ATOUTS ET LIMITES
3. DISCUSSION DES RÉSULTATS
4. OUVERTURES
5. SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION

CONCLUSION

ANNEXES

1. CONTEXTE
2. MÉTHODES
3. RÉSULTATS
4. DISCUSSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES GRAPHIQUES

SERMENT D'HIPPOCRATE

ABREVIATIONS

ALD : Affections de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AT : Accident du Travail

C : Consultation

CISP : La Classification Internationale des Soins Primaires

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

HTA : Hypertension Artérielle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MP : Maladie Professionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

RC : Résultat de Consultation

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

INTRODUCTION



En France, si peu d'études ont décrit la patientèle de médecine générale, les données sur le contenu des consultations sont en revanche quasi inexistantes.

La médecine du travail a étudié les pathologies liées au travail chez les actifs. Cependant, aucune étude décrivant les problèmes de santé dans les différentes catégories socioprofessionnelles (CSP) n'avait été réalisée en médecine générale.

L'intérêt d'étudier cette population élargie est d'inclure également la CSP des personnes sans activité professionnelle et celle des retraités en tant qu'anciens actifs. D'autre part, la prise en charge du patient dans sa globalité fait partie des compétences exigées par la médecine générale ce qui ne peut être le cas de la médecine du travail.

Les inégalités sociales de santé sont plus importantes dans notre pays que dans de nombreux pays européens. Malgré l'amélioration des conditions de vie et les progrès de prise en charge médicale, elles s'aggravent ces dernières années. En témoignent les disparités d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier. [1]

Outre l'aspect économique de la rémunération, le travail est un élément essentiel comme facteur de développement personnel et de construction de soi. Il confère une identité à l'individu et sa place dans la société. [2]

Des études ont montré que malgré les progrès de l'automatisation, les conditions de travail ne s'étaient pas améliorées ces dernières dizaines d'années et que de nouvelles pénibilités s'étaient ajoutées aux anciennes. [3]. [4]

Les conditions de travail sur la relation santé-travail ont un coût estimé à 3% du PIB dans beaucoup de pays développés.[5] C'est un problème de santé publique.

Afin de décrire l'influence des CSP sur les résultats de consultation (RC) en médecine générale, nous avons participé à l'élaboration de la base de données de l'étude ECOGEN et l'avons utilisée. Il s'agit d'une étude nationale transversale multicentrique qui a rassemblé 45 750 RC.

Comme les médecins généralistes de la table ECOGEN sont représentatifs

des médecins généralistes de France, nous avons fait l'hypothèse que la population ECOGEN était représentative de la patientèle de médecine générale française.

Dans la première partie de ce travail, nous présenterons un état des connaissances sur les conditions de travail et les inégalités sociales de santé au travail et en médecine générale. Le sujet sera ainsi situé dans son contexte historique, économique et social.

Après la présentation de la méthode de notre étude, notre troisième partie sera consacrée à la présentation de nos résultats.

Enfin, dans notre dernière partie, nous discuterons ces résultats avec les données de la littérature.

Au terme de ce travail quelques pistes de réflexion seront proposées sur les solutions à apporter en terme de formation des généralistes et de prévention des inégalités sociales en médecine générale.

CONTEXTE



1. HISTOIRE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

1.1. Santé au travail, une préoccupation ancienne

La santé des hommes au travail est une préoccupation remontant à l'antiquité.

Des médecins étaient présents sur les chantiers des pyramides égyptiennes pour veiller sur la santé des ouvriers. En effet, 2500 ans avant notre ère, le titre de "grand médecin" est inscrit sur la tombe d'un certain Metm, médecin égyptien chargé de veiller sur l'état de santé des ouvriers des grands chantiers des pyramides. [6]

Au fil des siècles, s'est développé le concept d'une médecine réservée au monde du travail.

Hippocrate décrira la colique de plomb de l'ouvrier métallurgiste. Celse et Pline l'Ancien, cinq siècles plus tard, étudieront la céruse de plomb ou l'intoxication par le minium.

Au XIII^{ème} siècle deux ouvrages sont publiés: «L'hygiène professionnelle» et «La maladie des métiers» décrivant les pathologies professionnelles des ouvriers.

En 1604, la valeur d'une portion de minerai est prélevée par le roi Henri IV pour rémunérer un chirurgien ou acheter des médicaments. [7]

En 1770, la pathologie professionnelle est enseignée en faculté de médecine :

Louis-René Villermé, (ex-chirurgien des armées napoléoniennes, membre de l'académie des sciences morales), se voit chargé en 1837 d'une enquête sur "l'état physique et moral de la classe ouvrière". Un an après la parution de son rapport, la loi du 22 mars 1841 vise à limiter la durée du travail des enfants dans l'industrie. [7]

1.2. Reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles.

A la fin du 19^{ème} siècle, est créée la notion de « risque professionnel ». En effet, avec la révolution industrielle se sont développées des maladies qui affectent les catégories ouvrières déqualifiées, révélant ainsi les conditions du travail industriel : pénibilité des postes, journées longues, nécessité de rendements, salaires de misère.

La loi du 9 avril 1898 établit la présomption du caractère professionnel de l'accident lorsque celui-ci survient sur les lieux de travail. Les textes qui la composent définissent les droits et obligations des employeurs et des salariés :

- l'employeur définit les objectifs de travail à exécuter par le salarié pour l'emploi auquel il a été recruté ainsi que les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs.
- l'employé bénéficie en contre partie d'une réparation automatique et rapide s'il est victime d'un accident de travail. [7]

La reconnaissance des maladies professionnelles est plus tardive car la notion de responsabilité est partagée entre l'employeur et l'ouvrier. «Était-ce la faute de l'employeur si son ouvrier chapelier était intoxiqué par le nitrate de mercure dès lors que la fabrication du feutre imposait l'usage de ce toxique ?»

La question sera tranchée par la loi du 25 octobre 1919. La liste des maladies professionnelles indemnisables sera fixée par le législateur. Pour chacune d'elles, un tableau définira les formes d'atteintes et les conditions d'exposition qui permettront au salarié d'être indemnisé dans les mêmes conditions qu'en accident du travail. [8]

1.3. 20^{ème} siècle, affirmation de l'organisation revendicative et politique de la classe ouvrière sur les questions de santé au travail

De nouvelles institutions voient le jour : le ministère du travail (1906), le code du travail (1911). Le repos hebdomadaire est institué pour tous en 1906 [7]

Plusieurs études vont montrer l'inégalité professionnelle et sociale devant la maladie et la mort.

A la sortie de la seconde guerre mondiale, deux institutions sont créées sur des bases déjà existantes : la Médecine du Travail et la Sécurité Sociale.

A la même époque, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne une définition de la santé qui n'est plus rapportée à l'absence de maladie. [9]

En 1950, le Bureau International du Travail et l'Organisation Mondiale de la Santé retiennent une définition de la santé au travail (cf première partie, 2ème chapitre).

En 1973, l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) est créée dans le contexte social de l'après 68. Elle astreint les employeurs à présenter un rapport annuel au comité d'entreprise sur la situation et le programme d'action pour l'amélioration des conditions de travail. [9]

En 1979, est instaurée la notion de tiers temps sur les lieux du travail pour le médecin du travail (art. R 241-47 du code du travail). [7]

En 1996, les dégâts humains liés à l'utilisation de l'amiante et les mécanismes qui ont empêché son interdiction malgré la connaissance de sa dangerosité sont révélés. Ce n'est donc qu'au 1^{er} janvier 1997 que l'amiante est interdite, décret pris en application du code du travail et du code de la consommation. [10]

1.4. 21ème siècle, prise de conscience du stress au travail

En 2002, le code du travail élargit le champ de protection des travailleurs, en parlant de santé physique et mentale. Le harcèlement moral, une des formes de souffrance au travail, devient une notion juridique.

A cette époque, plusieurs cas de suicides liés au travail ont été médiatisés à cette époque et attirent l'attention du public sur la question de la souffrance au travail. [9]

En 2002, la loi de modernisation sociale du 17 février 2002 a transformé les Services de Santé au Travail en érigeant l'approche pluridisciplinaire en obligation générale. Les entreprises et les Services de Santé au Travail

sont désormais tenus de respecter une approche pluridisciplinaire en mobilisant toutes les compétences médicales, techniques et organisationnelles, utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail. [11]

Le décret du 28 juillet 2004 réforme la médecine du travail avec, entre autres :

- l'instauration d'une commission médico-technique dans les services inter entreprises,
- la définition d'un nombre minimum de demi-journées annuelles qu'un médecin du travail - à temps plein - doit consacrer à ses missions en milieu de travail. [11]

Un accord national interprofessionnel sur le stress au travail est signé en 2008 par les partenaires sociaux.

En 2009, le gouvernement a mis en place un plan d'urgence pour la prévention du stress au travail, obligeant les entreprises de plus de 1000 salariés à engager des négociations sur ce sujet.

Dans le même temps, plusieurs films, documentaires, fictions, pièces de théâtre, romans, cherchent à rendre compte du monde du travail. [9]

Le plan Santé au Travail 2005-2009 a pour objectif la réduction du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le deuxième Plan Santé Travail pour la période 2010-2014 s'articule autour de 4 axes d'intervention :

- L'amélioration de la connaissance en santé au travail
- La poursuite d'une politique active de prévention des risques professionnels
- le renforcement de l'accompagnement des entreprises
- le pilotage du plan, communication et mise en œuvre. [11]

2. DÉFINITIONS

2.1. Définition de la santé

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

2.2. Définition de la santé au travail

En 1950 puis en 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation internationale du travail (OIT) retiennent une définition commune de la santé au travail.

"La santé au travail devrait viser les objectifs suivants :

- promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions;
- prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par leurs conditions de travail; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé;
- placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses capacités physiologiques et psychologiques; en somme, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche." [12]

2.3. Définition et mesure du stress au travail

D'après un sondage de 2007 en France, le terme de «stress au travail» est celui qui décrirait le mieux le malaise ressenti par la population active.

En effet, ce que les actifs ressentent représente :

- pour 78 % un « stress »
- pour 30 % une « corvée »,
- pour 19 % un « ennui » et
- pour 16 % une « souffrance ». [13]

Les facteurs psychosociaux du travail associent les facteurs organisationnels et les relations interindividuelles pouvant avoir un impact sur la santé.

Les nombreuses classifications de ces risques psychosociaux identifient un grand nombre de facteurs permettant de documenter le caractère stressant d'une situation du travail. [14]

Ces facteurs sont notamment :

- le contrôle,
- la charge de travail,
- les rôles (conflits, ambiguïtés)
- les relations avec les autres (soutien social, harcèlement, reconnaissance),
- les perspectives de carrière (promotion, précarité, rétrogradation),
- la culture organisationnelle et l'interaction travail/vie privée. [14]

Plusieurs modèles d'estimation du stress au travail existent dans la littérature. Deux sont reconnus internationalement en raison de leur apport considérable de connaissances sur l'importance des liens entre les facteurs psychosociaux et le développement de plusieurs maladies : Le modèle de Karasek et le modèle de Siegrist. [14]

2.3.1. Le modèle «demande-autonomie» de Robert Karasek

Le modèle «demande-autonomie» de Robert Karasek a vu le jour à la fin des années 1970 (job strain model). Selon Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (job strain) conduit à une situation particulièrement à risque, notamment pour la santé cardiovasculaire. [14] **Annexe n°1 p 167-168**

2.3.2. Le modèle «déséquilibre effort/récompense» de Siegrist

Le modèle «déséquilibre effort/récompense» de Siegrist, élaboré dans les années 1990, est centré sur le déséquilibre entre deux composantes de

l'environnement psychosocial de travail :

- les efforts (liés aux contraintes de temps, interruptions dans le travail, responsabilités...) et
- les récompenses obtenues en retour en termes d'estime, de perspectives de promotion et de salaire ainsi que de stabilité de la situation de travail. [13]

Annexe 2 p 169 à 171

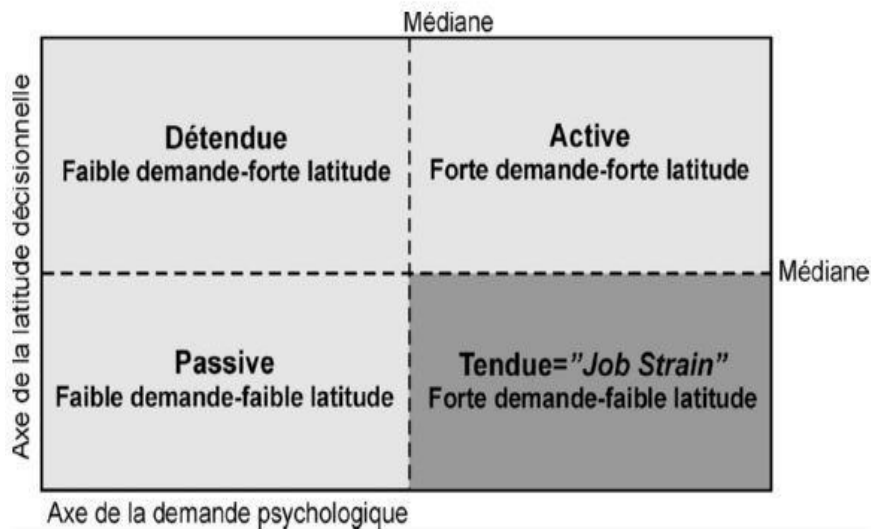
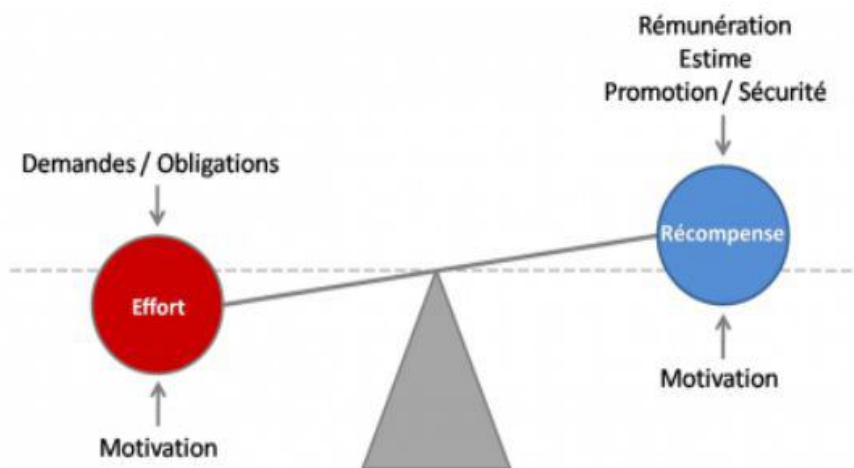


Illustration 1: Diagramme de Karasek : Quatre situations de travail [13]

Illustration 2: Balance effort-récompense du modèle de Siegrist [15]



2.3.3. Autres concepts

Depuis, d'autres concepts ont vu le jour permettant d'élargir l'évaluation des facteurs psychosociaux au travail à des aspects jusqu'alors négligés par ces modèles : [8]

2.3.3.1. La justice organisationnelle

Celle-ci comprend :

- la justice distributive (justice dans la distribution des ressources),
- la justice procédurale (justice dans les procédures de prise de décision),
- la justice relationnelle (considération, politesse, respect, dignité...),
- la justice informationnelle (communication de la hiérarchie notamment en terme d'information sur les procédures et les résultats).

Différents instruments ont été développés pour mesurer ces notions relatives à l'injustice, en particulier le questionnaire d'Elovainio et coll. (2002), le plus utilisé dans la littérature. A ce jour, il n'existe pas de version française de l'instrument.

2.3.3.2. la qualité du leadership

Elle correspond aux méthodes de management et de communication de la hiérarchie.

2.3.3.3. les violences au travail

Elles comprennent les violences physiques, les violences psychologiques dont le harcèlement sexuel.

2.3.3.4. l'insécurité et la précarité au travail

L'insécurité est liée aux plans de restructuration (acquisition, fusion.des entreprises), et l'angoisse liée à l'éventuelle perte d'emploi.

2.3.3.5. le temps de travail prolongé

Les longues heures de travail sont reconnues comme un facteur de risque psychosocial par l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au

Travail. Cela augmente particulièrement les risques d'accidents de travail.
[13]

2.3.3.6. Score synthétique d'exposition à de mauvaises conditions de travail

L'Insee, dans une étude transversale en 2006 et 2010 sur la population des 30-50ans en France a établi un score synthétique d'expositions à de mauvaises conditions de travail, tant physiques, qu'organisationnelles ou psychosociales.

Annexe n° 3 p 172

2.4. Caractéristiques socio-professionnelles

Dans un but statistique, l'INSEE a réparti la population active en différentes catégories socioprofessionnelles.:

- les agriculteurs
- les artisans, commerçants, chefs d'entreprises
- les cadres supérieurs, professions intellectuelles (incluent les professions libérales, de l'information, des arts du spectacle, les professeurs et les ingénieurs)
- les employés (incluent les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers)
- les ouvriers (incluent les ouvriers agricoles et les chauffeurs)
- les professions intermédiaires (incluent les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise)
- les personnes sans activité professionnelles,

2.5. Actifs/Non actifs

La population active regroupe la population active occupée appelée aussi «population active ayant un emploi» et les chômeurs, actifs inoccupés.
[10]

Sont comptabilisés parmi les actifs occupés :

- les personnes en congés maladie (moins d'une année) ou en formation,
- les membres du clergé,

- les militaires du contingent,
- les aides familiaux,
- les stagiaires rémunérés de l'entreprise,
- les apprentis.

Le taux d'activité est le rapport entre le nombre d'actifs et l'ensemble de la population correspondante. [11]

La population inactive comprend l'ensemble des personnes qui n'exercent pas une activité rémunérée ou qui n'en cherchent pas activement.

2.6. Définition du travail

Activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose. [16]

L'activité au sens statistique de l'INSEE n'est pas synonyme du terme travail. En effet , la femme au foyer est aussi une «travailleuse». Le travail est donc une activité partagée par les actifs et les non-actifs.

Le travail est une notion complexe qui recouvre des éléments de natures différentes, intriqués dans un ensemble.

Il évoque une activité économique, un aspect de l'existence sociale mais aussi un partie de la construction de soi. [2]

Le travail représente un «savoir faire» à travers lequel s'accomplit une tâche plus ou moins valorisante. Il apporte une rémunération ou une rétribution symbolique qui mesurent la valeur du travail. Enfin, il confère une identité à l'individu et sa place dans la société. Il est donc un élément essentiel de l'être de l'homme comme facteur de développement personnel et de construction de soi. [2]

3. PROBLÉMATIQUE DE LA SANTE AU TRAVAIL

3.1. Obstacles au lien santé/travail

La perception des liens entre santé et travail n'est évidente ni pour les travailleurs, ni pour ceux qui dirigent leur travail.

Cette relation est multifactorielle et les effets souvent différés. Des actions de «lobbying» peuvent faire obstacle à l'établissement des connaissances ou à leur diffusion. Les préjugés sociaux des scientifiques, des médecins, des ingénieurs jouent un rôle également. Et les travailleurs eux mêmes pour faire face aux exigences de leur travail, censurent la conscience de ses pénibilités et de ses risques. En effet, face à un risque grave dont on ne peut se protéger, ressentir de la peur est inutile et même néfaste car une peur excessive empêche de travailler. [17]

L'appartenance à un groupe social peut aboutir au déni ou à l'acceptation du danger. Ainsi, pour les danseurs contemporains, la mise en danger du corps est partie intégrante de l'identité professionnelle. [18]

Dans le modèle ouvrier traditionnel, le corps est un instrument qu'il est normal d'user au travail.

Les entreprises actuelles en faisant de plus en plus appel à la sous-traitance, favorisent la méconnaissance des effets du travail sur la santé. [19]

Il en est de même de la précarité de l'emploi (contrats à durée déterminée, intérim). La compréhension des conditions de travail et de leurs effets est favorisée par l'existence de collectifs stables. En effet, leur visibilité résulte d'un processus d'objectivation auquel peuvent concourir de nombreux acteurs : collègues, syndicalistes, inspecteurs et médecins du travail...etc.

En ce qui concerne le chômage de masse : il affaiblit les défenses de métier et freine l'objectivation des questions de santé liées au travail; d'autre part, il contraint davantage à accepter de mauvaises conditions de travail. «A mesure que le déni recule, le fatalisme progresse». [5]

Le phénomène de la poly-exposition en relation avec la précarisation des parcours professionnels fait disparaître la notion de «cancer professionnel»

chez ces personnes, aucun tableau des maladies professionnelles ne l'incluant. Les normes de référence des tableaux de maladies professionnelles sont la permanence et la durée dans l'emploi et l'exposition. Elles ne peuvent donc pas prendre en compte les travailleurs ayant présenté une exposition intermittente.

Dans un département particulièrement touché par le cancer, une démarche de recherche pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle pour un Suivi des Cancers d'Origine Professionnelle (SCOP 93) a été engagée à l'initiative du conseil départemental d'hygiène. Elle réunit les institutions de santé publique et de santé au travail, du secteur hospitalier, de l'assurance maladie et de la recherche.

L'enquête met en évidence un écart important entre les cas déclarables-pour lesquels les médecins ont établi un certificat médical de maladie professionnelle-et ceux qui ont donné lieu à une déclaration de maladie professionnelle de la part des patients. [20]

3.2. Une prévalence importante des pathologies liées au travail.

Parmi les personnes en emploi qui signalent un problème de santé- qu'il soit bénin, sérieux ou grave, une personne sur deux estime «qu'il est causé ou aggravé par le travail» [21]

En 2011, pour un effectif salarié des Comités Techniques Nationaux (CTN) de 18.500.237 :

- le nombre des accidents du travail avec arrêt s'élève à 669.914, l'indice de fréquence progresse de 0,6%,
- les accidents avec incapacité permanente sont au nombre de 40.986,
- le nombre des décès est de 552 soit une augmentation de 4.3%.

En 2011, il est dénombré 55.057 maladies professionnelles en hausse de 8.6%.

- les affections péri-articulaires, qui représentent 78.7% des nouveaux cas indemnisés, sont toujours en progression (+8.7%),

- les affections provoquées par les poussières d'amiante augmentent au tableau n°30 des maladies professionnelles pour s'établir à 3.869 cas et encore au tableau n°30 bis avec 1.008 cas.
- les affections chroniques du rachis lombaire dues aux charges lourdes progressent de +25% pour s'établir à 3.042 cas.
- le nombre des décès par maladie professionnelle survenus avant consolidation est de 570 en 2011. [22]

3.3. Un problème de Santé Publique

Devant la forte prévalence des pathologies au travail, on peut s'interroger sur ses conséquences économiques.

Les conditions de travail sur la relation santé-travail ont un coût estimé à 3% du PIB dans beaucoup de pays développés. [18] cité par [19]

En effet, en 1999, l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail (EU-OSHA) montrait que pour nombre d'États de l'Union européenne, le coût des problèmes de santé liés au travail variait entre 2,6% et 3,8% de leur PIB.

Pour l'année 2000, les coûts liés au stress au travail en France pour les trois problèmes de santé les plus fréquents : la dépression, les troubles musculo-squelettiques et les maladies cardiovasculaires sont compris entre 1,17 Md et 1,98 Md d'euros.

En mars 2011, L'IRDES, Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé a publié une étude confirmant un accroissement des dépenses de santé attribuables aux conditions de travail. [24]

Cette même étude a souligné l'importance de l'impact réel du travail sur les dépenses de l'Assurance maladie. Les recours reconnus par l'Assurance maladie comme étant attribuables au travail étaient bien inférieurs à ceux qui ont été déterminés dans l'étude de l'IRDES. Il apparaissait donc une minoration de la prise en compte des conditions de travail dans les dépenses de l'Assurance maladie.

Cette sous-estimation a pour conséquence un transfert des charges entre les ménages et les entreprises : La branche des accidents du travail qui

est uniquement financée par les cotisations patronales ne remboursent pas toutes ces dépenses, une partie des maladies professionnelles étant sous-estimée.

3.4. Inégalités

3.4.1. Inégalités sociales des actifs

3.4.1.1. Des inégalités sociales de santé plus importantes en France que dans la plupart des autres pays Européens.

Malgré l'amélioration des conditions de vie et des progrès de prise en charge médicale, des inégalités sociales en santé (en terme de morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) persistent et pour certains indicateurs, s'aggravent en France comme en Europe ces dernières années.

En France, ces inégalités sont plus importantes que dans la plupart des autres pays européens, particulièrement pour les hommes.

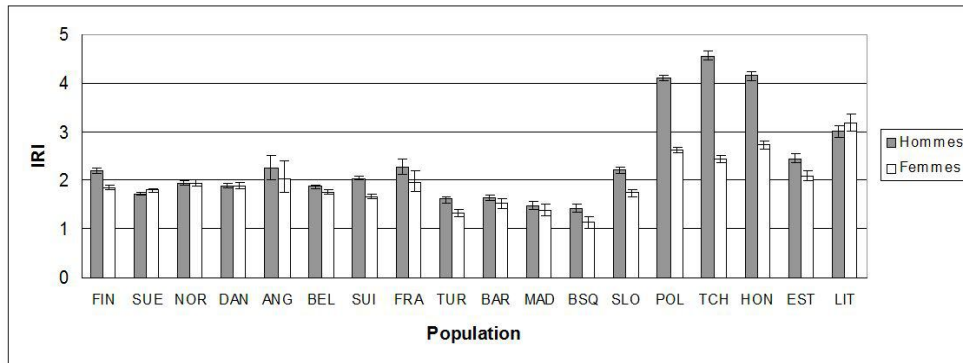
Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquence des incapacités. [1]

Des études ont montré que 3 pays, Royaume-Uni, Pays-Bas et Suède ont mis en œuvre depuis moins de vingt ans, une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé avec un plan d'action global et des évaluations poussées.

À l'examen de ces plans, ces pays ont choisi de donner la priorité à la lutte contre les déterminants de santé défavorables qui alimentent la pauvreté. Ils préconisent tous la même stratégie : réduire les inégalités de santé doit passer par une politique globale bien au-delà de la santé, pour réduire les inégalités économiques et sociales. [25]

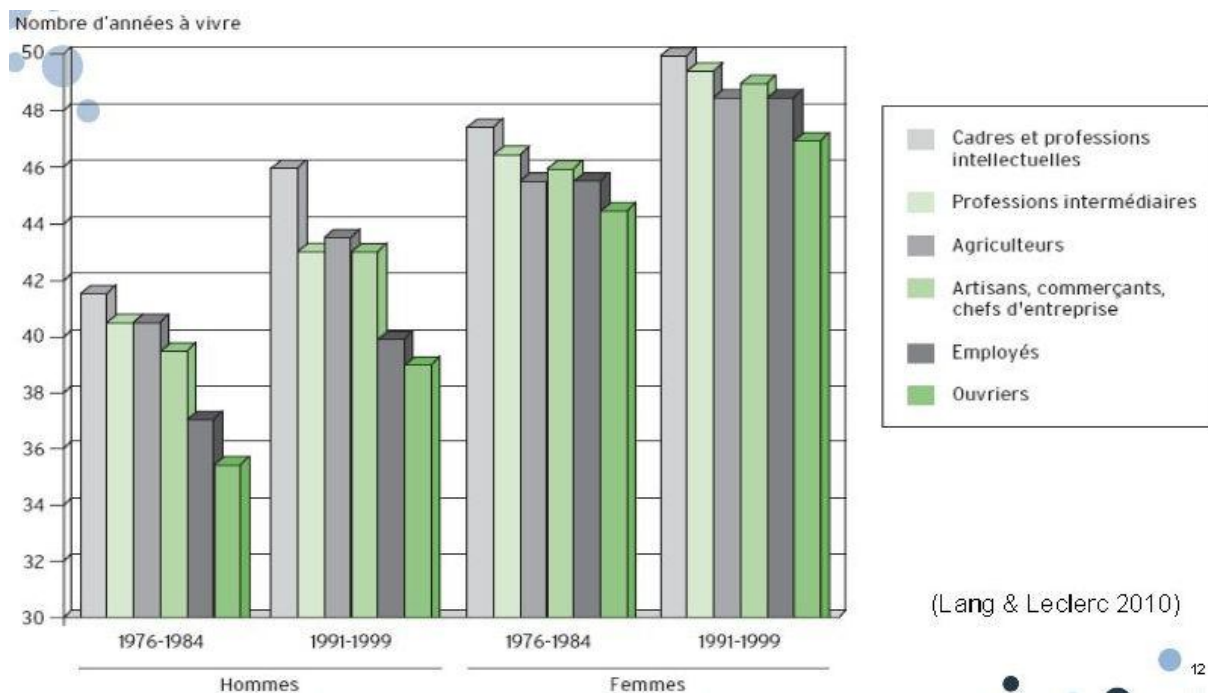
Ces inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé. [26]

Graphique 1 : Indice relatif d'inégalités (IRI) et intervalle de confiance à 95% selon le niveau d'études pour la mortalité toutes causes par sexe et par population



FIN=Finlande, SUE=Suède, NOR=Norvège, DAN=Danemark, ANG=Angleterre et pays de Galles, BEL=Belgique, SUI=Suisse, FRA=France, TUR=Turin, BAR=Barcelone, MAD=Madrid, BSQ=Pays Basque Espagnol, SLO=Slovénie, POL=Pologne, TCH=République Tchèque, HON=Hongrie, EST=Estonie, LIT=Lituanie

Graphique 1: Indice relatif d'inégalité et intervalle de confiance à 95% selon l'étude de la mortalité toute cause par sexe et par population



Graphique 2: Espérance de vie à 35ans par groupe professionnel

Ce sont les cadres qui présentent le meilleur état de santé tandis que les ouvriers non qualifiés apparaissent clairement comme la catégorie socioprofessionnelle dont l'état de santé est le plus dégradé. [27]

3.4.1.2. Influence des inégalités sociales de santé sur la consommation de soins

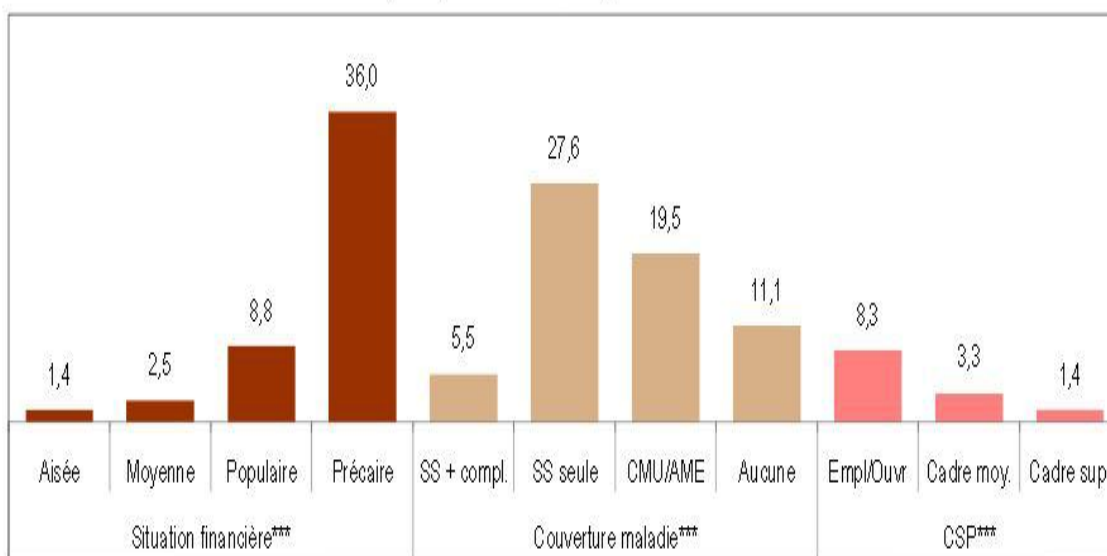
Dans une publication de la DREES, Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, l'auteur montre qu'au delà de l'influence de l'âge, du sexe et de l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire influent sur la consommation de soins. [27]

L'écart de dépenses totales de soins observé entre cadres et professions intermédiaires d'une part, et ouvriers et employés d'autre part, s'explique en premier lieu par des disparités d'état de santé.

Les caractéristiques socioprofessionnelles déterminent l'accès aux soins en ambulatoire ou en milieu hospitalier. En effet, les soins de ville laissent une place importante aux assurances complémentaires ce qui encourage les ménages modestes à se tourner vers l'hôpital.

Les dépenses de spécialistes, les dépenses optiques et la probabilité d'engager des soins dentaires dans l'année semblent être les plus liées à la catégorie socioprofessionnelle. [28]

Proportion de patients ayant renoncé à des soins ambulatoires au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières selon la situation financière, la couverture maladie et la catégorie socio-professionnelle (CSP) – Cumul 2 vagues n=3 397



Graphique 3: Etude transversale en médecine générale en Limousin par l'Observatoire Régional de la Santé.

3.4.1.3. Conditions de travail et salaire

Contrairement à ce que laisse supposer la théorie de la compensation, toutes les conditions de travail pénibles ne s'accompagnent pas d'une prime de salaire.

La théorie de la compensation laisse supposer que les conditions de travail pénibles s'accompagnent d'une prime de salaire. Or, si le travail de nuit permet d'obtenir une prime, ce n'est pas le cas des travaux exposés au froid ou au port de charges lourdes. Les pénibilités ne donnent lieu à compensation salariale que dans le cas où elles sont connues et reconnues explicitement par la direction de l'entreprise. Le plus souvent, le gain de salaire récompense la hiérarchie plutôt que la pénibilité. [29]

3.4.2. Facteurs des inégalités de santé.

Les facteurs d'inégalités ont été recherchés à maintes reprises. En premier lieu, apparaissent les conditions de vie et de travail.

D'autres facteurs d'inégalités sont néanmoins présents :

- les modes de vie et comportements à risque,
- le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de vie,
- les différences de revenus,
- l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie),
- le rôle du système de santé et de soins,

certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales etc.

3.4.3. Des inégalités hommes/femmes [30]

Il faut noter que les hommes et les femmes ne sont pas sensibles aux mêmes conditions de travail : certaines sont jugées particulièrement inquiétantes chez les femmes, d'autres chez les hommes. On peut synthétiser les différences en distinguant :

- des conditions de travail «masculines», c'est à dire nettement plus répandues parmi les travailleurs de sexe masculin :
 - travail de nuit
 - exposition au bruit
 - aux toxiques
 - aux vibrations
 - aux températures extrêmes
 - au port de charges lourdes,
- des conditions neutres à peu près aussi répandues chez les hommes et chez les femmes :
 - postures pénibles
 - travail répétitif
- et des conditions de travail «féminines» :
 - relation directe avec les clients,
 - exposition au harcèlement sexuel.

Les caractéristiques du travail «dur» (postures pénibles, vibrations, port de charge lourdes) sont, toutes choses étant égales par ailleurs, plus souvent jugées par les femmes comme mettant en danger leur santé, tandis que les femmes sont moins sensibles que les hommes au risque lié au contact direct avec les clients, les patients, des élèves... [30]

3.4.4. Des inégalités ethniques

Des études provenant des États-Unis et d'Europe ont constaté ces dernières années que les minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes avaient davantage de problèmes de santé liés au travail. [31]

D'après un travail de thèse publié dans PISTES, Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé cité par S. PREMJI [31], ces inégalités sont attribuables, d'une part, à la sur représentation des minorités ethniques dans les secteurs et emplois à risques et, d'autre part, à des différences présentes à l'intérieur de mêmes emplois et tâches de travail.

Les travailleurs faisant partie de minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes sont souvent affectés aux emplois les plus dangereux.

Par exemple, l'essentiel des tâches de maintenance des centrales nucléaires Françaises est effectué par des entreprises de sous-traitance. Ces travailleurs supportent plus de 80% de la dose collective annuelle d'irradiation reçue dans le parc nucléaire français. [32]

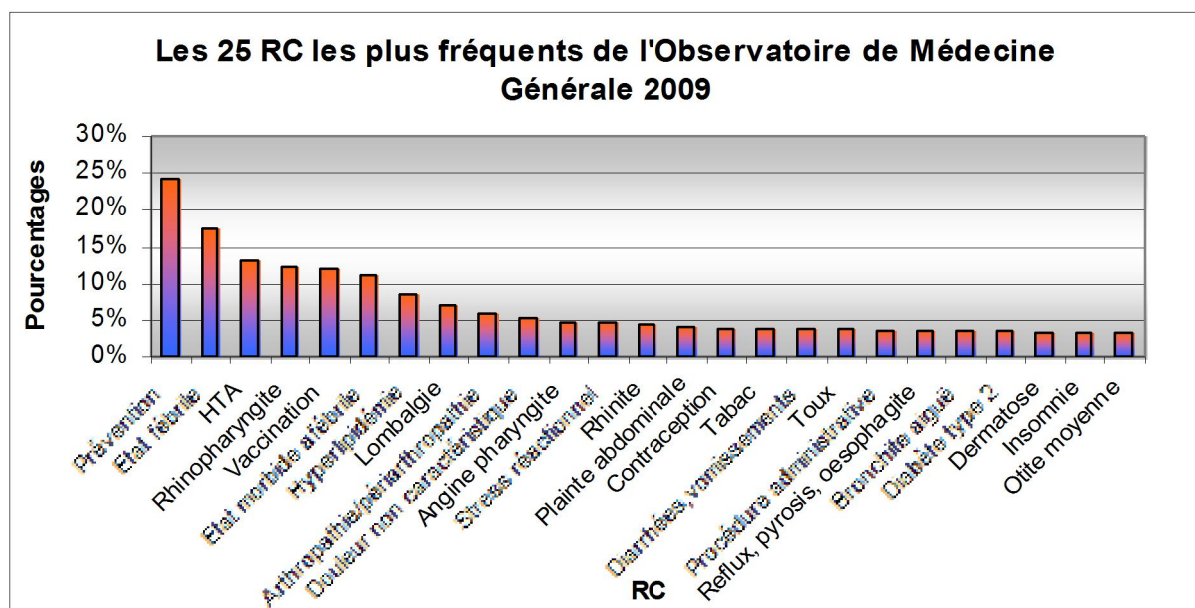
Aux États-Unis, des chercheurs ont décrit comment les minorités ethniques étaient embauchées suite à des catastrophes, comme les ouragans de 2005 et les événements du 11 septembre 2001, pour nettoyer les dégâts dans des conditions de travail difficiles et dangereuses. [31]

4. LA POPULATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

4.1. Une population peu étudiée

Des enquêtes ponctuelles de morbidité, auprès des médecins libéraux, généralistes et spécialistes ont été réalisées par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé). [33]

L'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), les réseaux d'IMS Health (Intercontinental Marketing Service-Health) et Thales (Centre de Gestion et de Documentation, d'Information et de Marketing) [34] ont organisé quelques systèmes de recueil continu et systématique de données. Nous disposons notamment des résultats de consultation les plus fréquents en médecine générale. **Graphique 4 p 41**



Graphique 4: Top 25 des RC de la SFMG 2009

L'Observatoire Régional de Santé décrit la population consultant en médecine générale par le biais d'études transversales auprès des médecins généralistes.

Avant notre étude ECOGEN, aucun recueil de données d'envergure n'avait été réalisé sur le contenu des consultations de médecine générale à partir de la **Classification Internationale des Soins Primaires** (CISP).

Cette classification a été reconnue en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires, en étant incluse dans la famille des classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé. [33]

4.2. Actifs et non-actifs

La population de médecine générale inclue les actifs et les non-actifs au sens statistique de l'INSEE. Les pathologies liées au travail ont été étudiées chez les actifs par les médecins du travail.

La population inactive, elle, est très peu documentée. Cette dernière regroupe des profils très différents : les femmes au foyer, les étudiants, les personnes en recherche d'emploi au delà des droits au chômage, les retraités, les invalides...etc.

4.2.1. La population active

Le tableau 1 p 43 représente le taux d'activité par âge et par sexe dans la population française en 2012. **Le tableau 2 p 43** représente la population en emploi selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2012.

Population active et taux d'activité selon le sexe et l'âge en 2012

en 2012

	Femmes	Hommes	Ensemble
Taux d'activité (en %)			
15 ans ou plus	51,8	61,9	56,7
15-64 ans	66,6	75,3	70,9
15-24 ans	34,0	40,6	37,3
25-49 ans	83,8	94,2	88,9
50-64 ans	57,5	65,0	61,1
dont : 55-64 ans	44,8	51,2	47,9
65 ans ou plus	1,7	3,1	2,3
Population active (en milliers)			
15 ans ou plus	13 639	14 927	28 566
15-64 ans	13 539	14 789	28 328
15-24 ans	1 248	1 506	2 754
25-49 ans	8 672	9 461	18 133
50-64 ans	3 619	3 823	7 442
dont : 55-64 ans	1 858	1 966	3 825
65 ans ou plus	100	138	238

Lecture : en moyenne en 2012, 13 639 000 femmes de 15 ans ou plus sont actives (ont un emploi ou sont au chômage), soit 51,8 % de l'ensemble des femmes de 15 ans ou plus.

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 ans ou plus (âge courant).

Source : Insee, enquête Emploi 2012.

Tableau 1: Population active et taux d'activité selon le sexe et l'âge en 2012

Population en emploi selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2012

en %

	Femmes	Hommes	Ensemble
Agriculteurs exploitants	1,2	2,7	2,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	3,7	9,0	6,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	15,1	20,6	18,0
Professions intermédiaires	26,5	23,0	24,7
Employés	45,2	12,6	28,1
Ouvriers	8,3	32,1	20,8
<i>dont :</i>			
<i>Ouvriers qualifiés</i>	3,4	23,0	13,7
<i>Ouvriers non qualifiés</i>	4,9	9,1	7,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Effectif (en milliers)	12 278	13 476	25 754

Lecture : en moyenne en 2012, 32,1 % des hommes ayant un emploi sont ouvriers.

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes en emploi de 15 ans ou plus (âge courant).

Source : Insee, enquête Emploi 2012.

Tableau 2: Population en emploi selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2012 [34] [91]

4.2.2. La population inactive

4.2.2.1. Les femmes au foyer : des travailleuses inactives

Dans la population en âge de travailler, sont reconnus les actifs occupés, les actifs inoccupés (chômeurs), les non-actifs.

Les femmes au foyer sont dites «inactives». Ce terme est inadéquat de manière sensible pour les femmes au foyer. En effet, selon le dictionnaire Larousse, inactif signifie : «Qui n'a pas d'activité, n'est marqué par aucune activité» [35] Cette définition commune diffère de celle de l'INSEE qui décrit la population n'effectuant pas une activité rémunérée.

La dénomination d'«inactivité» demeure, pour le sens commun, péjorativement connotée et directement associée à d'autres substantifs tels que l'oisiveté, la paresse, le désœuvrement. [36]

Hors, la femme au foyer est aussi une travailleuse.

L'enquête coordonnée par le Groupe Division Familiale du Travail de MATISSE [37] cité dans [31] a recueilli, en heures et minutes hebdomadaires, les durées passées à réaliser chacune des par tranches d'âges journalières. Ces activités sont définies par différents temps : temps professionnel, temps physiologique, temps parental, temps domestique et temps personnel. Cette étude permet de comparer l'occupation d'une femme au foyer à l'occupation d'une femme active.

Annexe n° 4 p173

Les résultats sont les suivants :

- les couples à deux actifs équivalents se caractérisent par un partage relativement égalitaire des temps professionnel et physiologique; en revanche, sur les trois autres temps (parental, domestique et personnel), la répartition est très asymétrique. L'homme a sensiblement plus de temps personnel que sa femme, cette dernière se consacrant davantage aux tâches parentales et, plus encore, domestiques.
- lorsque les époux sont deux actifs non équivalents, c'est-à-dire que la femme travaille à temps partiel et l'homme à temps plein, le temps

consacré par le mari à ses activités personnelles est plus proche de celui de sa compagne que dans les couples bi-actifs équivalents. Comme dans le cas précédent, les femmes prennent en charge 60 % des activités parentales; en revanche, 75 % du temps domestique est assuré par l'épouse.

Si l'on raisonne à partir de la distinction entre «temps de travail» et «temps hors travail», les femmes au foyer sont les seules à présenter une répartition similaire à celle de leur mari actif à temps plein.

Cette similitude masque, des disparités sur chacun des secteurs du «temps de travail». Si la charge globale de travail est égalitaire dans les couples mono-actifs, contribuant à faire des femmes au foyer des «actives à temps plein», cette «parité» apparente n'est atteinte qu'avec de profondes asymétries dans les contributions de chacun. [36] [37] [38]

La manière dont les femmes vivent l'inactivité a été appréhendée : 40% d'entre elles ne trouvent que des avantages à leur situation, les 60% restantes retrouvent deux inconvénients liés à la condition de femme au foyer : le manque de relations sociales et la dépendance financière. [36]

4.2.2.2. Des études quasi-inexistantes

Les études concernant les femmes au foyers sont quasi-inexistantes.

En 2011, la France comptait 2,1 millions de femmes au foyer, soit 14 % de femmes au foyer parmi les femmes âgées de 20 à 59 ans, non étudiantes. 20 ans plus tôt, elles représentaient 24%.

Elles vivent en couple et sont inactives. [39]

La diminution de la proportion de femmes au foyer est liée à la progression de l'activité féminine ainsi qu'à une moindre propension à vivre en couple. [39]

L'inactivité féminine des années 2000 s'explique principalement par la présence d'enfants ; ce n'est qu'à mesure que ceux-ci s'autonomisent que les raisons pour lesquelles les femmes s'y maintiennent deviennent sociales et s'expliquent par le niveau de ressources féminines, la hauteur du revenu familial, etc. [29]

En 2011, 80% d'entre elles ont déjà exercé une activité professionnelle, soit un peu plus qu'en 1991 (76%), mais les motifs de cessation d'activité ont évolué. Les femmes au foyer ne sont plus que 21% à avoir cessé leur activité pour des raisons personnelles, contre 59% auparavant. Les principales raisons désormais : la fin d'un CDD (35%) et les interruptions suite à un licenciement, qui ont beaucoup augmenté (11%) [40]

Les femmes au foyer qui n'ont jamais travaillé sont moins diplômées et plus souvent mères de familles nombreuses. [39]

4.2.2.3. Les étudiants

la Mutuelle des étudiants (LMDE) [41] a mené une enquête auprès de 8.500 de ses adhérents. Les étudiants se déclarent à 82% en bonne santé en ce qui concerne leur santé physique. En revanche, leur état psychologique est préoccupant. En effet, 12% des sondés disent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois, 8% en ont eu le projet et 1,5% ont fait une tentative. En outre, plus du quart des étudiants sont en situation financière délicate et doivent travailler pour compléter leurs revenus. Considérant leurs ressources comme insuffisantes, 19% des étudiants n'ont pas les moyens de souscrire une assurance complémentaire santé [42], certains renoncent en conséquence à consulter un médecin.

D'après une étude sur le stress des étudiants de troisième année de Licence en médecine, odontologie, psychologie et STAPS, le stress au cours des études universitaires est vécu comme le principal responsable de la dégradation de la qualité de vie, de conduites à risque.

Les étudiants sont en effet confrontés à un monde de l'emploi en pleine mutation, une sélection croissante et des difficultés socio-économiques. Certains doivent trouver un travail salarié pour mener à bien leurs études. Ils se déclarent fréquemment «stressés». La notion de stress correspond à une pression, une contrainte, un surmenage, une agression. [43]

Dans le cadre de notre étude ECOGEN, Noémie MOREL a étudié les motifs de consultation en médecine générale des étudiants. [44]

Les motifs de consultation les plus fréquents, mis en évidence dans cette thèse, sont d'ordre général ou concernent les systèmes respiratoires, digestifs ou ostéo-articulaires. Les motifs psychologiques (plaintes du sommeil, sensations de tristesse,...) sont en 5ème position et ne représentent que 7,3% des motifs alors que ces préoccupations sont au premier plan chez les étudiants.

4.2.2.4. Les retraités

Les projections démographiques indiquent une augmentation de la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans [45]. En France, au cours des dernières dizaines d'années, la co-résidence entre générations a diminué tandis que la part des individus vivant encore en couple à 80 ans s'est accrue. Les données de la littérature montrent un accroissement du recours aux soins avec l'âge.

Ces évolutions entraînent une baisse du nombre d'aidants potentiels aux dépendants du très grand âge. Le manque de personnel soignant de proximité et de places en institution est un problème de santé publique.

La catégorie «retraité» de l'INSEE ne permet pas d'identifier l'ancienne activité professionnelle de chaque personne. La seule prise en compte du métier exercé est un départ anticipé à la retraite pour pénibilité ou carrière longue. [46]

4.3. EVOLUTION DU MONDE DU TRAVAIL ET CONDITIONS DE TRAVAIL

4.3.1. Contexte

4.3.1.1. Mutation du monde du travail

Ces dernières décennies, le monde du travail s'est considérablement transformé du fait notamment de la mondialisation, de l'essor des nouvelles technologies et du poids croissant des actionnaires dans les entreprises [3].

Les conditions de travail n'ont pas été améliorées avec l'automatisation et l'intensification du travail. En effet, les enquêtes statistiques ainsi que de nombreuses recherches en sociologie du travail ont mis en évidence, à l'échelle internationale, des évolutions que l'on peut rassembler sous le terme d'«intensification du travail». A tous les niveaux de la vie au travail, la pression du temps s'accroît. Les parcours professionnels sont marqués par la précarité, la mobilité plus ou moins volontaire, la polyvalence mise en place de façon souvent hâtive. Les horaires atypiques, bousculés, imprévisibles, nocturnes, se répandent. Les actes de travail s'effectuent de plus en plus souvent avec des butées temporelles nombreuses et strictes. Les contraintes de rythme, naguère de nature différente selon les secteurs, tendent à s'entremêler et s'accumuler. De part et d'autre, se renforce l'incitation à se hâter, mais sans abandonner la qualité du produit ou du service.

Quant aux dirigeants des entreprises, même si certains souhaitent améliorer les conditions de travail pour des raisons éthiques ou économiques, ils adhèrent massivement à l'idée que l'intensité du travail est synonyme de productivité. Pourtant une amélioration significative d'au moins certaines conditions de travail, voire une réduction de son intensité, peuvent être obtenues sans perte d'efficacité économique. [47]

De nombreux exemples montrent qu'une grande partie des efforts des travailleurs est gaspillée [48] et que l'intensité excessive du travail a des effets néfastes importants.

Une vaste enquête sur "le bonheur et le travail en France", effectuée en partenariat avec l'Insee met en évidence «qu'à l'heure des jolis contes du "nouveau management" sur l'émancipation du travail, les actifs ressentent, eux, le sentiment de perdre leur vie à la gagner». [4]

Selon cette enquête, se sont ajoutés aux pénibilités physiques : la peur de perdre son emploi, la crainte de ne pas tenir le coup, l'angoisse de ne pas être à la hauteur, le sentiment d'être dans une impasse, d'être fragile.

Les grandes mutations affectent tout le monde, différemment cependant selon la catégorie sociale.

Les entreprises affrontent les marchés en jouant sur les effectifs, notamment via l'intérim, entraînant une augmentation des emplois précaires. Les personnes ayant un emploi «stable» sont aussi déstabilisées par la menace du chômage et de la précarité. [4]

4.3.1.2. Formation initiale des gestionnaires

Le mémoire de Frédéric St Pierre montre que malgré l'ampleur des problèmes de santé mentale et physique chez les travailleurs québécois et canadiens, cette problématique ne fait pas partie des préoccupations majeures de la formation universitaire des gestionnaires. [49]

Dans le travail de Frédéric St PIERRE, l'étude des plans de cours montrait une approche comportementale et s'appuyait principalement sur une logique pragmatique.

Deux types d'approche existent : l'approche comportementale et l'approche systémique :

- dans l'approche comportementale, la responsabilité de régler les problèmes de santé mentale et physique au travail revient la plupart du temps à l'employé qui ressent des problèmes.
- dans l'approche systémique, la responsabilité de résoudre les problèmes de santé mentale et physique au travail est parfois attribuée à l'entreprise, parfois partagée entre l'entreprise et les employés, et parfois à la société en général (par exemple, par les lois).

Cependant, les logiques qui sous-tendent les deux approches sont principalement pragmatiques, c'est-à-dire que même lorsqu'il est question de santé au travail, la rentabilité et le rendement de l'entreprise demeurent prioritaires par rapport aux aspects humains.

MATERIEL ET METHODE



1. LES OBJECTIFS

1.1. Les objectifs de l'étude ECOGEN [33]

ECOGEN signifie : Élément de la COnsultation en médecine GENérale.

L'objectif principal de l'étude était de :

- décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé pris en charge en médecine générale en France.

Les objectifs secondaires étaient :

- décrire les procédures de soins (réalisées et programmées) associées aux principaux problèmes de santé et évaluer leur transférabilité à d'autres professionnels de santé (infirmières, pharmaciens, autres professionnels)
- évaluer les déterminants de la durée de la consultation en termes de motifs de consultation, de résultats de consultation, et de procédures de soins.

Des objectifs ancillaires ont été définis par les internes investigateurs de l'étude pour constituer le sujet de leur thèse d'exercice.

1.2. Les objectifs de notre étude

L'objectif principal de notre étude est d'identifier les problèmes de santé rencontrés en médecine générale en fonction de la Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) du patient.

Il s'agissait donc de déterminer l'influence des catégories socioprofessionnelles sur les Résultats de Consultation (RC) en soins primaires.

L'objectif secondaire était la description par tranches d'âges et par sexe des résultats de consultation en médecine générale.

2. MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale nationale multicentrique.

2.1. Les investigateurs

Les investigateurs étaient 54 internes en stage supervisé (de niveau 1) de 27 facultés de médecine françaises. Le recueil de données était effectué dans 130 centres en France (les cabinets des maîtres de stage). [50]

Illustration 3 p53

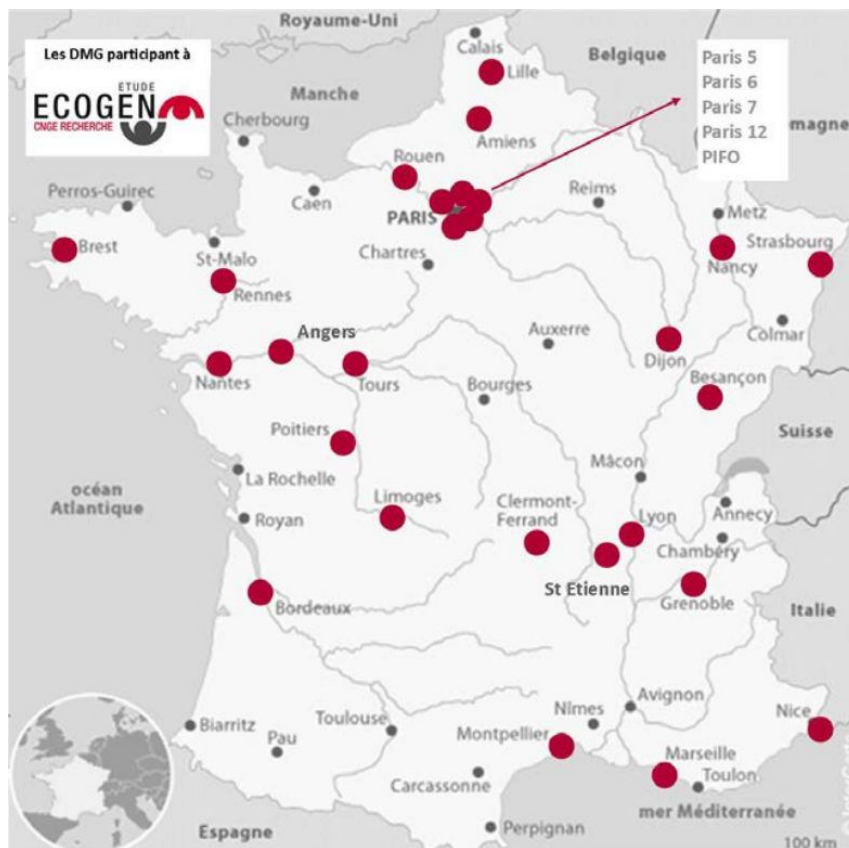


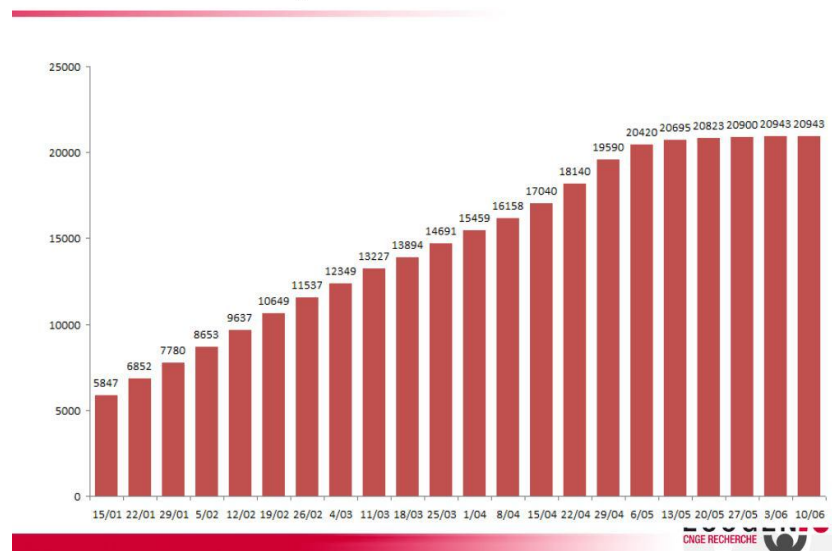
Illustration 3: Carte des 27 facultés partenaires de l'étude ECOGEN [50]

Chaque Interne a été formé au recueil et à l'analyse des données lors d'un séminaire centralisé d'une journée et demie, de même que le Chef de Clinique ou enseignant associé qui l'a encadré.

2.2. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient : toutes les consultations rencontrées un jour donné (ou deux demi-journées) par semaine, sur une période synchrone de cinq mois du 01/12/2011 au 30/04/2012 durant leur stage chez le praticien. Les données ont été recueillies en alternance chez les différents Maîtres de Stages Universitaires (MSU) de l'interne (1 à 3 MSU par interne). [50] **Graphique 5p54**

Graphe des inclusions



Graphique 5: Inclusions des données dans l'étude ECOGEN [51]

2.2.1. la classification internationale des soins primaires (CISP-2)

Les données ont été classées selon la classification internationale des soins primaires (CISP-2, Wonca) [33]

La CISP a été développée par l'Organisation internationale de la médecine générale (Wonca). Elle a été créée spécifiquement pour le recueil (manuel à l'origine) et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale : motif de consultation (dans la perspective du

patient), problèmes diagnostiqués (résultats de consultation du médecin), et procédures (action du médecin, réalisée ou programmée).

Il s'agit d'une classification bi-axiale, dont le premier axe est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres psychologique et social) et le second axe de 7 composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques et médications, résultats de tests, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et maladies).

A chaque rubrique est associé un code comprenant trois caractères alphanumériques, dont une lettre désignant le chapitre et deux chiffres spécifiant la rubrique.

La CISP a déjà été traduite en plus d'une vingtaine de langues et est utilisée à large échelle en médecine générale, notamment aux Pays-Bas, en Norvège et en Australie. [33]

Annexe

Les RC par appareil se présentent sous la forme suivante :

A : Général et non spécifié (par exemple : douleur générale, frissons fièvre, varicelle, traumatisme, allergie...etc)

B : Sang, système hématopoïétique et immunologique (par ex : ganglion lymphatique augmenté, peur du SIDA, leucémie, anémie par carence en fer...)

Annexe n° 5 p 174-175

2.2.2. Le recueil de données

Les données ont été relevées par l'interne, observateur de son maître de stage pendant les consultations. Chaque interne investigateur avait reçu un bloc de questionnaires numérotés au hasard sur lesquels il y consignait de manière manuscrite les données avant de les saisir dans une base de données centralisée à partir d'un site Web dédié au projet.

Le recueil de données comprenait :

- l'âge,
- le sexe,
- la durée de consultation,
- la catégorie socio professionnelle (CSP),

- le statut,
- la caractéristique étudiant ou non,
- le lieu de la consultation (cabinet ou domicile),
- le ou les motif(s) de consultation (du point de vue du patient)
- le ou les procédures de soins : action du médecin pendant la consultation,
- les résultats de consultation : diagnostics du médecin,
- la caractéristique «ancien ou nouveau » problème de santé,
- nouveau patient ou déjà suivi par le médecin
- l'éventuelle iatrogénie des problèmes de santé
- la transférabilité : pour chaque action du médecin, la possibilité de déléguer cet acte à un autre professionnel de santé : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute...**Annexe n°6 p 176**

Les caractéristiques des lieux de stages étaient relevées : milieu rural, urbain, semi-rural, le code postal, l'âge, le sexe, le nombre d'actes annuel du médecin, le type de cabinet (groupe, seul)...etc

Après fusion des données de chaque centre :

- l'effectif a été de **20.781 consultations** dont **54.668 motifs** de consultation (2,6 motifs par consultation en moyenne)
- et **45.750 résultats de consultation** (2,2 par consultation en moyenne).

Chaque Interne a reçu une copie de la base de données globale pour réaliser son travail de thèse.

2.2.3. Représentativité nationale de l'étude

La base ECOGEN contient 20.781 consultations réalisées par 128 médecins généralistes.

La représentativité des médecins généralistes de la table ECOGEN a été évaluée par le service de Biostatistiques de l'étude ECOGEN [51].

Les différentes variables étudiées chez les médecins généralistes étaient:

- l'âge,
- le sexe,
- le secteur d'activité,
- le nombre de consultations annuel,
- la Tranche d' Unité Urbaine.

Il a été démontré de façon statistiquement significative que les médecins généralistes de l'étude ECOGEN étaient représentatifs des médecins généralistes en France.

2.2.4. Financements

L'étude ECOGEN, développée dans le cadre du réseau CNGE recherche, a été co-financée par les laboratoires Pfizer.

Le partenariat méthodologique a été assuré par Pôle IMER, hospice civile de Lyon. La coordination a été assurée par le Docteur Laurent LETRILLART et le Docteur Alain MERCIER.

2.2.5. Données exploitées dans notre étude

Dans notre étude, nous avons exploité :

- les RC par appareil,
- les 25 RC les plus fréquents :
- les catégories socioprofessionnelles,
- l'âge,
- le sexe,
- le statut,
- la caractéristique étudiant ou non.

Les enfants inactifs, 11% de la population ECOGEN, ne permettent pas la comparaison de la CSP «non actif» avec les autres CSP composées d'adultes et de quelques apprentis âgés de 16 à 18 ans.

Pour répondre à notre question de recherche nous avons choisi d'étudier les résultats de consultation:

- dans une première partie dans **la population ECOGEN totale** puis,
- dans une deuxième partie, **la population ECOGEN adulte ou active**.

La population adulte ou active correspond à la population ECOGEN en excluant les enfants de moins de 18 ans en dehors des 60 actifs mineurs (apprentis âgés de 16 à 18ans).

186 questionnaires ont été éliminés de la base de données :

- 168 RC pour défaut de saisie du code RC et de la CSP
- 18 RC concernant des enfants pour lesquels les catégories socio-professionnelles étaient manifestement erronées. (Ex : 1 cadre supérieur âgé de 10 ans).

45.564 questionnaires ont été exploités dont 5.243 enfants âgés de moins de 18ans.

L'étude ayant été réalisée en partie sur 2011 et 2012, nous avons choisi d'inclure la moitié des personnes nées en 1994 parmi les mineurs, l'autre moitié dans la tranche 18-25ans.

La population ECOGEN adulte ou active comprend 40.321 personnes après soustraction des enfants.

Quelques données ont été corrigées quand cela a été possible :

- 323 non actifs de plus de 65 ans reclassés en retraités du fait de l'âge légal de retraite en 2012,
- 15 erreurs de sexe corrigées pour des chapitres exclusivement féminins ou masculins comme les appareils génitaux et la grossesse,
- pendant l'analyse précise des données, quelques unités ont dû être supprimées pour incohérence expliquant la différence de quelques unités dans les totaux des tableaux en annexe. Ces différences sont de l'ordre de 1/1000 ne modifiant ni les ordres de grandeur ni les pourcentages des calculs.

Les catégories socioprofessionnelles sont celles de l'INSEE :

- **agriculteur**, (1)
- **artisan**, commerçant, chef d'entreprise, (2)
- **cadre** supérieur et profession intellectuelle, inclut les professions libérales, de l'information, des arts du spectacle, les professeurs et les ingénieurs (3)
- **profession intermédiaire** ; inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. (4)
- **employé**, inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels de services directs aux particuliers. (5). Le groupe des "employés" rassemble des professions très variées et souvent mal définies. [52]. On y trouve les secrétaires et les agents de bureau, mais aussi les agents hospitaliers, les vendeurs, les pompiers ou les gens de maison.

L'unité du groupe des employés repose en fait plus ce qu'ils sont que sur ce qu'ils font. En grande majorité, ces métiers sont exercés par des femmes. Elles forment plus des trois quarts de chaque catégorie, hormis les policiers et les militaires. Ce groupe rassemble beaucoup de jeunes, en particulier parmi les employés administratifs d'entreprise et les employés de commerce.

- **ouvrier**, inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs (6). Le groupe ouvrier est structuré par une série d'oppositions. [53]. La qualification est en étroite corrélation avec de nombreuses variables, comme le sexe, l'origine sociale, la formation ou le salaire. Toutes ces variables permettent d'établir une gradation des métiers ouvriers, des professionnels d'entretien aux ouvriers non qualifiés des industries légères et aux ouvriers agricoles.

Le deuxième clivage est l'opposition entre travail industriel et travail de type artisanal. La gestion réglée du travail industriel se traduit par une plus grande stabilité de l'emploi et un alignement des horaires sur la durée légale.

Si la différence entre ouvriers et employés paraît évidente parce qu'on a en tête les positions extrêmes, la frontière entre les deux groupes n'est pas facile à tracer. Ainsi les chauffeurs et les cuisiniers sont à la limite du groupe ouvrier, et s'opposent aux ouvriers de production de la grande industrie ou aux ouvriers du bâtiment qui en constituent le noyau.

- **retraité** (7)

- **sans-activité professionnelle** (8)

Dans un but de simplification visuelle des graphiques et des commentaires, nous avons renommé ces CSP : agriculteurs, artisans, cadres, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités, inactifs.

Les statuts sont :

- affections de Longue Durée (ALD)
- couverture Maladie Universelle (CMU)
- aide Médicale d'Etat (AME)
- accident du Travail (AT)
- maladie Professionnelle (MP)
- invalidité (I)
- aucun statut : pas d'appartenance aux catégories précédentes renommé statut standard.

Nous avons choisi d'exprimer nos résultats par tranches d'âges.

- 18-25 ans : jeunes travailleurs
- 26-40 ans
- 41-55 ans
- 56-65 ans : travailleurs seniors
- plus de 65ans : âge correspondant au départ légal à la retraite en 2012.

2.3. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel MICROSOFT EXCEL avec la base de données décrite ci-dessus.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs fréquences et leurs effectifs.

En faisant l'hypothèse que la patientèle de médecine générale d'ECOGEN soit représentative de la patientèle de médecine générale française, certaines données :

- les nombres de RC par tranches d'âges,
- les nombres de RC par sexe,
- les nombres de RC par catégorie socioprofessionnelle,

ont été redressées par les effectifs de la population Française. Ce calcul a été réalisé en divisant le nombre de RC d'un groupe donné par l'effectif correspondant dans la structure Française. Ces résultats sont exprimés en nombre de RC/10.000 français.

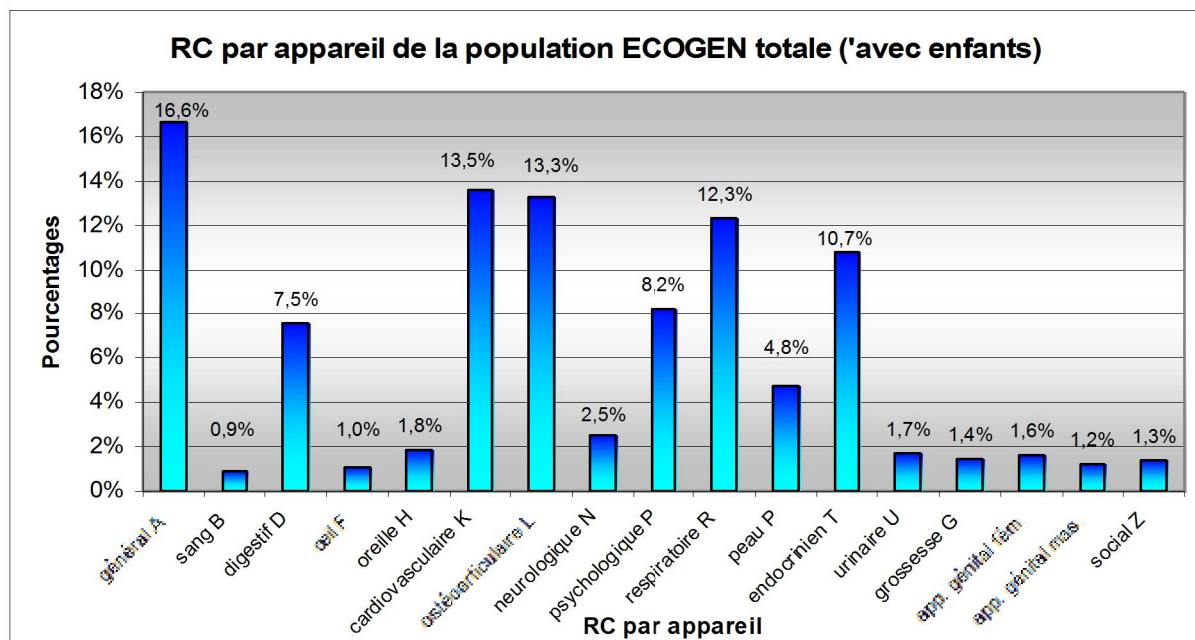
RÉSULTATS



1. RÉSULTATS DE CONSULTATION DANS LA POPULATION ECOGEN TOTALE

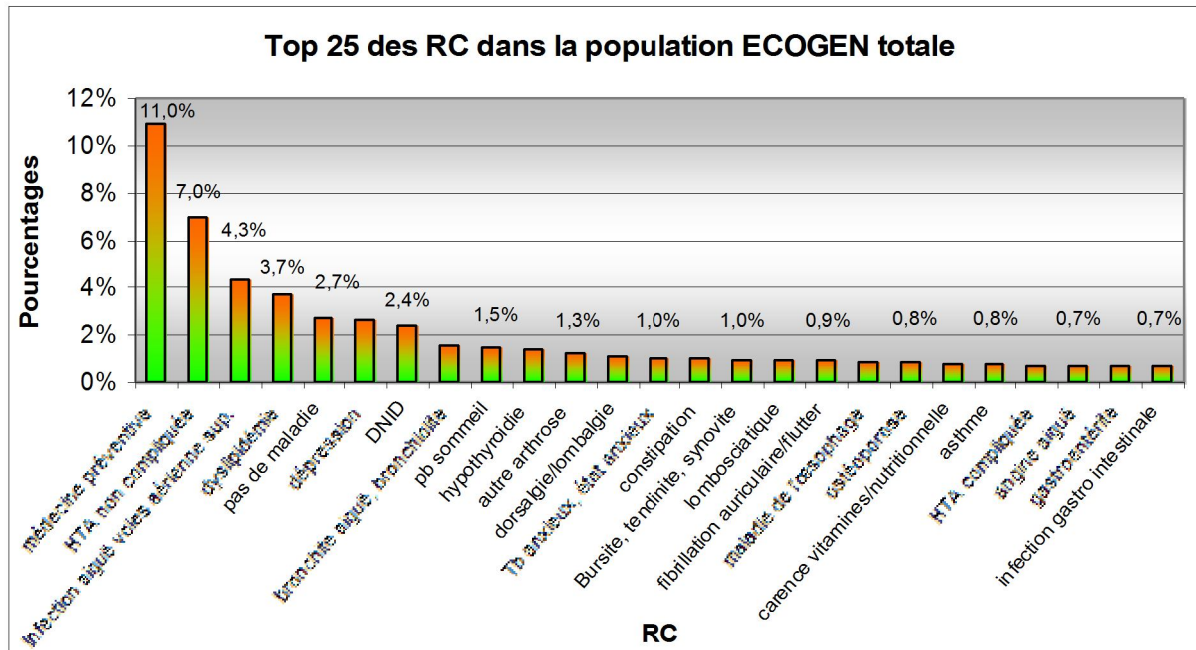
1.1. Répartition des résultats de consultation par appareil dans la population étudiée, toutes CP confondues

87% des résultats de consultation (RC) par appareil concernent les appareils : « général, cardiovasculaire, ostéoarticulaire, respiratoire, endocrinien, psychologique, digestif et cutané ». Les neuf autres appareils ne représentent que 13% des RC par appareil. **Graphique 6 p 62**



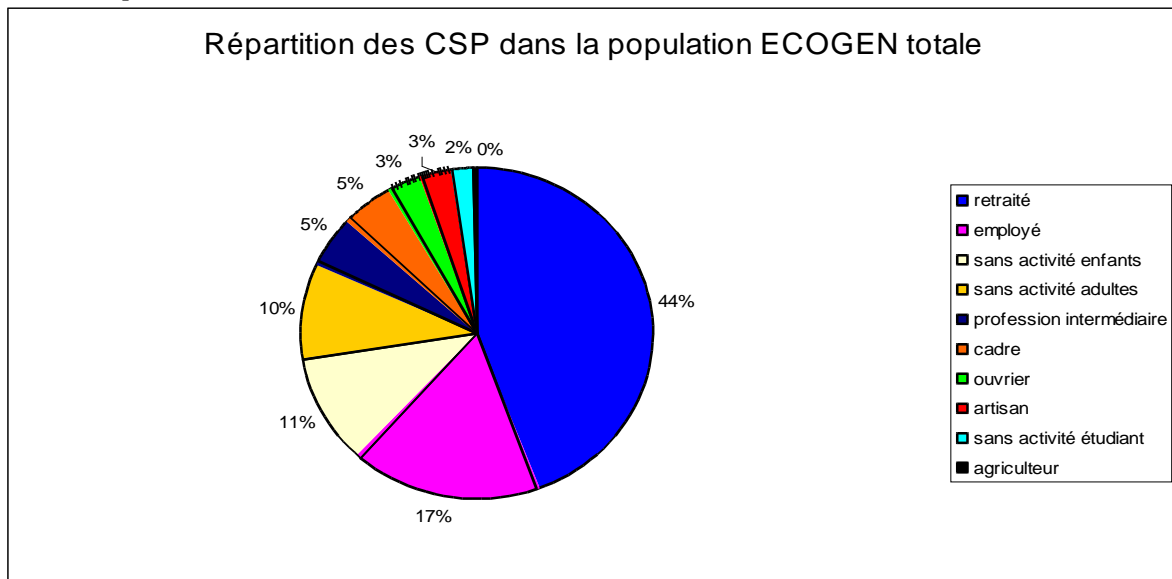
Graphique 6: RC par appareil dans la population ECOGEN totale

1.2. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents dans la population ECOGEN totale



Graphique 7: Les 25 RC les plus fréquents dans la population ECOGEN totale

1.3. Répartition des RC par catégorie socioprofessionnelle



Graphique 8: Répartition des CSP dans la population ECOGEN totale

Les retraités, les employés et les inactifs représentent 84% de la population ECOGEN. **Graphique 8 p63**

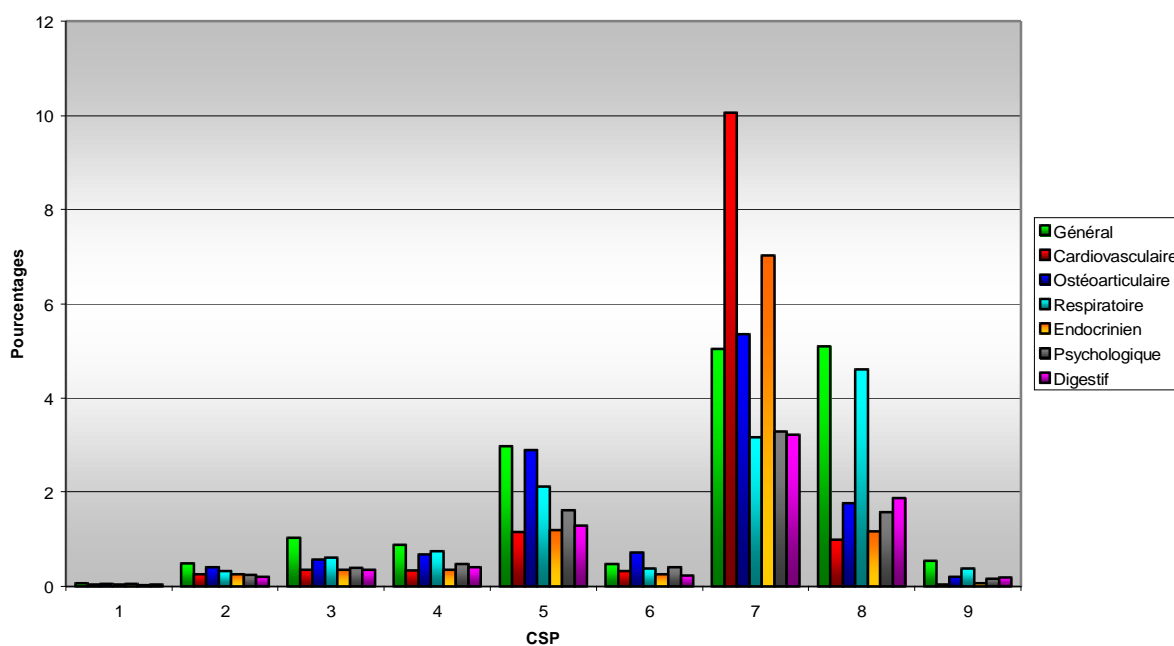
1.3.1. Les sept RC par appareil les plus fréquents

Les sept RC par appareil les plus fréquents dans la population générale représentent 82% de l'ensemble des RC. **Graphique 9 p 64**

Du fait de leur effectif, les retraités sont sur-représentés dans la plupart des diagnostics sauf concernant deux appareils. Ce sont les inactifs qui totalisent les plus forts taux pour les chapitres «général et respiratoire».

Concernant les appareils «cardiovasculaire, ostéoarticulaire, respiratoire, métabolique et psychologique», ce sont les employés qui ont un nombre de RC supérieur aux autres CSP (hors retraités).

Les 7 RC par appareil les plus fréquents dans la population ECOGEN totale



Graphique 9: Pourcentage des sept RC par appareil les plus fréquents par catégorie professionnelle dans la population ECOGEN

1=agriculteur, 2=artisan, commerçant, chef d'entreprise, 3=cadre sup et profession intellectuelle, 4=profession intermédiaire, 5=employé, 6=ouvrier, 7=retraité, 8=inactif professionnelle adultes+enfants , 9=étudiants

1.4. Les 10RC les plus fréquents dans chaque CSP

Les 10 RC les plus fréquents sont différents d'une CSP à l'autre.

Tableau 3 p 66

Pour clarifier ces données, nous avons réalisé un histogramme en regroupant ces diagnostics dans trois chapitres :

- le chapitre «prévention» incluant A98= médecine préventive et A97= pas de maladie,
- le chapitre «affections virales bénignes» incluant : R74= infection aiguë des voies respiratoires supérieures, R78= bronchite aiguë, R76= angine aiguë, D70= infections gastro-intestinales, H71 otite moyenne aiguë...etc,
- le chapitre pathologies chroniques incluant :
 - les pathologies cardiaques : K86=hypertension artérielle non compliquée, K78= fibrillation auriculaire,
 - les pathologies ostéoarticulaires : L 84 : syndrome dorsolombaire sans irradiation, L86 : syndrome dorsolombaire et irradiation, L87 : bursite/tendinite/synovite, L91= autre arthrose,
 - les pathologies psychiatriques : P76 = dépression, P06 = perturbation du sommeil, P74 = trouble anxieux, et les addictions : P15 = alcoolisme chronique, P17= usage abusif du tabac, P19 = usage abusif de drogue...
 - les pathologies endocriniennes : T93 trouble du métabolisme des lipides, T90= diabète non insulino-dépendant...
 - Les autres pathologies chroniques du top 10 : R97=rhinite allergique.

Graphique 10 p 67

TOP 10 des résultats de consultation par catégorie socio-professionnelle

40 321 Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 60 moins de 18 ans apprentis salariés)
5 243 Résultats des consultations chez les moins de 18 ans inactifs
45 564

catégorie socio-professionnelle		effectifs	TOP 1	TOP 2	TOP 3	TOP 4	TOP 5	TOP 6	TOP 7	TOP 8	TOP 9	TOP 10	cumul		
agriculteurs	1	167	0,37%	A98 21	K86 12	T93 12	L18 6	R74 5	L86 3	L87 3	P15 3	R75 3	R78 3	71 43%	
	% parmi agriculteurs			13%	7%	7%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	2%		
artisans	2	1 197	2,63%	A98 151	K86 54	T93 47	R74 43	A97 35	P76 28	T90 21	P17 21	L87 21	P06 18	439 37%	
	% parmi artisans			13%	5%	4%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	2%		
cadres	3	2 077	4,56%	A98 302	R74 102	A97 100	K86 77	P76 66	T93 45	R75 35	P06 30	D73 26	R78 24	807 39%	
	% parmi cadres			15%	5%	5%	4%	3%	2%	2%	1%	1%	1%		
professions intermédiaires	4	2 293	5,03%	A98 251	R74 132	K86 87	P76 85	A97 85	T93 48	P74 33	L86 33	R75 31	L84 31	816 36%	
	% parmi prof. Intermédiaires			21%	11%	7%	7%	7%	4%	3%	3%	3%	3%		
employés	5	7 737	16,98%	A98 928	R74 324	K86 297	P76 281	A97 223	L84 156	T93 154	L86 145	L87 120	P34 114	2 742 35%	
	% parmi employés			12%	4%	4%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	1%		
ouvriers	6	1 508	3,31%	A98 154	K86 74	R74 48	P76 45	T93 40	L86 39	L84 37	L87 37	P06 32	T90 31	A97 31	537 36%
	% parmi ouvriers			10%	5%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	
retraités	7	20 230	44,40%	K86 2396	A98 1519	T93 1235	T90 799	P76 518	L91 468	T86 434	P06 420	K78 384	L95 323	8 496 42%	
	% parmi retraités			12%	8%	6%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	2%		
sans activité enfants	8-1	5 124	11,25%	A98 1059	R74 789	A97 290	H71 236	R78 214	R76 153	D73 124	D70 110	R77 102	F70 89	3 166 62%	
	% parmi inactifs < 18ans			21%	15%	6%	5%	4%	3%	2%	2%	2%	2%		
sans activité étudiants	8-2	785	1,72%	A98 132	R74 53	A97 44	W11 44	D70 17	R76 15	P74 13	R89 12	R97 11	U71 11	352 45%	
	% parmi inactifs étudiants			17%	7%	6%	6%	2%	2%	2%	2%	1%	1%		
sans activité adultes	8-3	4 446	9,76%	A98 474	K86 190	P76 179	R74 144	A97 130	T93 108	T90 102	P19 81	P06 67	P34 65	1 540 35%	
	% parmi inactifs adultes			11%	4%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%		
sans activité total	8	10 355	22,73%	A98 1665	R74 986	A97 464	R78 265	H71 241	R76 191	K86 191	P76 190	D70 154	D73 146	4 493 43%	
	% parmi inactifs totaux			16%	10%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%		
45 564													18 401 40%		

A98 = gestion santé / médecine préventive

A97 = pas de maladie

K86 = hypertension non compliquée

K78 = fibrillation auriculaire / flutter

T93 = trouble du métabolisme des lipides

T86 = hypothyroïdie / myxoedème

T90 = diabète non-insulino dépendant

R74 = infection aiguë des voies respiratoires supérieures

R75 = sinusite aiguë / chronique

R76 = angine aiguë

R77 = laryngite / trachéite aiguë

R78 = bronchite aiguë / bronchiolite

R89 = anomalie congénitale du système respiratoire

R97 = rhinite allergique

W11 = contraception orale

U71 = cystite / autre infection urinaire

P76 = dépression

P06 = perturbation du sommeil

P15 = alcoolisme chronique

P17 = usage abusif de tabac

P19 = usage abusif de drogue

P74 = trouble anxieux / état anxieux

L18 = douleur musculaire

L84 = syndrome cervical

L86 = syndrome dorso lombaire et irradiation

L87 = bursite, tendinite, synovite NCA

L91 = autre arthrose

L95 = ostéoporose

D73 = gastro-entérite présumée infectieuse

D70 = infection gastro-intestinale

H71 = otite moyenne aiguë / myringite

F70 = conjonctivite infectieuse

			TOP 1	TOP 2	TOP 3	TOP 4	TOP 5	TOP 6	TOP 7	TOP 8	TOP 9	TOP 10	
population totale	45 564	1	A98	K86	R74	T93	A97	P76	T90	R78	P06	T86	
			4 991	3 188	1 959	1 690	1 229	1 214	1 090	695	669	645	17 370
			11,0%	7,0%	4,3%	3,7%	2,7%	2,7%	2,4%	1,5%	1,3%	1,4%	38%

Tableau 3: Top 10 des RC par CSP

Annexe n° 5 p 174-175



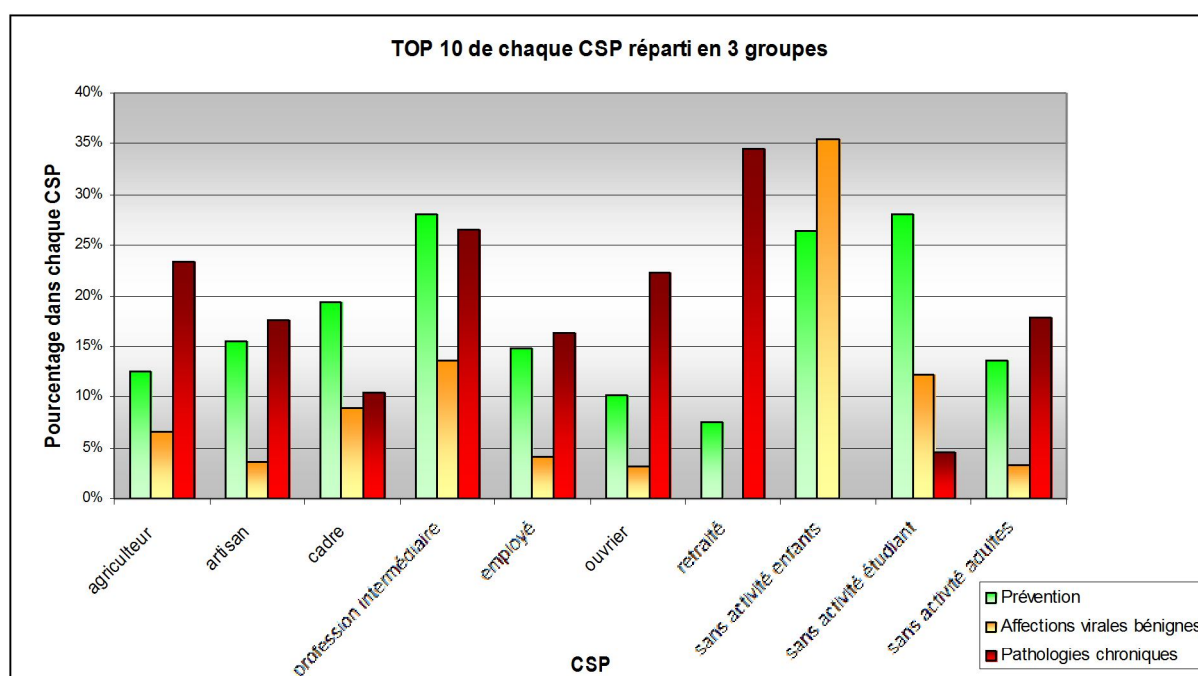
Les étudiants et les enfants consultant essentiellement pour de la médecine préventive et des affections virales bénignes ont été séparés des inactifs adultes afin de pouvoir comparer les CSP adultes entre elles.

Graphique 10 p 67

Les cadres consultent deux fois plus pour de la médecine préventive que pour une affection aiguë ou chronique.

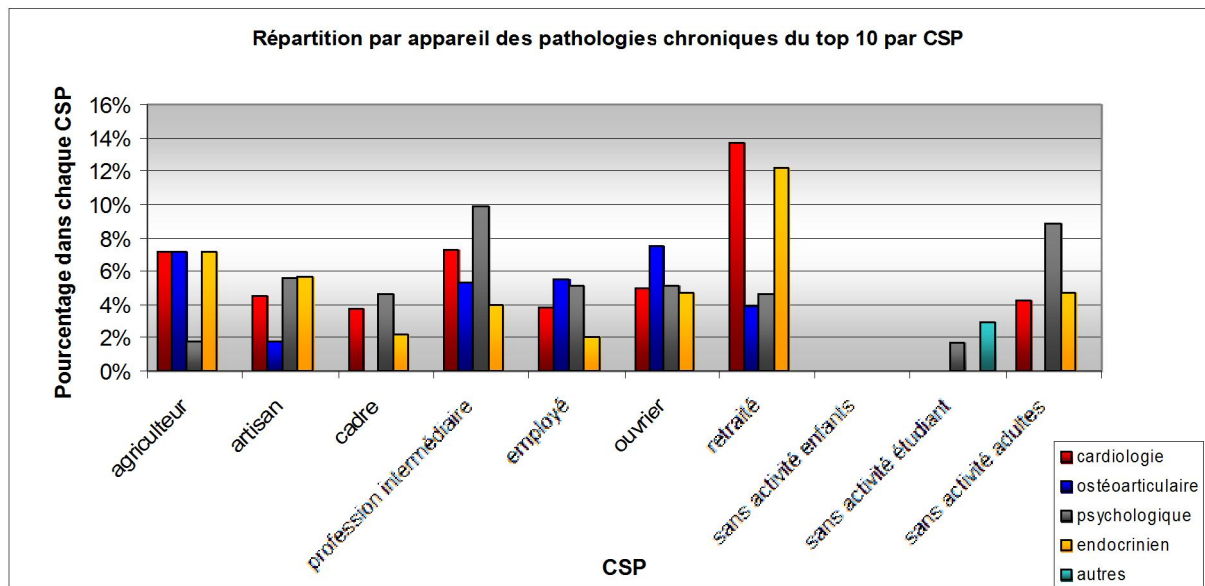
A l'inverse, les agriculteurs, les artisans, les employés, les ouvriers et les inactifs consultent en premier lieu pour des affections chroniques.

Les pathologies chroniques représentent moins d'un tiers du top 10 des cadres, plus de la moitié des RC des agriculteurs et des inactifs adultes ainsi que 60% de celles des ouvriers.



Graphique 10: Top 10 de chaque CSP réparti en 3 groupes: prévention, affections virales bénignes, pathologies chroniques.

Les retraités ne sont pas comparables aux autres catégories du fait de leur âge. On note cependant chez eux l'absence de médecine préventive et la prépondérance à 82% des affections chroniques.



Graphique 11: Répartition des pathologies chroniques du top 10 par CSP

A l'intérieur des 10 RC les plus fréquents de chaque CSP, ont été séparées les affections chroniques. Cet histogramme décrit les proportions par appareil de ces pathologies. **Graphique 11 p 68**

- Les agriculteurs semblent consulter à parts égales pour des problèmes cardiologiques, ostéoarticulaires et endocriniens, très peu en revanche pour des affections psychologiques (alcoolisme chronique uniquement).
- Deux catégories socioprofessionnelles consultent en majorité pour des pathologies psychiatriques : les professions intermédiaires et les inactifs.
- Les affections ostéoarticulaires sont prépondérantes chez les ouvriers, les agriculteurs et les employés tandis qu'elles n'apparaissent pas dans le top 10 des cadres et des non actifs.
- L'endocrinologie est un recours aux soins important pour les agriculteurs, les artisans, les ouvriers et les inactifs.
- Les pathologies chroniques des étudiants concernent les troubles anxieux et les affections respiratoires (rhinite chronique).
- Dans les 10 RC les plus fréquents chez les retraités, les affections les plus fréquentes sont cardiologiques et endocriniennes.

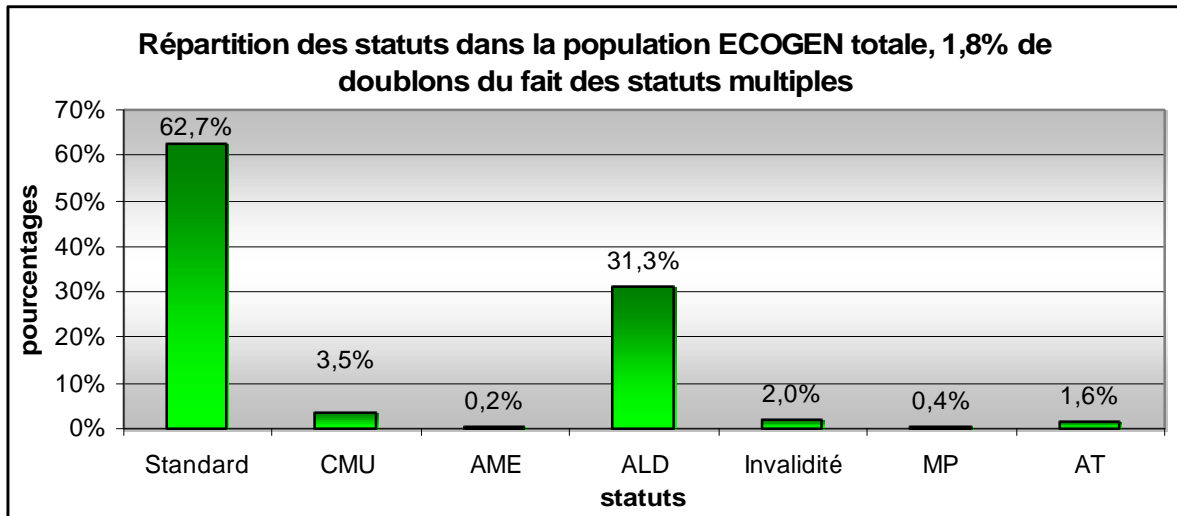
1.5. Répartition des RC par statut

statuts	effectifs	%
Standard	28555	62,7%
CMU	1392	3,1%
CMU+invalidité	3	0,0%
CMU+AT	7	0,0%
AME	95	0,2%
Invalidité	440	1,0%
ALD	13491	29,6%
ALD +CMU	192	0,4%
ALD+CMU+invalidité	7	0,0%
ALD+CMU+AT	7	0,0%
ALD+AME	6	0,0%
ALD+invalidité	454	1,0%
ALD+MP	33	0,1%
ALD +AT	65	0,1%
ALD+AT+invalidité	5	0,0%
MP	143	0,3%
MP+invalidité	4	0,0%
AT	652	1,4%
AT+invalidité	13	0,0%
Total	45564	100,0%

Tableau 4: Répartition des RC par statuts dans la population ECOGEN totale

Si deux tiers de la population ECOGEN a un statut « standard, un tiers de la population est traitée pour une affection de longue durée (ALD). Les statuts multiples représentent 1,8% des statuts. Parmi ces derniers, les deux plus fréquents sont l'association d' une Affection de Longue Durée avec une invalidité (1%) et le cumul de la Couverture Médicale Universelle (CMU) avec une ALD (0,42%).

Tableau 4 p 69
Annexe 10 p 181 et tableau 4 p 69



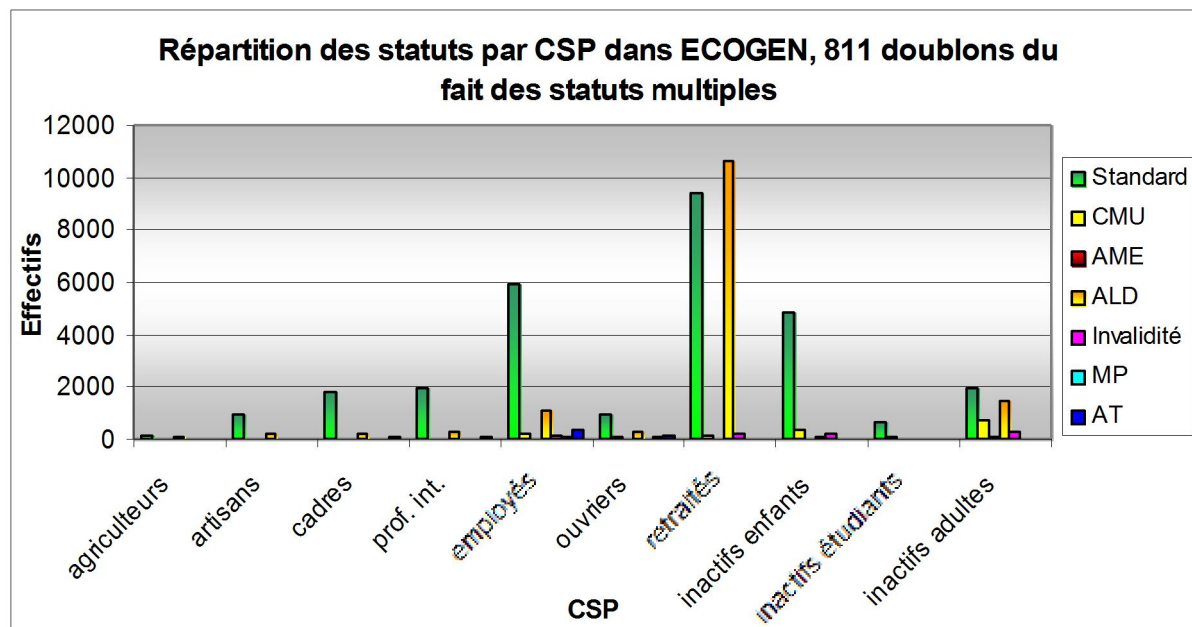
Graphique 12: Répartition des statuts dans la population ECOGEN totale

Pour simplifier la présentation de l'analyse, nous avons exprimé les RC par statut.

Les 811 doublons sont les statuts multiples comptabilisés dans chaque statut. (Par exemple, le statut multiple, CMU et invalidité à été compté à la fois dans le statut CMU et dans le statut invalidité).

Graphique 12 p 70 Graphique 13 p 71

1.5.1. Répartition des statuts par CSP dans la population ECOGEN



Graphique 13: Répartition des statuts dans chaque CSP dans la population ECOGEN

Le **graphique 13**, ci dessus, illustre la proportion des différents statuts par CSP dans notre étude.

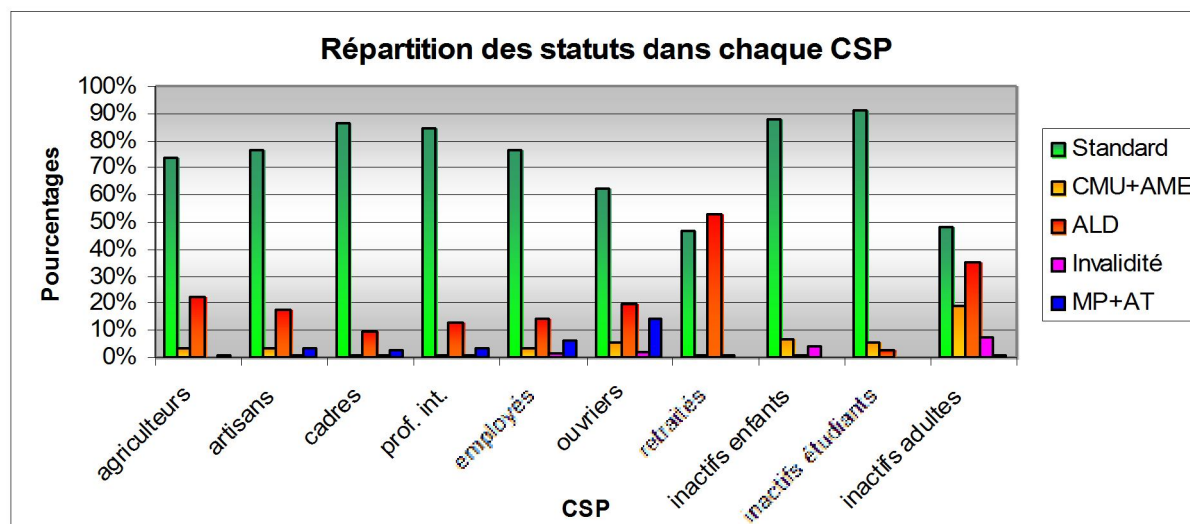
Afin de simplifier la lecture des résultats nous avons regroupé les statuts suivants :

- les statuts « AT et MP » qui expriment les pathologies liées au travail,
- les statuts CMU et Aide Médicale d'Etat (AME) qui sont des marqueurs d'aide sociale.

Ces regroupements modifient peu le taux des statuts CMU et AT du fait de la faible proportion des maladies professionnelles (0,4%) et de l'aide médicale d'état (0,2%)

Graphique 14 p 72

1.5.2. Pourcentage de chaque statut dans les CSP



Graphique 14: Répartition des statuts dans chaque CSP

Si la plupart des CSP ont majoritairement un statut standard, 53% des retraités et 35% des inactifs adultes ont une ALD. Les inactifs sont les plus nombreux à bénéficier d'une aide sociale (19%) suivis des étudiants et des ouvriers.

Les ouvriers totalisent le plus grand nombre de pathologies liées au travail (AT+MP = 14%).

Les inactifs ont le taux le plus élevé d'invalidité.

Graphique 14 p 72

1.6. Analyse des RC des enfants justifiant leur exclusion de l'étude spécifique de l'influence de la CSP sur les RC.

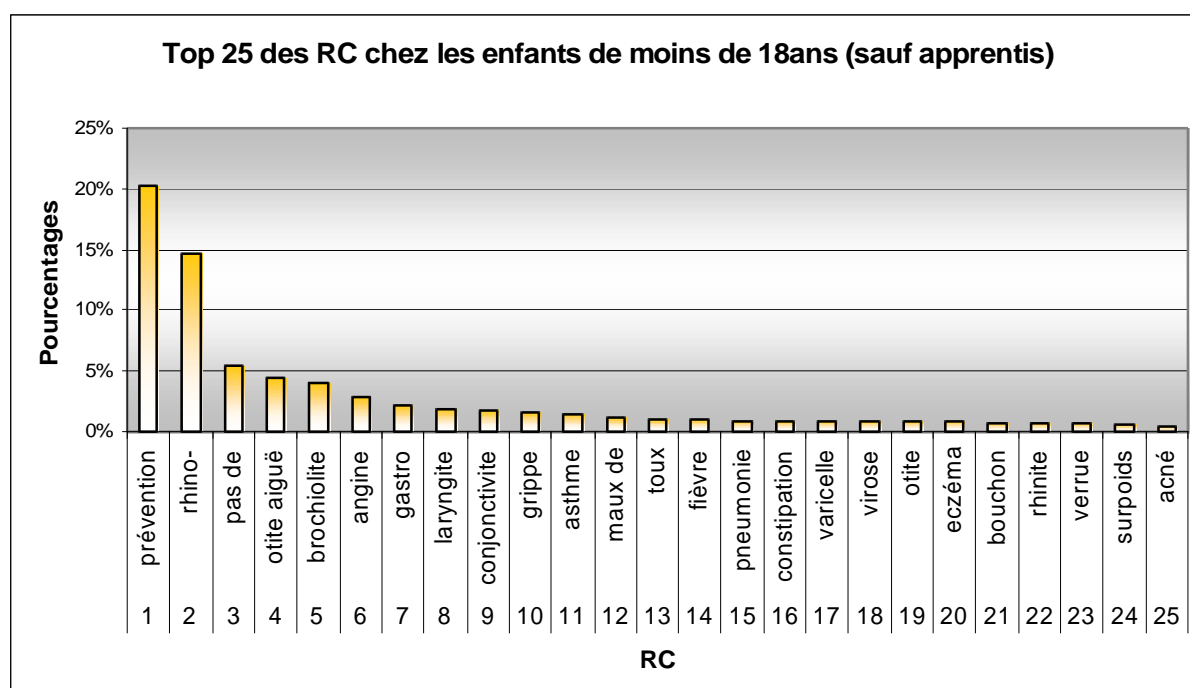
Les enfants de moins de 18 ans représentent 11,7% de la population ECOGEN.

Ils sont inactifs, les 60 apprentis âgés de 16 à 18 ans ayant été comptabilisés avec la population adulte.

Comme le montre le **diagramme 15**, ci dessous, les RC sont très différents de ceux de la population ECOGEN totale et adulte.

La population des inactifs incluant les enfants ne peut donc être comparée aux autres CSP, celles ci étant composées d'adultes.

Nous avons donc fait le choix d'exclure les enfants dans le chapitre suivant.



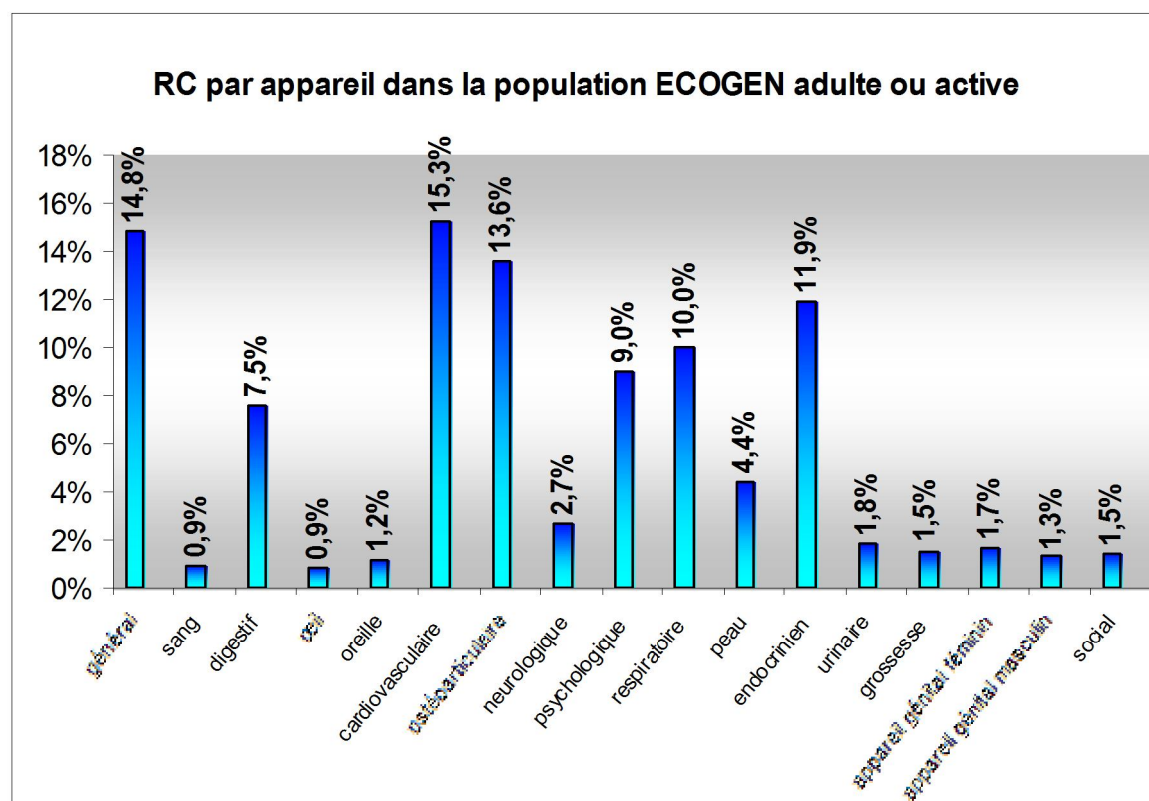
Graphique 15: Les 25 résultats de consultation les plus fréquents chez les enfants

2. RÉSULTATS DE CONSULTATION DANS LA POPULATION ECOGEN ADULTE OU ACTIVE

2.1. Résultats de consultation par appareil dans la population adulte ou active

Les 8 appareils les plus fréquents représentent 86,5% des RC. L'ordre de fréquence est différent de la population ECOGEN totale avec notamment la prépondérance de l'appareil « cardiovasculaire » devant les affections « générales » et les troubles endocriniens devant les affections respiratoires. **Graphique 16 p 74**

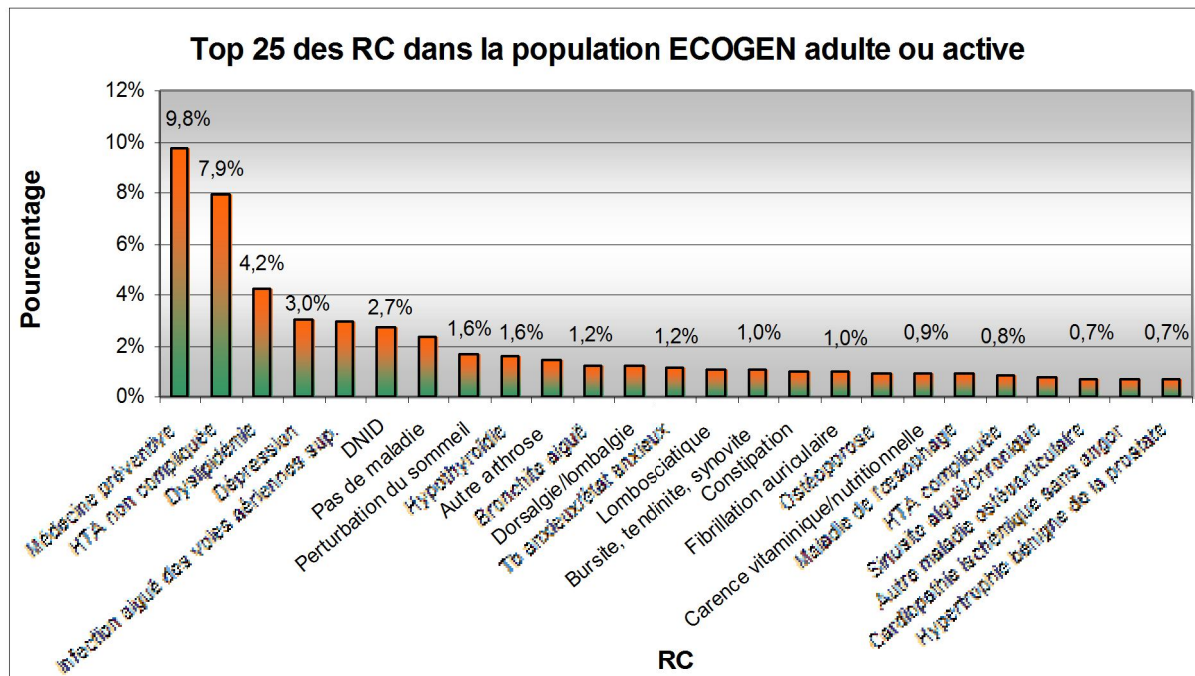
2.2. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents dans la population ECOGEN adulte ou active.



Graphique 16: Résultats de consultation par appareil de la population ECOGEN adulte ou active

Les 25 RC les plus fréquents représentent 52% des RC totaux.

Graphique 17 p 75.



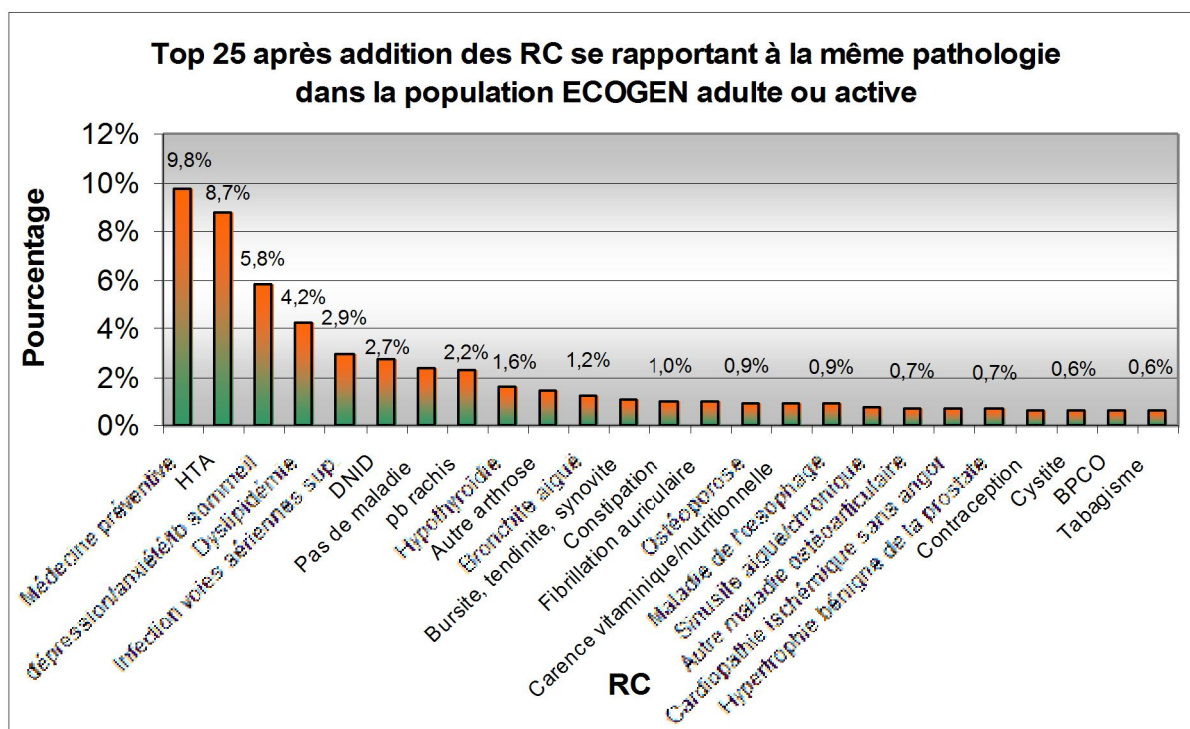
Graphique 17: Les 25 RC les plus fréquents dans la population ECOGEN adulte ou active

On constate sur ce diagramme, plusieurs diagnostics proches se rapportant à la même pathologie.

Aussi, il semble intéressant de cumuler :

- K86+K87= hypertension artérielle non compliquée et compliquée
- P76+P06+P74= syndrome psychologique :dépression, perturbation du sommeil, trouble anxieux,
- L86+L84= syndrome dorso-lombaire et irradiation, syndrome dorso-lombaire sans irradiation.

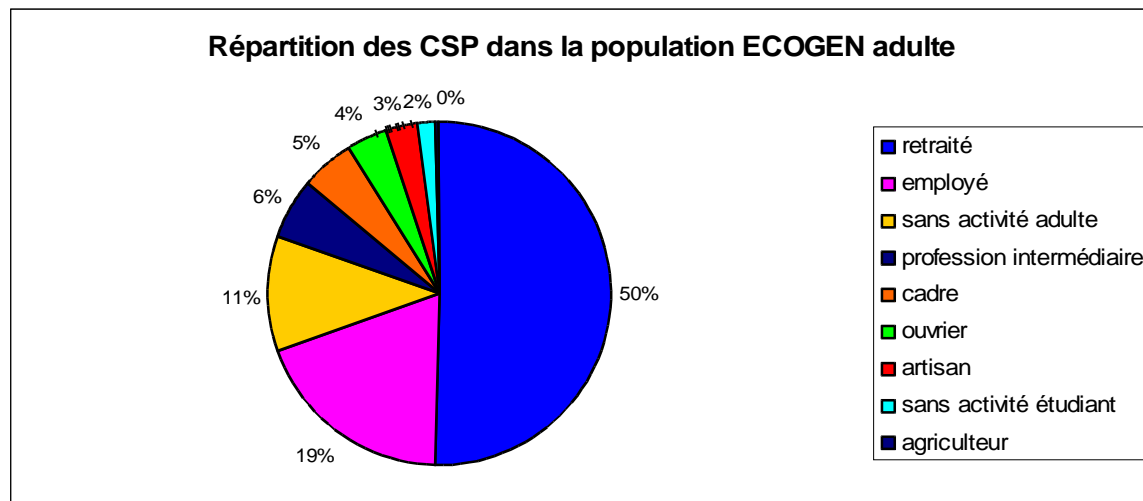
Le **diagramme 18 suivant** correspond aux 29 RC les plus fréquents après avoir regroupé les RC énoncés précédemment.



Graphique 18: Les 25 RC les plus fréquents dans la population ECOGEN adulte ou active après addition des RC concernant les mêmes pathologies

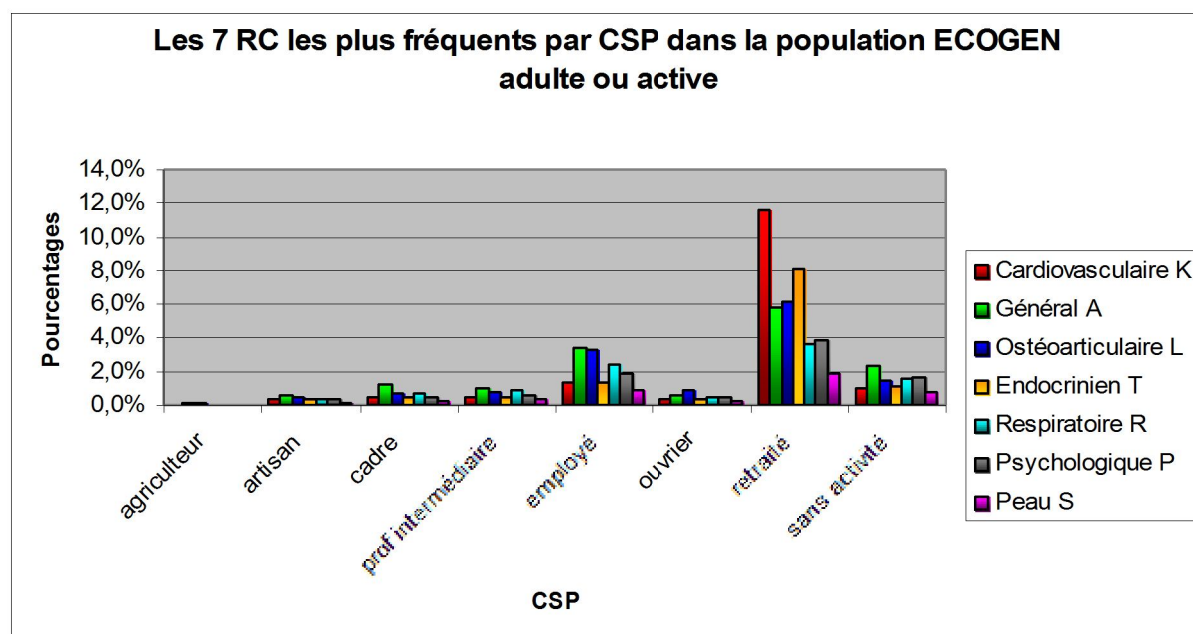
L'hypertension artérielle reste le 2ème diagnostic le plus fréquent chez les adultes. En revanche, le « syndrome psychologique » correspond à 5,8% des RC et devient le 3ème RC le plus fréquent. De même les douleurs du rachis, sont en 8ème position.

2.3. Résultats de consultation par CSP dans la population adulte ou active



Graphique 19: Rc par CSP dans la population ECOGEN adulte ou active

2.3.1. Les 7 RC par appareil les plus fréquents par CSP



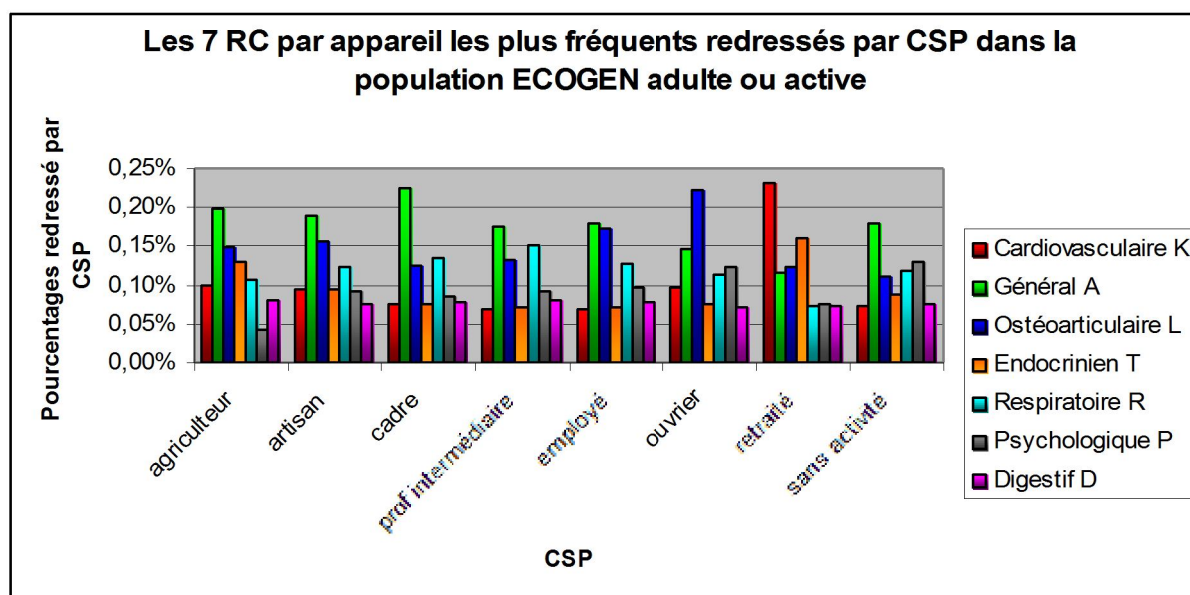
Graphique 20: Les sept RC par appareil les plus fréquents par CSP dans la population adulte ou active

Les sept RC par appareil les plus fréquents représentent 82% de l'ensemble.

Ce diagramme explique les forts taux d'affections générales, respiratoires et digestives de la population inactive totale du **graphique 9 p 64**. Ces derniers sont expliqués par la présence des enfants inactifs. **Graphique 15 p 73**

Du fait des effectifs, les retraités, les employés et les inactifs ressortent naturellement, imposant une étude des RC par appareil redressés par les CSP ECOGEN.

2.3.2. Les 7 RC par appareil les plus fréquents redressés par CSP



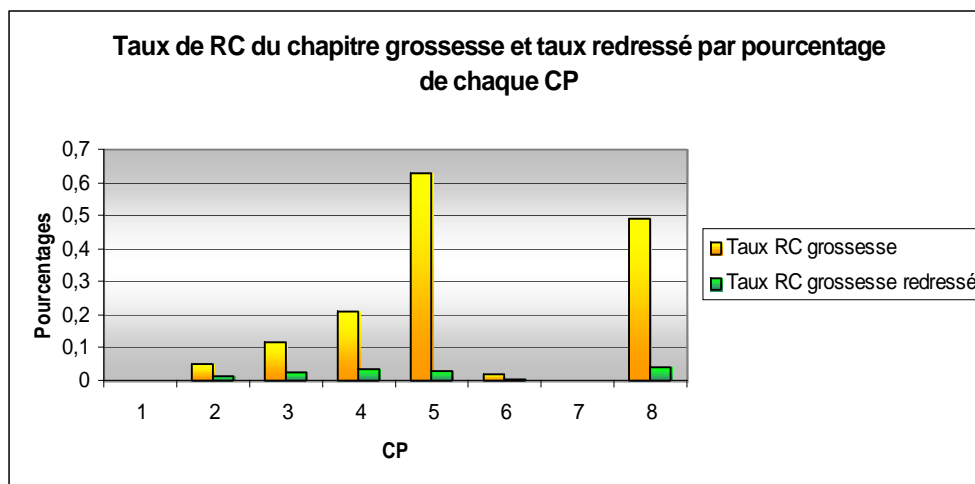
Graphique 21: Les sept RC par appareil les plus fréquents redressés par les CSP

La répartition des RC par appareil est différente d'une CSP à l'autre, de manière particulièrement évidente pour les affections ostéoarticulaires, cardiovasculaires et endocriniennes. Les deux CSP qui consultent le plus pour des problèmes psychologiques sont les ouvriers et les non actifs. Ceux qui consultent le moins sont en revanche les agriculteurs. Les variations liées au chapitre « général » sont expliquées majoritairement par la médecine préventive et les examens systématiques.

2.3.3. Cas particuliers

Nous avons étudié les RC des chapitres « grossesse » et « social » en particulier du fait d'importantes disparités par CSP à l'intérieur des CSP.

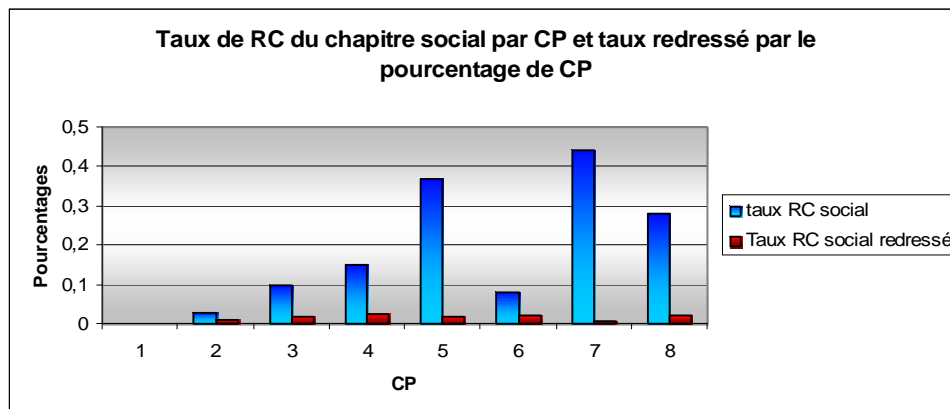
2.3.3.1. RC du chapitre grossesse par catégorie professionnelle



Graphique 22: RC du chapitre grossesse par CP dans la population ECOGEN adulte +60 apprentis < 18ans

Les femmes consultant pour un résultat de consultation lié à la grossesse et /ou à l'accouchement sont majoritairement des employées et des personnes inactives. L'étude des CSP redressées par leurs effectifs efface ces disparités. **Graphique 22 p 79**

2.3.3.2. RC du chapitre social par catégorie professionnelle



Graphique 23: RC du chapitre social par CP dans la population adulte ou active

Les retraités totalisent le plus grand nombre de RC « social » du fait de l'effectif majeur de cette CSP.

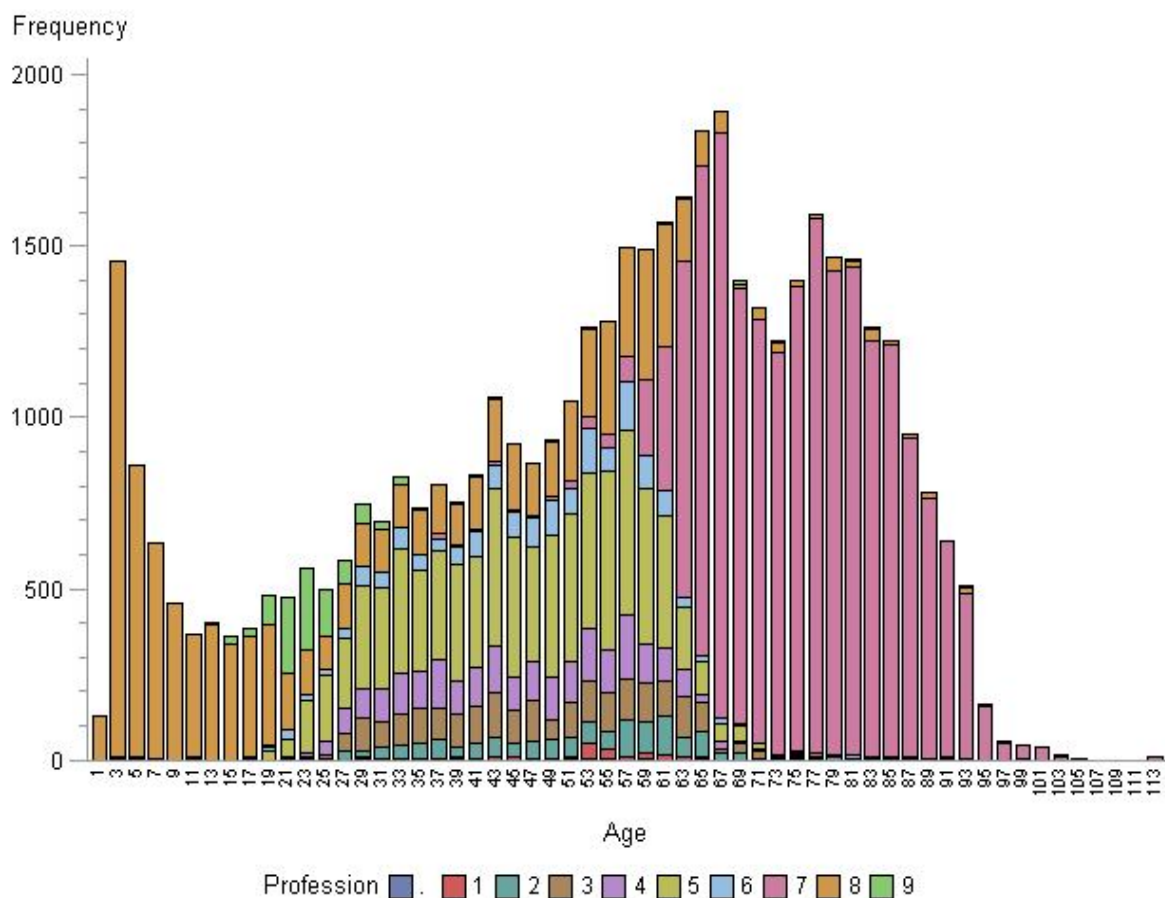
En redressant la place des CSP par leurs effectifs ECOGEN, ils ont moins de RC concernant ce chapitre que les autres CSP, excepté les agriculteurs.

Graphique 23 p 80

3. RÉSULTATS DE CONSULTATION PAR ÂGE ET PAR SEXE

3.1. Résultats de consultation par âge

3.1.1. Répartition des RC par année en fonction de la CSP



Graphique 24: Répartition du nombre total de RC par catégorie professionnelle par âge

1=agriculteur, 2=artisan, commerçant, chef d'entreprise, 3=cadre sup et profession intellectuelle, 4=profession intermédiaire, 5=employé, 6=ouvrier, 7=retraité, 8=inactif professionnelle adulte+enfant , 9=étudiant

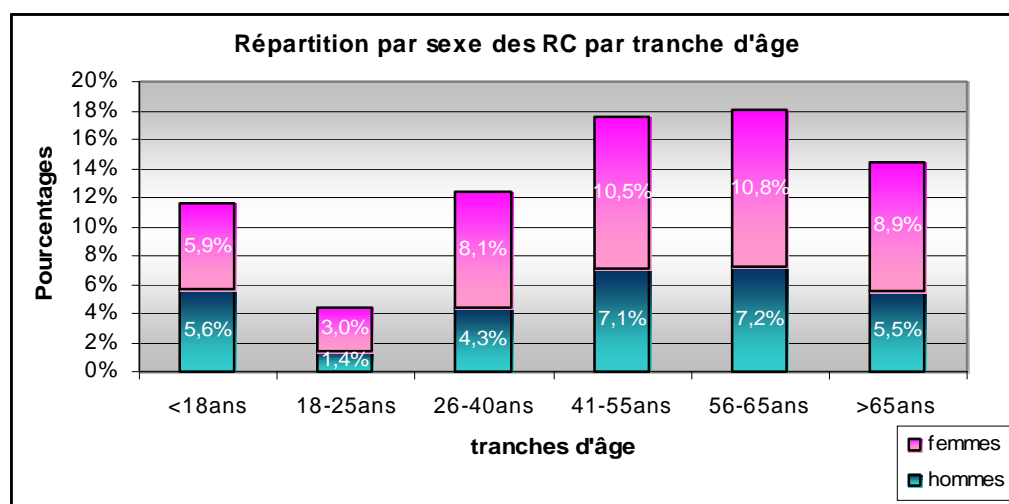
Le nombre de RC augmente avec l'âge de 15 à 67 ans. Cette croissance s'infléchit brutalement à l'âge de 69 ans pour s'élever à nouveau jusqu'à 77ans, âge au delà duquel une décroissance quasi linéaire s'ensuit jusqu'à 93 ans pour s'effondrer ensuite au très grand âge.

Pour les professions intermédiaires, les employés, les ouvriers, le pic de RC est à 57/58 ans tandis que ceux des artisans et des non actifs sont à 61/62ans et celui des agriculteurs à 53/54ans.

En revanche, le nombre de RC par âge des cadres paraît le plus stable des CSP.

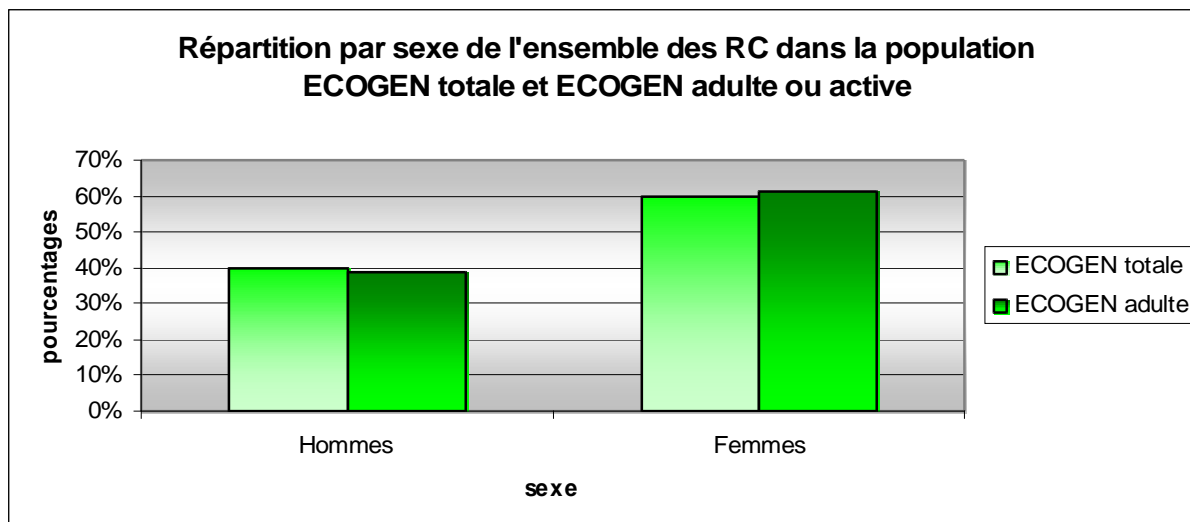
Graphique 24 p 81

3.1.2. Répartition des RC par tranches d'âges et par sexe



Graphique 25: Répartition des RC par tranches d'âges et par sexe

3.2. Résultats de consultation par sexe



Graphique 26: Répartition par sexe de l'ensemble des RC dans la population ECOGEN totale et ECOGEN adulte ou active

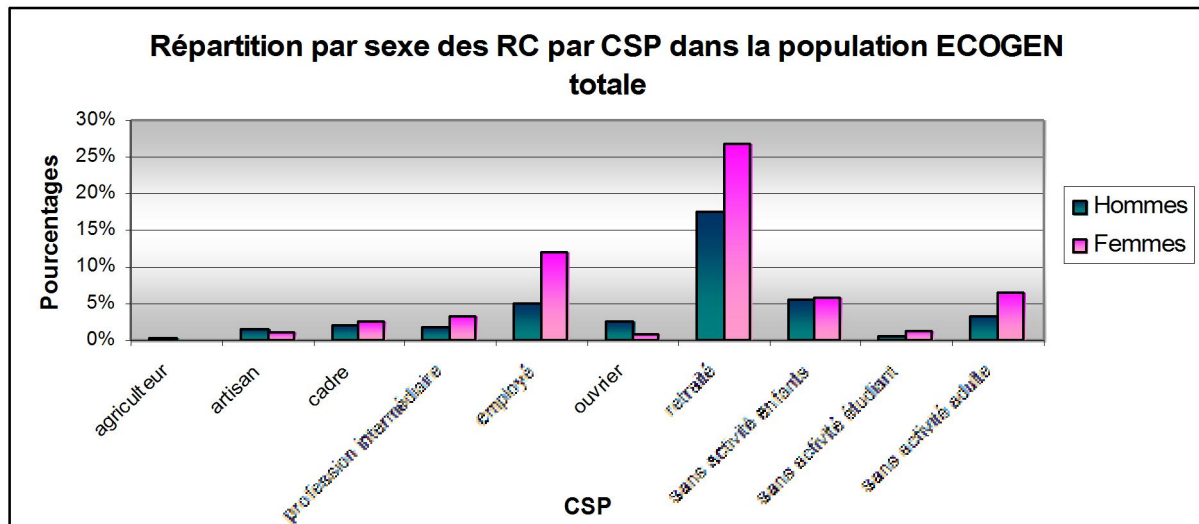
Toute catégorie professionnelle et tout résultat de consultation par appareil confondus, les femmes présentent 1,5 fois plus de RC que les hommes.

Graphique 26 p 83

Chez les moins de 18ans, le nombre de RC par sexe est quasi équivalent: 49% de RC chez les garçons, 51% chez les filles.

Aussi les résultats par sexe seront exprimés sur la population ECOGEN totale.

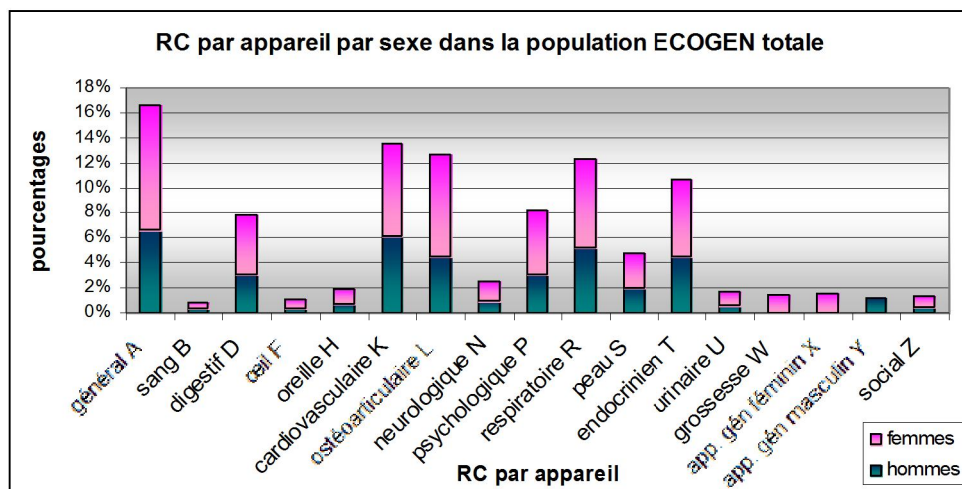
3.2.1. Répartition par sexe des RC par CSP dans la population ECOGEN totale



Graphique 27: Répartition par sexe des RC par CSP dans la population ECOGEN totale

Les hommes ont un taux prépondérant de RC pour les seules CSP « artisans, agriculteurs et ouvriers ». A l'inverse, les femmes totalisent la majorité des RC pour toutes les autres CSP. Cette différence est particulièrement significative pour les étudiants, les employés et les inactifs adultes pour lesquels plus du double des RC concernent les femmes.

3.2.2. Répartition par sexe des RC par appareil



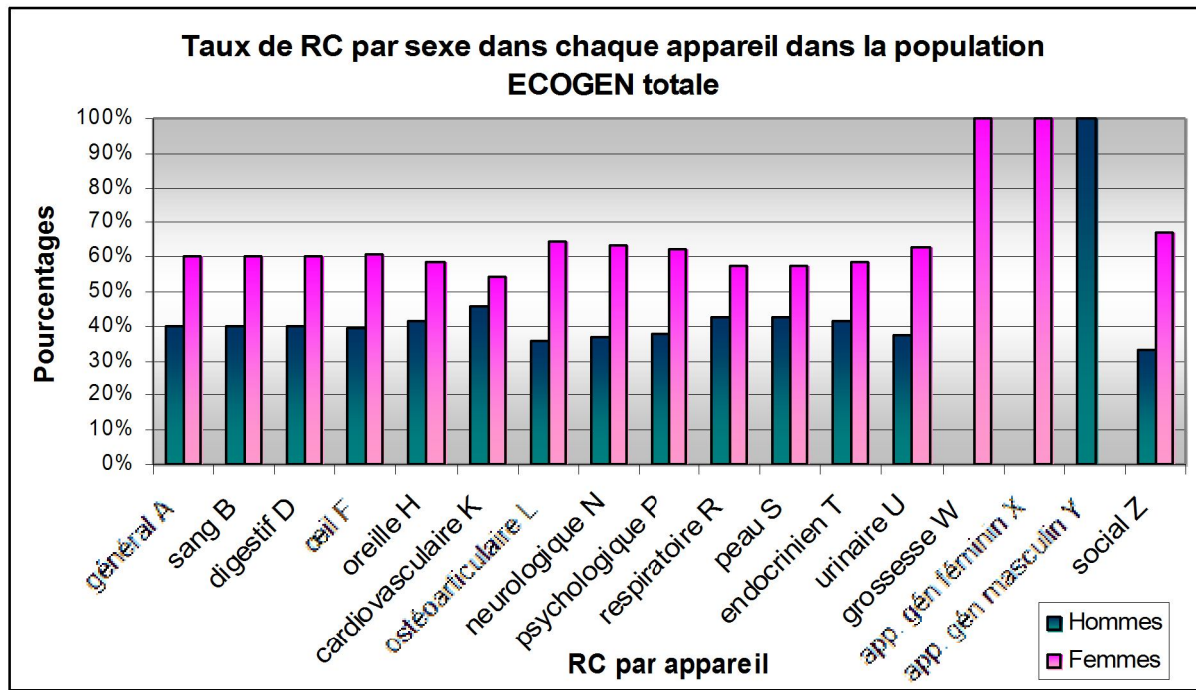
Graphique 28: Répartition par sexe des RC par appareil dans la population ECOGEN

En dehors des appareils génitaux et du chapitre grossesse, on retrouve systématiquement un taux de RC par appareil prépondérant pour les femmes.

Pour les appareils « ostéoarticulaire, neurologique, urinaire et psychologique », le taux de RC appartenant aux femmes est de 1,6 à 1,8 fois celui des RC appartenant aux hommes. Dans une moindre proportion (1,5), on retrouve la même tendance pour les appareils « général, hémato/immonologique, oculaire et digestif ».

Cette différence par sexe est la plus faible pour l'appareil cardiovasculaire (45% d'hommes).

3.2.3. Répartition hommes /femmes des RC par appareil dans la population ECOGEN totale



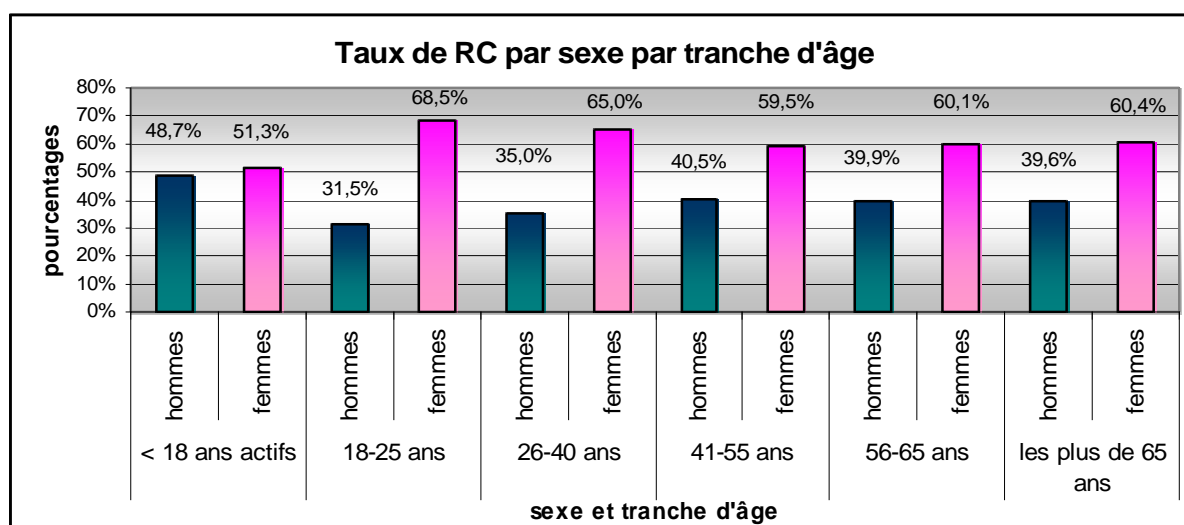
Graphique 29: Proportion d'hommes et femmes par RC par appareil

Dans la population ECOGEN totale, le sexe influe peu sur le RC par appareil. En moyenne, pour chaque appareil (hors appareils génitaux et grossesse), les RC concernent 60% de femmes et 40% d'hommes.

Graphique 29 p 86

3.3. Résultats de consultation par sexe et par âge

3.3.1. Répartition par sexe du nombre de RC par tranches d'âges



Graphique 30: Taux de RC par sexe et par tranches d'âges

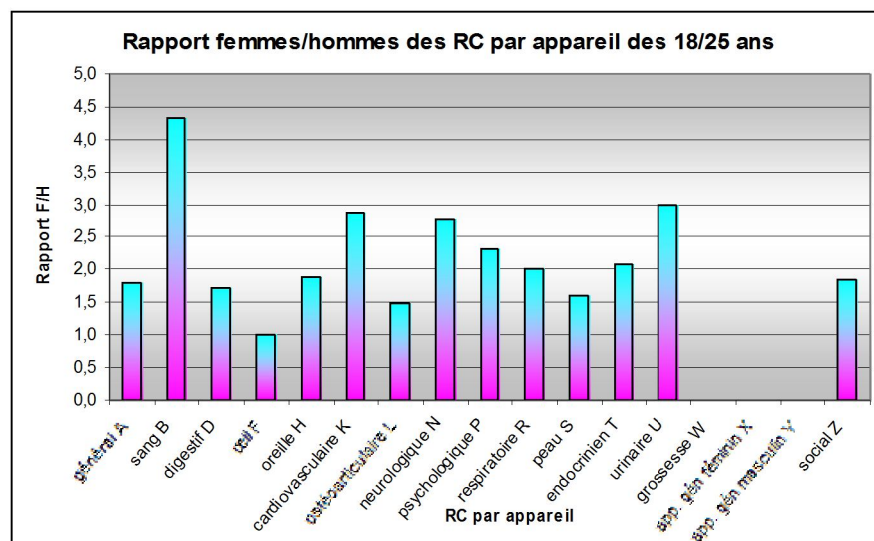
Nous remarquons sur ce diagramme que la proportion de femmes est plus importante entre 18 et 40ans.

Ceci justifie une étude du rapport femmes /hommes par tranches d'âges.

Graphique 30 p 87

3.3.2. Rapport femmes / hommes par tranches d'âges

3.3.2.1. Rapport femmes / hommes des 18-25ans



Graphique 31: Rapport femmes/hommes des RC par appareil des 18/25 ans

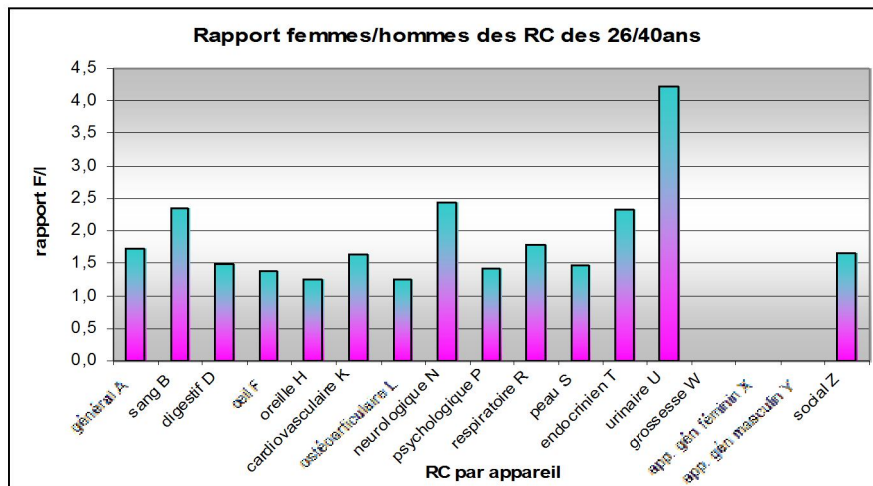
Dans cette tranche d'âges, apparaît une variabilité importante du rapport femme/homme en fonction de l'appareil même si pour chaque chapitre, il faut noter une prédominance féminine.

En dehors de l'appareil oculaire pour lequel le nombre de RC hommes/femmes est identique, certains appareils montrent une forte prédisposition féminine. Ainsi, 4,5 fois plus de femmes âgées de 18 à 25 ans consultent pour des problèmes hématologiques ou immunologiques.

De même, les RC des femmes concernant les appareils « urinaire, cardiovasculaire et neurologique » sont 2,5 à 3 fois plus importants que les RC des hommes. On note également une prédominance féminine liée aux appareils « psychologique et endocrinien »

Graphique 31 p 88.

3.3.3.2 Rapport femmes/hommes des 26-40ans



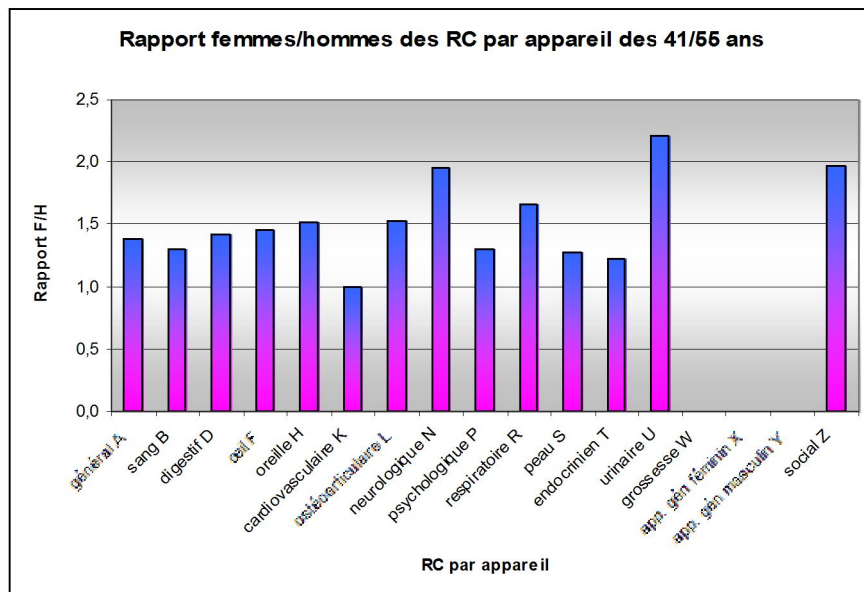
Graphique 32: Rapport femmes/hommes des RC des 26-40 ans

La proportion de femmes consultant pour un problème urinaire est nettement plus élevée dans cette tranche d'âge (4,2 fois plus que les hommes).

Par ailleurs, comme dans la tranche d'âge précédente une nette prédisposition féminine pour les appareils « neurologique, endocrinien, et hématologique » est mise en évidence.

Graphique 32 p 89

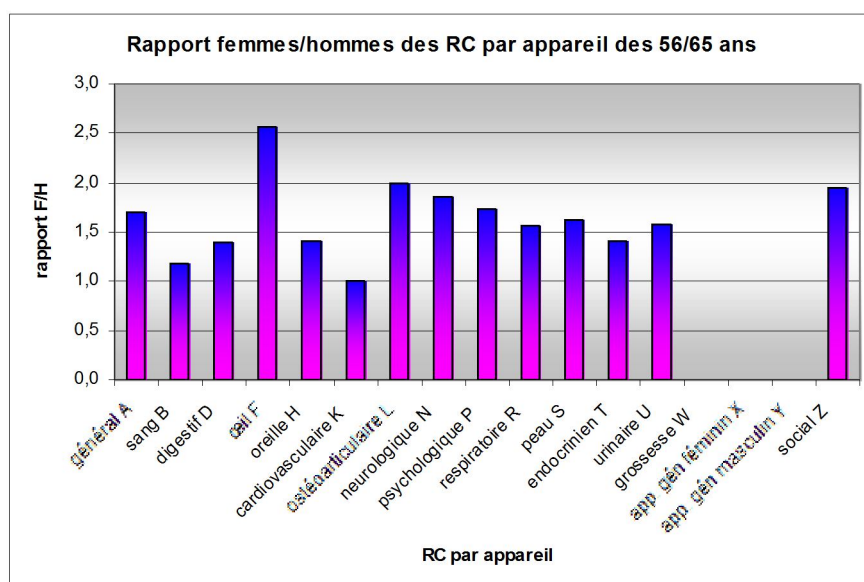
3.3.2.1. Rapport femmes / hommes des 41-55ans



Graphique 33: Rapport femmes/hommes des RC par appareil des 41/55 ans

Dans cette tranche d'âges, les femmes consultent davantage pour les appareils « urinaire, neurologique et social».

3.3.2.2. Rapport femmes / hommes des 56/65ans

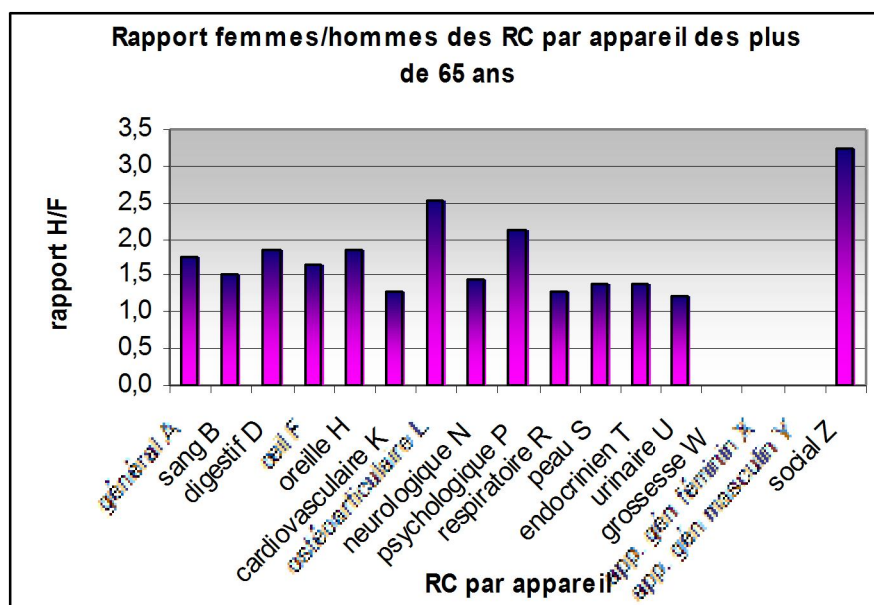


Graphique 34: Rapport femmes / hommes des RC par appareil des 56-65 ans

Dans cette tranche d'âges, les femmes ont un nombre de RC plus important pour l'appareil « oculaire » tandis que l'appareil cardiovasculaire et l'appareil « hématologique » ne présentent plus de différence par sexe.

Graphique 34 p 90

3.3.2.3. Rapport femmes / hommes des plus de 65 ans



Graphique 35: Rapport femmes / hommes des RC par appareil des plus de 65ans

Le rapport femmes / hommes de ce diagramme est semblable à celui représentant la population ECOGEN adulte ou active tout âge confondu. Les résultats de consultation du chapitre « social » touchent 3,2 fois plus de femmes que d'hommes comme dans une moindre proportion les problèmes ostéoarticulaire et psychologique. Graphiques 35 et 29

3.3.2.4. Ratio femmes / hommes des 25 RC les plus fréquents

L'étude des ratio femmes / hommes des 25 RC les plus fréquents met en évidence :

- plus de 10 fois plus d'ostéoporose chez les femmes
- 6 fois plus d'hypothyroïdie chez les femmes
- 3 fois plus de dépression chez les femmes
- plus de 2 fois plus de trouble anxieux, de constipation et de problèmes d'arthrose chez les femmes
- moins de diabète et de lombalgies.

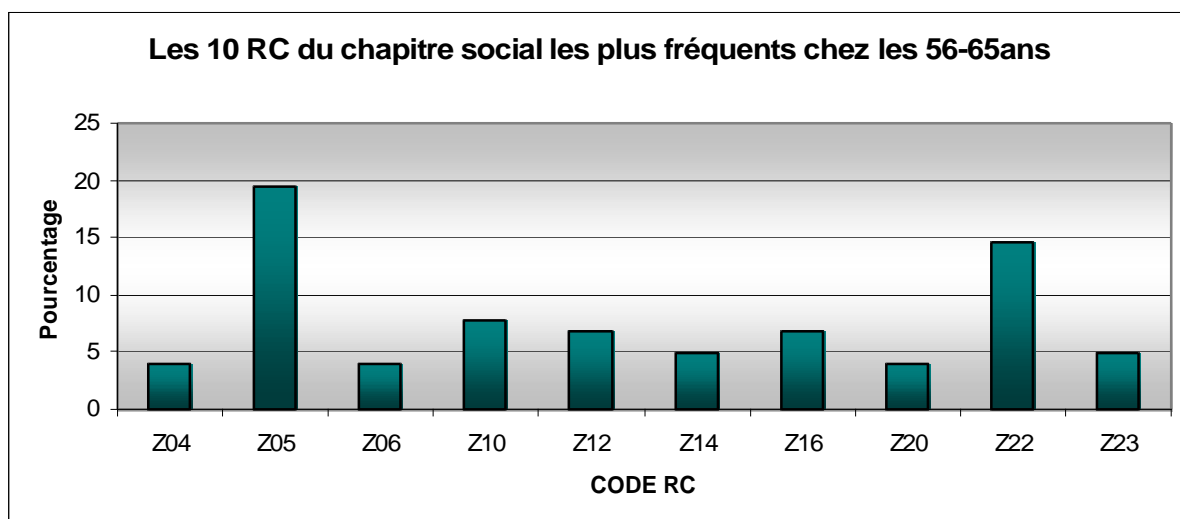
Annexe 8 p 179

4. CAS PARTICULIERS

4.1.1. Les travailleurs seniors

Dans le débat actuel du recul de l'âge légal de départ à la retraite et devant l'importance du nombre de RC dans cette tranche d'âges, il apparaît nécessaire de développer certains chapitres .

4.1.1.1. Les 10 RC du chapitre « social » les plus fréquents dans la tranche d'âges des 56-65ans



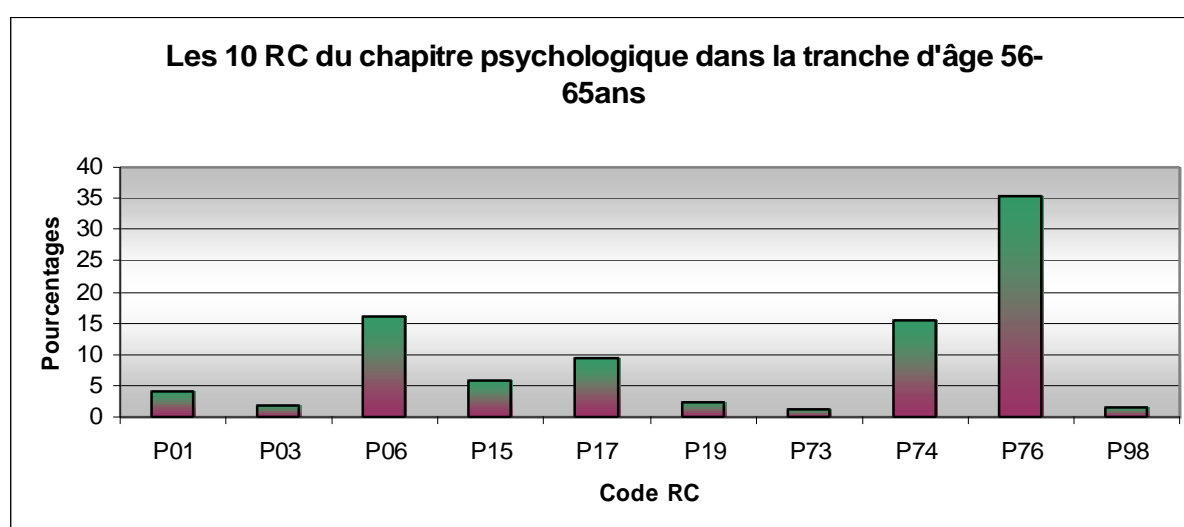
Graphique 36: Les 10 RC du chapitre « social » les plus fréquents dans la tranches d'âges des 56-65ans

Z04: pb. socioculturel, Z05 : pb. de travail, Z06 : pb. de non emploi, Z10 : pb. relatif au système de soins de santé, Z12 : pb. de relation entre partenaires, Z14 : pb. dû à la maladie du partenaire, Z16 : pb. de relation avec un enfant, Z20 : pb. relation autre parent/famille, Z22 : pb. dû à la maladie autre parent/famille, Z23 : perte/décès autre parent/famille.

Les 10 principaux problèmes du chapitre « social » rencontrés par les travailleurs seniors consultant en médecine générale représentent 76,7% des RC « social » dans cette tranche d'âges.

Comme l'illustre ce **diagramme 36**, les problèmes de travail et les problèmes liés à la maladie d'un tiers sont au premier plan.

4.1.1.2. Les 10 RC du chapitre « psychologique » les plus fréquents dans la tranche d'âges des 56-65ans



Graphique 37: Les 10 RC du chapitre « psychologique » les plus fréquents dans la tranche d'âges des 56-65 ans

P01: Sensation anxiété/nervosité/tension, P03 : sensation de dépression, P06 : Perturbation du sommeil, P15 : Alcoolisme chronique, P17 : usage abusif du tabac, P19 : Usage abusif de drogue, P73 : Psychose affective, P74 : Trouble anxieux, état anxieux, P76 : Dépression, P98 : Autre psychose.

La dépression représente plus d'un tiers des RC psychologiques des travailleurs seniors (35,4%) tandis que l'association « dépression (P76), sensation d'anxiété (P06) trouble anxieux (P74) » en totalise les deux tiers.

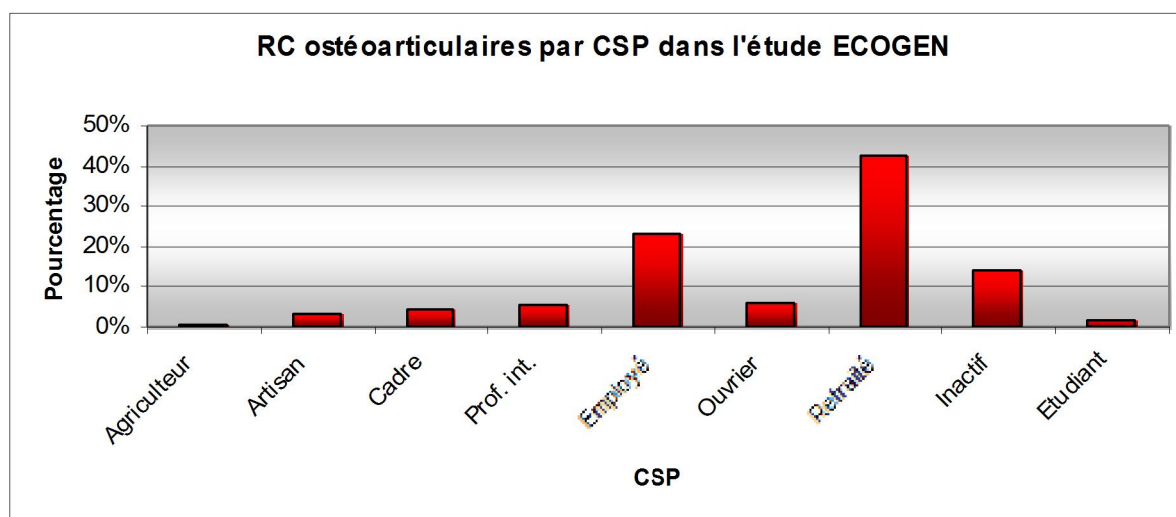
Enfin, ces 10 RC les plus fréquents représentent la quasi totalité (93%) des RC psychologiques. **Graphique 37 p 94**

On remarque par ailleurs l'importance des addictions 17,4% dont l'usage abusif de tabac, de drogue et d'alcool.

4.1.2. Les affections ostéoarticulaires

Les affections ostéoarticulaires représentent quasiment la moitié des maladies professionnelles et des accidents du travail dans la population ECOGEN.

Cela justifie une étude spécifique des 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents par catégorie professionnelle.

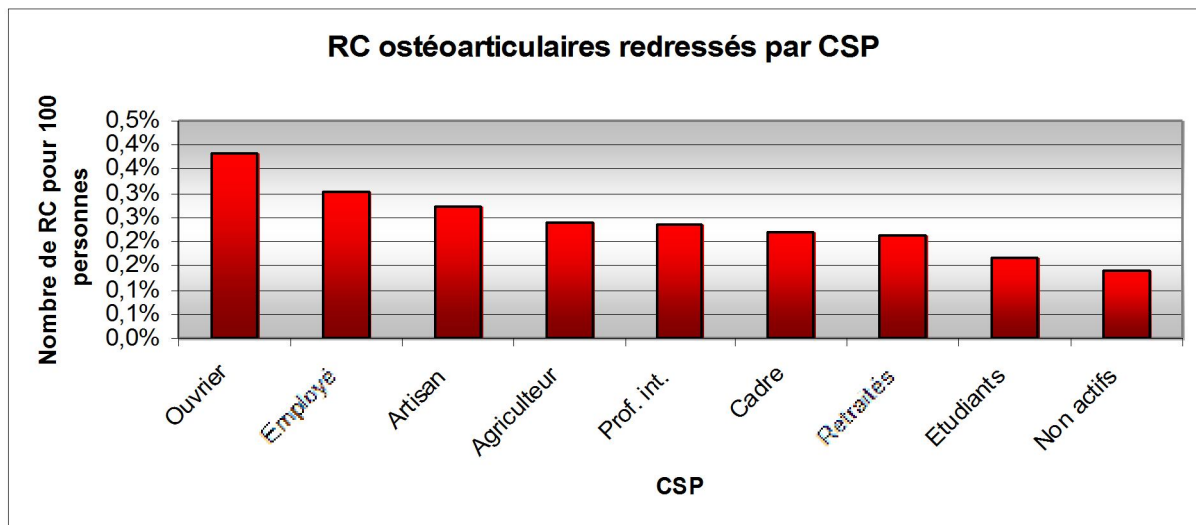


Graphique 38: RC ostéoarticulaires par CSP

Les retraités et les employés présentent les nombres les plus élevés de RC ostéoarticulaires dans notre étude. **Graphique n° 38**

Devant les effectifs très disparates d'une CSP à l'autre, le même diagramme est exprimé en RC ostéoarticulaires redressés par les effectifs de chaque CSP. **Graphique 39 p 96**

Il met en évidence la prépondérance des RC ostéoarticulaires chez les ouvriers, puis les employés, les artisans et enfin les agriculteurs. En revanche, le nombre de RC ostéoarticulaires par retraité est inférieur à celui d'un actif.



Graphique 39: Résultats de consultation ostéoarticulaires redressés par CSP

Afin de permettre une meilleure lisibilité des graphiques, certains RC ont été renommés :

Syndrome dorso-lombaire sans irradiation : dorso-lombalgie

Syndrome dorso-lombaire avec irradiation : lombosciatique

Polyarthrite rhumatoïde

Pb= problème

Sd=syndrome

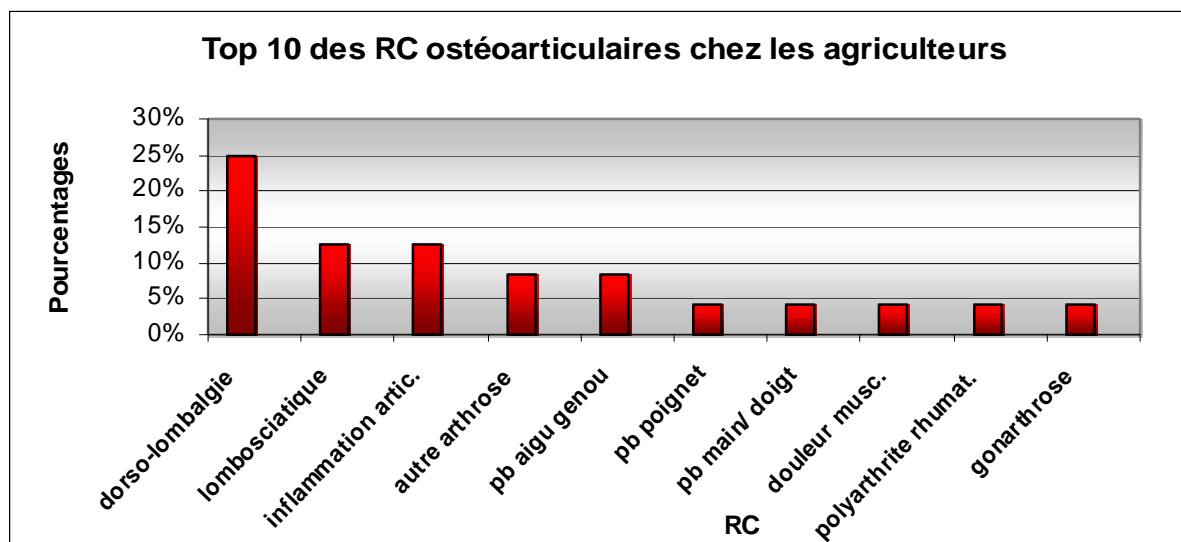
Bursite, tendinite, synovite= inflammation des articulations

Autre maladie ostéoarticulaire= autre mdie

Lésion traumatique=traumatisme

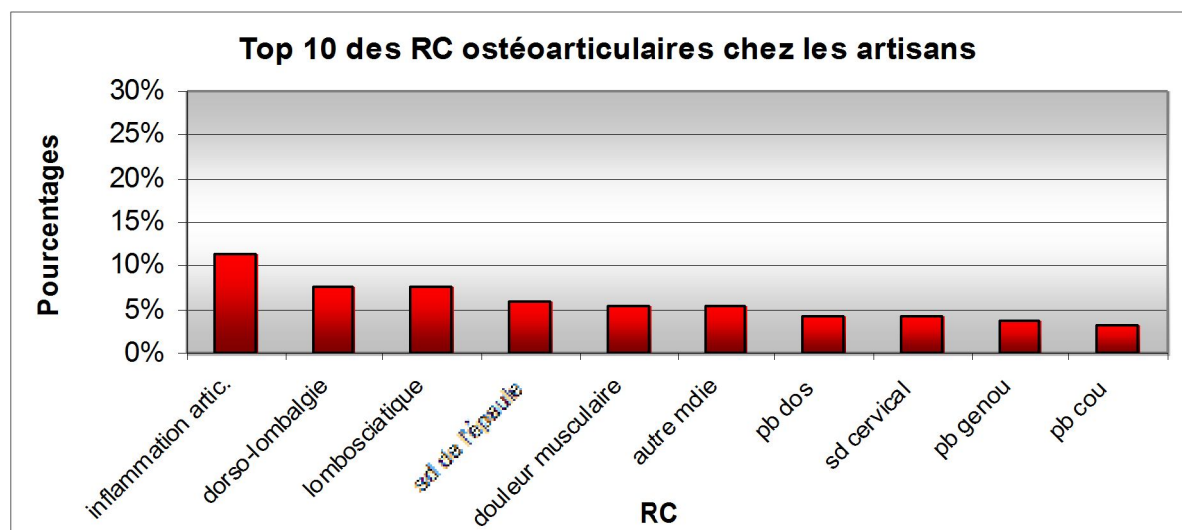
Le coude du joueur de tennis= épicondylite latérale

4.1.2.1. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les agriculteurs



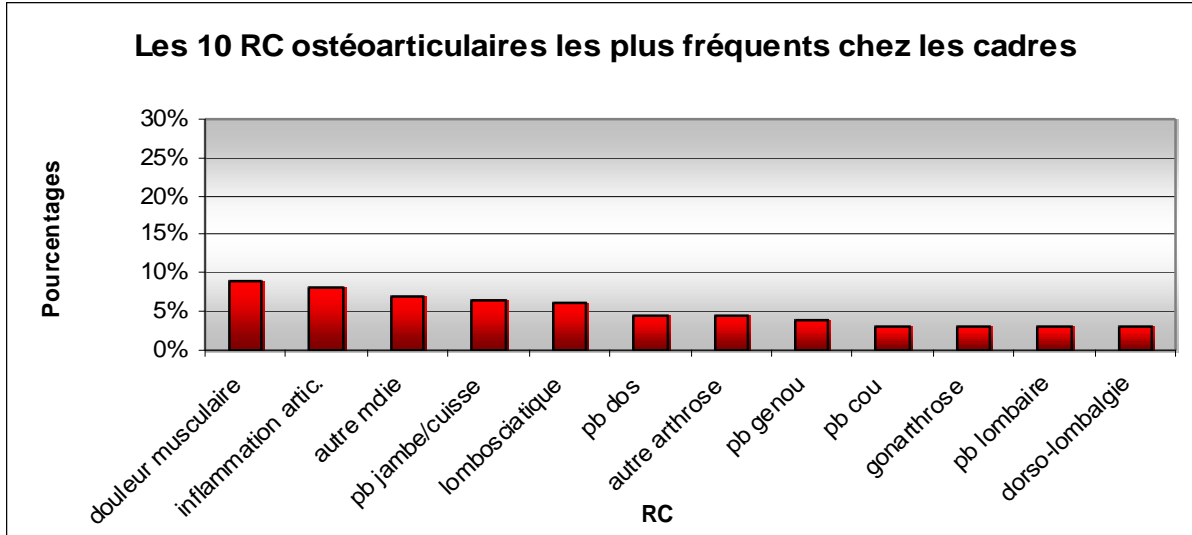
Graphique 40: Les 10 RC ostéoarticulaires chez les agriculteurs

4.1.2.2. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les artisans



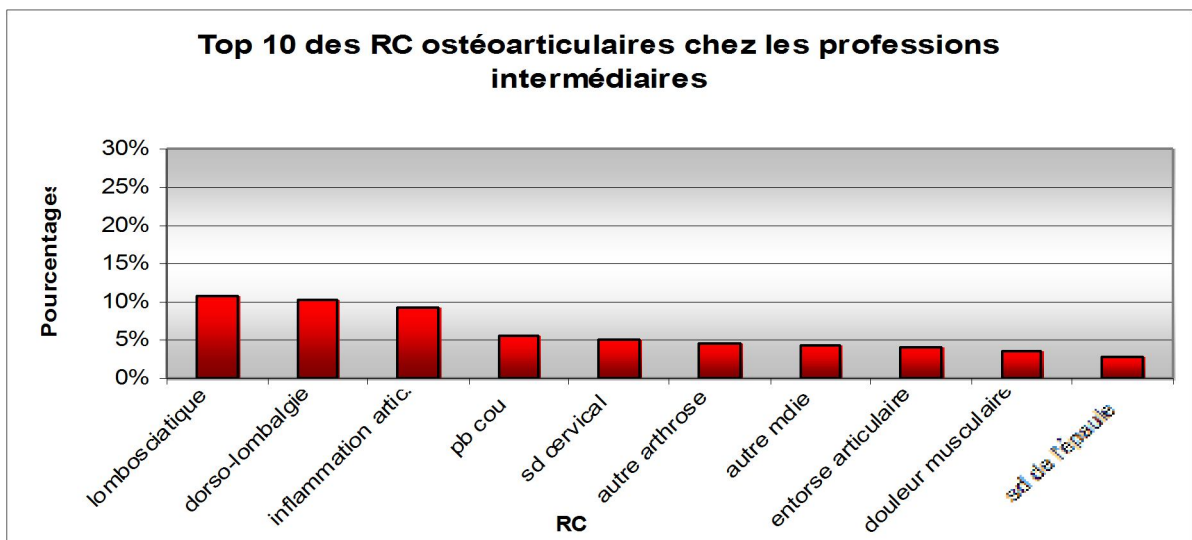
Graphique 41: Les 10 RC les plus fréquents chez les artisans

4.1.2.3. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les cadres



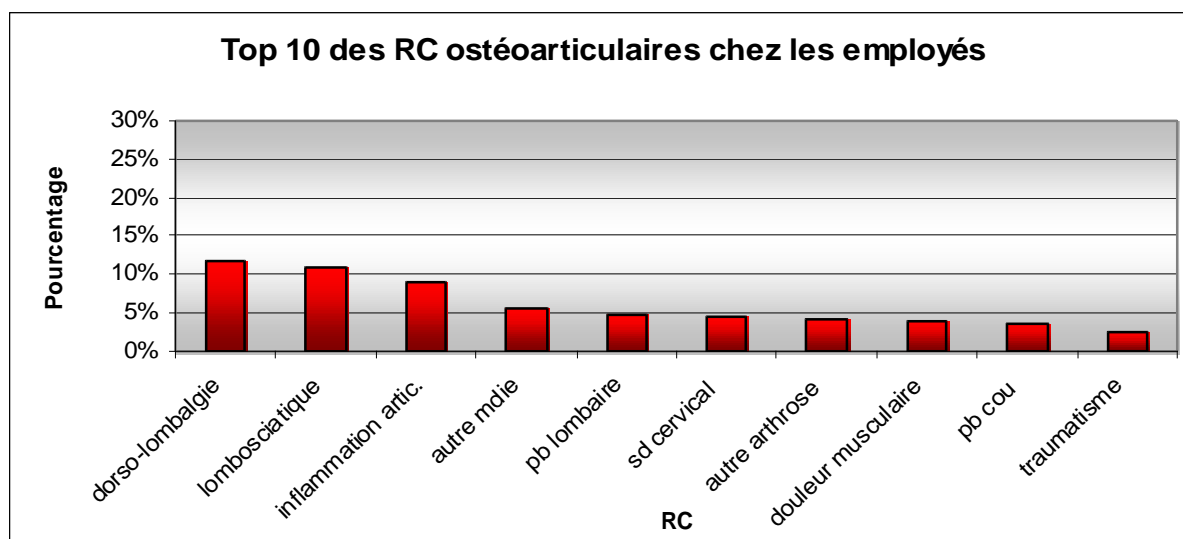
Graphique 42: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les cadres

4.1.2.4. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les professions intermédiaires



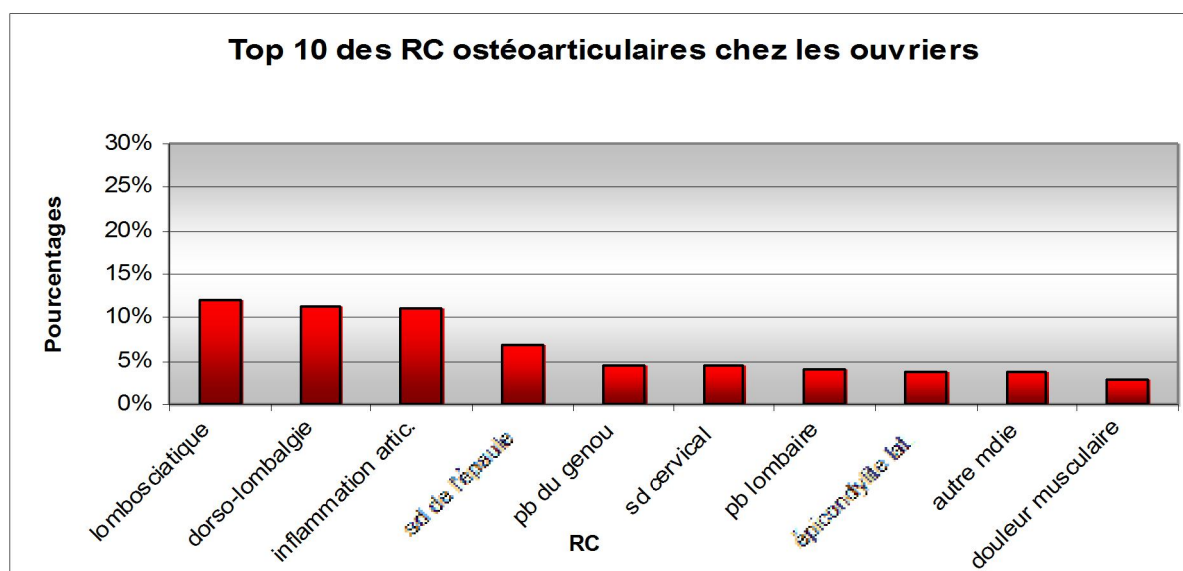
Graphique 43: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les professions intermédiaires

4.1.2.5. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les employés



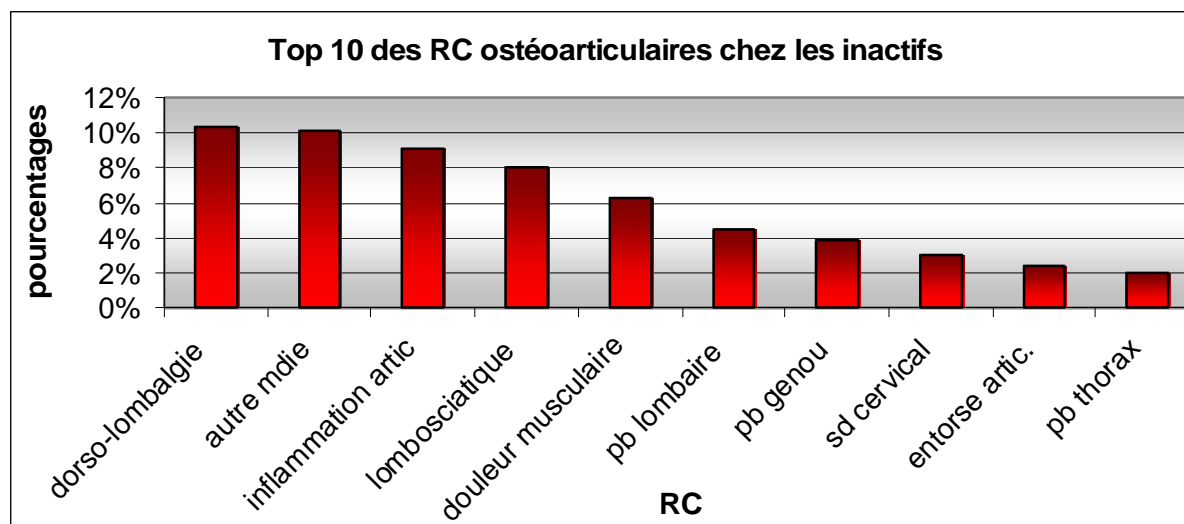
Graphique 44: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les employés

4.1.2.6. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les ouvriers



Graphique 45: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les ouvriers

4.1.2.7. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les non actifs



Graphique 46: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les inactifs

Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents représentent 60 à 88% des RC par CSP.

Graphique 40 à 46 p 97 à 215

Pour la plupart des CSP, les problèmes de rachis et les inflammations des articulations sont au premier plan.

Ce n'est pas le cas pour les cadres ni pour les inactifs, lesquels, en dehors des retraités, sont les deux CSP les moins touchées par les affections ostéoarticulaires .

Les artisans consultent en premier lieu pour des tendinites, bursites ou synovites.

DISCUSSION



1. REPRÉSENTATIVITÉ NATIONALE DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE ECOGEN.

La population ECOGEN n'est pas comparable à la population Française puisqu'il s'agit d'une étude centrée sur la patientèle de médecine générale. Elle n'est donc pas représentative de l'état de santé des Français puisqu'elle ne prend en compte que le recours aux soins ambulatoires et non la totalité de l'offre de soins.

D'autre part, un certain nombre de personnes ressent des troubles de santé sans nécessairement faire appel au médecin. White, Williams et Greenberg l'ont illustré par le carré de white en 1961. [54] [55]

Illustration 4

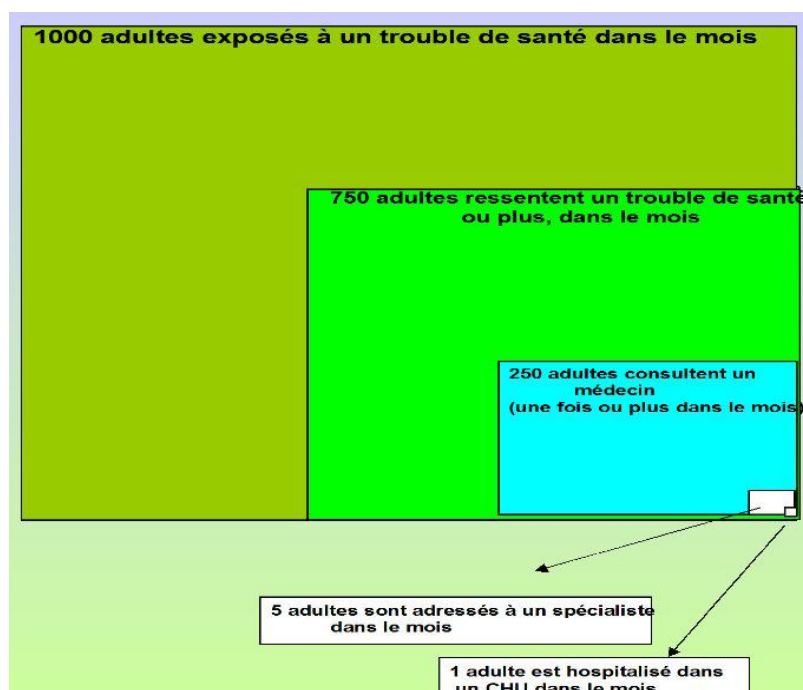


Illustration 4: Le carré de White

Les médecins généralistes de la table ECOGEN sont représentatifs des médecins généralistes de France comme l'a démontré le service de biostatistique d'ECOGEN [56] sur les critères suivants :

- _ l'âge ($p=0.89$),
- _ le sexe ($p=0.41$),
- _ le secteur d'activité ($p=0.75$),
- _ le nombre de consultations annuel ($p=0.25$),
- _ les Tranches d'Unité Urbaine ($p=0.72$).

On peut donc supposer que la population ECOGEN est également représentative de la population Française consultant en médecine générale.

L'intérêt d'ECOGEN était d'étudier spécifiquement les patients des soins primaires. En effet, les données sur le contenu de ces consultations sont quasi inexistantes.

Notre étude spécifique portant sur les catégories socioprofessionnelles a traité les données des résultats de consultation des patients qui correspondent aux diagnostics établis par les médecins au cours de la consultation. Le motif de la consultation était la plainte du patient motivant la consultation. Celui-ci n'a pas été pris en compte. La comparaison des motifs et des résultats de consultation mériterait l'objet d'une recherche spécifique.

Les effectifs des résultats de consultation ne peuvent pas être comparés aux effectifs des consultations car une consultation est l'objet d'un ou plusieurs motifs, un ou plusieurs RC.

Un motif de consultation est toujours accompagné d'un résultat de consultation. En revanche, un résultat peut être la conséquence de plusieurs motifs. En moyenne, une consultation est l'objet de 2,6 motifs pour 2,2 RC.

2. ATOUTS ET LIMITES

2.1. étude ECOGEN

2.1.1. Atouts

Il s'agit d'une étude d'envergure. Le nombre élevé de consultations (20781) lui confère une puissance statistique.

Le recueil de données a été réalisé en utilisant un mode de codage reproductible :

- _ utilisation de la Classification Internationale des Soins Primaires,
 - _ utilisation des CSP de l'INSEE,
 - _ utilisation des statuts de la sécurité sociale,
- permettant des comparaisons nationales et internationales.

2.1.2. Limites

2.1.2.1. Les biais

Un à deux internes investigateurs ont été choisis par CHU participant. Toutes les facultés de médecine française n'ont pas été représentées. Il n'y avait par exemple pas de centre dans la région Midi-Pyrénées.

Cependant, l'étude de la répartition des médecins dans les différentes tranches d'unité urbaine n'était pas significativement différente entre les médecins de la table ECOGEN et les médecins généralistes en France ($p=0.72$). [51]

Les patients ont été inclus de manière systématique dans leur ordre d'arrivée pendant une journée ou deux demi journées par semaine, limitant de ce fait la sélection des patients.

Le refus de la présence de l'interne peut avoir été un biais de sélection. Ces cas ont été faibles et ne représentent que 0,3% des résultats de consultation.

Le recueil de données étant réalisé par l'interne, il a eu lieu pendant ses horaires et ses jours de présence . Ces biais ont été limités en essayant de calquer au mieux les horaires des MSU et en alternant le recueil sur différents jours de la semaine.

L'interne a réalisé son recueil en étant observateur du MSU pendant la consultation. Sa présence a néanmoins pu modifier la pratique de certains médecins ou la demande du patient.

Les investigateurs ont été formés au codage informatique de la CISP-2. Ils bénéficiaient en outre d'un forum sur lequel ils obtenaient rapidement des conseils en cas de difficultés. Des enregistrements audio de consultations ont permis de contrôler la qualité des codages.

Ils étaient tenus de respecter le délais le plus court entre le recueil manuscrit et la saisie informatique afin d'éviter un biais de mémorisation. Un contrôle qualité a été réalisé évaluant la reproductibilité d'une double saisie à distance.

Malgré ces précautions, quelques erreurs de saisie ont été décelées. Celles ci sont de l'ordre de 1/1000 et ne modifient ni les ordres de grandeur ni les pourcentages.

La catégorie socioprofessionnelle a été codée selon les dires du patients. Quelques erreurs ont été retrouvées notamment pour des personnes se déclarant inactives après l'âge légal de la retraite ou des enfants auxquels était associée la CSP d'un parent.

2.1.2.2. Un effectif d'agriculteurs faible

Le nombre de RC des agriculteurs dans notre étude est faible en relation avec un effectif national bas: 167 RC. Les conclusions sont donc à considérer avec précautions.

2.1.2.3. Sur ou sous évaluation de certains RC

Les RC sont les diagnostics donnés sur chaque consultation par les médecins généralistes. Or parfois, l'établissement d'un diagnostic

nécessite plusieurs consultations, des examens et l'avis d'un spécialiste ce qui peut amener un changement du diagnostic initialement porté.

D'autre part, certains diagnostics sont sous ou sur évalués selon la spécialité du médecin. Le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est par exemple souvent sous évalué en médecine générale. [56] Ceci est retrouvé dans l'étude ECOGEN où le diagnostic de BPCO est le 28ème RC avec 0,6% des RC alors que la Haute Autorité de Santé estime la prévalence de cette pathologie à 7,5% des personnes dans la population.

2.2. Étude de l'influence des CSP sur les RC en médecine générale.

2.2.1. Atouts

L'importance de la base de données ECOGEN lui confèrent une **puissance statistique**.

La description des RC par catégorie socioprofessionnelle n'avait à ce jour jamais été réalisée sur une patientèle de médecine générale.

Nous avons distingué deux populations :

- La **population ECOGEN totale** qui permet d'étudier l'ensemble de la patientèle de médecine générale.
- La **population ECOGEN adulte ou active** qui permet de pouvoir comparer les inactifs adultes aux autres catégories professionnelles en retranchant les enfants et en incluant les 60 apprentis âgés de 16 à 18 ans.

Nous avons vu que les résultats de consultation des enfants étaient très différents de ceux des adultes, justifiant cette distinction.

2.2.2. Limites

Il s'agit d'un sujet très vaste, reliant la médecine aux sciences sociales.

L'étude traite d'un sujet sensible sur le plan humain et sur le plan économique en France et au niveau international.

Parler d'inégalités sociales de santé, c'est évoquer la relation entre l'état de santé et une hiérarchie sociale. Les épidémiologistes ont essentiellement utilisé 3 indicateurs considérés comme complémentaires que sont, le revenu, le niveau d'études et la profession . Ces indicateurs ne caractérisent pas les mêmes aspects ni les mêmes évolutions de la vie sociale.

Dans notre étude, un seul de ces indicateurs a été recueilli.

Cependant du fait des effectifs élevés et de l'intrication fréquente de ces indicateurs entre eux, la CSP reste à elle seule un indicateur représentatif.

De plus, les statuts CMU ou AME qui signent l'aide sociale, sont une indication des revenus les plus faibles.

Notre étude spécifique portant sur les catégories socioprofessionnelles a traité les données des résultats de consultation des patients qui correspondent aux diagnostics établis par les médecins au cours de la consultation. Le motif de la consultation était la plainte du patient motivant la consultation. Celui-ci n'a pas été pris en compte. La comparaison des motifs et des résultats de consultation mériterait l'objet d'une recherche spécifique.

Les tranches d'âges de notre étude ne sont pas exactement les mêmes que les tranches d'âges utilisées par l'INSEE (15-19ans, 20-24ans, 25-39ans, 40-54ans, 55-64ans). Le redressement du nombre de RC par les effectifs Français par tranches d'âges contient donc une marge d'erreur.

Les CSP et les statuts ont été recueillis par les internes selon les dires du patient.

Certains chômeurs ont probablement été inclus dans les CSP des actifs suivant la définition de l'activité de l'INSEE :

La population active regroupe la population active occupée (appelée aussi « population active ayant un emploi ») et les chômeurs. [57]

D'autres ont pu être assimilés dans la catégorie sans activité professionnelle suivant la définition du Bureau International du Travail : [58]

Un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions :

- être sans emploi, c'est à dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence,
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours,
- avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois.

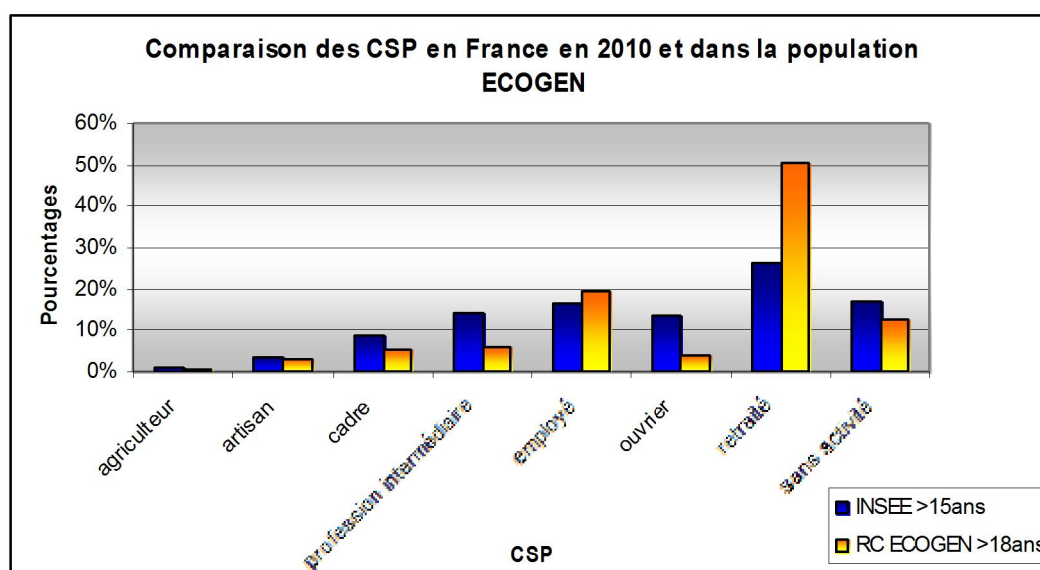
Cet élément pourrait avoir une incidence sur le nombre de RC par CSP du fait du lien entre précarité et état de santé.

Enfin, les comparaisons des différentes CSP auraient mérité d'être encadrées de tests de significativité statistique.

3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

3.1. Étude des catégories socioprofessionnelles

3.1.1. Comparaison des CSP ECOGEN avec les effectifs Français



Graphique 47: Comparaison des CSP en France (INSEE 2010) aux pourcentages de RC dans la population ECOGEN.

[59]

La patientèle de médecine générale ne peut être représentative de la population Française. Il est cependant intéressant de comparer les résultats de consultation par CSP aux effectifs réels Français.

Graphique 47 p 109

Les statistiques de notre étude ayant été calculées sur la population ECOGEN adulte ou active, le pourcentage de RC chez les inactifs est minoré sur ce graphique par rapport aux effectifs des plus de 15ans.

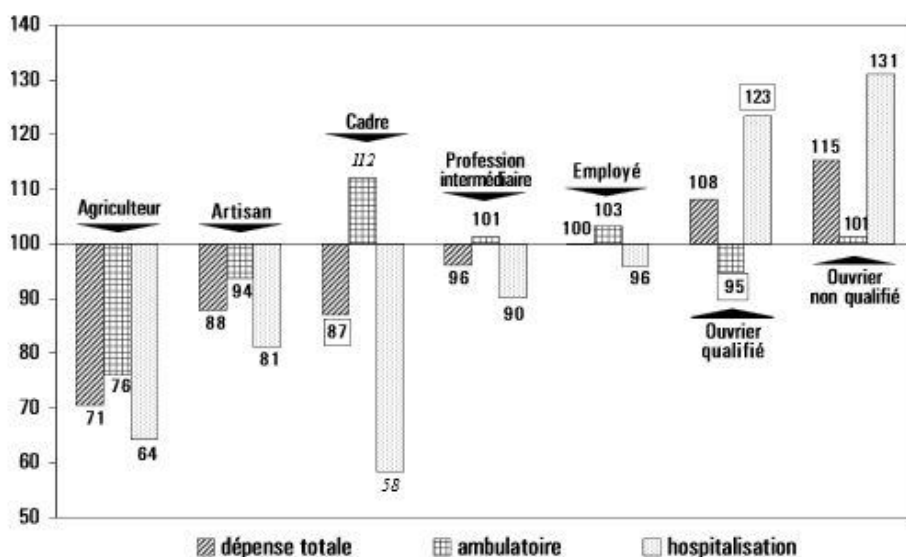
Hormis les retraités qui consultent davantage du fait des pathologies chroniques associées à l'âge, on pourrait supposer que l'importance d'une catégorie professionnelle dans la population Française se reflète dans celle de la patientèle de médecine générale.

Ce graphique montre que ce n'est pas la cas.

Sophie DARGENT a démontré dans sa thèse que les CSP de la population ECOGEN étaient statistiquement différentes de la population Française ($p=0,19$) sauf pour la catégorie des non actifs. [34] Cette similitude pour les inactifs est probablement expliquée par un calcul réalisé sur la population ECOGEN totale incluant les enfants qui ne sont pas comptabilisés dans les statistiques de l'INSEE.

La proportion de RC chez les ouvriers est nettement plus faible que le pourcentage d'ouvriers en France.

Cette différence peut s'expliquer par l'influence spécifique de la catégorie sociale sur les comportements de consommation de soins quels que soient le sexe, l'âge ou l'état de santé. [60]



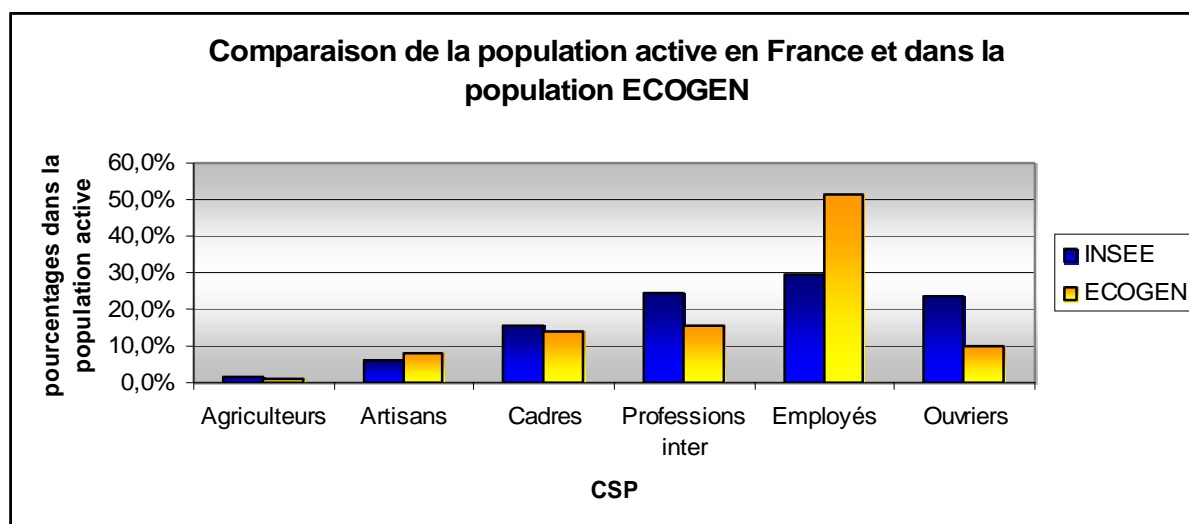
Lecture du graphique :
 Indice 100 – dépense moyenne de l'ensemble de l'échantillon (Epas-Sps 1992 – 1995-1997)
 Les indices en italique sont significativement différents de 100 avec 95 % de confiance.
 Les indices encadrés sont significativement différents de 100 avec 90 % de confiance.

Source : EPAS-SPS 1992-95-97
 Champ : individus affiliés à la CNAMTS

Graphique 48: Indice de dépenses de santé, à structures d'âge et de sexe identiques, selon la catégorie socioprofessionnelle

Une étude de la DREES, réalisée en 2005 a montré l'opposition marquée entre les différentes CSP : les ouvriers ont davantage recours aux dépenses hospitalières (+13% par rapport aux cadres et +17% par rapport aux professions intermédiaires), et les cadres privilégient les dépenses ambulatoires (+16% par rapport aux ouvriers). [60]

Graphique 48 p 110



Graphique 49: Comparaison des populations actives d'après les statistiques de l'INSEE 2010 et les RC ECOGEN

Si les dépenses de soins chez les employés à l'hôpital sont supérieures à celles des cadres et des professions intermédiaires, **ce diagramme 49** met aussi clairement en évidence une surconsommation de soins d'omnipraticiens chez les employés par rapport aux autres CSP.

Afin d'étudier la place réelle des soins d'omnipraticiens dans chaque CSP proportionnellement à leur place respective dans la population, nous avons redressé les effectifs des CSP ECOGEN par leurs poids respectifs dans la structure Française.

Graphiques 50 et 51 p 112

La comparaison des graphiques suivants met en évidence :

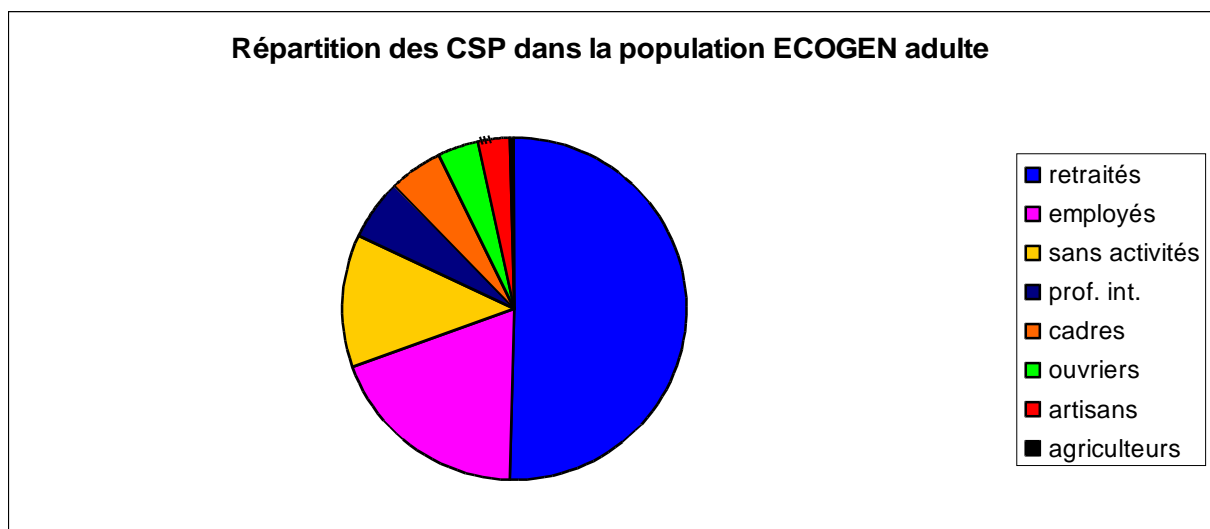
_ que la place cumulée des retraités et des employés est inférieure à 50% alors qu'elle représente environ deux tiers du nombre total de RC,

_ que le taux de RC chez les artisans est supérieur à celui des inactifs et des cadres.

Enfin cela confirme la faible consommation de soins ambulatoires chez les ouvriers.



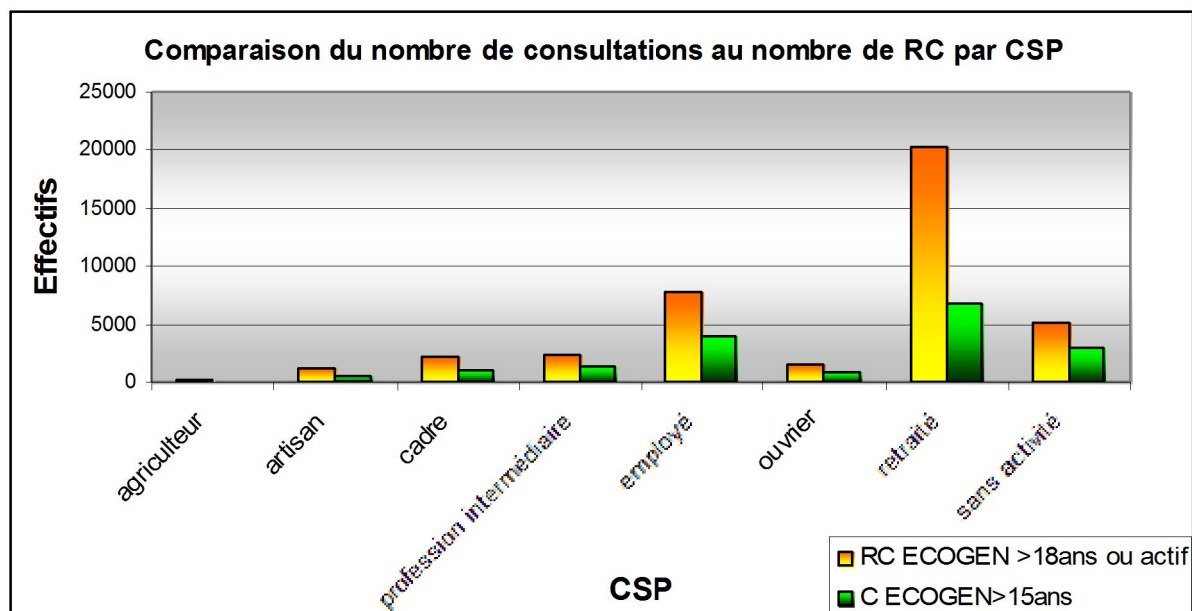
Graphique 50: Nombre de RC redressé par les effectifs de plus de 15ans des CSP en France



Graphique 51: Nombre de RC par CSP dans la population ECOGEN adulte (inactifs adultes et étudiants cumulés)

3.1.2. Comparaison du nombre de résultats de consultation au nombre de consultations

L'étude des RC décrit les pathologies de santé mais ne permet pas de dire si une catégorie socioprofessionnelle consulte davantage qu'une autre. Pour répondre à cette question, nous avons réalisé un diagramme en utilisant les effectifs des consultations d'après les résultats du Service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon [59]. Afin de pouvoir effectuer une comparaison avec la population la plus proche de notre population ECOGEN adulte ou active, nous avons retranché les effectifs des consultations des patients de moins de 15ans de la CSP « inactif ».



Graphique 52: Comparaison du nombre de consultations au nombre de RC par CSP

Le classement des CSP par consultation est identique à celui des RC. En revanche, le nombre de RC par consultation est différent d'une CSP à l'autre. **Graphique 52**

Les retraités ont en moyenne 3 RC par consultation suivis des agriculteurs (2,3).

Si la CSP « employé » est la deuxième à consulter en médecine générale, c'est une de celles qui présentent le moins de résultats par consultation (1,9).

3.1.3. Comparaison des CSP par sexe

En France, la proportion de femmes et d'hommes toutes CSP confondues est quasi-équivalente avec un ratio de 1,1 en faveur des femmes. [61] Dans la population ECOGEN adulte ou active, ce rapport augmente avec 1,5 fois plus de RC concernant des femmes.

Les femmes consultent-elles donc plus que les hommes ou ont-elles plus de RC par consultation que les hommes ?

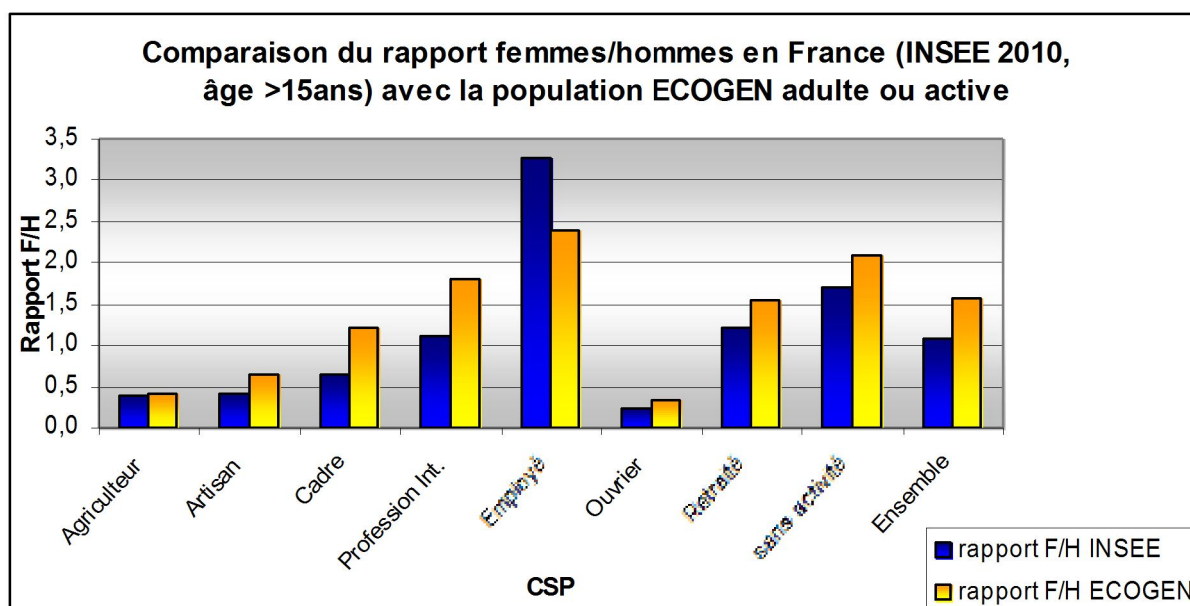
D'après les résultats du Service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon [57], la proportion de femmes consultant en médecine générale est de 58,3%.

Que l'on étudie les RC ou les C, les ratios femmes / hommes respectivement de 1,5 et 1,4, sont proches.

Cette asymétrie par sexe, (+20% de RC chez les femmes) s'explique par une différence dans la consommation de soins ambulatoires et hospitaliers entre les hommes et les femmes. [60]

Si à structure d'âges identiques, avant 70 ans, les dépenses totales de soins apparaissent globalement peu différentes selon le sexe, les femmes engagent des dépenses de ville plus élevées que celles des hommes (+ 10 %), alors que leurs dépenses hospitalières sont nettement plus faibles (- 22 %). Après 70 ans la sur-représentation des femmes est liée à une espérance de vie plus élevée que celle des hommes.

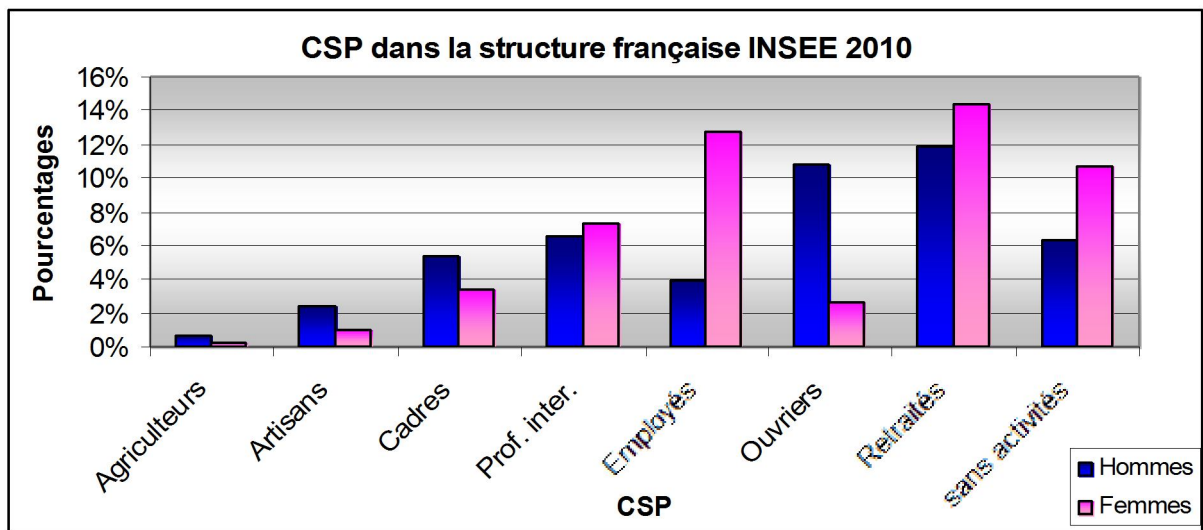
A l'intérieur des dépenses de ville, les dépenses d'omnipraticiens chez les femmes sont nettement plus élevées que chez les hommes (+21%).



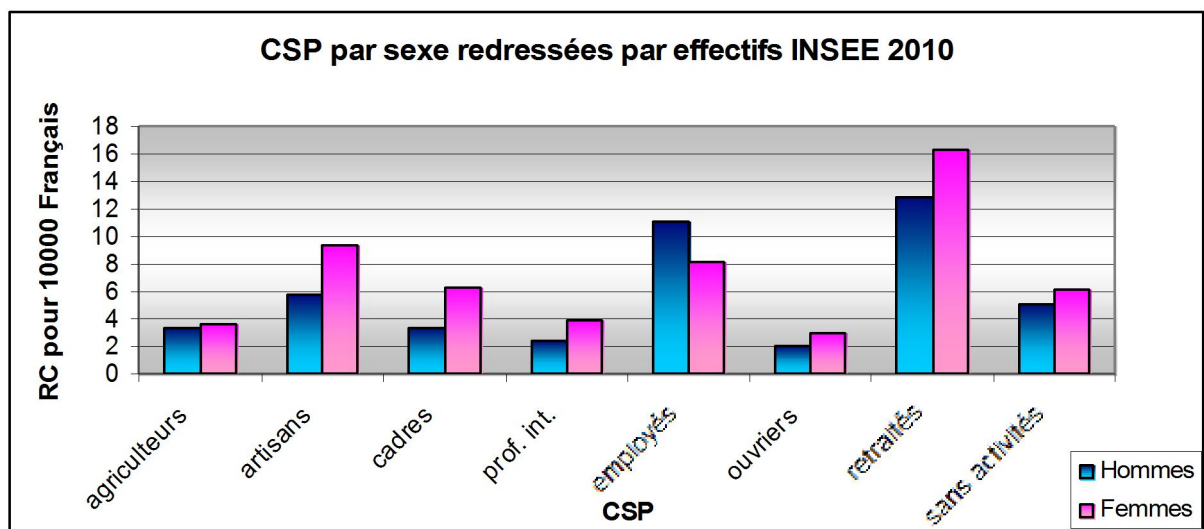
Graphique 53: Comparaison des rapports femmes/hommes entre la population Française et la population ECOGEN adulte

Le ratio femmes / hommes du nombre de RC est plus élevé dans chaque CSP que dans la population Française excepté pour la catégorie des employés. En effet, si il y a 3 fois plus d'employées en France, elles ne représentent que le double des RC dans ECOGEN. **Graphique 53**

L'INSEE dénombre plus d'hommes que de femmes dans quatre CSP : les ouvriers, les agriculteurs, les artisans et les cadres mais pour chacune d'entre elles, les proportions des RC sont supérieures chez les femmes. Le nombre de RC chez les femmes cadres est notamment supérieur à celui des hommes. **Graphique 54 p 116**



Graphique 54: CSP dans la structure Française INSEE 2010



Graphique 55: Effectifs par sexe des CSP redressés par les effectifs par sexe Français d'après les données de l'INSEE 2010

L'étude du « poids » des CSP ECOGEN par sexe redressé par le « poids » des CSP dans la structure française met en évidence un nombre de RC chez les hommes employés supérieur à celui des femmes de la même catégorie.

Au contraire, cela tempère la sur-représentation des femmes retraitées plus nombreuses en France du fait de leur espérance de vie plus longue.

Graphique 55 p 116

Concernant la CSP des non actifs, la différence entre le nombre de RC par sexe s'explique aussi en partie par un nombre plus important de femmes inactives en France.

Ces disparités de consommation de soins par sexe peuvent s'expliquer par une différence de sensibilité aux conditions de travail. Certaines sont jugées particulièrement inquiétantes chez les femmes, d'autres chez les hommes. [30]

L'INSEE, dans une étude transversale en 2006 et 2010 sur la population des 30-50 ans en France a établi un score synthétique d'exposition à de mauvaises conditions de travail. **Annexe n°3 p 172**

Ce score est décliné selon cinq dimensions:

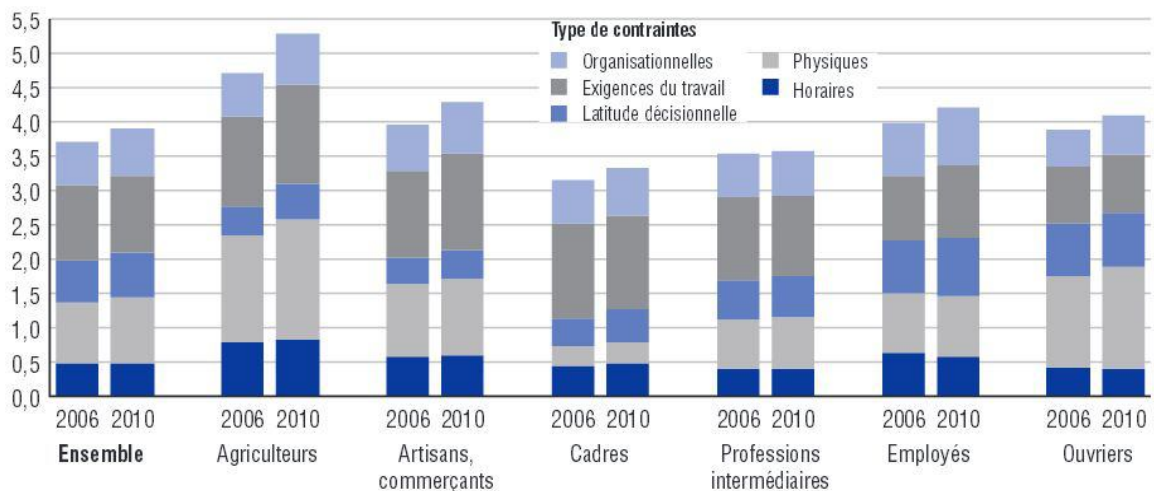
- _les contraintes horaires,
- _les contraintes physiques,
- _la latitude décisionnelle,
- _les exigences du travail,
- _et les autres contraintes organisationnelles.

Avec ces indicateurs, les hommes apparaissent plus souvent exposés à des conditions de travail difficiles que les femmes. C'est notamment le cas pour les agriculteurs, les employés et les artisans.

Graphiques 56 et 57 p 118

Chez les hommes agriculteurs ou artisans, les contraintes physiques sont particulièrement fortes, chez les hommes employés, ce sont les contraintes horaires. Chez les cadres et les ouvriers, hommes et femmes ont des niveaux d'exposition semblables [62].

D'après une étude de la DREES, les femmes souffriraient cependant d'une plus grande exposition aux facteurs psychosociaux de risque au travail : tension au travail, manque de latitude décisionnelle et de soutien social. [63]



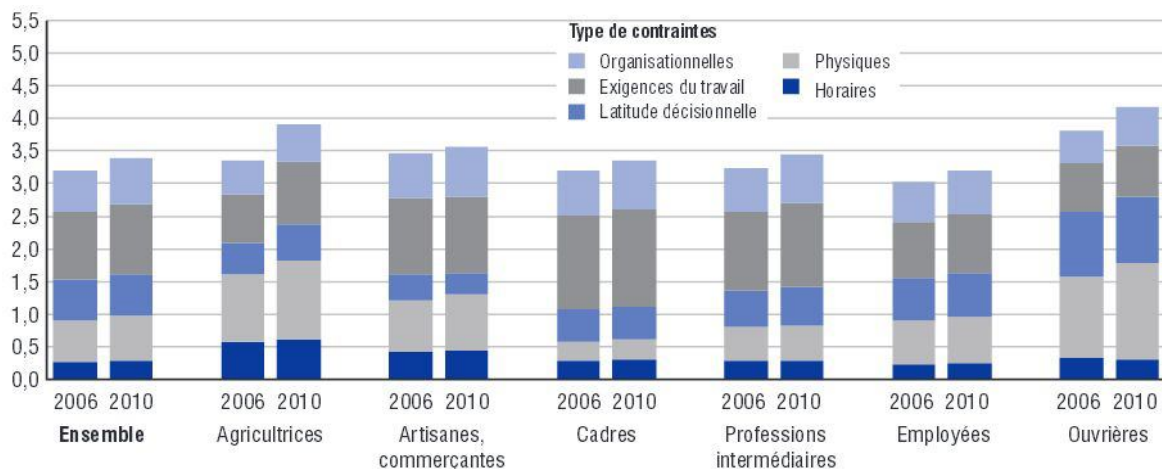
Champ : France métropolitaine, hommes en emploi, âgés de 30 à 50 ans en 2006, répondants aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : les hommes en emploi en 2010 affichent un score moyen d'exposition aux risques professionnels de 3,9, contre 3,7 pour les hommes en emploi en 2006. Avec un score moyen de 5,3, les agriculteurs en emploi en 2010 sont particulièrement exposés. Ce score se décompose en contraintes horaires (0,80), contraintes physiques (1,75), faible latitude décisionnelle (0,55), exigence au travail (1,45) et contraintes organisationnelles (0,75).

Note : le score moyen d'exposition aux risques professionnels est calculé de la sorte : en 2006 parmi les hommes en emploi en 2006, et en 2010 parmi les hommes en emploi en 2010.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Graphique 56: Score moyen d'exposition aux risques professionnels par catégorie sociale chez les hommes



Champ : France métropolitaine, femmes en emploi, âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : les femmes en emploi en 2010 affichent un score moyen d'exposition aux risques professionnels de 3,4, contre 3,2 pour les femmes en emploi en 2006. Avec un score moyen de 4,2, les ouvrières en emploi en 2010 sont particulièrement exposées. Ce score se décompose en contraintes horaires (0,3), contraintes physiques (1,5), latitude décisionnelle (1,0), exigence au travail (0,8) et contraintes organisationnelles (0,6).

Note : le score moyen d'exposition aux risques professionnels est calculé de la sorte : en 2006 parmi les femmes en emploi en 2006, et en 2010 parmi les femmes en emploi en 2010.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Graphique 57: Score moyen d'exposition aux risques professionnels par catégorie sociale chez les femmes

[62]

Toute CSP confondues, notre étude met en évidence une disparité nette entre le nombre de résultats de consultation chez les hommes et les femmes, à tout âge, et majoritairement entre 18 et 40 ans.

Graphiques 31 p 88 et 32 p 89

C'est en effet entre les jeunes adultes que l'écart entre les dépenses de soins se creuse [58].

On peut supposer qu'une partie s'explique par les dépenses de gynéco-obstétrique liées à la grossesse.

Les données de la littérature évoquent plusieurs hypothèses pour expliquer ces différences.

L'écart dans la consommation de soins entre les femmes et les hommes peut s'expliquer en particulier par des comportements plus ou moins favorables à leur santé :

- les comportements agressifs et dangereux sont moins répandus chez les femmes car ils revêtent traditionnellement chez elles une connotation plus négative.

Par exemple, les hommes ont un taux de mortalité par mort violente supérieur de 2,3 à celui des femmes et une consommation d'alcool à risque deux à trois fois plus élevée.

- elles ont une plus grande sensibilité à leur santé et aux messages de prévention. Par exemple, les femmes sont plus attentives à leur alimentation . [65]

Au contraire, chez les hommes, se conformer à l'idéal masculin de virilité suppose de rejeter les signes de faiblesse, dont la maladie fait partie. [66]

La femme en tant que gestionnaire de la santé du groupe familial et du fait de son suivi gynécologique est plus proche du système de santé.

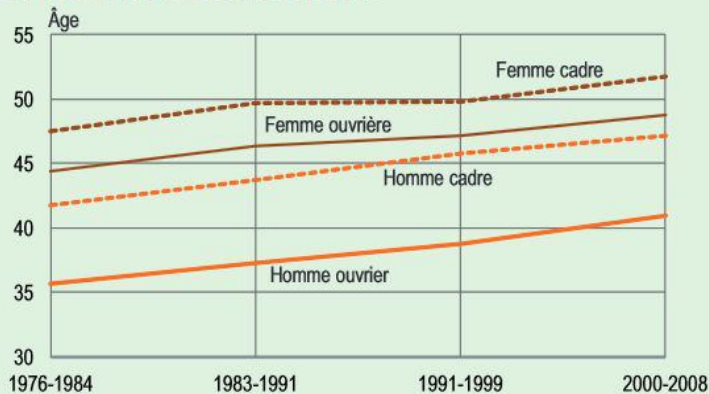
Ainsi, tout au long de leur vie, les femmes sont plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes et à recourir à la prévention.

Les disparités hommes / femmes ne concernent pas uniquement la consommation de soins mais aussi l'espérance de vie.

Aux deux extrêmes de l'échelle sociale, une ouvrière a une espérance de vie supérieure à celle d'un homme cadre supérieur.

Graphique 58 p 120

Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers*



* Blanpain N. , 2011, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première*, INSEE, n° 1372

Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ • France métropolitaine.

Sources • INSEE, Échantillon démographique permanent.

Graphique 58: Espérance de vie à 35ans par sexe pour les cadres et les ouvriers

Les femmes ont une position défavorable dans la plupart des domaines de la vie sociale.

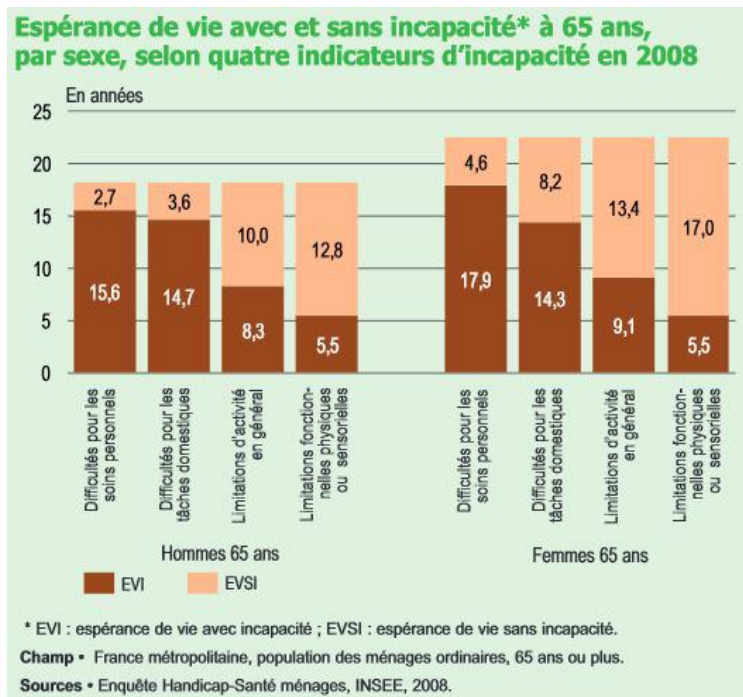
Habituellement, quand un groupe est dominé socialement et politiquement, qu'il s'agisse d'une classe sociale, d'une ethnie ou d'une minorité, sa mortalité est plus forte ce qui n'est pas le cas pour les femmes. [66]

L'espérance de vie plus élevée chez les femmes se retrouve dans pratiquement tous les pays du monde. [63]

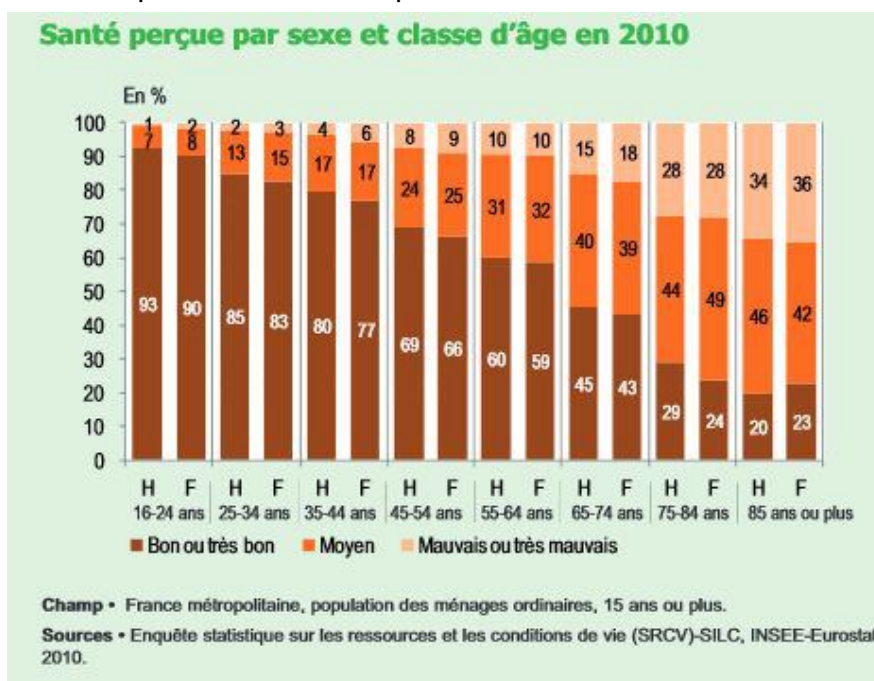
L'écart est particulièrement marqué en France.

Cet avantage féminin doit être relativisé, car il s'accompagne d'un plus grand nombre d'années vécues avec des incapacités et d'un état de santé perçu moins bon que les hommes.

Graphiques 59 et 60 p 121



Graphique 59: Espérance de vie avec et sans incapacité à 65 ans par sexe en 2008



Graphique 60: Santé perçue par sexe et classe d'âge en 2010 [63]

Cette différence entre ces données déclaratives et les sources administratives (mortalité, taux de personnes en ALD, taux de recours aux soins les plus lourds) est difficile à expliquer car l'évaluation subjective de la santé est considérée comme un bon indicateur de la santé.

Or, la perception qu'un individu a de son état de santé dépend de ses caractéristiques sociales. Celles-ci influencent d'une part la perception des symptômes, d'autre part leur interprétation en termes de pathologies. [63]

Les hommes déclarent ainsi davantage de maladies et troubles associés à un risque vital important, et les femmes plus de maladies et de symptômes associés à un faible risque vital.

Dans notre étude, tout âge confondu, le ratio femmes / hommes est semblable pour chaque appareil : environ 1,5 en dehors des appareils génitaux et du chapitre grossesse.

En revanche, entre 18 et 40 ans, les femmes présentent un taux de RC nettement plus important dans cinq appareils :

- l'appareil hématologique
- l'appareil urinaire
- l'appareil endocrinien
- l'appareil psychologique
- l'appareil neurologique

Graphiques 31 p 88 et 32 p 89

L'étude des ratio femmes / hommes des 25 RC les plus fréquents met en évidence une prévalence nettement plus forte chez les femmes concernant les pathologies suivantes :

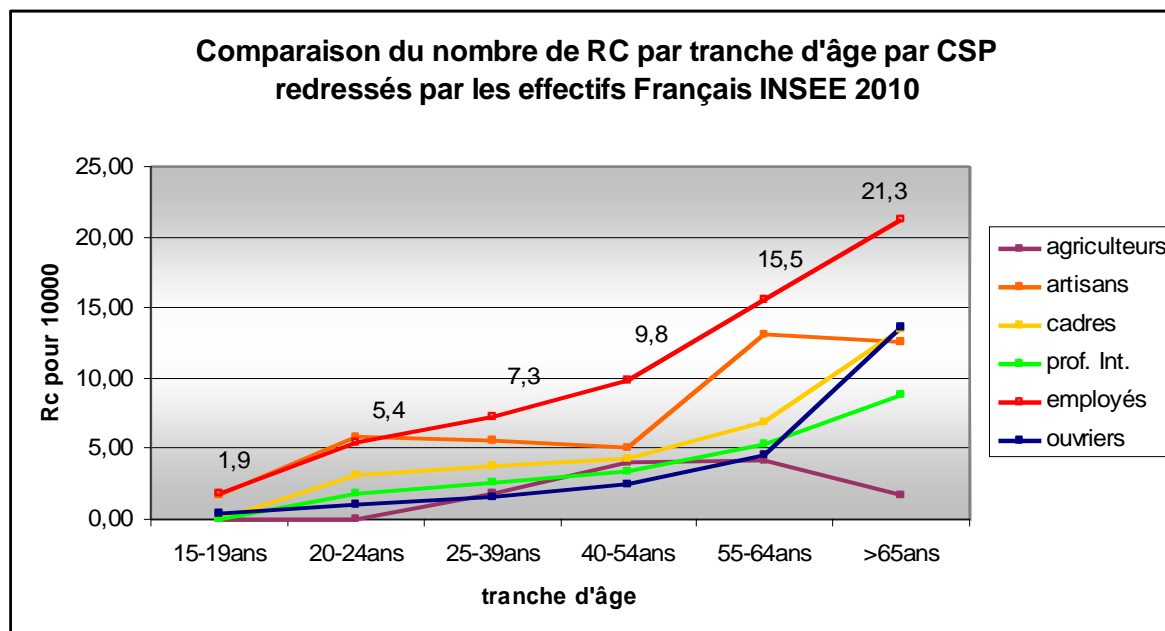
- l'ostéoporose,
- l'hypothyroïdie,
- la dépression,
- les troubles anxieux,
- la constipation,
- les problèmes d'arthrose

Annexe n° 8 p 179

Au contraire, les hommes ont plus de diabète de type 2 et de lombalgies.

En France, si le risque de connaître un trouble dépressif est en effet 1,5 à 2 fois plus élevé chez les femmes, leurs troubles sont davantage dépistés et pris en charge que chez les hommes. [63]

3.1.4. Comparaison des CSP par âge



Graphique 61: Comparaison du nombre de RC par tranches d'âges par CSP redressé par les effectifs Français INSEE 2010 en population active

Les tranches d'âges de l'INSEE étant légèrement différentes des nôtres, ce graphique contient une marge d'erreur. Cependant, quelques conclusions en découlent :

- _ Le nombre de RC chez les employés augmente fortement avec l'âge et il est 2 fois plus important parmi les actifs de plus de 65 ans que chez les professions intermédiaires.
- _ Si le nombre de RC chez les artisans reste stable entre 20 et 40 ans, il augmente fortement dans la tranche 55-64 ans pour stagner au delà.
- _ Les cadres, comme les professions intermédiaires, ont un nombre de résultats de consultation qui augmente avec l'âge, et de manière un peu plus évidente chez les cadres seniors.
- _ Le nombre de RC en soins primaires augmente brutalement chez les ouvriers âgés.
- _ Le nombre des RC chez les agriculteurs seniors étant très faible, il est difficile de tirer des conclusions pour cette catégorie.

Graphique 61

Dans l'ensemble de la population ECOGEN et dans chaque CSP (hors agriculteurs) , le nombre de RC augmente avec l'âge.

Le recours aux soins ambulatoires est donc particulièrement élevé chez les travailleurs seniors.

Leurs RC représentent 18% de l'ensemble de la population ECOGEN contre 22,6% de la population ECOGEN active.

En France, la part des plus de 55 ans dans la population active représentait 13,2% en 2011 et devrait atteindre presque 19% en 2030 d'après les projections de l'INSEE. [61]

Cette perspective pose la question de la santé au travail des seniors et des actions spécifiques de prévention à mettre en place.

Les travailleurs âgés, connaissent un déclin de leurs capacités fonctionnelles :

- _ baisse des capacités musculaires,
- _ cardio-respiratoires,
- _ proprioceptives,
- _ sensorielles,
- _ mentales

Les chutes de hauteur, les accidents de plain-pied et les malaises sont caractéristiques.

L'âge peut également contribuer à rendre la gestion du stress plus difficile, s'ajouter à un état général de fatigue ou aggraver une pathologie sous-jacente (l'athérosclérose responsable d'infarctus, par exemple).

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) a montré que cette catégorie de salariés mettaient en œuvre des stratégies d'anticipation ou d'évitement pour éviter les accidents. Cependant, si le nombre d'accidents est plus faible que chez les jeunes, les seniors rencontrent des difficultés de récupération plus importantes. [67]

Dans notre étude, les travailleurs seniors présentaient des taux de pathologies élevés concernant deux chapitres : « social et psychologique ».

Les problèmes principaux étaient :

- les soucis liés au travail et à la maladie d'un tiers.
- le syndrome anxio-dépressif et les addictions.

Une étude de la DREES publiée en 2002 confirme que les dépenses de santé sont globalement croissantes avec l'âge, à l'exception de la petite enfance. [64]

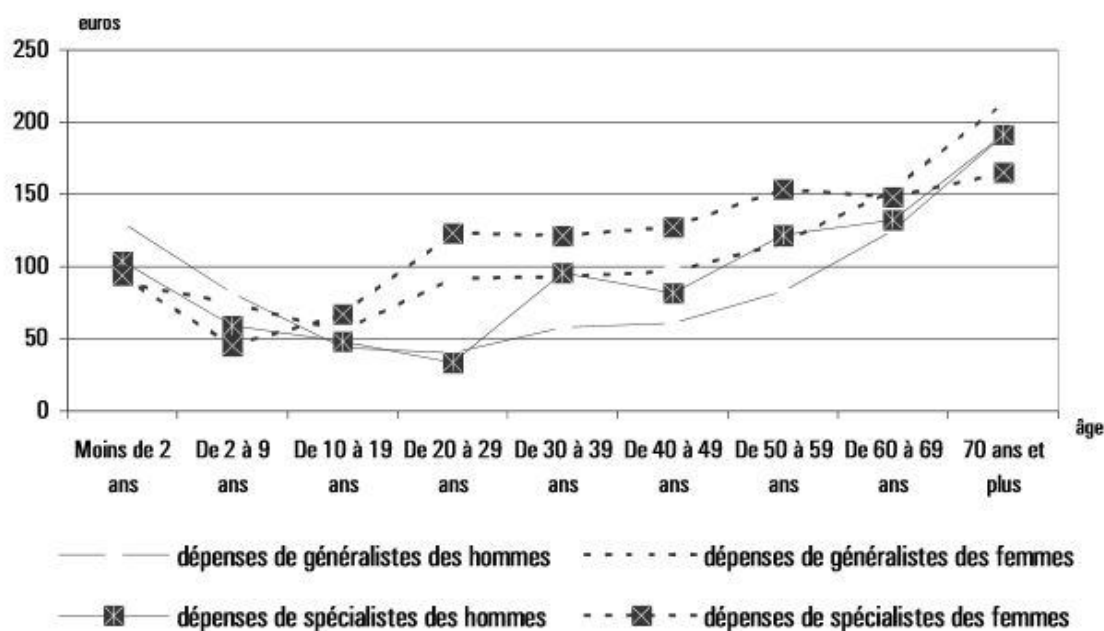
Il est mis en évidence une accélération à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires et à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières.

Les personnes de plus de 70 ans ont globalement des dépenses de médecins généralistes 4 fois plus élevées que de 10 à 19ans.

Graphique 62

En revanche, à l'hôpital, les dépenses sont maximales de 10 à 19 ans : ceci est expliqué en partie par l'importance des accidents de la vie courante, de la route ou des tentatives de suicide.

De 20 à 60 ans, elles décroissent puis augmentent à nouveau au delà, tout en restant inférieures à 50% de la dépense totale (les dépenses des personnes âgées en institution n'ont pas été prises en compte).



Source : EPAS-SPS 1997

Champ : individus affiliés à la CNAMTS, MSA, CANAM

Graphique 62: Les dépenses de soin par sexe et âge [64]

Il est intéressant de comparer l'évolution du nombre de RC aux effectifs par âge et par sexe de la structure française en 2012 [61]

Graphique 63 et 64 p 128.

Les effectifs français tendent à diminuer à partir de l'âge de 49 ans. Au contraire, c'est à partir de cet âge que le nombre de RC croît le plus rapidement, ce qui est probablement en lien avec l'augmentation des pathologies de santé dues à l'âge.

Il s'infléchit ensuite brutalement au delà de 67 ans jusqu'à 73 ans.

Deux hypothèses peuvent expliquer cette évolution :

- La chute des effectifs de l'INSEE à cet âge en raison notamment d'un faible taux de natalité lors de la 2ème guerre mondiale.
- La surconsommation de soins chez les travailleurs seniors et l'amélioration temporaire de l'état de santé immédiatement après la retraite.

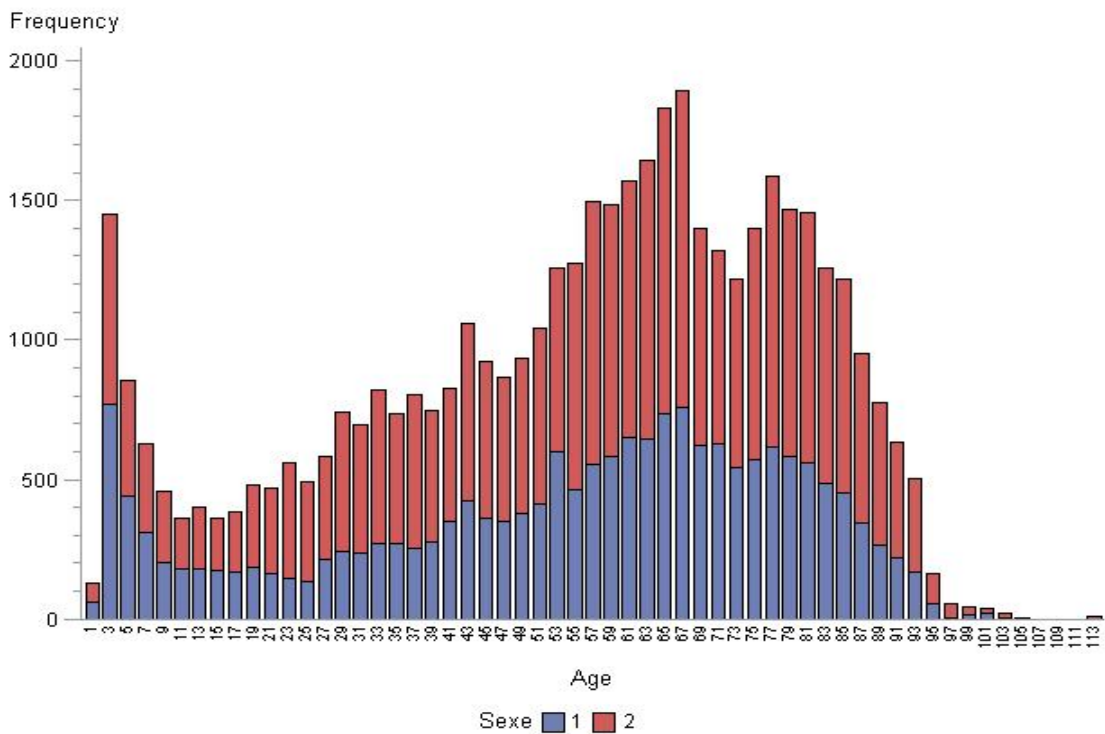
Cette deuxième hypothèse n'est pas vérifiable dans notre étude. Il faudrait en effet disposer des CSP antérieures pour chaque retraité. Ces données ne sont pas non plus disponibles à l'INSEE.

Nous pouvons effectuer une comparaison du nombre de RC chez les actifs dans la tranche d'âges 56-65ans par rapport aux retraités du même âge. On obtient un nombre plus élevé de RC chez les retraités. Cependant, cette analyse est fortement biaisée par le fait que les retraités de cet âge sont le plus souvent des ouvriers, des employés, tandis que parmi les actifs de cette tranche d'âges, les cadres sont notamment sur-représentés (20% de cadres contre 18,4% d'ouvriers âgés de 55 à 64 ans en France en 2010). [61]

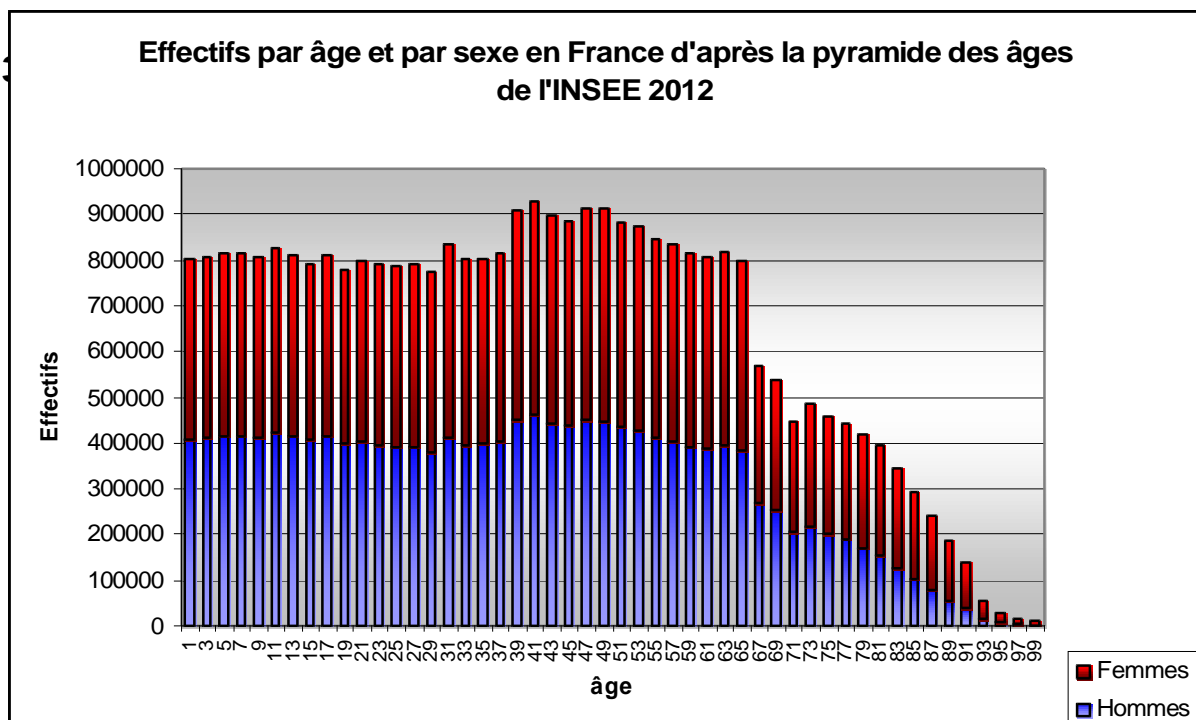
Une étude de l'INSERM, Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale, menée sur plus de 14 000 personnes, a montré un important regain de santé ressenti par les participants dans les années qui suivent leur cessation d'activité professionnelle. [68]

Ainsi, pendant les années qui précèdent le départ en retraite, la proportion de personnes déclarant un mauvais état de santé ne cesse d'augmenter pour atteindre 20% des personnes interrogées. Cette tendance s'inverse brusquement au moment de la retraite pour ne représenter plus que 14%

un an après leur retraite. En moyenne, les sujets retrouvent après le départ à la retraite l'état de santé qu'ils déclaraient 8 à 10 ans plus tôt. Cette amélioration de l'état de santé perçu est observée sans distinction de sexe ni de CSP. Toutefois, ce sont essentiellement les personnes soumises à des conditions de travail défavorables qui bénéficient le plus de l'amélioration de leur santé après la retraite. Des résultats analogues concernant les troubles du sommeil ont été trouvés suite à la retraite .



Graphique 63: Nombre de RC par âge et par sexe dans la population ECOGEN sexe 1=hommes, sexe 2=femmes



Graphique 64: Effectifs des RC par âge et par sexe en France d'après les données de l'INSEE 2012

Nous étudierons les retraités en dehors des autres CSP du fait de leur âge.

L'analyse des 10 RC les plus fréquents met en relief de profondes disparités d'une CSP à l'autre.

Les cadres puis les professions intermédiaires consultent majoritairement pour de la médecine préventive.

Ce n'est pas le cas des ouvriers, des agriculteurs, des inactifs, des employés et des artisans, lesquels au contraire, consultent en priorité pour des pathologies chroniques et très peu pour des affections virales bénignes. Les affections chroniques qui les touchent principalement sont cardiovasculaires, ostéoarticulaires, psychologiques et endocriniennes.

Graphiques 10 p 67 et 11 p 68

3.1.6. Les affections ostéoarticulaires

Les métiers soumis aux contraintes physiques tels que « ouvrier, employé, artisan et agriculteur » présentent les plus forts taux de pathologies ostéoarticulaires dans notre étude. **Graphique 39 p 96**

Pour la plupart des catégories professionnelles, les affections du rachis associant dorso-lombalgies et sciatiques et les inflammations des articulations sont au premier plan. Ce n'est pas le cas des cadres et des inactifs qui sont aussi les moins touchés par les troubles musculo-squelettiques.

Ces résultats « ostéoarticulaires » sont communément appelés troubles musculo-squelettiques (TMS). D'après la définition de l'Assurance Maladie, ces affections touchent les muscles, les tendons, les nerfs, les articulations et les os. [69]

En 2011, les TMS représentaient plus de 80 % des maladies professionnelles ayant entraîné un arrêt de travail ou une réparation financière en raison de séquelles. [69]

Quatre maladies professionnelles sur cinq sont des troubles musculosquelettiques. [70]

Dans un sondage réalisé par l' ANACT, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail publié en 2010, plus de 7 salariés

sur 10 déclarent ressentir au moins une douleur associée aux TMS. Les principales zones d'affections ressenties sont :

- le dos (50%)
- l'épaule / nuque (45%),

puis dans une moindre mesure :

- le poignet (25%),
- le genou (17%) et
- le coude (16%). [71]

En effet, les sources officielles des principaux TMS reconnus, décrivent des localisations proches:

- les membres supérieurs (canal carpien, épaule, coude),
- la colonne vertébrale
- et les genoux.

Ces localisations correspondent aux pathologies du rachis et aux inflammations des articulations prépondérantes dans notre étude.

Les activités les plus pourvoyeuses sont :

- les gestes répétitifs,
- les cadences imposées,
- les postures statiques,
- les contraintes de temps,
- la mauvaise conception des outils de travail..etc.

Les facteurs aggravants sont :

- le froid,
- les vibrations,
- les risques psychosociaux,
- l'âge de la personne, etc.

A l'intérieur de ces TMS, ceux qui affectent le rachis sont les plus invalidants : sept sur dix donnent lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP).

Si toutes les activités peuvent entraîner leur apparition, le lien entre les activités professionnelles et la survenue et l'aggravation des TMS est aujourd'hui bien établi. [69]

Du fait de la prépondérance des facteurs pourvoyeurs et aggravants, ces pathologies sont particulièrement fréquentes dans l'industrie de la viande, de l'habillement, des équipements du foyer, dans la blanchisserie et, dans une moindre mesure, la construction.

Les ouvriers sont les plus exposés.

Pour les employés, le risque de TMS est le plus élevé dans les services personnels et domestiques notamment pour les employés de la coiffure, et dans le secteur du « commerce de détail, réparation ».

Les pathologies des membres inférieurs sont reconnues principalement chez les artisans.

Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes	Total
Taux de fréquence			
Cadres et chefs d'entreprise.....	0,3	1,0	0,5
Professions intermédiaires	0,7	2,2	1,3
Employés	3,8	11,9	9,7
Ouvriers	16,5	65,6	24,8
Total	8,6	15,7	11,5
Indice de gravité	42,2	57,7	48,6

Tableau 5: Indicateurs de risque de TMS par CSP et sexe, en 2007 [70]

Toutes CSP confondues, les femmes encourent plus de risque de TMS que les hommes. Les ouvrières sont de loin les plus vulnérables. [70]

Tableau 5

Cela s'explique par une concentration des femmes dans les activités les plus exposées. Cependant, à secteur d'activité donné, les ouvrières restent plus à risque que les ouvriers.

Si les TMS touchent différemment les CSP et les sexes, les affections ne sont pas les mêmes chez un homme et chez une femme. En effet, les affections du poignet, ou de la main (notamment le syndrome du canal carpien) touchent principalement les femmes. Au contraire les affections des membres inférieurs touchent principalement les hommes.

Localisation de la pathologie	Ensemble des salariés		Hommes	Femmes
	Proportion des TMS (en %)	Proportion parmi les TMS de ceux avec IPP (en %)	Proportion des TMS (en %)	Proportion des TMS (en %)
Poignet, main, doigt..... dont : <i>syndrome du canal carpien</i>	40,4 32,3	24,1 22,9	29,5 22,8	49,1 39,9
Épaule	28,8	59,2	28,9	28,7
Coude	16,7	42,9	18,0	15,7
Rachis	8,2	70,0	15,0	2,8
Syndromes multiples *	3,0	41,2	2,3	3,5
Membres inférieurs..... dont : <i>genou</i> <i> pied</i>	2,9 2,8 0,1	29,5 29,8 19,4	6,2 6,1 0,1	0,2 0,1 0,1
Total	100,0	41,8	100,0	100,0

Tableau 6: Localisation des TMS, en 2007

[70]

Enfin, si une exposition courte peut entraîner ce type d'affections, ces troubles sont reconnus majoritairement chez les personnes les plus fragilisées, que sont les travailleurs seniors. Trois TMS sur quatre sont reconnus entre 40 et 59ans.

3.1.7. Les affections psychologiques et cardiovasculaires

Notre étude a mis en évidence des disparités entre les CSP concernant les affections psychologiques et cardiovasculaires. **Graphique 21 p 78**

Ces affections ont un lien indiscutable avec les facteurs de risques psychosociaux. [72]

Le terme de « facteurs psychosociaux » se réfère à des notions telles que :

- _ l'isolement social,
- _ la maîtrise sur sa vie et sur son travail,
- _ le stress considéré dans sa dimension individuelle mais aussi sociale.

Tous ces facteurs ont mis en évidence des effets biologiques. [73]

Deux hypothèses ont été développées pour expliquer les conséquences sur la santé [72].

La première, « matérialiste » accorde un rôle primordial aux conditions matérielles de vie.

La deuxième « psychosociale » estime que la cause principale serait le stress psychologique, associé à la perception d'un désavantage socioéconomique.

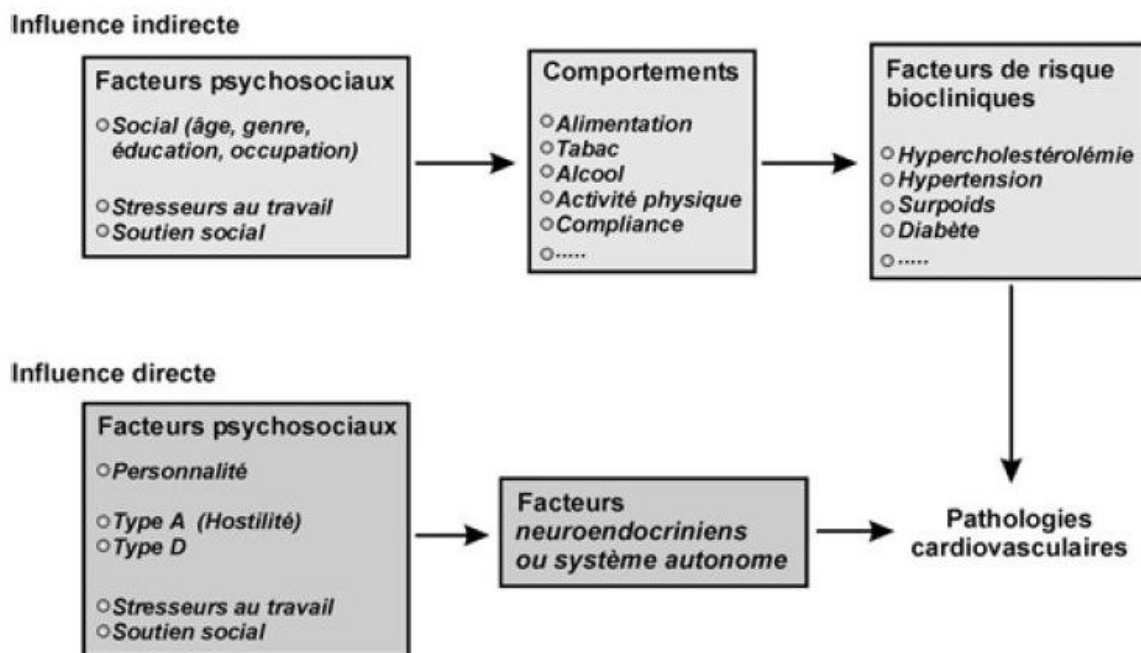


Tableau 7: Relations directe et indirecte entre les facteurs psychosociaux et les pathologies cardiovasculaires selon un modèle biopsychosocial

3.1.7.1. Les affections psychologiques

Dans notre étude, si les affections psychologiques représentent le 6ème appareil le plus fréquent toutes CSP confondues, elles représentent le 2ème et 3ème chapitre prépondérant pour les non actifs et les ouvriers.

Les souffrances psychologiques ne sont pas les mêmes : les non actifs et les ouvriers souffrent d'abord de dépression et de troubles du sommeil, les RC des agriculteurs concernent l'alcoolisme chronique et les étudiants consultent pour des troubles anxieux.

Le cumul des trois RC « dépression, trouble du sommeil et trouble anxieux » représente 5,8% des RC et c'est le 3ème résultat en population adulte ou active. Cela explique la forte prévalence dans la consommation de psychotropes en France [74] **Graphique 18 p 76**

Une étude de l'INSERM s'est intéressée à ce sujet et indique que la dépression chronique suit un gradient socio-économique qui dépend étroitement du statut professionnel. [75] Les personnes qui travaillent dans une catégorie socioprofessionnelle intermédiaire ou faible auraient jusqu'à 4,5 fois plus de risques de développer une dépression chronique que les plus hautes catégories socioprofessionnelles.

L'effet de facteurs personnels tels que l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, la situation familiale, l'état de santé général ont été pris en compte. Ces facteurs ont plus d'impact sur la dépression chez les femmes (48%) que chez les hommes (18%).

3.1.7.2. Les affections cardiovasculaires

Dans notre étude, les nombres les plus élevés des RC cardiovasculaires sont atteints chez les ouvriers, les artisans et les agriculteurs.

Graphique 21 p 78

Il a été montré que le temps de travail élevé et une prévalence plus élevée de certains facteurs de risques (LDL, tabagisme) pouvaient être associés à un nombre plus élevé de maladies cardiovasculaires. C'est le cas pour les professions indépendantes, comme les agriculteurs, les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprise [13]

Si l'impact de la CSP est reconnu sur la prévalence des affections ostéoarticulaires, psychologiques et cardiovasculaires ; les différences d'espérance de vie sont une des conséquences des inégalités sociales de santé.

Si ces dernières dizaines d'années, toutes CSP confondues, les hommes de 35 ans ont gagné cinq années d'espérance de vie et les femmes quatre années et demie, les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus.

Espérance de vie à 60 ans par sexe et catégorie socioprofessionnelle en 2000-2008

en années

	Homme	Femme
Cadres	24,0	27,8
Professions intermédiaires	22,3	27,4
Agriculteurs	22,3	26,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	22,2	27,1
Employés	21,0	26,4
Ouvriers	19,6	25,5
Inactifs non retraités	16,0	25,2
Ensemble	21,1	26,1
Rapport cadres/ouvriers	1,22	1,09

Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des hommes cadres de 60 ans est de 24 ans.

Note : ces indicateurs appartiennent à la liste des indicateurs d'inégalité préconisés par le groupe de travail "Niveaux de vie et inégalités sociales" du CNIS.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Tableau 8: L'espérance de vie à 60ans par sexe et CSP en 2000-2008 d'après les statistiques de l'INSEE [76]

Ces disparités de santé d'une CSP à l'autre expliquent en premier lieu l'écart des dépenses totales de soins en France. [27]

3.1.8. Etude des statuts selon la CSP

Dans notre étude, hormis les retraités dont plus de la moitié a une ALD, ce sont les inactifs qui ont le plus de statuts particuliers.

En effet, 35% sont traités pour une ALD, 19% bénéficient d'une aide sociale et 7% sont invalides.

Graphique 14 p 72

L'ALD représente un cinquième des statuts des agriculteurs, des ouvriers et des artisans.

Du fait du bénéfice de la CMU ou de l'AME, nous pouvons estimer qu'après les inactifs, les étudiants et les ouvriers sont les catégories les plus précaires.

Les ouvriers, puis dans une moindre mesure, les employés, ont le plus de maladies professionnelles et d'accidents du travail.

D'après les données de l'Institut de recherche et de Documentation en Économie de la Santé, (IRDES) nous avons recueilli la proportion des différents statuts dans la population Française.

- Pour bénéficier de la CMU, un individu seul doit résider en France de manière régulière et stable et avoir des ressources inférieures à 716,08 euros par mois. 3,4% français touchent la CMU de base et 6,5% touchent la CMU complémentaire. [77]
- Les pensions d'invalidité constituent le principal dispositif dédié à la cessation d'activité pour raison de santé et représente 0,8% des français [1]

Cependant, il existe en France d'autres dispositifs permettant une sortie précoce du travail pour un état de santé dégradé : préretraites, dispense de recherche d'emploi, pensions d'invalidité... [78]

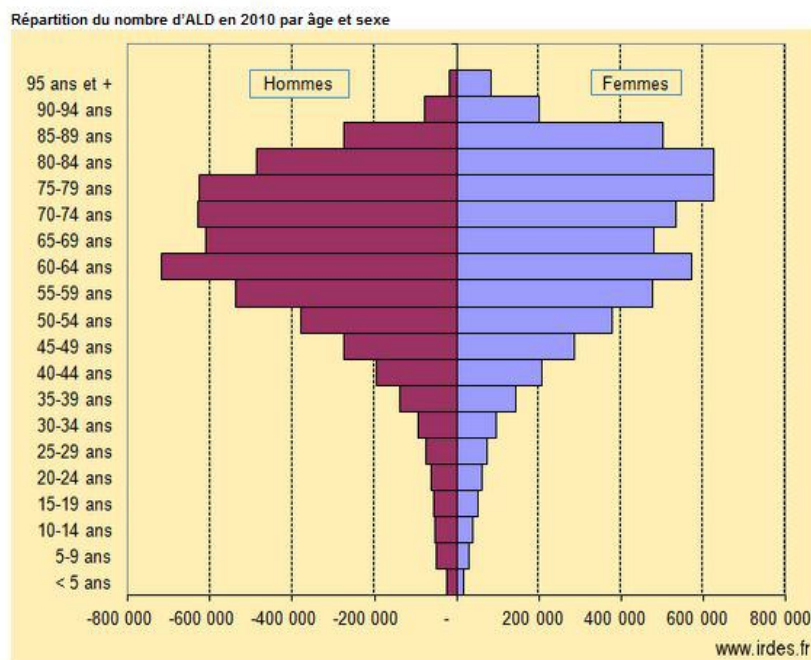
Il existe trois catégories de pension d'invalidité :

_ la catégorie 1 : invalides capables d'exercer une activité rémunérée.

Leur pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années.

_ la catégorie 2 : invalides incapables d'exercer une activité rémunérée. Leur pension est égale à 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années.

_ la catégorie 3 : invalides incapables d'exercer une profession et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne. Leur pension est celle de la deuxième catégorie majorée de cette aide.



Source : Eco-Santé France 2012, d'après données Cnamts.

En 2010, la tranche d'âge présentant le plus d'ALD, chez les hommes, est celle des 60-64 ans avec 718 832 cas. Chez les femmes, c'est celle des 75-79 ans avec 626 428 cas.

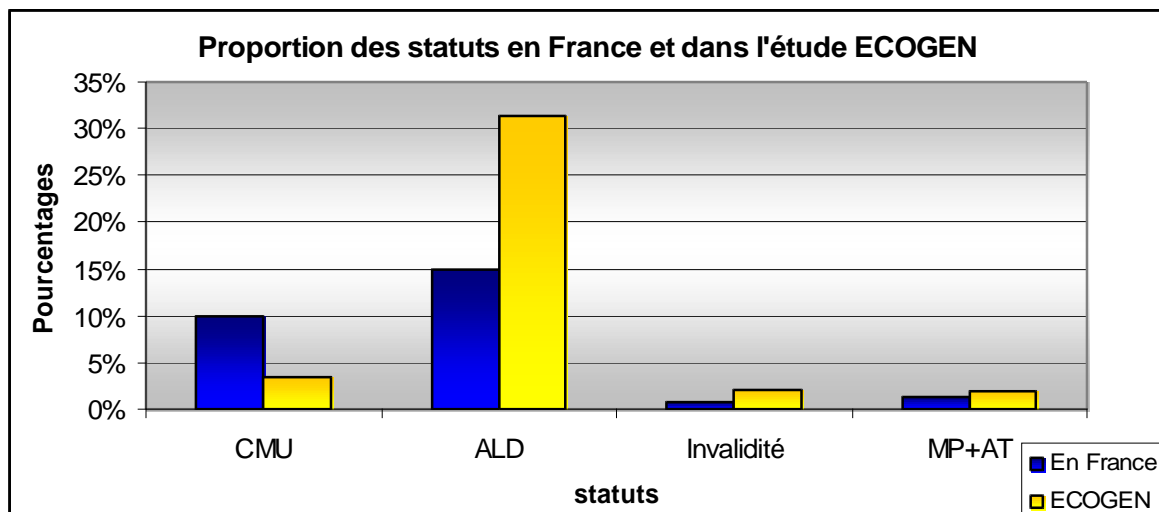
Graphique 65: Répartition du nombre d'ALD en 2010 par âge et sexe

- Un peu plus de 10 millions de personnes présentent une ALD en France en 2010. Elles concernent 15 % des français. [79]

Graphique 65

- Le nombre cumulé d'accidents du travail et de maladies professionnelles représente environ 1,29%. [80]

Les personnes concernées par une ALD, une invalidité, une MP et un AT sont sur-représentées dans notre étude. Cela s'explique naturellement par une sélection de notre population de consultants. **Graphique 66**



Graphique 66: Proportion des statuts en France et dans l'étude ECOGEN

Les personnes bénéficiant de la CMU sont nettement sous représentées, probablement du fait que ce statut regroupe des personnes d'âge et d'état de santé différents.

L'étude par sexe des statuts pourrait faire l'objet d'une analyse spécifique. Les femmes sont naturellement sur-représentées dans les différents statuts. Cela s'explique probablement par leur proportion plus élevée dans notre étude.

3.2. Spécificités par CSP

Les résultats de la DREES mettent en évidence une sur-consommation de dépenses hospitalières chez les ouvriers. Notre étude montre que ce sont les employés, qui, après les retraités, forment la population qui consulte le plus en médecine générale.

Au contraire, en redressant leur poids par celui des effectifs français, les ouvriers ont le taux de RC en médecine générale le plus faible de l'étude.

Pourtant, leurs proportions de 17% chez les employés et 14% chez les ouvriers dans la structure française ne peut expliquer l'écart majeur entre leurs taux de RC respectifs (19,2% et 3,7%).

graphique 47 p 109

En redressant les effectifs de ces deux CSP par leur poids en France, le ratio employés / ouvriers reste très élevé à 4.

D'après l'INSEE, les conditions de travail des employés et des ouvriers sont proches. Parfois même la distinction entre ces deux catégories est difficile à faire et l'unité de chaque groupe est davantage lié à « ce qu'ils sont qu'à ce qu'ils font » [53] .

D'après une étude de la DREES [60], la consommation de soins hospitaliers chez les ouvriers, comme leur dépense totale de soins est supérieure à celles des employés.

Dans notre étude, les ouvriers sont particulièrement touchés par les affections les plus liées aux conditions de travail (ostéoarticulaires, psychologiques et cardiovasculaires).

Les ouvriers reçoivent également davantage d'aide sociale et sont plus souvent victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Si le recours à l'aide sociale marque dans cette profession des revenus bas, le fait de bénéficier de la CMU ne devrait pas diminuer la consommation de soins d'omnipraticiens. Au contraire, les bénéficiaires de la CMU engagent généralement des dépenses de médicaments plus élevées que les autres assurés complémentaire. [27]

Pourquoi la répartition hospitalière et ambulatoire de la consommation de soins est-elle si différente entre les ouvriers et les employés ?

Si cette différence du rapport aux soins n'est pas expliquée par le travail ni par l'état de santé, nous pouvons supposer que l'origine est culturelle.

Un article de la sociologue Isabelle SOMMIER [81] décrit les valeurs constitutives de la culture ouvrière.

Celle-ci est marquée en premier lieu par la virilité et ses multiples déclinaisons dont le culte de la force physique, la valorisation de la force de combat, la camaraderie masculine, la solidarité dans la lutte ainsi que la discipline.

Or, nous avons vu que l'idéal masculin de virilité supposait de rejeter les signes de faiblesse, dont la maladie faisait partie. [66]

Par ailleurs, dans la culture ouvrière, le corps est un instrument qu'il est normal d'user au travail. La résistance à la fatigue qui signale cette usure caractérise le bon travailleur dans la force de l'âge, tandis que le retraité ou le travailleur vieillissant doit, au contraire être fatigué, preuve qu'il a bien travaillé. [17]

Dans cette CSP très masculine, (entre 3 et 4 fois plus d'hommes que de femmes) [61], on peut émettre l'hypothèse que c'est la culture ouvrière qui explique la différence de dépense totale de soins avec les employés. Pour la même raison, on peut supposer que les ouvriers qui présentent un problème de santé consultent au dernier moment, en urgence, et donc plutôt en milieu hospitalier.

* * *

Une autre catégorie socioprofessionnelle, celle des inactifs, mérite que l'on s'y intéresse.

En effet, très peu de données existent à ce sujet dans la littérature.

Cette catégorie regroupe des personnes d'âges et de conditions très diverses.

Elle inclut les femmes au foyer, les étudiants, les enfants, les personnes qui présentent des invalidités, les personnes les plus précaires qui ne parviennent pas à retrouver un emploi...etc.

Nous n'avons pas traité de façon spécifique les étudiants, qui font l'objet d'un autre travail de recherche sur la base de données ECOGEN.

Au regard de nos résultats, quelques éléments semblent importants:

_ Les inactifs représentent le 3ème taux de RC le plus important que l'on inclut ou non les enfants (12,7% dans la population ECOGEN adulte ou active).

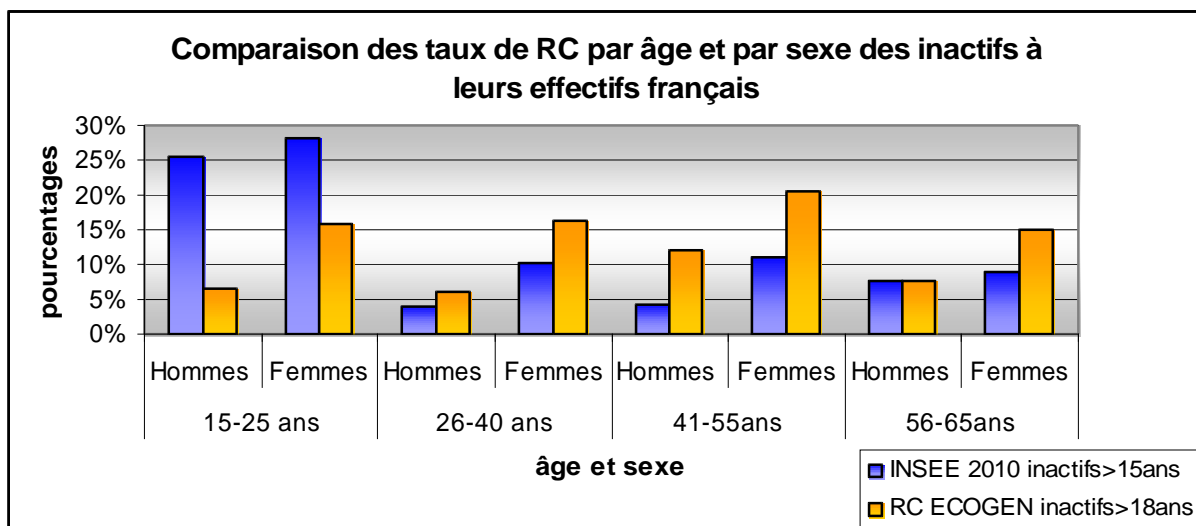
_ L'étude du poids de chaque CSP redressé par leurs poids respectifs dans la structure française la classe en 4ème position derrière les artisans.

Graphiques 50 et 51 p 112

_ C'est la CSP qui présente le moins de RC par consultation (1,7 contre 2,3 en moyenne dans les autres CSP)

_ Les enfants représentent 11% de la population ECOGEN totale. Dans la population ECOGEN adulte ou active, les étudiantes sont deux fois plus nombreuses que les étudiants et les femmes, 2,4 fois plus nombreuses que les hommes.

Une analyse par tranche d'âges et par sexe paraît nécessaire pour décrire plus précisément cette catégorie. **Graphique 67 ci-dessous**



Graphique 67: Comparaison des taux de RC par âge et par sexe des inactifs à leurs effectifs français

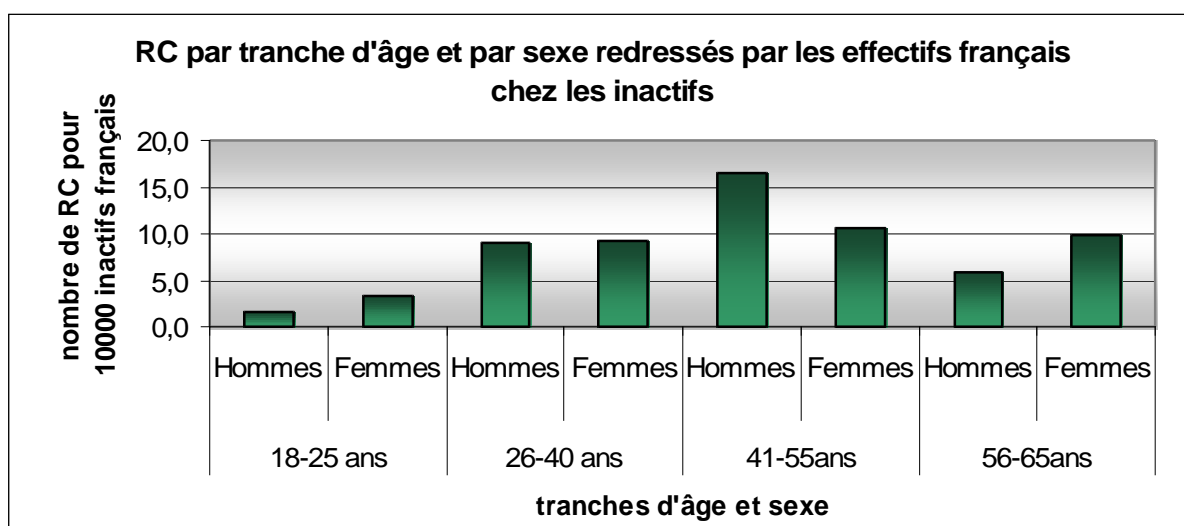
Entre 26 et 55 ans :

_ La proportion de RC chez les inactifs est supérieure à leur « poids » en France.

_ Les femmes semblent avoir davantage de pathologies que les hommes , cependant les femmes sont sur-représentées dans notre échantillon du fait de leur proportion dans cette CSP.

Afin de mettre en évidence les différences de recours aux soins des omnipraticiens par sexe chez les inactifs, nous avons redressé les nombres de RC par âge et sexe par leurs effectifs respectifs français.

Graphique n° 68 ci-dessous



Graphique 68: RC par tranches d'âges et par sexe redressés par les effectifs français chez les inactifs

Proportionnellement à leur poids en France, un nombre plus élevé de RC chez les femmes entre 18 et 40 ans peut s'expliquer par les soins de gynécologie et obstétrique, notamment chez les femmes au foyer.

Le nombre de RC chez les hommes inactifs âgés de 41 à 55 ans est supérieur à celui des femmes.

L'écart d'espérance de vie et de vie sans incapacité entre les CSP et notamment entre les cadres et les ouvriers est très médiatisé. Cependant, ce sont les inactifs qui ont l'espérance de vie la plus faible.

A 35 ans, un homme et une femme inactifs peuvent espérer vivre respectivement 30,4 et 47 ans contre 42,8 et 49,4 ans en moyenne dans

l'ensemble des CSP. [71] Cet écart est particulièrement frappant chez les hommes inactifs.

L'étude des statuts montre qu'après les retraités, les inactifs ont les plus fort taux d'affection de longue durée et d'invalidité.

Cette sur-mortalité ne peut cependant s'expliquer que partiellement par des effets de sélection, c'est à dire par le fait que des personnes malades ne peuvent pas ou ne peuvent plus travailler. [72]

Compte tenu de ces éléments, nous aurions pu nous attendre à une consommation de soins ambulatoires encore plus élevée dans cette catégorie.

Les inactifs qui ne sont ni étudiants ni retraités sont pour une grande majorité :

- des femmes au foyer,
- des personnes ayant cessé leur activité pour raisons de santé ou licenciement en fin de carrière.

Ces inactifs sont faiblement diplômés et plus âgés que le reste de la population active. [82]

Les trois quarts n'ont pas travaillé depuis plus de quatre ans :

36 % des inactifs ont quitté leur dernier emploi pour s'occuper de leur famille ou pour un autre motif personnel, 25 % ont été licenciés ou ont perdu leur emploi à la fin d'un contrat à durée limitée et 17 % se sont arrêtés de travailler pour raison de santé.

Parmi ceux qui ont quitté leur dernier emploi pour raisons de santé, les ouvriers sont sur-représentés (44 % contre 26 % pour l'ensemble des personnes ayant un emploi).

Au-delà de 50 ans, 40 % des inactifs ayant perdu leur emploi sans avoir été mis en retraite ou préretraite sont des hommes et 68 % ont été licenciés en fin de carrière.

Tableau 9 p 144

En %

	N'a jamais travaillé	A perdu son dernier emploi	A quitté son emploi pour raison		Ensemble
			de santé	familiale ou personnelle	
Répartition des inactifs	22	25	17	36	100
Sexe					
Homme	15	28	48	8	21
Femme	85	72	52	92	79
Âge					
Moins de 35 ans	36	32	7	20	25
35-49 ans	31	31	29	35	32
50 ans et plus	33	37	64	45	43
Niveau de diplôme					
Au moins le BAC	13	19	13	27	19
CAP-BEP	8	26	25	25	22
Au plus le BEPC	79	55	62	48	59
Catégorie socioprofessionnelle du dernier emploi					
N'a jamais travaillé ou CS inconnue	100	0	0	0	26
Non salariés	0	1	8	9	4
Cadres, professions intermédiaires	0	15	14	17	12
Employés	0	47	34	52	35
Ouvriers	0	37	44	22	23
Souhaite travailler					
Non	92	72	93	89	87
Oui	8	28	7	11	13
Ancienneté d'inactivité (depuis le dernier emploi ou la fin des études)					
Moins d'un an	5	20	5	10	10
Entre 2 et 3 ans	4	24	15	15	14
4 ans et plus	91	56	80	75	76

Champ : personnes âgées de 15 à 64 ans, inactives ni étudiants, ni retraités.

Lecture : en mars 2002, 25% des inactifs sortis des études et pas encore en retraite ont perdu leur dernier emploi (licenciement ou fin de contrat à durée limitée). Parmi eux, 72% sont des femmes.

Source : enquête emploi 2002, Insee

Tableau 9: Les inactifs selon les circonstances ayant entraîné l'inactivité

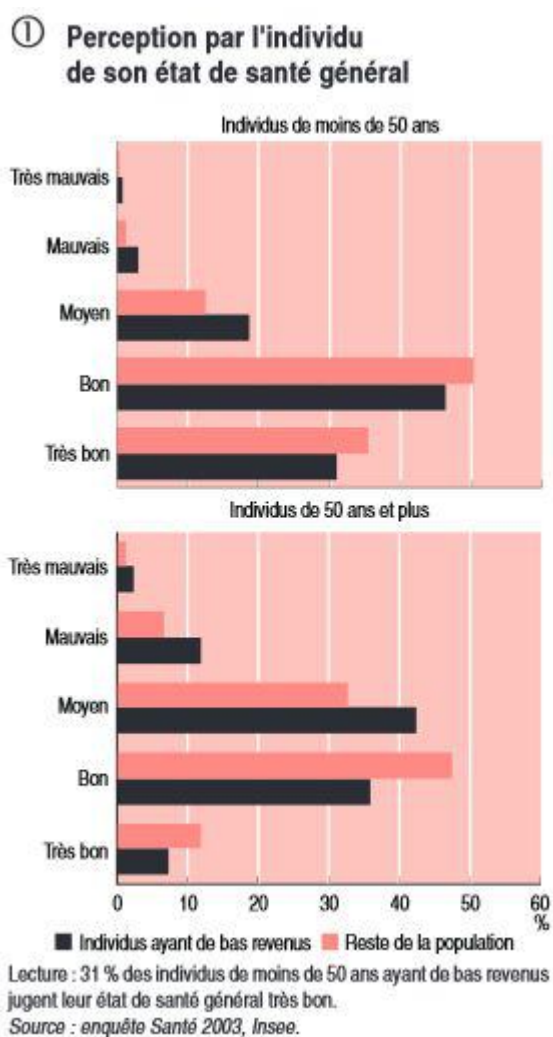
On peut supposer que le nombre de RC chez les hommes âgés de 41 à 55 ans puisse en partie s'expliquer par leur précarité sociale et par leur état de santé.

Ce sont les inactifs qui sont les plus nombreux à bénéficier de l'aide sociale : la couverture maladie universelle et l'aide médicale d'état.

C'est donc la CSP qui regroupe le plus grand nombre de personnes pauvres.

D'après une étude de l'INSEE, les personnes aux revenus les plus faibles se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population. [83] Ces personnes ont été définies selon le critère monétaire préconisé par Eurostat pour étudier la pauvreté. Sont considérés comme ayant de bas revenus, les individus appartenant aux ménages les plus modestes, c'est-à-dire ceux dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian.

Graphique 69



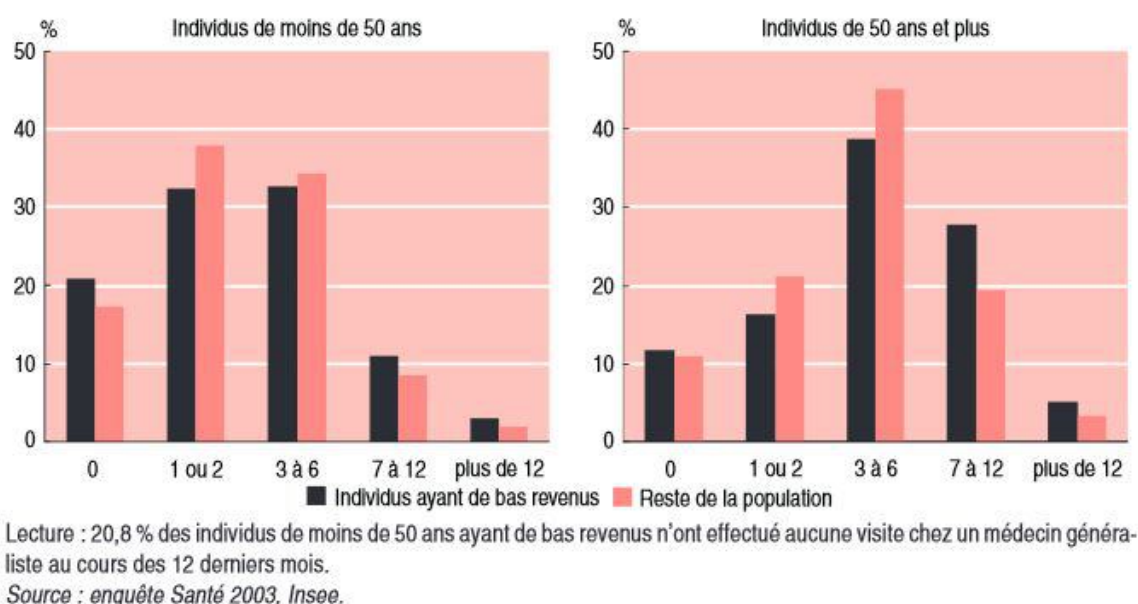
Graphique 69: Perception par l'individu de son état de santé général selon le revenu

Si les personnes les plus pauvres déclarent moins fréquemment certaines maladies courantes, comme celles des yeux, elles sont en revanche plus nombreuses à souffrir de certaines pathologies comme les maladies de l'appareil digestif.

Elles vont moins souvent chez le médecin, surtout chez les spécialistes.

Graphique 70

A l'inverse, les individus ayant consulté le médecin généraliste plus de 6 fois dans l'année sont plus nombreux chez les personnes les plus pauvres du fait d'un état de santé perçu mauvais ou très mauvais.



Graphique 70: Nombre de visites chez un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois selon le revenu [83]

Les personnes les plus pauvres sont également moins bien couvertes : 22% d'entre elles n'ont pas de complémentaire santé contre 7% du reste de la population.

Enfin, la prévention et le dépistage sont des pratiques beaucoup moins répandues dans cette population, contribuant à creuser encore l'écart entre elles et les autres.

Le redressement du nombre de RC par les effectifs Français des CSP fait ressortir deux autres catégories dont les nombres de RC dans l'étude sont les plus faibles :

- les artisans,
- les agriculteurs.

Graphiques 50 et 51 p 112

D'après une étude de la DREES [64], la CSP des artisans, qui inclut les commerçants et les chefs d'entreprises, et la CSP des agriculteurs ont des dépenses de santé totales inférieures aux autres CSP à âge et sexe identiques.

Par contraste, nous mettons en évidence chez les indépendants comme chez les employés et les ouvriers, une prévalence importante des pathologies liées aux conditions de travail.

À âge et sexe égal, les indépendants se déclarent en meilleure santé que les personnes appartenant au régime général, et ce, quel que soit l'indicateur de santé utilisé. Ces écarts disparaissent cependant à situation sociale équivalente (revenu, niveau d'éducation...) ce qui signifie que la situation sociale explique en grande partie les différences entre indépendants et salariés. [13] Ces derniers ayant plus souvent un niveau socio-économique bas.

Toutefois, par rapport aux ouvriers, la sous-mortalité des artisans est frappante : le risque relatif de décès est nettement plus faible (de 0,62 pour les hommes et 0,76 pour les femmes contre 1 pour les ouvriers).

L'état de santé des indépendants n'explique pas uniquement leurs taux d'absentéisme plus faibles.

Des facteurs tels que :

- la crainte de perdre son travail,
- la pression financière
- le pression de la clientèle

peuvent les dissuader de déclarer des arrêts de travail alors que la pénibilité du travail et la fréquence des accidents ou traumatismes dans certaines professions les favorisent au contraire. [13]

L'absence de système de reconnaissance des maladies professionnelles chez les indépendants ne gomme pas le fait que les risques auxquels ils sont exposés sont similaires à ceux des salariés.

Par exemple, les professionnels du bâtiment et des travaux publics, les menuisiers consomment davantage d'antalgiques et d'anti-inflammatoires témoignant probablement de TMS.

Les travailleurs indépendants , malgré leur grande hétérogénéité présentent quelques caractéristiques communes : [13]

- la non subordination et la valorisation de l'autonomie,
- la volonté de conserver la responsabilité de ses gains comme de ses pertes,
- un goût plus grand pour le risque ,
- la référence à un métier ou à une profession,
- une protection sociale généralement moins importante
- une moindre habitude d'arrêt maladie et de recours aux soins...

La plupart des études sur le stress et les facteurs de risque psychosociaux au travail s'intéressent uniquement aux salariés.

Le modèle de Karasek, établi à partir des résultats obtenus chez ces travailleurs, donne une clé de lecture importante des conditions de travail des non-salariés et de leur exposition à des facteurs de risque psychosociaux. **Illustration 1 p 28**

Une étude australienne a montré que la situation la plus à risque pour la santé, appelée « job strain » combinant de fortes exigences et une faible autonomie, était deux fois moindre chez les indépendants que chez les salariés. Cela s'explique notamment par leur grande autonomie.

En effet, même si des nécessités techniques peuvent contraindre les indépendants dans leur rythme de travail, leur autonomie est bien plus grande en matière d'organisation de leur travail que celle des salariés.

En matière d'exigences du travail, le rythme et l'intensité du travail des non-salariés ne semblent pas tellement plus élevés que ceux des salariés, ils sont même moindres pour certains critères.

Par exemple, les indépendants en France travaillent en moyenne 53 heures par semaine (les employeurs travaillant 57 heures) contre 38 heures pour l'ensemble de la population active occupée. [84]

Les longues heures de travail sont reconnues comme un facteur de risque psychosocial par l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail.

En premier lieu cela augmente les risques d'accidents.

Or, les agriculteurs et les artisans, exercent des activités qui comportent des pénibilités physiques et des risques d'accident élevés.

Les horaires étendus ont aussi des conséquences à plus long terme sur l'état de santé général et augmentent le risque de maladies cardiovasculaires. Toutefois, plusieurs études permettent de nuancer ce résultat : travailler de longues heures aurait un effet atténué sur la santé lorsqu'il s'agit d'un choix.

Un autre aspect de cette plus grande emprise du travail sur la vie des non-salariés concerne leur difficulté à concilier travail et vie privée ou familiale. Selon l'analyse de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) 2007, 17 % des agriculteurs et 16 % des autres non-salariés seraient concernés avec seulement 10 % pour l'ensemble des actifs. Les non-salariés rejoignent en cela les cadres qui sont nombreux à connaître des difficultés (16 %).

Des prévalences plus élevées d'autres facteurs de risque, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, le niveau de LDL-cholestérol et la consommation de cannabis ont été également relevées. [13]

Les effectifs des agriculteurs dans notre étude sont très faibles. La dépense totale de soins chez les agriculteurs est la plus basse de toutes les CSP. Bien que leur effectif dans notre étude corresponde assez bien à leur proportion en France, nous pouvons envisager que les actions de prévention de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) expliquent en partie la faible consommation de soin ambulatoire dans cette CSP. [85]

En effet, le programme de la MSA comporte des actions de prévention sanitaire et propose des examens de santé appelés "Instants Santé" à six classes d'âge distinctes pour prévenir certains facteurs de risque liés à l'âge. En 2012, 200 000 personnes âgées de 25 à 74 ans ont été convoquées.

* * *

Conformément à la répartition ambulatoire et hospitalière des dépenses totales de soins des cadres, leur nombre de RC est élevé dans notre étude.

Le poids de cette catégorie redressé par son effectif en France occupe la 3ème position derrière les employés et avant les inactifs.

Si leur nombre de pathologies chroniques est inférieur aux autres CSP, ils consultent davantage pour de la médecine préventive.

Outre leurs conditions de travail plus favorables à la santé, les cadres ont donc probablement un suivi plus régulier auprès de leurs médecins généralistes.

* * *

Dans notre étude, comme dans la littérature, aucun élément probant ne distingue les professions intermédiaires.

* * *

Les retraités se caractérisent par le plus fort taux de RC d'ECOGEN. Ils présentent le plus de pathologies chroniques, notamment concernant les affections cardiovasculaires et endocriniennes.

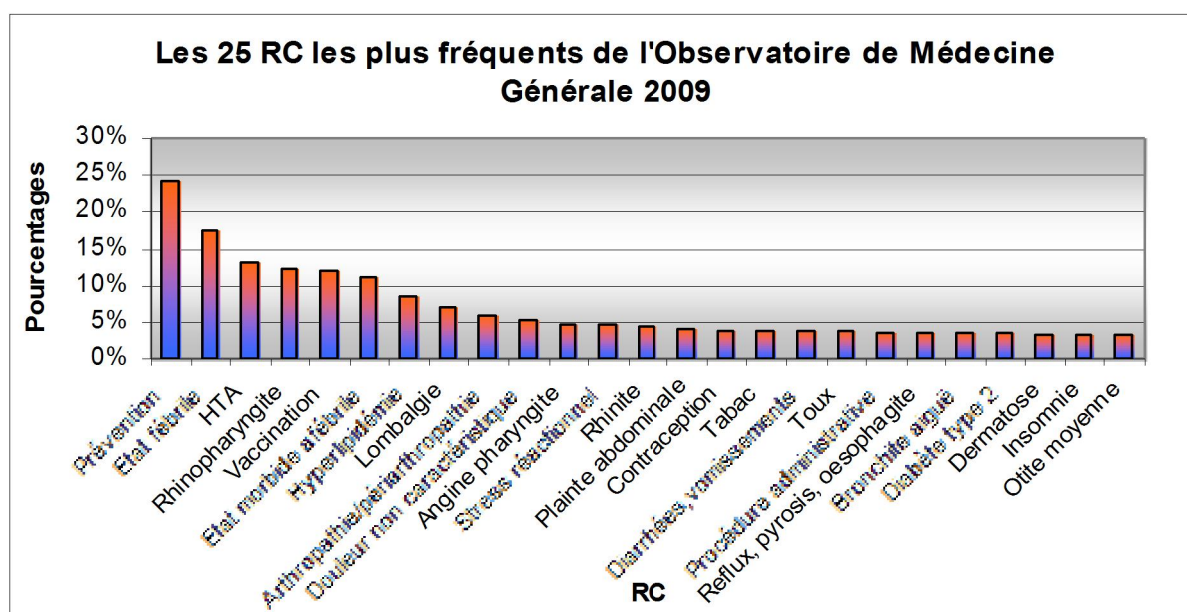
Ces éléments sont compatibles avec les données de la littérature qui confirment une altération de l'état de santé avec l'âge.

Les retraités ne sont pas comparables aux autres CSP du fait de leurs âges.

Un étude spécifique des retraités mériterait de distinguer chez chaque retraité la catégorie professionnelle antérieure. Cette distinction permettrait d'évaluer au delà de 65 ans, l'impact sur la santé du métier antérieur.

3.3. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents

3.3.1. Comparaison du top 25 des RC avec les données de la SFMG



Graphique 71: Les 25 RC les plus fréquents relevés par l'Observatoire de Médecine Générale en 2009

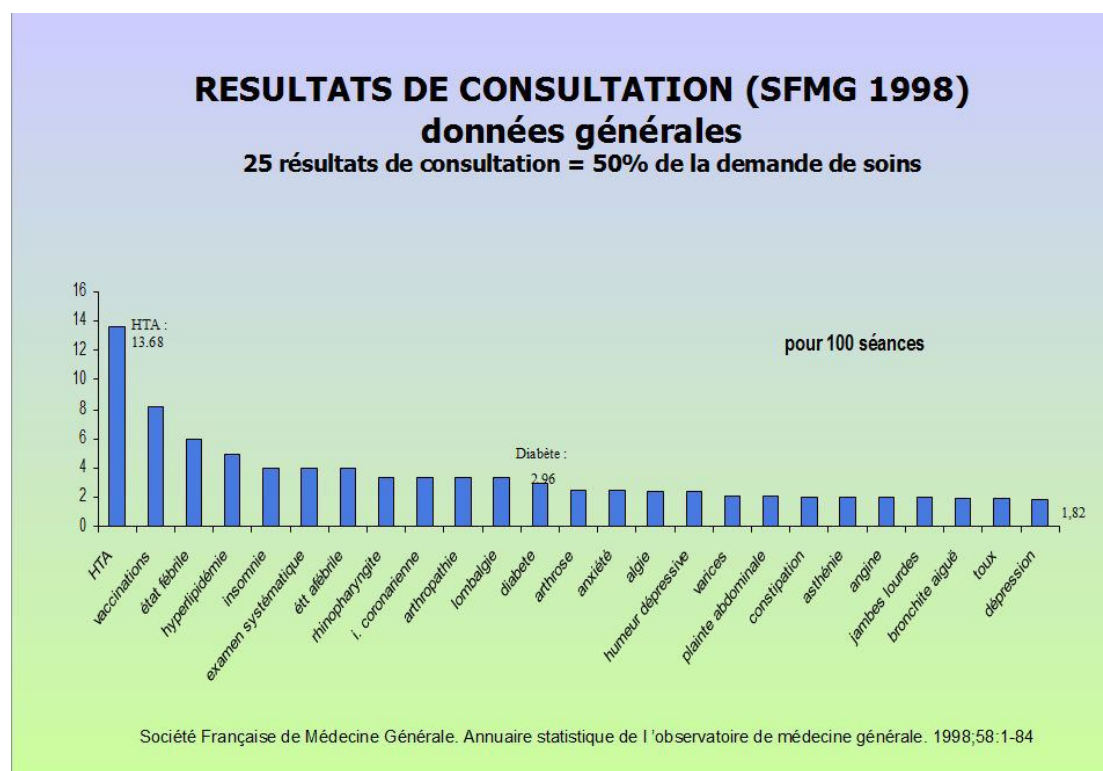
La recherche PROSPERE impliquant entre autres, l'Observatoire de Médecine Générale a publié en 2009 les 25 RC les plus fréquents. Il s'agissait d'une étude descriptive prospective. Toutes les consultations de les 125 médecins investigateurs étaient incluses. Les informations recueillies étaient celles qui avaient été jugées utiles pour le suivi des patients.

Bien que la classification des RC n'ait pas été identique dans les deux études, la plupart des diagnostics les plus fréquents sont similaires.

Deux RC, en 6ème et 8ème position dans le top 25 d'ECOGEN ne sont pas retrouvées dans l'étude PROSPERE : la dépression et l'hypothyroïdie.

Dans une étude de la SFMG plus ancienne, l'hypothyroïdie n'apparaît toujours pas tandis que l'humeur dépressive et la dépression sont décrites en 16ème et 25ème position. **Graphique 72 p 152**

Les Français sont les plus grands consommateurs de psychotropes en Europe [56] . Le « syndrome psychologique », addition des affections « dépression, trouble anxieux et perturbation du sommeil » est en effet le 3ème RC le plus fréquent du top 25 dans la population ECOGEN adulte ou active.



Graphique 72: Les 25 RC les plus fréquents de l'Observatoire de Médecine Générale relevés en 1998

L'HTA était en 1998, soit 14 ans avant ECOGEN, le 1er résultat de consultation de la patientèle de médecine générale. Elle concernait 13,7 % des RC contre 8,7% (K86+K87) dans l'étude ECOGEN.

L'insuffisance coronarienne était le 9ème diagnostic le plus fréquent tandis qu'il n'apparaît plus dans le top 25 de la population ECOGEN et seulement en 14ème position dans la population ECOGEN adulte ou active. Ces différences s'expliquent probablement par les progrès techniques et thérapeutiques réalisés ces dernières années dans le traitement des affections cardiovasculaires.

4. OUVERTURES

Les retraités totalisent 44% des résultats de consultation dans notre étude. Cette prévalence élevée souligne la nécessité de former les médecins généralistes à la gériatrie et à l'utilisation optimale des aides régionales disponibles pour le soutien des personnes âgées à domicile.

Dans notre étude un RC sur dix concerne un enfant.

La France est un des pays européens comptant le moins de pédiatres : 1 pour 6000 enfants, soit trois fois moins que la moyenne de l'UE. Si la pénurie touche surtout le secteur libéral, les hôpitaux sont aussi concernés. [86]

Malgré une augmentation récente du numerus clausus dans cette formation, les nouveaux diplômés ne suffiront pas à compenser les départs à la retraite prévus dans les prochaines années. [86]

Les médecins généralistes seront donc amenés à voir de plus en plus d'enfants posant le problème de la formation initiale des internes. En effet, dans certains CHU, les internes de médecine générale ne peuvent bénéficier à la fois d'un stage en gynécologie et en pédiatrie.

Les inégalités sociales de santé sont plus importantes en France que dans de nombreux pays d'Europe.

Nos résultats confirment des disparités de recours aux soins des généralistes en fonction de la CSP.

Ces dernières dizaines d'années, trois pays, Royaume-Uni, Pays-Bas et Suède, ont mis en œuvre une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé. Ils préconisent tous la même stratégie : réduire les inégalités de santé doit passer par une politique globale bien au-delà de la santé, pour réduire les inégalités économiques et sociales. [25]

L'asymétrie de la consommation de soins entre les ouvriers et les employés nous a amenés à étudier les causes qui les conduisent à consulter à l'hôpital ou en ville. Celles ci n'étant pas liées à leurs conditions de travail similaires ni à leur état de santé défavorable par rapport aux autres CSP, nous envisageons une origine culturelle.

Aussi, nous proposons la réalisation d'une campagne de prévention auprès des ouvriers pour les inciter à consulter plus tôt et plus régulièrement.

La généralisation du tiers payant en ville pourrait également inciter les ménages les plus modestes à consulter en ville en privilégiant la dispense d'avance des frais.

Enfin, à l'examen de nos résultats, certaines CSP sont particulièrement touchées par les pathologies les plus liées aux conditions de travail.

Des stratégies de dépistage précoce ciblant les professions les plus à risque pourraient être envisagées en médecine générale.

5. SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION

5.1. Représentativité nationale de l'étude

Comme les médecins généralistes de la table ECOGEN sont représentatifs des médecins généralistes de France [56] , nous faisons l'hypothèse que la population ECOGEN est représentative de la population française consultant en médecine générale.

Elle n'est cependant pas représentative de l'état de santé des Français puisqu'elle ne prend en compte que les consultations en médecine générale.

Nos principaux RC sont concordants avec ceux de la SFMG.

Le nombre élevé de consultations confère à cette étude une puissance statistique. Seules, les conclusions concernant les agriculteurs sont à considérer avec précaution, du fait de leur effectif faible.

5.2. Description des CSP

L'intérêt du sujet est de décrire les RC des CSP en médecine générale. Les retraités ont en moyenne 3 RC par consultation contre 1,7 chez les inactifs. [88]

Nous avons distingué la population adulte ou active de la population totale afin de séparer des adultes, les RC très différents des enfants.

L'importance d'une CSP dans la structure française ne se reflète pas dans celle de la patientèle de médecine générale. En effet la proportion des retraités et des employés est plus forte dans notre étude qu'en France.

Au contraire, la proportion de RC chez les ouvriers est nettement minorée.

Cette différence peut s'expliquer par l'influence spécifique de la catégorie sociale sur les comportements de consommation de soins. [27]

Par exemple, les ouvriers ont davantage recours aux dépenses hospitalières et les cadres privilégient les dépenses ambulatoires.

Afin d'étudier la place réelle des soins d'omnipraticiens dans chaque CSP proportionnellement à leur place respective dans la population, nous avons redressé les effectifs des CSP ECOGEN par leurs poids respectifs dans la structure Française. [61] Cette analyse tempère le poids des retraités. Elle met en évidence celui des artisans en 3ème position derrière les employés et confirme la rareté des consultations en médecine générale pour les ouvriers.

5.3. Disparités hommes / femmes

Si en France, la proportion d'hommes et de femmes est quasi-équivalente [61], les femmes sont concernées par 60% des RC de notre étude.

Cette asymétrie par sexe s'explique par une différence dans la consommation de soins entre les hommes et les femmes.[26].

Avant 70 ans et à structure d'âge identique, les femmes consultent plus en ambulatoire et moins à l'hôpital que les hommes.

Quel que soit le ratio femmes/hommes dans les CSP françaises, le taux de RC dans notre étude est supérieur chez les femmes toutes CSP confondues.

Cependant, en redressant le poids des CSP en fonction du sexe par leur poids dans la structure française, nous mettons en évidence un nombre de RC chez les hommes employés supérieur à celui des femmes de la même catégorie.

Ces disparités de consommation de soins par sexe peuvent s'expliquer par une différence de sensibilité aux conditions de travail.[29]

Chez les hommes employés, les contraintes horaires sont notamment particulièrement fortes [60].

Si les femmes consultent davantage leur médecin généraliste, les résultats de consultation par appareil sont différents des hommes, surtout entre 18 et 40 ans. A l'intérieur des pathologies les plus fréquentes, elles consultent bien plus que les hommes pour des problèmes d'ostéoporose, d'hypothyroïdie et de dépression.

L'écart dans la consommation de soins entre les femmes et les hommes peut s'expliquer en particulier par des différences de comportements vis à vis de leur santé. [66]

Les disparités hommes / femmes ne concernent pas uniquement la consommation de soins mais aussi l'espérance de vie.

Même aux deux extrêmes de l'échelle sociale, une ouvrière a une espérance de vie supérieure à celle d'un homme cadre supérieur. [76]

Cet avantage féminin doit être relativisé, car il s'accompagne d'un plus grand nombre d'années vécues avec des incapacités et d'un état de santé perçu moins bon que les hommes. [63]

5.4. Disparités par âge

Nous avons mis en évidence que le nombre de RC augmentait avec l'âge pour chaque CSP (hors agriculteurs) et il est particulièrement élevé chez les travailleurs seniors.

En France, la part des plus de 55 ans dans la population active augmente [61] et pose la question de la santé au travail des seniors et des actions spécifiques de prévention à mettre en place.

Dans notre étude, les travailleurs seniors présentaient des taux de RC particulièrement élevés dans deux chapitres : « social et psychologique ».

Les problèmes principaux étaient :

- les soucis liés au travail et à la maladie d'un tiers.
- le syndrome anxio-dépressif et les addictions.

Les travailleurs seniors sont aussi les plus fragilisés concernant les TMS.

Une étude de la DREES publiée en 2002 confirme que les dépenses de santé sont globalement croissantes avec l'âge, à l'exception de la petite enfance. [64]

En comparant les effectifs de nos RC à la structure française par âge en 2012 [61] , nous mettons en évidence une augmentation du nombre de RC de 15 à 67 ans suivi d'un infléchissement brutal jusqu'à 73 ans.

Deux hypothèses peuvent expliquer cette évolution :

_ La chute des effectifs de l'INSEE à cet âge en raison notamment d'un faible taux de natalité lors de la 2ème guerre mondiale.

_ La surconsommation de soins chez les travailleurs seniors puis l'amélioration temporaire de l'état de santé immédiatement après la retraite.

En effet, une étude de l'INSERM, a montré un important regain de santé ressenti par les participants dans les années qui suivent leur cessation d'activité professionnelle. [68]

5.5. Disparités par CSP

L'analyse des 10 RC les plus fréquents dans la population ECOGEN met en relief de profondes disparités d'une CSP à l'autre.

Les cadres puis les professions intermédiaires consultent majoritairement pour de la médecine préventive.

Ce n'est pas le cas des ouvriers, des agriculteurs, des inactifs, des employés et des artisans, lesquels au contraire, consultent en priorité pour des pathologies chroniques et très peu pour des affections virales bénignes. Les affections chroniques qui les touchent principalement sont cardiovasculaires, ostéo-articulaires, psychologiques et endocriniennes.

Dans notre étude, trois « appareils » présentent les disparités les plus fortes d'une CSP à l'autre. Il s'agit des pathologies ostéoarticulaires, psychologiques et cardiovasculaires.[66]

Les données de la littérature indiquent que ce sont les affections les plus liées aux conditions de travail.

5.5.1. Les pathologies liées aux conditions de travail

Ce sont les métiers soumis aux contraintes physiques tels que « ouvrier, employé, artisan et agriculteur » qui présentent les plus forts taux de pathologies ostéoarticulaires.

Pour la plupart des catégories professionnelles, les affections du rachis associant dorso-lombalgies et sciatiques, et les inflammations des articulations sont au premier plan.

Ces résultats « ostéoarticulaires » sont communément appelés troubles musculo-squelettiques. [69] En plus d'être souvent invalidants, ceux ci ont aussi une très forte prévalence. Les ouvriers sont les plus exposés et toutes CSP confondues, les femmes sont plus à risque que les hommes.

Les affections psychologiques sont un recours fréquent auprès des généralistes, plus particulièrement pour les inactifs et les ouvriers. Dans notre étude, le 3ème RC le plus fréquent est l'association « dépression, syndrome anxieux et trouble du sommeil ». Les différences d'espérance de vie sont une des conséquences des inégalités sociales de santé. Si l'espérance de vie a augmenté ces dernières années, l'écart entre les CSP s'est maintenu. [76]

Dans notre étude, les nombres les plus élevés de RC cardiovasculaires sont atteints chez les ouvriers, les artisans et les agriculteurs.

Les affections psychologiques et cardiovasculaires sont les pathologies les plus liées aux facteurs psychosociaux du travail.

5.5.2. Les statuts

Les personnes concernées par une ALD, une invalidité, une MP et un AT sont sur-représentées dans notre étude probablement du fait de la sélection de la patientèle de médecine générale. [87] [22] [88]

Hormis les retraités dont plus de la moitié a une ALD, ce sont les inactifs qui ont le plus de statuts particuliers dans notre étude : 35% d'ALD, 19% d'aide sociale et 7% d'invalidité.

Les ouvriers, puis dans une moindre mesure, les employés ont le plus de maladies professionnelles et d'accidents du travail.

5.5.3. Discussion des RC par CSP

Nous avons montré que les profondes différences dans la consommation de soins ambulatoires et hospitaliers entre les employés et les ouvriers n'étaient expliquées ni par le travail ni par l'état de santé, ni par le statut, nous supposons que l'origine en est culturelle. [27]

En effet, les valeurs ouvrières supposeraient de rejeter les signes de faiblesse dont la maladie fait partie [81] et d'utiliser son corps comme un instrument qu'il est normal d'user au travail. [89]

* * *

Le nombre de RC des inactifs dans notre étude est le 3ème des CSP et le 4ème après redressement des effectifs par ceux de l'INSEE.

Ils ont l'espérance de vie la plus courte des CSP avec un écart particulièrement frappant pour les hommes. [61] Nous aurions donc pu nous attendre à un nombre de RC encore plus élevé dans cette catégorie.

Dans notre étude, cette catégorie regroupe le plus grand nombre de personnes précaires. Or, d'après une étude de l'INSEE, les personnes aux revenus les plus faibles se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population et consultent moins leur médecin. [83]

C'est entre 26 et 55ans que les inactifs consomment le plus de soins. L'étude du poids des inactifs par sexe et tranches d'âges, redressé par leurs effectifs en France, met en évidence que ce sont les hommes inactifs qui consultent le plus les généralistes entre 41 et 55ans. Ce nombre élevé de RC chez les hommes inactifs de cette tranche d'âge peut en partie s'expliquer par leur précarité sociale et par leur état de santé. [82] [72]

* * *

La CSP des artisans, qui inclut les commerçants et les chefs d'entreprises et la CSP des agriculteurs ont des dépenses de santé totales inférieures aux autres CSP à âge et sexe identiques. [27]

Si les indépendants se déclarent en meilleure santé que les personnes appartenant au régime général, leur situation sociale explique en grande partie ces différences.

Les indépendants ont des taux d'absentéisme au travail nettement plus faibles expliqués en partie par les contraintes de leur travail.

Dans notre étude, nous trouvons chez les artisans et les agriculteurs une prévalence importante des pathologies les plus liées aux conditions de travail.

Si leur consommation d'antalgiques est élevée, témoignant de troubles musculo-squelettiques, les données concernant leur nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ne sont pas disponibles. [13]

Nous pouvons envisager par ailleurs que les agriculteurs consultent moins leur généraliste du fait des actions de prévention sanitaire organisée par la Mutualité Sociale Agricole [90]

* * *

Conformément à la répartition ambulatoire et hospitalière des dépenses totales de soins des cadres, leur nombre de RC est élevé dans notre étude. Si leur nombre de pathologies chroniques est inférieur aux autres CSP, ils consultent davantage pour de la médecine préventive.

Outre leurs conditions de travail plus favorables à la santé, les cadres ont donc probablement un suivi plus régulier auprès de leurs médecins généralistes.

* * *

Dans notre étude, comme dans la littérature, aucun élément probant ne distingue les professions intermédiaires.

* * *

Les retraités se caractérisent par le plus fort taux de RC d'ECOGEN. Ils présentent le plus de pathologies chroniques, notamment concernant les affections cardiovasculaires et endocriniennes confirmant les données de la littérature.

Une étude spécifique des retraités mériterait de distinguer chez chaque retraité la catégorie professionnelle antérieure. Cette distinction permettrait d'évaluer au delà de 65 ans, l'impact sur la santé de leur profession antérieure.

CONCLUSION



En France, les données sur le contenu des consultations des médecins généralistes sont quasi inexistantes.

Si la médecine du travail a étudié les pathologies liées au travail chez les actifs, aucune description des problèmes de santé dans les différentes catégories socioprofessionnelles (CSP) n'avait été réalisée.

Les inégalités sociales de santé sont plus importantes dans notre pays que dans de nombreux pays européens et s'aggravent ces dernières années. En témoignent les disparités d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier.

Afin de décrire l'influence des CSP sur les résultats de consultation en médecine générale, nous avons participé à l'élaboration de la base de données ECOGEN et l'avons utilisée.

Il s'agit d'une étude nationale transversale multicentrique. Les investigateurs étaient les internes en stage de médecine générale supervisés des différentes facultés de médecine françaises. Toutes les consultations rencontrées un jour donné (ou deux demi-journées) par semaine ont été incluses, sur une période synchrone de 5 mois en 2011/2012. Les données ont été classées selon la classification internationale des soins primaires, et saisies dans une base de données centralisée à partir d'un site Web dédié au projet.

45750 résultats de consultation ont été enregistrés lui conférant une puissance statistique.

Comme les médecins généralistes de la table ECOGEN sont représentatifs des médecins généralistes de France, nous avons émis l'hypothèse que la population ECOGEN était représentative de la patientèle de médecine générale française.

Au terme de nos recherches, nous constatons que les femmes consultent plus leur médecin traitant que les hommes dans chaque CSP. En moyenne, 60% des RC concernent des femmes.

Le nombre d'ouvriers est plus faible que celui des employés en France (respectivement 13% et 17%). Or dans notre étude, le nombre de résultats de consultation des employés est non seulement le plus élevé après les retraités, mais il est 5 fois plus important que celui des ouvriers. Le nombre de RC augmente avec l'âge et il est particulièrement élevé chez les retraités (44%).

Notre étude révèle de profondes disparités entre les RC des CSP. Si les cadres puis les professions intermédiaires consultent en premier lieu pour de la médecine préventive, au contraire, les autres CSP consultent en priorité pour des pathologies chroniques et très peu pour des affections virales bénignes.

Notre étude révèle trois « appareils » pour lesquels les disparités entre les CSP sont les plus évidentes :

- l'appareil ostéoarticulaire qui affecte principalement les ouvriers, les employés, les artisans et les agriculteurs »,
- l'appareil « psychologique » qui touche surtout les inactifs et les ouvriers,
- l'appareil « cardiovasculaire » qui concerne majoritairement les ouvriers, les artisans et les agriculteurs.

Les différences de recours aux soins des généralistes entre hommes et femmes mises en évidence dans notre étude s'expliquent par :

- une dépense des femmes supérieure en ambulatoire et inférieure en hospitalier à celle des hommes,
- des différences de comportements vis à vis de leur santé.

Nous avons montré que les disparités des proportions de RC entre employés et ouvriers dans notre étude, n'étaient ni expliquées par leurs proches conditions de travail, ni par leurs états de santé globalement défavorables. Nous supposons que ce sont les valeurs de la culture ouvrière qui déterminent cette catégorie à consulter tard et par conséquence en urgence à l'hôpital. Cette hypothèse mériterait d'être confirmée par un travail ultérieur.

Les disparités de recours à la médecine préventive peuvent participer à accentuer les inégalités sociales de santé.

Les affections ostéoarticulaires, appelées troubles musculo-squelettiques, les affections psychologiques et cardiovasculaires sont les affections pour lesquelles le lien avec les conditions de travail est le mieux établi. Si les TMS concernent en particulier les travailleurs manuels, les affections psychologiques et cardiovasculaires sont les plus liées aux facteurs psychosociaux du travail.

L'importance des RC concernant la gériatrie et la pédiatrie dans notre étude souligne la nécessité de formation des médecins généralistes dans ces deux disciplines.

De nombreuses études montrent que les inégalités sociales de santé sont plus fortes en France que dans de nombreux pays européens et qu'elles se creusent ces dernières années. Elles doivent conduire à une politique globale de réduction des inégalités économiques et sociales.

L'asymétrie de la consommation de soins entre employés et ouvriers nous amène à proposer la réalisation d'une campagne de prévention. Il s'agit d'inciter les ouvriers à consulter plus tôt et plus régulièrement notamment en généralisant le tiers payant.

Des stratégies de dépistage précoce ciblant les professions les plus à risques pourraient être envisagées en médecine générale.

ANNEXES



1. CONTEXTE

Questionnaire de karasek, version francisée validée

Les questions ci-dessous concernent votre travail et les relations avec votre entourage professionnel
Cocher une seule case par question

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
1 - Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	1 <input type="checkbox"/>
2 - Mon travail nécessite un niveau élevé de qualifications	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	2 <input type="checkbox"/>
3 - Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>
4 - Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	4 <input type="checkbox"/>
7 - Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	7 <input type="checkbox"/>
9 - Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	9 <input type="checkbox"/>
6 - Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	6 <input type="checkbox"/>
5 - J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	5 <input type="checkbox"/>
8 - J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	8 <input type="checkbox"/>
10 - Mon travail exige d'aller très vite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	10 <input type="checkbox"/>
11 - Mon travail exige de travailler très fort mentalement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	11 <input type="checkbox"/>
12 - On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	12 <input type="checkbox"/>
13 - J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	13 <input type="checkbox"/>
14 - Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	14 <input type="checkbox"/>
15 - Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	15 <input type="checkbox"/>
16 - Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	16 <input type="checkbox"/>
17 - Mon travail est très souvent mouvementé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	17 <input type="checkbox"/>
18 - Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	18 <input type="checkbox"/>
19 - Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	19 <input type="checkbox"/>
20 - Mon chef prête attention à ce que je dis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	20 <input type="checkbox"/>

1

Illustration 5: annexe n° 1 1 /2 :Le questionnaire de Karasek 1

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
21 – Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	21 <input type="checkbox"/>
22 – Mon chef facilite la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	22 <input type="checkbox"/>
23 – Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	23 <input type="checkbox"/>
24 – Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	24 <input type="checkbox"/>
25 – Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	25 <input type="checkbox"/>
26 – Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	26 <input type="checkbox"/>
27 – Les gens avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	27 <input type="checkbox"/>
28 – Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	28 <input type="checkbox"/>
29 – les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	29 <input type="checkbox"/>

- ☞ Latitude décisionnelle : LD = " skill discretion " (1, 2, 3, 4, 7, 9) + " Decision authority (6, 5, 8)
- ☞ Exigences mentales (psychological job demands) : (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18)
Inverser les questions 12 (quantité excessive), 13 (assez de temps), 14 (demandes contradictoires)
- ☞ Support social
Hiérarchie : 19, 20, 21, 22, 23
Inverser la question 21
Collègues : 24, 25, 26, 27, 28, 29
Inverser la question 26

Calcul :

Latitude décisionnelle = $q1 + q2 + q3 + (5 - q4) + q7 + q9 + q6 + q5 + q8$

Exigences mentales = $q10 + q11 + (5 - q12) + (5 - q13) + (5 - q14) + q15 + q16 + q18$

Support social = support hiérarchique + support collègues

$[q19 + q20 + (5 - q21) + q22 + q23] + [q24 + q25 + (5 - q26) + q27 + q28 + q29]$

Traduction française validée au Canada (Brisson, Bourbonnais), utilisée par de Gaudemaris

Références

Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : prospective study of Swedish men. American Journal of Public Health 1981, 71 : 694-705.

Karasek R, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). American Journal of Public Health 1988 ; 78 : 910-918.

Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988;78:1336-1342.

Illustration 6: **annexe n°1 2/2** Le questionnaire de Karasek 2

Questionnaire de SIEGRIST (version française validée)

Les questions des deux pages suivantes concernent votre travail .

Indiquez si vous êtes d'accord ou non avec chacune des phrases, en cochant la case correspondante. Si vous cochez la case en face de la flèche→, alors indiquez aussi dans quelle mesure vous êtes en général perturbé(e) par cette situation, en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse (1 = je ne suis pas du tout perturbé(e), 2 = je suis un peu perturbé(e), 3 = je suis perturbé(e), 4 = je suis très perturbé(e))

Merci de répondre à toutes les questions.

S1 – Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S2 – Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S3 – J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S4 – Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S5 – Mon travail exige des efforts physiques	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S6 – Au cours des dernières années, mon travail est devenu plus exigeant	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S7 – Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S8 – Je reçois le respect que je mérite de mes collègues	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S9 – Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S10 – On me traite injustement à mon travail	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S11 – Je suis en train de vivre une période ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S12 – Mes perspectives de promotion sont faibles	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S13 – Ma sécurité d'emploi est menacée	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S14 – Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S15 – Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S16 – Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
S17 – Vu tous les efforts, mon salaire est satisfaisant	pas d'accord d'accord	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	1	2	3	4

Illustration 7: **annexe n°2 1/3** Questionnaire de Siegrist

Pour cette page, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune des phrases, en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse (1 = pas du tout d'accord, 2 = pas d'accord, 3 = d'accord, 4 = tout à fait d'accord)

S18 – La plupart du temps, je prends les critiques très à coeur	1	2	3	4
S19 – Je suis souvent motivé(e) par l'ambition	1	2	3	4
S20 – La moindre interruption dans mon travail m'agace beaucoup	1	2	3	4
S21 – Si quelque chose doit être bien fait, il vaud mieux que je le fasse moi-même	1	2	3	4
S22 – J' aime prouver que certaines personnes ont tort	1	2	3	4
S23 – Etre toujours un peu meilleur ou plus rapide que les autres est une sorte de jeu pour moi	1	2	3	4
S24 – Je peux vraiment m'énervé lorsque quelqu'un m'empêche de faire ce que je suis sensé(e) faire	1	2	3	4
S25 – Les autres font que je n'énervé plus souvent que je le voudrais	1	2	3	4
S26 – Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	1	2	3	4
S27 – Je commence à penser à des problèmes de travail dès que je me lève le matin	1	2	3	4
S28 – Je suis irrité(e) lorsque je ne parviens pas à accomplir au mieux une tâche	1	2	3	4
S29 – Je ne laisse personne faire mon travail	1	2	3	4
S30 – Je suis particulièrement déçu(e) lorsque mon travail n'est pas apprécié à sa juste valeur	1	2	3	4
S31 – Lorsqu'une personne ne comprend pas assez vite, je peux m'emporter	1	2	3	4
S32 – Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	1	2	3	4
S33 – Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	1	2	3	4
S34 – Je n'ai le sentiment d'avoir réussi que lorsque j'ai accompli ma tâche mieux que je ne pensais faire	1	2	3	4
S35 – Les gens ont confiance dans ma capacité à mener à bien les tâches difficiles	1	2	3	4
S36 – Je mobilise toute mon énergie pour toujours avoir le contrôle de la situation	1	2	3	4
S37 – Pour moi, la famille ou ma vie privée passent toujours avant le travail	1	2	3	4
S38 – Cela me met en rage lorsqu'un collègue remet en question mes compétences	1	2	3	4
S39 – Cela ne me gêne pas d'être interrompu(e) dans mes tâches quotidiennes	1	2	3	4
S40 – Je veux toujours faire plus de choses que je ne peux en accomplir	1	2	3	4
S41 – Le travail me trotte encore dans la tête lorsque je vais au lit	1	2	3	4
S42 – Le moindre complément stimule vraiment ma motivation	1	2	3	4
S43 – Je ne me sens pas irrité(e) quand d'autres font mieux que moi	1	2	3	4
S44 – De temps en temps, j'aime quand d'autres me détournent de mon travail	1	2	3	4
S45 – En pensée, je suis déjà prêt(e) à accomplir ma prochaine tâche	1	2	3	4
S46 – Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	1	2	3	4

Illustration 8: **annexe 2 2/3**: Questionnaire de siegrist 2

Codage des réponses

Premier codage des réponses :

- Réponse d'accord ou pas d'accord (selon le sens de la question) sans commentaire → 1
- Réponse « je ne suis pas du tout perturbé » → 1
- Réponse « je suis un peu perturbé » → 2
- Réponse « je suis perturbé » → 3
- Réponse « je suis très perturbé » → 4

Second codage :

Le calcul recommandé fait appel à un recodage des items, les réponses « je suis perturbé » et « je suis très perturbé » sont recodées « 2 », les autres modalités étant recodées « 1 »

Exemple : question « Je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail »

Réponse à la question	Codage 1	Codage 2
Pas d'accord	1	1
D'accord, je ne suis pas du tout perturbé	1	1
D'accord, je suis peu perturbé	2	1
D'accord, je suis perturbé	3	2
D'accord, je suis très perturbé	4	2

Calcul des scores après recodage :

Efforts extrinsèques : S1 + S2 + S3 + S4 + S5 + S6

Récompenses : S7 + S8 + S9 ++ S17

plus les scores sont élevés, plus les efforts sont élevés et les récompenses faibles.

Calcul du rapport efforts/récompenses (après inversion du score des récompenses) :

$$R = \frac{11}{6} \times \frac{\text{Efforts extrinsèques}}{\text{récompenses}}$$

Un rapport supérieur à 1 indique un déséquilibre entre les efforts extrinsèques et les récompenses

Bibliographie :

I. Niedhammer, J. Siegrist. Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires : l'apport du modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses. Rev. Epidem. Et Santé Publ. , 1998, 46, 398-410.

I. Niedhammer, J. Siegrist, M.F. Landre, M; Goldberg, A.Leclerc. Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses. Rev. Epidem. Et Santé Publ. , 2000, 48, 419-437.

Illustration 9: **annexe 2 3/3** : Questionnaire de Siegrist 3

La construction d'un score d'exposition aux conditions de travail

Dans l'enquête SIP, les personnes en emploi sont interrogées de manière détaillée sur leurs conditions de travail. Au total, ont été introduites 29 questions issues d'autres enquêtes portant sur les conditions de travail ou de la littérature, notamment épidémiologique, sur le lien entre expositions professionnelles et santé. Pour les expositions psychosociales en particulier, le questionnaire SIP repose sur les travaux du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail [Bodier et Gollac, 2011] (pour le libellé exact des questions, voir le questionnaire de l'enquête en ligne www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire_enquete_sip_2010.pdf).

Les 29 questions sont réparties en cinq groupes :

- **les contraintes horaires** : travail entre minuit et 5 heures du matin ; durée du travail souvent supérieure à 48 heures par semaine ; travail posté ; déplacements fréquents obligeant à dormir hors du domicile ; horaires irréguliers difficilement prévisibles ; journée de travail morcelée ;
- **les contraintes physiques** : travail physiquement exigeant ; port de charges lourdes ; postures pénibles ou fatigantes à la longue ; bruit ; froid, chaleur, humidité ou saleté ; vibrations ; produits nocifs ou toxiques ;
- **la latitude décisionnelle** ou **l'autonomie** : travail répétitif ; ne pas employer pleinement ses compétences ; avoir peu de liberté pour décider comment faire le travail ; ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité ;
- **les exigences du travail** : travail sous pression ; penser à trop de choses à la fois ;

penser encore à son travail avant de s'endormir ; effectuer une quantité de travail excessive ;

- **les autres contraintes organisationnelles** : devoir cacher ses émotions ; travailler avec la peur de perdre son emploi ; faire des choses que l'on désapprouve ; avoir peur pendant son travail ; vivre des tensions avec le public ; ne pas voir son travail reconnu à sa juste valeur ; difficultés à concilier travail et obligations familiales ; pas de bonnes relations de travail avec les collègues.

La fréquence des expositions est mesurée à partir de quatre modalités : jamais, parfois, souvent et toujours. Pour chaque question posée, on attribue une valeur en fonction de la réponse donnée par l'enquêté, de 0 pour « jamais » à 3 pour « toujours ». Un indicateur synthétique global est ensuite construit en sommant les indicateurs partiels, pondérés de façon à ce que chacun d'eux contribue pour 20 % à l'indicateur global. Ainsi le poids de chacune des cinq dimensions dans l'indicateur global est le même et ne dépend pas du nombre de questions du groupe. Le score global croît entre 0 et 15, en fonction du nombre de contraintes au travail déclarées.

Enfin, les personnes sont classées en fonction de leur situation vis-à-vis de la médiane du score de 2006. Ainsi, les personnes en emploi dont le score est strictement inférieur à la médiane de 2006 sont considérées comme bénéficiant de « bonnes conditions de travail », les autres de « mauvaises conditions de travail ».

Les résultats présentés dans ce dossier résistent à des modifications du choix du seuil au-dessus duquel le score correspond à de « mauvaises » conditions de travail.

Illustration 10: **annexe n°3** : La construction d'un score d'exposition aux conditions de travail

Les couples avec enfant(s)

Figure 4a
Le temps des hommes actifs
à temps complet

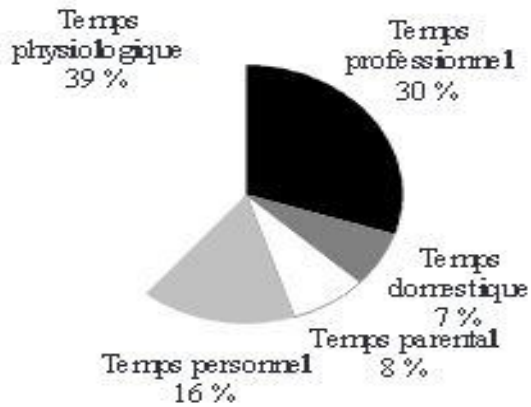


Figure 4b
Le temps des femmes actives
à temps complet

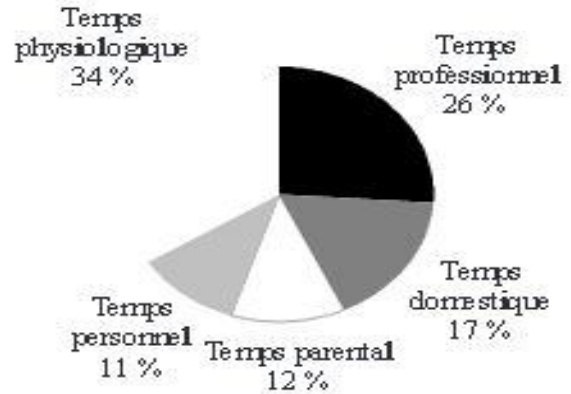


Figure 4c
Le temps des femmes actives
à temps partiel

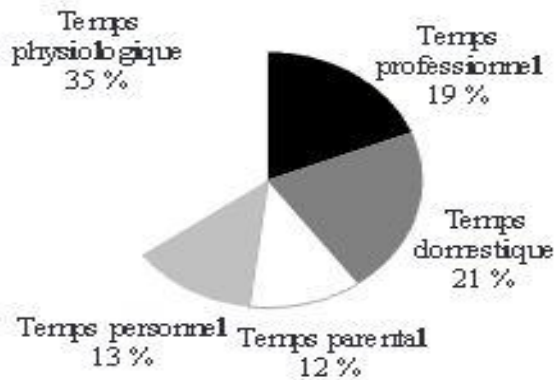


Figure 4d
Le temps des femmes inactives
professionnellement

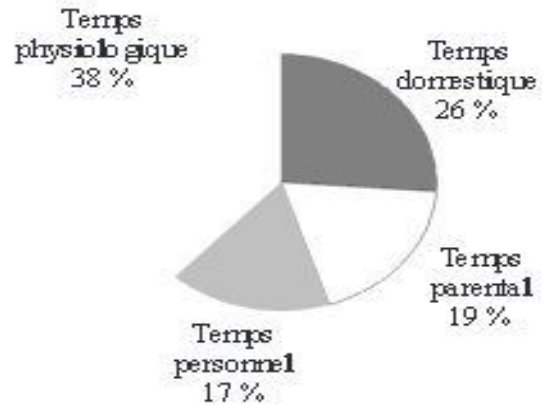


Illustration 11: **annexe n° 4** : Emploi du temps hebdomadaire des personnes en couple avec enfants

2. MÉTHODES

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	Syst. Digestif D	Oreille H	Neurologique N
Général et non spécifié A	CODES PROCÉDURE	Cardio-vasculaire K	
	SYMPTÔMES ET PLAINTES		
	INFECTIONS		
	NÉOPLASMES		
	TRAUMATISMES		
	ANOMALIES CONGÉNITALES		
	AUTRES DIAGNOSTICS		

Illustration 12: annexe n° 5 1/2: Classification Internationale des Soins Primaires



ECOGEN – Questionnaire patients

Heure de début / / h /	Initiales IMG / /	Date de consultation / / /	Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>	Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/>	Année de naissance / / - - - -	Genre M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Statut Invalidité <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>	Profession agriculteur <input type="checkbox"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> cadre sup., profession intellectuelle ¹ <input type="checkbox"/> profession intermédiaire ² <input type="checkbox"/> ¹ inclut les professions libérales, de l'information, des arts, et du spectacle, les professeurs, et les ingénieurs. ² inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le pliage, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. ³ inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. ⁴ inclut les ouvriers agricoles et les chômeurs.				employé ³ <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/>	autre sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>	ouvrier ⁴ <input type="checkbox"/>
ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>							
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)	n° RC	n° RC					n° RC
1.	6.						
2.	7.						
3.	8.						
4.	9.						
5.	10.						
Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)							
	R / P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels	Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) RC	N / A	latro			N / A	latro	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
RC: N = nouveau, A = ancien, latro: I = intoxication médicamenteuse; AI = allergie ou intolérance médicamenteuse; C = complication de traitement non médicamenteux; I = effet secondaire de matériel prothétique. Procédure: R = réalisée, P = programmée. Transférabilité: SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole pré-défini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition (à préciser). Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles): I = infirmière, Ph = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante sociale, AP = autre professionnel.							
							Heure de fin / / / h / /

Illustration 14: **Annexe n° 6** : Feuille de recueil de données manuscrite en consultation

3. RÉSULTATS



Résultats de consultation, par appareil, âge et sexe

population totale (adultes + enfants)

40 321 Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 60 moins de 18 ans apprentis salariés)
 5 243 Résultats des consultations chez les moins de 18 ans inactifs
 45 564

appareil	AGE-1 18 années [mi 1994 - mi 2012]		AGE-2 7 années [1987 à mi 1994]		AGE-3 15 années [1972 - 1986]		AGE-4 15 années [1957 à 1971]		AGE-5 10 années [1947 - 1956]		AGE-6 47 années [1900 à 1946]			
	< 18 ans inactifs		18-25 ans		26-40 ans		41-55 ans		56-65 ans		les plus de 65 ans			
	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total		
général	783 1,72%	812 1,78%	1 595 3,50%	281 0,62%	422 0,93%	724 1,59%	474 1,04%	807 1,77%	1 281 2,81%	642 1,41%	1 134 2,49%	1 776 3,90%	4 550 9,94%	7 566 16,61%
sang	13 0,03%	13 0,03%	26 0,06%	3 0,01%	17 0,04%	40 0,09%	37 0,08%	48 0,11%	29 0,06%	34 0,07%	63 0,14%	87 0,19%	144 0,32%	235 0,52%
digestif	249 0,55%	263 0,58%	512 1,12%	74 0,16%	127 0,28%	201 0,44%	190 0,42%	282 0,62%	472 1,04%	222 0,49%	315 0,69%	537 1,18%	610 1,34%	425 0,93%
œil	57 0,13%	68 0,15%	125 0,27%	4 0,01%	8 0,02%	19 0,04%	26 0,06%	45 0,10%	59 0,13%	16 0,04%	41 0,09%	67 0,15%	111 0,24%	178 0,39%
oreille	162 0,36%	196 0,43%	358 0,79%	9 0,02%	17 0,04%	26 0,06%	32 0,07%	40 0,09%	72 0,16%	46 0,10%	70 0,15%	116 0,25%	166 0,36%	282 0,62%
cardiovasculaire	8 0,02%	7 0,02%	15 0,03%	8 0,02%	23 0,05%	31 0,07%	60 0,13%	98 0,22%	158 0,35%	365 0,80%	729 1,60%	619 1,37%	1 245 2,73%	3 985 8,77%
ostéoarticulaire	122 0,27%	149 0,33%	271 0,59%	92 0,20%	136 0,30%	228 0,50%	334 0,73%	419 0,92%	753 1,65%	537 1,18%	821 1,80%	1 358 2,98%	3 922 8,66%	7 779 17,1%
neurologique	33 0,07%	28 0,06%	61 0,13%	13 0,03%	36 0,08%	49 0,11%	42 0,09%	102 0,22%	144 0,32%	80 0,18%	148 0,32%	225 0,49%	380 0,83%	725 1,59%
psychologique	49 0,11%	45 0,10%	94 0,21%	43 0,09%	100 0,22%	143 0,31%	251 0,55%	359 0,79%	610 1,34%	246 0,54%	407 0,90%	673 1,48%	1 239 2,72%	3 720 8,16%
respiratoire	817 1,79%	794 1,74%	1 611 3,54%	116 0,25%	232 0,51%	348 0,76%	318 0,70%	566 1,24%	884 1,94%	293 0,64%	457 1,00%	750 1,65%	1 140 2,50%	3 243 7,12%
peau	190 0,42%	195 0,43%	385 0,84%	62 0,14%	99 0,22%	161 0,35%	129 0,28%	188 0,41%	317 0,70%	123 0,27%	199 0,44%	322 0,71%	551 1,23%	605 1,33%
endocrinien	30 0,07%	39 0,09%	69 0,15%	14 0,03%	29 0,06%	43 0,09%	65 0,14%	151 0,33%	216 0,47%	517 1,13%	728 1,60%	1 245 2,73%	2 604 5,72%	4 875 10,70%

Tableau 10: **annexe n°7 1/2**: RC par appareil, âge et sexe ECOGEN (



Résultats de consultation, par appareil, âge et sexe

population totale (adultes + enfants)

40.321 Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 60 moins de 18 ans apprentis salariés)
 5.243 Résultats des consultations chez les moins de 18 ans inactifs
 - 45.564

années	AGE-1 18 années [mi 1994 - mi 2012]				AGE-2 7 années [1987 à mi 1994]				AGE-3 15 années [1972 - 1986]				AGE-4 15 années [1957 à 1971]				AGE-5 10 années [1947 - 1956]				AGE-6 47 années [1900 à 1946]				
	hommes		femmes		total		hommes		femmes		total		hommes		femmes		total		hommes		femmes		total		
	14	19	29	43	8	24	32	18	76	94	39	86	125	48	76	124	160	195	355	160	195	355	287	486	773
appareil	0,03%	0,04%	0,06%	0,09%	0,02%	0,05%	0,07%	0,04%	0,17%	0,21%	0,09%	0,19%	0,27%	0,11%	0,17%	0,27%	0,35%	0,43%	0,78%	0,35%	0,43%	0,78%	0,63%	1,07%	1,70%
urinaire	1	19	20	43	0	166	166	0	373	373	0	79	79	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	638	639
grossesse	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,36%	0,36%	0,00%	0,82%	0,82%	0,00%	0,17%	0,17%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%	1,40%
appareil génital féminin	0	31	31	31	0	53	53	0	137	137	0	190	190	0	132	132	0	171	171	0	171	171	0	714	714
appareil génital masculin	32	0	32	32	12	0	12	26	0	26	38	0	38	109	0	109	343	0	343	0	343	343	0	560	560
social	0,07%	0,00%	0,00%	0,07%	0,03%	0,00%	0,03%	0,06%	0,00%	0,06%	0,08%	0,08%	0,08%	0,24%	0,00%	0,24%	0,75%	0,00%	0,75%	0,00%	0,75%	0,75%	1,23%	0,00%	1,23%
	10	15	25	25	12	22	34	54	89	143	58	114	172	35	68	103	32	103	135	201	103	135	201	411	612
	0,02%	0,03%	0,05%	0,05%	0,03%	0,05%	0,07%	0,12%	0,20%	0,31%	0,13%	0,25%	0,38%	0,08%	0,15%	0,23%	0,07%	0,23%	0,30%	0,44%	0,23%	0,30%	0,44%	0,90%	1,34%
	2.570	2.703	5.273	5.273	626	1.362	1.988	1.977	3.670	5.647	3.250	4.775	8.025	3.282	4.942	8.224	6.502	9.905	16.407	18.207	27.357	45.564	27.357	45.564	
	5,64%	5,93%	11,57%	11,57%	1,37%	2,99%	4,36%	4,34%	8,05%	12,39%	7,13%	10,48%	17,61%	7,20%	10,85%	18,05%	5,54%	8,85%	14,40%	31,23%	31,23%	47,15%	31,23%	47,15%	

Tableau 11: annexe n°7 2/2: RC par appareil par âge et par sexe



TOP 25 des résultats de consultation en population totale (adultes + enfants)

40 321 Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 30 moins de 18 ans apprentis salariés)
5 243 Résultats des consultations chez les moins de 18 ans inactifs
48 564

	TOP 1	TOP 2	TOP 3	TOP 4	TOP 5	TOP 6	TOP 7	TOP 8	TOP 9	TOP 10	TOP 11	TOP 12	TOP 13	TOP 14	TOP 15	TOP 16	TOP 17	TOP 18	TOP 19	TOP 20	TOP 21	TOP 22	TOP 23	TOP 24	TOP 25
Hommes	A98	K86	R74	T93	A97	P76	T90	R78	R066	T86	L91	L84	P34	D12	L87	L86	K78	D84	L95	T91	R96	K87	R76	D73	D70
	1473	1352	921	791	500	322	575	310	258	97	155	199	134	131	181	173	224	134	33	105	135	170	126	144	151
	4,4%	3,0%	1,8%	1,7%	1,1%	0,7%	1,3%	0,7%	0,6%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Femmes	2997	1836	1138	899	729	892	515	385	418	548	421	283	349	320	254	257	182	254	346	265	213	162	201	178	169
	6,6%	4,0%	2,3%	2,0%	1,6%	2,0%	1,1%	0,8%	0,9%	1,2%	0,9%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,4%	0,6%	0,8%	0,6%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	
total	4 991	3 188	1 959	1 690	1 229	1 214	1 090	695	669	645	576	482	474	451	435	430	406	388	379	370	348	332	327	322	320
rapport F/H	1,5	1,4	1,4	1,1	1,5	2,8	0,9	1,2	1,6	5,6	2,7	1,4	2,5	2,4	1,4	1,5	0,8	1,9	10,5	2,5	1,6	1,0	1,6	1,2	1,1

- A98 = gestion santé / médecine préventive**
A97 = pas de maladie
K86 = hypertension non compliquée
 K78 = fibrillation auriculaire / flutter
K87 = hypertension avec complication
T93 = trouble du métabolisme des lipides
T86 = hypothyroïdisme / myxoedème
T90 = diabète non-insulino dépendant
T91 = carence vitaminique / nutritionnelle
P76 = dépression
 P06 = perturbation du sommeil
 P15 = alcoolisme chronique
 P17 = usage abusif du tabac
 P19 = usage abusif de drogue
 P74 = trouble anxieux / état anxieux

- R74 = infection aigüe des voies respiratoires supérieures**
 R75 = sinusite aigüe / chronique
R76 = angine aigüe
 R77 = laryngite / trachéite aigüe
 R78 = bronchite aigüe / bronchite
R89 = anomalie congénitale du système respiratoire
R96 = asthme
R97 = rhinite allergique
W11 = contraception orale
U71 = cystite / autre infection urinaire

- L18 = douleur musculaire**
 L84 = syndrome cervical
L86 = syndrome dorso lombaire et irradiation
 L87 = bursite, tendinite, synovite NCA
 L91 = autre arthrose
D73 = gastro-entérite présumée infectieuse
 D15 = constipation
 D70 = infection gastro-intestinale
D73 = gastro-entérite présumée infectieuse
 D84 = maladie de l'œsophage
H71 = otite moyenne aigüe / myringite
F70 = conjonctivite infectieuse

TOP 25 des résultats de consultation en population totale adulte ou active uniquement

40 321 Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 60 moins de 18 ans apprentis salariés)

	TOP 1	TOP 2	TOP 3	TOP 4	TOP 5	TOP 6	TOP 7	TOP 8	TOP 9	TOP 10	TOP 11	TOP 12	TOP 13	TOP 14	TOP 15	TOP 16	TOP 17	TOP 18	TOP 19	TOP 20	TOP 21	TOP 22	TOP 23	TOP 24	TOP 25
Hommes	A98	K86	T93	P76	R74	T90	A97	R066	T86	L91	R78	L84	P34	L86	L87	D12	K78	L95	T91	D84	K87	R75	L99	K76	K76
	1473	1352	921	320	435	575	358	253	97	155	191	197	138	256	171	114	224	33	103	123	170	86	97	196	279
	3,7%	3,4%	2,0%	0,8%	1,1%	1,4%	0,9%	0,6%	0,2%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,6%	0,4%	0,3%	0,6%	0,1%	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,5%	0,7%	
Femmes	2464	1836	1138	899	743	515	582	406	547	421	291	277	334	173	250	292	182	346	264	241	162	208	188	86	0
	6,1%	4,6%	2,2%	2,2%	1,8%	1,3%	1,4%	1,0%	1,4%	1,0%	0,7%	0,8%	0,4%	0,6%	0,7%	0,5%	0,9%	0,7%	0,6%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%	
total	3937	3188	1690	1211	1178	1090	940	658	644	576	482	474	468	429	421	406	406	379	367	364	332	294	285	282	279
rapport F/H	1,7	1,4	1,1	2,8	1,7	0,9	1,6	1,6	1,6	1,4	1,2	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7	0,4	0,0

Tableau 12: **annexe n° 8**: Top 25 des RC ECOGEN et ECOGEN adultes ou actifs

statuts par catégorie socio-professionnelle

Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 60 moins de 18 ans apprentis salariés)
 Résultats des consultations chez les moins de 18 ans inactifs

40 321

5 243

45 564

Statut	effectifs		1 - agriculteurs		2 - artisans		3 - cadres		4 - professions intermédiaires		5 - employés		6 - ouvriers		7 - retraités		8-1 - sans activité - enfants		8-2 - sans activité - étudiants		8-3 - sans activité - adultes		8 - sans activité - total																		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	Total																
standard	10523	18032	28	555	62,7%	74	49	123	525	389	914	818	983	1801	653	1279	1932	1685	4239	5924	695	247	942	3026	6385	9411	2399	2469	4868	186	487	673	462	1505	1967	3047	4461	7508			
couverture médicale universelle	525	867	1	392	3,1%	6	0	6	20	12	32	1	9	10	2	2	49	173	222	43	12	55	21	42	63	171	190	361	17	25	42	197	402	599	385	617	1002				
couverture médicale universelle invalidité	1	2	3	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	2	3		
couverture médicale universelle accident de travail	7	0	7	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
aide médicale d'état	46	49	95	0,2%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9	11	9	0	9	4	2	6	5	10	15	0	0	0	0	20	24	44	25	34	59			
invalidité	199	241	440	1,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5	13	53	66	13	0	13	54	56	110	112	129	241	0	0	0	0	0	0	112	129	241	
affection longue durée	6171	7320	13 491	29,6%	37	0	37	143	59	202	95	105	200	109	139	248	365	622	987	199	52	251	4780	5700	10480	22	26	48	5	16	21	416	601	1017	443	643	1086				
couverture médicale universelle	77	115	192	0,4%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	14	2	16	32	15	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	83	107	24	83	107		
affection longue durée	0	7	7	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
couverture médicale universelle	3	4	7	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
accident de travail	6	0	6	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
aide médicale d'état	261	193	454	1,0%	0	0	0	2	4	6	0	0	0	0	0	16	0	16	0	16	12	28	40	3	2	5	61	32	93	0	0	0	0	0	167	127	294	167	127	294	
invalidité	18	15	33	0,1%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	6	2	10	12	5	0	5	6	0	6	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	4	0	4	
maladies professionnelles	28	37	65	0,1%	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	4	5	9	12	19	31	9	8	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
accident de travail	0	5	5	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
invalidité	50	93	143	0,3%	0	0	0	4	0	4	1	3	4	0	0	0	10	58	68	26	23	49	4	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
maladies professionnelles	0	4	4	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
invalidité	295	357	652	1,4%	1	0	1	21	9	30	16	30	46	27	28	55	116	244	360	104	34	138	3	7	10	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
accident de travail	1	12	13	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
invalidité	18211	27353	45 564	100,0%	118	49	167	724	473	1197	944	1133	2077	816	1477	2293	2271	5466	7737	1121	387	1508	7991	12239	20230	2709	2825	5534	208	538	736	1309	2716	4085	4226	6129	10355				

Tableau 14: annexe n° 10: statuts par CSP

TOP 30 enfants

5 249 Résultats des consultations chez les moins de 18 ans inactifs, nés de 1995 à 2012

34 Résultats des consultations des jeunes de 18 ans, nés en 1994, étudiants inactifs

5 283 Les apprentis ou salariés de moins de 18 ans sont ici exclus car déjà comptabilisés dans les résultats par catégorie socio-professionnelle

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A98	R74	A97	H71	R78	R76	D70	R77	F70	R80	R96	D01	R05	A03	R81
1069	778	291	237	214	154	113	100	90	84	74	58	55	54	45
prévention	rhino-	pas de	otite aiguë	bronchiolite	angine	gastro	laryngite	conjonctivite	grippe	asthme	maux de	toux	fièvre	pneumonie

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D12	A72	A77	H72	S87	H81	R97	S03	T83	S96	L85	D84	D19	D11	S74
44	43	43	42	42	39	38	35	27	25	24	24	21	20	20
constipation	varicelle	virose	otite	eczéma	bouclion	rhinite	verru	surpoids	acné	scoliose	reflux	poussées	diarrhées	mycose,

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D12	A72	A77	H72	S87	H81	R97	S03	T83	S96	L85	D84	D19	D11	S74
44	43	43	42	42	39	38	35	27	25	24	24	21	20	20
constipation	varicelle	virose	otite	eczéma	bouclion	rhinite	verru	surpoids	acné	scoliose	reflux	poussées	diarrhées	mycose,

TOP1	TOP2	TOP3	TOP4	TOP5	TOP6	TOP7	TOP8	TOP9	TOP10	TOP11	TOP12	TOP13	TOP14	TOP15
A98	R74	A97	H71	R78	R76	D70	R77	F70	R80	R96	D01	R05	A03	R81
520	384	142	116	119	75	60	48	39	41	39	28	30	30	26
Garçons	9,8%	7,3%	2,7%	2,3%	1,4%	1,1%	0,9%	0,7%	0,8%	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%
549	394	149	121	95	79	53	52	51	43	35	30	25	24	19
Filles	10,4%	7,5%	2,8%	1,8%	1,5%	1,0%	1,0%	1,0%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%
1 069	778	291	237	214	154	113	100	90	84	74	58	55	54	45
20,2%	14,7%	5,5%	4,5%	4,1%	2,9%	2,1%	1,9%	1,7%	1,6%	1,4%	1,1%	1,0%	1,0%	0,9%
prévention	rhino-	pas de	otite aiguë	bronchiolite	angine	gastro	laryngite	conjonctivite	grippe	asthme	maux de	toux	fièvre	pneumonie
	pharyngite	maladie				entérite			ventre					

rapport F/G	1,1	1,0	1,0	1,0	0,8	0,9	1,1	1,3	1,0	0,9	1,1	0,8	0,8	0,7
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

TOP16	TOP17	TOP18	TOP19	TOP20	TOP21	TOP22	TOP23	TOP24	TOP25	TOP26	TOP27	TOP28	TOP29	TOP30
D12	A72	A77	H72	S87	H81	R97	S03	T83	S96	L85	D84	D19	D11	S74
17	23	25	16	21	11	22	20	12	14	8	11	13	10	5
Garçons	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,2%	0,4%	0,4%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
27	20	18	26	21	28	16	15	15	11	16	13	8	10	15
Filles	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
44	43	43	42	42	39	38	35	27	25	24	24	21	20	20
0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%
constipation	varicelle	virose	otite	eczéma	bouclion	rhinite	verru	surpoids	acné	scoliose	reflux	poussées	diarrhées	mycose,
			séreuse		cerumen					cyphose	gastrique	dentaires	herpès	

rapport F/G	1,6	0,9	0,7	1,6	1,0	0,8	0,8	1,3	0,8	2,0	1,2	0,6	1,0	3,0
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

total top30	3903
rapport F/G	1,03

Tableau 15: annexe n° 11: Top 30 des RC des enfants

Résultats de consultation par catégorie socio-professionnelle, âge et sexe

population totale adulte ou active uniquement

catégorie socio-professionnelle	AGE-1 18 années [mi 1994 - mi 2012]		AGE-2 7 années [1987 à 1993]		AGE-3 15 années [1972 - 1986]		AGE-4 15 années [1957 à 1971]		AGE-5 10 années [1947 - 1956]		AGE-6 47 années [1900 à 1946]		
	< 18 ans actifs		18-25 ans		26-40 ans		41-55 ans		56-65 ans		les plus de 65 ans		
	hommes	Femmes	hommes	Femmes	hommes	Femmes	hommes	Femmes	hommes	Femmes	hommes	Femmes	total
1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,01%	0,16%	0,08%	0,09%	0,02%	0,00%	0,01%	0,29%
2	0,00%	0,00%	0,03%	0,06%	0,38%	0,31%	0,66%	0,59%	0,66%	0,36%	0,07%	0,13%	1,80%
3	0,00%	0,00%	0,02%	0,08%	0,70%	0,59%	0,89%	1,07%	0,62%	0,58%	0,18%	0,18%	2,34%
4	0,00%	0,00%	0,08%	0,17%	0,56%	1,41%	1,97%	1,42%	0,41%	0,59%	0,07%	0,09%	2,03%
5	0,03%	0,08%	0,35%	0,99%	1,72%	4,08%	5,81%	8,10%	9,98%	2,58%	0,17%	0,27%	5,64%
6	0,02%	0,01%	0,18%	0,04%	0,75%	0,21%	1,27%	0,41%	1,68%	0,24%	0,72%	0,12%	2,78%
7	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,24%	0,37%	3,91%	5,99%	15,76%	19,81%
8-1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
8-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,46%
8-3	0,00%	0,00%	0,49%	1,02%	1,87%	2,54%	2,59%	4,12%	3,88%	2,85%	0,00%	0,00%	3,66%
8	0,00%	0,00%	0,85%	2,01%	2,86%	2,06%	1,53%	2,59%	0,97%	1,90%	0,00%	0,00%	4,12%
total	23	39	62	611	1 954	3 665	5 647	8 025	3 280	4 944	8 224	6 500	16 409
	0,06%	0,10%	0,15%	1,52%	3,33%	4,85%	9,09%	14,01%	8,07%	11,84%	19,90%	8,13%	12,26%
													20,40%
													16,12%
													24,58%
													40,70%
													38,81%
													61,19%
													100,00%

Tableau 16: **annexe n° 12:** CSP par âge et sexe ECOGEN adultes ou actifs



Résultats de consultation, par appareil, âge et sexe

population totale adulte ou active uniquement

40 321

Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 60 moins de 18 ans apprentis salariés)

appareil	AGE-1 18 années		AGE-2 7 années		AGE-3 15 années		AGE-4 13 années		AGE-5 10 années		AGE-6 47 années	
	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes
	[mi 1994 - mi 2012]		[1987 - mi 1994]		[1972 - 1986]		[1957 à 1971]		[1947 - 1956]		[1900 à 1946]	
	< 18 ans actifs		18-25 ans		26-40 ans		41-55 ans		56-65 ans		les plus de 65 ans	
	total	total	total	total	total	total	total	total	total	total	total	total
	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes
	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%
	0	3	5	157	280	437	422	724	1.146	559	772	1.331
	0,00%	0,01%	0,01%	0,03%	0,04%	0,08%	0,04%	0,08%	0,14%	0,09%	0,12%	0,21%
	0	0	0	3	13	16	17	40	57	37	48	85
	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,03%	0,04%	0,04%	0,10%	0,14%	0,09%	0,12%	0,21%
	0	0	0	4	4	8	19	26	45	24	35	59
	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,02%	0,05%	0,06%	0,11%	0,06%	0,09%	0,13%
	0	1	1	9	17	26	32	40	72	46	70	116
	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,04%	0,06%	0,08%	0,10%	0,18%	0,11%	0,17%	0,29%
	0	0	0	8	23	31	60	98	138	365	364	729
	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,06%	0,08%	0,15%	0,24%	0,39%	0,91%	0,90%	1,81%
	0	0	0	92	136	228	334	419	753	537	821	1.358
	0,00%	0,01%	0,01%	0,23%	0,34%	0,57%	0,83%	1,04%	1,87%	1,33%	2,04%	3,37%
	0	0	0	13	36	49	42	102	144	95	186	281
	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,09%	0,12%	0,10%	0,25%	0,36%	0,24%	0,46%	0,70%
	0	1	1	43	100	143	251	359	610	418	543	961
	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,25%	0,35%	0,62%	0,89%	1,51%	1,04%	1,35%	2,38%
	0	5	6	116	232	348	318	566	884	333	555	888
	0,00%	0,01%	0,01%	0,29%	0,58%	0,86%	0,79%	1,40%	2,19%	0,83%	1,38%	2,20%
	0	2	2	62	99	161	129	188	317	166	212	378
	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,25%	0,40%	0,32%	0,47%	0,79%	0,41%	0,53%	0,94%
	0	1	1	14	29	43	65	151	216	313	385	698
	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,07%	0,11%	0,16%	0,37%	0,54%	0,78%	0,95%	1,75%
	0	0	0	8	24	32	18	76	94	39	86	125
	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,06%	0,08%	0,04%	0,19%	0,23%	0,10%	0,21%	0,31%

Tableau 17: annexe n° 13 1/2: RC par appareil, âge et sexe ECOGEN adultes ou actifs

Résultats de consultation, par appareil, âge et sexe

population totale adulte ou active uniquement

40 321 Résultats des consultations exploitables par catégorie socio-professionnelle (dont les 60 moins de 18 ans apprentis salariés)

appareil	AGE-1 18 années [jan.1994 - mai.2012]		AGE-2 7 années [1987 à mai.1994]		AGE-3 15 années [1972 - 1986]		AGE-4 15 années [1957 à 1971]		AGE-5 10 années [1947 - 1956]		AGE-6 47 années [1900 à 1946]	
	< 18 ans actifs		18-25 ans		26-40 ans		41-55 ans		56-65 ans		les plus de 65 ans	
	hommes	total	hommes	total	hommes	total	hommes	total	hommes	total	hommes	total
grossesse	0 0,00%	1 0,00%	0 0,00%	166 0,36%	0 0,00%	373 0,82%	0 0,00%	79 0,17%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,00%
												620 1,36%
appareil génital féminin	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	53 0,12%	0 0,00%	137 0,30%	0 0,00%	190 0,42%	0 0,00%	132 0,29%	0 0,00%	171 0,38%
												683 1,50%
appareil génital masculin	0 0,00%	0 0,00%	12 0,03%	0 0,00%	26 0,06%	0 0,00%	38 0,08%	0 0,00%	109 0,24%	0 0,00%	109 0,24%	343 0,75%
												528 1,16%
social	0 0,00%	0 0,00%	12 0,03%	22 0,05%	34 0,08%	89 0,22%	58 0,14%	114 0,28%	35 0,09%	68 0,17%	103 0,26%	135 0,33%
												396 0,98%
	6 0,01%	24 0,06%	30 0,07%	1 361 3,38%	1 988 4,93%	3 670 9,10%	3 250 8,06%	4 775 11,84%	3 282 8,14%	4 942 12,26%	8 224 20,40%	9 905 24,37%
												16 407 40,69%
												24 677 61,20%
												40 311 100,00%

Tableau 18: annexe n°13 2/2 RC par appareil, âge et sexe ECOGEN adultes ou actifs



Résultats de consultation par catégorie socio-professionnelle, âge et sexe
population totale adulte ou active uniquement

catégorie socio- professionnelle	AGE-1 18 années [mi.1994 - mi.2012]		AGE-2 7 années [1987 à 1993]		AGE-3 15 années [1972 - 1986]		AGE-4 15 années [1957 à 1971]		AGE-5 10 années [1947 - 1956]		AGE-6 47 années [1900 à 1946]	
	< 18 ans actifs		18-25 ans		26-40 ans		41-55 ans		56-65 ans		les plus de 65 ans	
	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes	hommes	fémmes
	total	total	total	total	total	total	total	total	total	total	total	total
1 agriculteur	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,01%	0,03%	0,08%	0,02%	0,11%	0,00%	0,00%
2 artisan	1,00%	1,00%	1,00%	0,03%	1,52%	1,27%	1,57%	1,57%	1,46%	1,03%	0,06%	0,06%
3 cadre	0,00%	0,00%	0,02%	0,08%	0,28%	0,40%	0,65%	0,39%	0,36%	0,36%	0,07%	0,13%
4 profession intermédiaire	0,00%	0,00%	0,08%	0,08%	0,22%	0,11%	0,26%	0,89%	0,58%	0,23%	0,08%	0,18%
5 employé	13,00%	33,00%	14,20%	40,10%	16,40%	23,40%	22,60%	22,70%	10,40%	10,40%	0,07%	0,09%
6 ouvrier	9,00%	0,00%	7,10%	17,00%	8,30%	8,50%	8,20%	5,10%	2,90%	2,90%	0,17%	0,27%
7 retraité	0,00%	0,00%	0,18%	0,04%	0,75%	0,21%	0,75%	0,41%	0,48%	0,24%	0,08%	0,12%
8-1 sans activité enfants	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
8-2 sans activité étudiant	0,00%	0,00%	0,36%	0,98%	0,09%	0,19%	0,28%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%
8-3 sans activité adultes	0,00%	0,00%	0,49%	1,02%	0,67%	1,87%	2,54%	2,59%	1,88%	1,85%	0,00%	0,00%
8 sans activité total	0,00%	0,00%	0,85%	2,01%	0,77%	2,06%	2,83%	2,59%	1,90%	1,87%	0,00%	0,00%
total	23,00%	39,00%	61,10%	134,30%	198,20%	366,50%	647,10%	477,30%	494,40%	224,80%	99,90%	164,00%
	0,06%	0,10%	0,15%	0,33%	0,49%	0,90%	1,40%	1,84%	1,26%	2,04%	0,16%	0,24%

Tableau 19: **annexe n° 14**: RC par CSP, âge et sexe ECOGEN, adultes ou actifs



Résultats de consultations par appareil

40 321 dossiers exploitables

RC par appareil		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
		agriculteur	artisan	cadre	professions intermédiaires	employé	ouvrier	retraité	sans activité	étudiant	total
général	A	32	228	472	400	1379	218	2339	908		5976
		0,08%	0,57%	1,17%	0,99%	3,42%	0,54%	5,80%	2,25%		14,82%
sang	B	4	10	22	20	65	13	168	63		365
		0,01%	0,02%	0,05%	0,05%	0,16%	0,03%	0,42%	0,16%	0,00%	0,91%
digestif	D	13	91	161	187	599	105	1499	386		3041
		0,03%	0,23%	0,40%	0,46%	1,49%	0,26%	3,72%	0,96%		7,54%
œil	F	0	9	19	16	56	10	204	33		347
		0,00%	0,02%	0,05%	0,04%	0,14%	0,02%	0,51%	0,08%	0,00%	0,86%
oreille	H	3	13	31	34	107	19	206	67		480
		0,01%	0,03%	0,08%	0,08%	0,27%	0,05%	0,51%	0,17%		1,19%
cardiovasculaire	K	16	115	159	157	529	146	4659	377		6158
		0,04%	0,29%	0,39%	0,39%	1,31%	0,36%	11,55%	0,93%	0,00%	15,27%
ostéoarticulaire	L	24	187	260	306	1331	332	2489	560		5489
		0,06%	0,46%	0,64%	0,76%	3,30%	0,82%	6,17%	1,39%		13,61%
neurologique	N	5	30	51	71	247	44	469	165		1082
		0,01%	0,07%	0,13%	0,18%	0,61%	0,11%	1,16%	0,41%	0,00%	2,68%
psychologique	P	7	112	180	212	748	183	1528	657		3627
		0,02%	0,28%	0,45%	0,53%	1,86%	0,45%	3,79%	1,63%		9,00%
respiratoire	R	17	148	280	345	984	168	1470	604		4016
		0,04%	0,37%	0,69%	0,86%	2,44%	0,42%	3,65%	1,50%	0,00%	9,96%
peau	S	9	49	82	131	368	75	771	300		1785
		0,02%	0,12%	0,20%	0,32%	0,91%	0,19%	1,91%	0,74%		4,43%
endocrinien	T	21	113	160	161	546	113	3247	446		4807
		0,05%	0,28%	0,40%	0,40%	1,35%	0,28%	8,05%	1,11%	0,00%	11,92%
urinaire	U	5	25	40	29	141	15	409	66		730
		0,01%	0,06%	0,10%	0,07%	0,35%	0,04%	1,01%	0,16%		1,81%
grossesse	W	2	19	50	84	256	9	1	199		620
		0,00%	0,05%	0,12%	0,21%	0,63%	0,02%	0,00%	0,49%	0,00%	1,54%
appareil génital féminin	F X	4	16	44	65	199	9	227	120		684
		0,01%	0,04%	0,11%	0,16%	0,49%	0,02%	0,56%	0,30%		1,70%
appareil génital masculin	H Y	3	19	24	15	34	17	396	19		527
		0,01%	0,05%	0,06%	0,04%	0,08%	0,04%	0,98%	0,05%	0,00%	1,31%
social	Z	2	13	42	60	148	32	176	114		587
		0,00%	0,03%	0,10%	0,15%	0,37%	0,08%	0,44%	0,28%		1,46%
		167	1 197	2 077	2 293	7 737	1 508	20 258	5 084	0	40 321
		0,41%	2,97%	5,15%	5,69%	19,19%	3,74%	50,24%	12,61%	0,00%	100,00%

Tableau 20: annexe n° 15 : RC par appareil ECOGEN, adultes ou actifs

RC	effectifs	%
Z04	4	3.88
Z05	20	19.42
Z06	4	3.88
Z10	8	7.77
Z12	7	6.80
Z14	5	4.85
Z16	7	6.80
Z20	4	3.88
Z22	15	14.56
Z23	5	4.85

Tableau 21: **annexe n° 16** :
Top 10 des RC "social" chez
les travailleurs seniors

RC	effectifs	%
P01	29	4.17
P03	12	1.73
P06	112	16.12
P15	40	5.76
P17	65	9.35
P19	16	2.30
P73	8	1.15
P74	108	15.54
P76	246	35.40
P98	10	1.44

Tableau 22: **annexe n° 17** :
Top 10 des RC
« psychologiques » chez les
travailleurs seniors

L11	dorso-lombalgie	25%
L12	lombosciatique	13%
L18	inflammation artic.	13%
L84	autre arthrose	8%
L86	pb aigu genou	8%
L87	pb poignet	4%
L88	pb main/ doigt	4%
L90	douleur musc.	4%
L91	polyarthrite rhumat.	4%
L96	gonarthrose	4%
	total10 RC	88%
	autres RC	12%
	Total10 RC	100%

Tableau 23: **annexe n° 18 1/6** :Top 10 ostéoarticulaire chez les agriculteurs

L01	inflammation artic.	11,29%
L02	dorso-lombalgie	7,53%
L15	lombosciatique	7,53%
L18	sd de l'épaule	5,91%
L83	douleur musculaire	5,38%
L84	autre mdie	5,38%
L86	pb dos	4,30%
L87	sd cervical	4,30%
L92	pb genou	3,76%
L99	pb cou	3,23%
	total 10 RC	58,61%
	autres RC	41,39%
	total	100%

Tableau 24: **annexe n°18 2/6** :Top 10 ostéoarticulaire chez les artisans

L01	douleur musculaire	8,8%	8
L02	inflammation artic.	8,1%	10
L03	autre mdie	6,9%	8
L14	pb jambe/cuisse	6,5%	8
L15	lombosciatique	6,2%	16
L18	pb dos	4,6%	17
L84	autre arthrose	4,6%	23
L86	pb genou	3,8%	21
L87	pb cou	3,1%	18
L90	gonarthrose	3,1%	8
L91	pb lombaire	3,1%	12
L99	dorso-lombalgie	3,1%	12
	total 10 RC	61,92%	161
	autres RC	38,08%	99
	total	100%	260

Tableau 25: **annexe n°18 3/6** : Top 10 ostéoarticulaire chez les cadres

L01	lombosciatique	10,86%
L18	dorso-lombalgie	10,20%
L79	inflammation artic.	9,21%
L83	pb cou	5,59%
L84	sd cervical	4,93%
L86	autre arthrose	4,61%
L87	autre mdie	4,28%
L91	entorse articulaire	3,95%
L92	douleur musculaire	3,62%
L99	sd de l'épaule	2,63%
total		59,87%
autres RC		40,1315789
total		100

Tableau 26: **annexe n°18 3/6** : Top 10 ostéoarticulaire. chez les prof. int.

L01	dorso-lombalgie	11,82%
L03	lombosciatique	10,98%
L18	inflammation artic.	9,02%
L81	autre mdie	5,61%
L83	pb lombaire	4,85%
L84	sd cervical	4,55%
L86	autre arthrose	4,17%
L87	douleur musculaire	4,02%
L91	pb cou	3,56%
L99	traumatisme	2,58%
total 10 RC		61,16%
total autres RC		38,84%
total		100%

Tableau 27: **annexe n°18 4/6** : Top 10 ostéoarticulaire chez les employés

L03	lombosciatique	12%
L15	dorso-lombalgie	11%
L18	inflammation artic.	11%
L83	sd de l'épaule	7%
L84	pb du genou	5%
L86	sd cervical	5%
L87	pb lombaire	4%
L92	épicondylite lat.	4%
L93	autre mdie	4%
L99	douleur musculaire	3%
total 10 RC		64%
autres RC		36%
total 10 RC		100%

Tableau 28: **annexe n°18 5/6** :Top 10 chez les ouvriers

L84	dorso-lombalgie	10%
L99	autre mdie	10%
L87	inflammation artic	9%
L86	lombosciatique	8%
L18	douleur musculaire	6%
L03	pb lombaire	4%
L15	pb genou	4%
L83	sd cervical	3%
L79	entorse artic.	2%
L04	pb thorax	2%
	total 10 RC	59%
	autres RC	41%
	total 10 RC	100%

Tableau 29: **annexe n°18 6/6** Top 10 ostéoarticulaire chez les inactifs

4. DISCUSSION

La construction d'un score d'exposition aux conditions de travail

Dans l'enquête SIP, les personnes en emploi sont interrogées de manière détaillée sur leurs conditions de travail. Au total, ont été introduites 29 questions issues d'autres enquêtes portant sur les conditions de travail ou de la littérature, notamment épidémiologique, sur le lien entre expositions professionnelles et santé. Pour les expositions psychosociales en particulier, le questionnaire SIP repose sur les travaux du collègue d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail [Bodier et Gollac, 2011] (pour le libellé exact des questions, voir le questionnaire de l'enquête en ligne www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire_enquete_sip_2010.pdf).

Les 29 questions sont réparties en cinq groupes :

- **les contraintes horaires** : travail entre minuit et 5 heures du matin ; durée du travail souvent supérieure à 48 heures par semaine ; travail posté ; déplacements fréquents obligeant à dormir hors du domicile ; horaires irréguliers difficilement prévisibles ; journée de travail morcelée ;
- **les contraintes physiques** : travail physiquement exigeant ; port de charges lourdes ; postures pénibles ou fatigantes à la longue ; bruit ; froid, chaleur, humidité ou saleté ; vibrations ; produits nocifs ou toxiques ;
- **la latitude décisionnelle** ou **l'autonomie** : travail répétitif ; ne pas employer pleinement ses compétences ; avoir peu de liberté pour décider comment faire le travail ; ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité ;
- **les exigences du travail** : travail sous pression ; penser à trop de choses à la fois ;

penser encore à son travail avant de s'endormir ; effectuer une quantité de travail excessive ;

- **les autres contraintes organisationnelles** : devoir cacher ses émotions ; travailler avec la peur de perdre son emploi ; faire des choses que l'on désapprouve ; avoir peur pendant son travail ; vivre des tensions avec le public ; ne pas voir son travail reconnu à sa juste valeur ; difficultés à concilier travail et obligations familiales ; pas de bonnes relations de travail avec les collègues.

La fréquence des expositions est mesurée à partir de quatre modalités : jamais, parfois, souvent et toujours. Pour chaque question posée, on attribue une valeur en fonction de la réponse donnée par l'enquêté, de 0 pour « jamais » à 3 pour « toujours ». Un indicateur synthétique global est ensuite construit en sommant les indicateurs partiels, pondérés de façon à ce que chacun d'eux contribue pour 20 % à l'indicateur global. Ainsi le poids de chacune des cinq dimensions dans l'indicateur global est le même et ne dépend pas du nombre de questions du groupe. Le score global croit entre 0 et 15, en fonction du nombre de contraintes au travail déclarées.

Enfin, les personnes sont classées en fonction de leur situation vis-à-vis de la médiane du score de 2006. Ainsi, les personnes en emploi dont le score est strictement inférieur à la médiane de 2006 sont considérées comme bénéficiant de « bonnes conditions de travail », les autres de « mauvaises conditions de travail ».

Les résultats présentés dans ce dossier résistent à des modifications du choix du seuil au-dessus duquel le score correspond à de « mauvaises » conditions de travail.

Illustration 15: La construction d'un score d'exposition aux conditions de travail

BIBLIOGRAPHIE

- [1] *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Indicateurs_2009_2010__Inegalites_sociales_de_sante.pdf > (consulté le 22 octobre 2012)
- [2] GAULEJAC V. DE. *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Editions du Seuil, 2011. 334 p.(Economie humaine). ISBN : 9782021038958.
- [3] FAURE A. *L'intensification du travail et ses conséquences sur la santé : à partir d'une revue de la littérature* [En ligne]. Thèse d'exercice. [S.l.] : [s.n.], 2009. 124 p. Disponible sur : < <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=139712755> >
- [4] BAUDELLOT C., GOLLAC M. « Travailler pour être heureux ? » [s.l.] : [s.n.], 2012. Disponible sur : < http://www.alternatives-economiques.fr/travailler-pour-etre-heureux--par-christian-baudelot-et-michel-gollac_fr_art_169_18374.html > (consulté le 19 février 2012)
- [5] ASKENAZY P. *Sur les sources de l'intensification*. [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2005. p.217-236 p. Disponible sur : < http://doc.cee-recherche.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=78120 > (consulté le 12 août 2012)
- [6] THORWALD J. *Histoire De La Médecine Dans L'antiquité*. [s.l.] : Hachette, 1966. 329 p.
- [7] « Historique : Ma santé au travail, histoire de la santé et de la prévention au travail ». In : *Masantéautravail.com Serv. Interentreprises Santé Au Trav. Nord Isère* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.masanteautravail38.com/medecine-du-travail-le-saviez-vous/historique/> > (consulté le 21 octobre 2012)
- [8] DAVEZIES P. *Les maladies professionnelles* [En ligne]. *Dict. Hist. Philos. Médecine*. 2003. Disponible sur : < http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/Les_maladies_professionnelles.pdf > (consulté le 21 octobre 2012)
- [9] FRAIX N. « La santé au travail : bref aperçu historique ». In : *Educ. Santé Rhône-Alpes - IREPS* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2010. Disponible sur : < http://education-sante-ra.org/revue/04_art01.asp?id=277 > (consulté le 21 octobre 2012)
- [10] « Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir (rapport) ». In : *Sénat Un Site Au Serv. Citoyens* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.senat.fr/rap/r05-037-1/r05-037-127.html> > (consulté le 21 novembre 2013)
- [11] « Historique de la médecine et de la santé au travail ». In : *Médisis Santé Prév. Au Coeur Entrep. Beauvais Oise* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2004. Disponible sur : < <http://www.medisis.asso.fr/pages/sante/presentation.asp> > (consulté le 21 novembre 2013)

- [12] « Santé au travail et réforme législative en France ». In : *Santé Au Trav. Réforme Législative En Fr.* » *Médecine Trav. Net* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2012. Disponible sur : < <http://www.medecinedutravail.net/perspectives/sante-au-travail-et-evolution-legislative.html> > (consulté le 21 novembre 2013)
- [13] INSERM. *Stress au travail et santé Situation chez les indépendants* [En ligne]. avril 2011. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/mediatheque/infr.grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/texte-integral-stress-au-travail-et-sante> > (consulté le 14 décembre 2011)
- [14] VÉZINA M., BOURBONNAIS R., BRISSON C., TRUDEL L. « Définir les risques ». *Actes Rech. En Sci. Soc.* [En ligne]. 1 juin 2006. Vol. n° 163, n°3, p. 32-38. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3917/arss.163.0032> > (consulté le 22 novembre 2013)
- [15] GIORGIO M. T. « Mesure du déséquilibre “efforts-récompenses” : questionnaire de Siegrist | AtouSanté ». [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/> > (consulté le 22 novembre 2013)
- [16] « Définitions : travail, travaux - Dictionnaire de français Larousse ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/travail_travaux/79284 > (consulté le 25 novembre 2013)
- [17] GOLLAC M., VOLKOFF S. « La santé au travail et ses masques ». *03/2006* [En ligne]. 16 janvier 2014. n°163, p. 4-17. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3917/arss.163.0004> > (consulté le 16 janvier 2014)
- [18] SORIGNET P. E. « Danser au delà de la douleur ». *15/06/2006*. n°163, p. 46-49.
- [19] THÉBAUD-MONY A., BOUJASSON L., LEVY M., LEPETIT C., GOULIMALY P., CARTERON H., VINCENTI M. « Parcours-travail et cancers professionnels Recherche-action en Seine Saint Denis (France) ». *Mai 2003* [En ligne]. Vol. 5, n°1,. Disponible sur : < <http://www.pistes.uqam.ca/v5n1/articles/v5n1a2.htm> > (consulté le 25 novembre 2013)
- [20] THÉBAUD-MONY A., RÉSEAU SCOP 93. « A multidisciplinary network about occupational cancer in a Paris suburb, Seine-Saint-Denis (France), First results of a proactive research ». In : *Inst. Rech. Interdiscip. Sur Enjeux Sociaux* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2005. Disponible sur : < <http://iris.ehess.fr/document.php?id=262> > (consulté le 25 novembre 2013)
- [21] BOUVIER G. *L'enquête Handicap-Santé 2007 n°F1109* [En ligne]. octobre 2011. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1109.pdf > (consulté le 23 octobre 2012)
- [22] « INRS - Statistiques AT-MP 2011 de l' Assurance maladie ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.inrs.fr/accueil/header/actualites/statistiques-ATMP-2011.html> > (consulté le 25 novembre 2012)

- [23] DORMAN P. *The Economics of Safety, Health, and Well-being at Work: an Overview, InFocus Program on SafeWork, International Labour Organisation, The Evergreen State College International Labour Organisation, The Evergreen State College.* mai 2000.
- [24] DEBRAND T. *L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé* [En ligne]. [s.l.] : IRDES institut for research and information in health economics, 2011. Disponible sur : < <http://ideas.repec.org/p/irh/wpaper/dt41.html> > (consulté le 12 février 2012)
- [25] POTVIN L., MOQUET, MARIE-JOSÉ, JONES C. M. *Réduire les inégalités sociales en santé.* Saint-Denis [Seine-Saint-Denis] : Inpes, 2010. ISBN : 9782916192239 2916192239.
- [26] BERTRAND T., BADEYAN G., CASES C., CHAUVIN P., DURIEZ M., GRÉMY SABELLE, HALLEY DES FONTAINES V., JOUGLA E., OLIER L. « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Haut Conseil de la Santé Publique ». [s.l.] : [s.n.], 2009. Disponible sur : < <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113> > (consulté le 26 novembre 2013)
- [27] RAYNAUD D. *Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2005. Disponible sur : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er378.pdf> > (consulté le 12 janvier 2013)
- [28] FERLEY J. P., ROCHE-BIGAS B. *BAROMÈTRE SANTÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN VAGUE 2012 – Volet 1 : Baromètre professionnel Volet 2 baromètre patients.* [s.l.] : ORS, 2013.
- [29] GOLLAC M., BAUDELLOT C. « Salaires et conditions de travail ». *Econ. Stat.* [En ligne]. 1993. Vol. 265, n°1, p. 65-84. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3406/estat.1993.5759> >
- [30] CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI (FRANCE) G., MICHEL, VOLKOFF S. *La perception subjective du travail: rôle des identités de genre et des conditions d'emploi : quelques éléments d'analyse statistique.* Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi, 2006. ISBN : 2110961856 9782110961853.
- [31] PREMJI S. *ÉTUDE AUX MÉTHODES MIXTES SUR LA RELATION ENTRE L'ETHNICITÉ ET LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL.* Doctorat en Sciences de l'Environnement. [s.l.] : Université du Québec à Montréal, 2008.
- [32] THÉBAUD-MONY A. *L'industrie nucléaire: sous-traitance et servitude.* INSERM.Paris : Ed. Inserm : EDK, 2000. 272 p.(Questions en santé publique). ISBN : 2842540441 9782842540449 2855987822 9782855987828.
- [33] LETRILLIART L., MERCIER A., SUPPER I. *Protocole Etude ECOGEN.* 2011.
- [34] DARGENT S. *Influence de la catégorie socioprofessionnelle du patient sur les procédures de soins en cabinet de médecine générale.* AMIENS : UNIVERSITE DE

PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS, 2013.

- [35] « Définitions : inactif, inactive - Dictionnaire de français Larousse ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inactif_inactive/42107 > (consulté le 26 novembre 2013)
- [36] MAISON D. *Femmes au Foyer, Expériences sociales* [En ligne]. Dossiers d'études. Bordeaux : Université de Bordeaux 2, 2007. 260 p. Disponible sur : < http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_92_femmes_au_foyer.pdf > (consulté le 26 novembre 2012)
- [37] BARRERE-MAURISSON M.-A., BUFFIER-MOREL M., RIVIER S. *Partage des temps et des tâches dans les ménages* [En ligne]. Paris : La Documentation Française, 2001. (Cahier Travail et Emploi). Disponible sur : < <http://matisse.univ-paris1.fr/gdft/partage.pdf> > (consulté le 26 novembre 2013)
- [38] BARRERE-MAURISSON M.-A., RIVIER S. *Temps parental, parentalité et « parentalisme » A propos des nouvelles pratiques, institutions et régulations en matière de famille* [En ligne]. 16 avril 2002. Disponible sur : < <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/08/06/01/PDF/MABM-SR2002.pdf> > (consulté le 20 novembre 2012)
- [39] DJIDER Z. « Huit femmes au foyer sur dix ont eu un emploi par le passé ». In : *Insee - Trav.-Empl.* - [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1463 > (consulté le 28 novembre 2013)
- [40] SEURET F. « Femmes au foyer : des choix contraints ». *Altern. Econ. N°328* [En ligne]. octobre 2013. Disponible sur : < http://www.alternatives-economiques.fr/femmes-au-foyer-nbsp-des-choix-cont_fr_art_1251_65141.html > (consulté le 1 décembre 2013)
- [41] GRIMAULT V. « Santé : les étudiants passés au scanner ». *Altern. Econ. N°312* [En ligne]. avril 2012. Disponible sur : < http://www.alternatives-economiques.fr/sante-nbsp-les-etudiants-passes-au-_fr_art_1143_58490.html > (consulté le 1 décembre 2013)
- [42] « Etudiants : santé pour tous ! » In : *Altern. Econ. N°319* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2012. Disponible sur : < http://www.alternatives-economiques.fr/etudiants-nbsp-sante-pour-tous-nbsp_fr_art_1175_61356.html > (consulté le 1 décembre 2013)
- [43] NEVEU D. *Etude sur le stress des étudiants de troisième année de Licence en médecine, odontologie, psychologie et STAPS Promotions 2009 - 2010* [En ligne]. Département de l'Information Médicale, Hôpital Lapeyronie, 191, av. du Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier Cedex 5 : [s.n.], 2010. Disponible sur : < <http://www.lab-epsylon.fr/upload/enquete/Enquete-stress-etudiants-UM-2010-rapport.pdf> >
- [44] MOREL N. *QUELS SONT, EN MÉDECINE GÉNÉRALE, LES MOTIFS DE CONSULTATIONS DES ÉTUDIANTS ? Évaluation de la part psychologique des motifs.* GRENOBLE : FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE, 2013.

- [45] BLANCHET D., DEBRAND T., DOURGNON P., LAFERRÈRE A. *Santé, vieillissement et retraite en Europe* [En ligne]. 2007. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es403-404a.pdf > (consulté le 1 décembre 2013)
- [46] « Réforme des retraites ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.social-sante.gouv.fr/reforme-des-retraites,2780/> > (consulté le 7 décembre 2013)
- [47] ASKENAZY P. *Les désordres du travail : Enquête sur le nouveau productivisme*. Seuil.[s.l.] : [s.n.], 2004. (La république des idées).
- [48] CONINCK F. « Les bonnes raisons de résister au changement ». 1998.
- [49] ST PIERRE F. *La formation initiale des gestionnaires favorise-t-elle la santé mentale et physique des travailleurs?* Université LAVAL : [s.n.], 2007. 348 p.
- [50] MERCIER A., LETRILLIART L. *Etude ECOGEN : accéder à la « boîte noire » de la médecine générale. Parcours et premiers résultats* [En ligne]. 11/12. Disponible sur : < http://etudeecogen.fr/documents/ECOGEN_Congres_CNGE_Lyon_2012_complet.pdf >
- [51] *Etude 2941 ECOGEN. Représentativité des médecins*. [s.l.] : Service de biostatistiques ECOGEN, 2013.
- [52] « Insee - Définitions et méthodes - PCS 2003 - Catégorie socioprofessionnelle agrégée 5 Employés ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/n1_5.htm > (consulté le 15 janvier 2014)
- [53] « Insee - Définitions et méthodes - PCS 2003 - Catégorie socioprofessionnelle agrégée 6 Ouvriers ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/n1_6.htm > (consulté le 15 janvier 2014)
- [54] *Le carré de White* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/802/fichier_fiche1_carre_de_white0ec5f.pdf > (consulté le 22 février 2014)
- [55] DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE. *Séminaire de médecine générale*. 2013.
- [56] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Guide du parcours de soin Bronchopneumopathie obstructive* [En ligne]. février 2012. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_bpco_finale.pdf > (consulté le 15 janvier 2014)
- [57] « Insee - Définitions et méthodes - Population active ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/population-active.htm> > (consulté le 18 janvier 2014)
- [58] « Insee - Définitions et méthodes - Chômeur (BIT) ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible

sur : < <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/chomeur-au-sens-du-bit.htm> > (consulté le 18 janvier 2014)

- [59] SERVICE DE BIOSTATISTIQUE DES HOSPICES CIVILS DE LYON, LABORATOIRE BIOSTATISTIQUE SANTÉ UMR 5558. *Analyses descriptives complémentaires Projet 2941 ECOGEN*. Lyon : [s.n.], 2013.
- [60] DENIS RAYNAUD MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA FAMILLE DREES. *Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire* [En ligne]. février 2005. Disponible sur : < <http://doccismef.chu-rouen.fr/servlets/Simple?Mot=influence+des+caract%E9ristiques+socioprofessionnelles&aff=4&tri=20&datt=1&cis=cis&pha=pha&msh=msh&debut=0> >
- [61] « Insee - France - POP6 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle (Âge regroupé) ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP6&millesime=2010&niveau=2&nivgeo=FE&codgeo=1 > (consulté le 30 décembre 2013)
- [62] METTE C., DE RICCARDIS N., GONZALEZ L., COUTROT THOMAS. « Emploi, conditions de travail et santé des 30-50 ans : des trajectoires contrastées entre 2006 et 2010 ». In : *Insee - Trav.-Empl.* - [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FPORSOC13h_D2_emploi > (consulté le 28 novembre 2013)
- [63] FOURCADE N. *La santé des femmes en France* [En ligne]. [s.l.] : DREES Direction de l Recherche , des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2013. Disponible sur : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er834.pdf> > (consulté le 16 janvier 2014)
- [64] RAYNAUD D. *Les déterminants individuels des dépenses de santé* [En ligne]. [s.l.] : DREES, 2002. Disponible sur : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er182.pdf> > (consulté le 14 janvier 2014)
- [65] MONTAUT A. *Santé et recours aux soins des femmes et des hommes* [En ligne]. [s.l.] : DREES Direction de l Recherche , des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2010. Disponible sur : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf> > (consulté le 16 janvier 2014)
- [66] AÏACH P. *Femmes et hommes, des différences paradoxales* [En ligne]. 20 janvier 2003. Disponible sur : < http://www.emhf.org/resource_images/PierreAiach.pdf > (consulté le 16 janvier 1916)
- [67] INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). *Accidents du travail chez les seniors Moins fréquents mais des conséquences plus lourdes* [En ligne]. Paris : [s.n.], 2013. Disponible sur : < <http://www.inrs.fr/accueil/footer/presse/cp-accident-travail-senior.html> > (consulté le 12 janvier 2014)

- [68] INSERM. « La retraite c'est la santé ». 9 novembre 2009. p. 2.
- [69] « Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ». In : *Assur. Mal.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < <http://www.ameli.fr/employeurs/prevention/les-troubles-musculo-squelettiques-tms/les-tms-de-quoi-parle-t-on.php> > (consulté le 15 janvier 2014)
- [70] EUZENAT D. *L'EXPOSITION DES SALARIÉS AUX MALADIES PROFESSIONNELLES EN 2007* [En ligne]. [s.l.] : Analyses Dares Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques, 2010. Disponible sur : < <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2010-056-2.pdf> > (consulté le 15 janvier 2014)
- [71] « Un sondage ANACT-CSA sur les troubles musculosquelettiques (TMS) ». In : *ANACT Agence Natl. Pour Amélioration Cond. Trav.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2010. Disponible sur : < http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/tms?p_thingIdToShow=10511554 > (consulté le 15 janvier 2014)
- [72] LECLERC A., KAMINSKI M., LANG T. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action.* [s.l.] : [s.n.], [s.d.].
- [73] *Social determinants of health.* 2nd ed. Oxford ; New York : Oxford University Press, 2006. 366 p. ISBN : 9780198565895.
- [74] GRANGER B. « Les Français : les plus gros consommateurs de psychotropes ? » In : *Pour Sci.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2011. Disponible sur : < http://www.pourlascience.fr/ewb_pages/a/article-les-francais-les-plus-gros-consommateurs-de-psychotropes-26333.php > (consulté le 12 janvier 2014)
- [75] MELCHIOR M. « Le statut socioéconomique : un déterminant de la dépression persistante ». In : *INSERM* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2011. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/le-statut-socioeconomique-un-determinant-de-la-depression-persistante> > (consulté le 15 janvier 1915)
- [76] BLANPAIN N. « Insee - Population - L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent ». In : *INSEE* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], octobre 2011. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1372 > (consulté le 12 janvier 2014)
- [77] « Données de cadrage : la couverture maladie universelle (CMU) - IRDES ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMU.htm> > (consulté le 19 janvier 2014)
- [78] *Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? - Qes108.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes108.pdf> > (consulté le 19 janvier 2014)
- [79] « Données de cadrage : Les affections de longue durée (ALD) - IRDES ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/ALD/PrevalenceA> >

LD.htm#repart > (consulté le 19 janvier 2014)

- [80] « Indicateurs d'état de santé : Morbidité : Accidents du travail et maladies professionnelles - IRDES ». In : *Inst. Rech. Doc. En Econ. Santé IRDES* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSant e/ATMP.htm> > (consulté le 19 janvier 2014)
- [81] SOMMIER I. « Virilité et culture ouvrière : pour une lecture des actions spectaculaires de la CGT ». *13/03/06* [En ligne]. 1993. Disponible sur : < <http://conflits.revues.org/302> > (consulté le 16 janvier 2014)
- [82] CHARDON O. *De moins en moins d'inactifs entre la fin des études et l'âge de la retraite* [En ligne]. [s.l.] : INSEE, 2002. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip872.pdf > (consulté le 17 janvier 2014)
- [83] DE SAINT POL T. *La santé des plus pauvres Thibaut de Saint Pol, division Conditions de vie des ménages, Insee* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2007. Disponible sur : < <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1161/ip1161.pdf> > (consulté le 19 janvier 2014)
- [84] CHEVALIER F., MACARIO-RAT I., MANSUY A. « Insee - Travail-Emploi - Une photographie du marché du travail en 2007 ». In : *INSEE* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2008. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1206 > (consulté le 14 janvier 2014)
- [85] « MSA - Les chiffres utiles de la MSA ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.msa.fr/lfr/web/msa/etudes-statistiques/chiffres-utiles> > (consulté le 18 janvier 2014)
- [86] AFPA. « La France manque de pédiatres ». In : *Assoc. Fr. Pédiatrie Ambul. AFPA* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://lci.tfl.fr/science/sante/la-france-manque-de-pediatres-6227907.html> > (consulté le 21 janvier 2014)
- [87] « Données de cadrage : la couverture maladie universelle (CMU) - IRDES ». [s.l.] : [s.n.], 2014. Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMU.htm> > (consulté le 19 janvier 2014)
- [88] *Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? - Qes108.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes108.pdf> > (consulté le 19 janvier 2014)
- [89] GOLLAC M., VOLKOFF S. « La santé au travail et ses masques ». *03/2006* [En ligne]. n°163, p. 4-17. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3917/arss.163.0004> > (consulté le 16 janvier 2014)
- [90] « MSA - Les chiffres utiles de la MSA ». [s.l.] : [s.n.], 2014. Disponible sur : < <http://www.msa.fr/lfr/web/msa/etudes-statistiques/chiffres-utiles> > (consulté le 18 janvier 2014)

[91] « Insee - Travail-Emploi - Population active et taux d'activité selon le sexe et l'âge en 2012 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF03170 > (consulté le 28 novembre 2013)



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	13
SOMMAIRE.....	16
ABREVIATIONS.....	17
INTRODUCTION.....	18
CONTEXTE.....	21
1. HISTOIRE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL.....	22
1.1. Santé au travail, une préoccupation ancienne.....	22
1.2. Reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles.....	23
1.3. 20ème siècle, affirmation de l'organisation revendicative et politique de la classe ouvrière sur les questions de santé au travail	23
1.4. 21ème siècle, prise de conscience du stress au travail.....	24
2. DÉFINITIONS	26
2.1. Définition de la santé.....	26
2.2. Définition de la santé au travail.....	26
2.3. Définition et mesure du stress au travail	26
2.3.1. Le modèle «demande-autonomie» de Robert Karasek.....	27
2.3.2. Le modèle «déséquilibre effort/récompense» de Siegrist.....	27
2.3.3. Autres concepts.....	29
2.3.3.1. La justice organisationnelle.....	29
2.3.3.2. la qualité du leadership.....	29
2.3.3.3. les violences au travail.....	29
2.3.3.4. l'insécurité et la précarité au travail.....	29
2.3.3.5. le temps de travail prolongé.....	29
2.3.3.6. Score synthétique d'exposition à de mauvaises conditions de travail.....	30
2.4. Caractéristiques socio-professionnelles.....	30
2.5. Actifs/Non actifs.....	30
2.6. Définition du travail.....	31
3. PROBLÉMATIQUE DE LA SANTE AU TRAVAIL.....	32
3.1. Obstacles au lien santé/travail.....	32
3.2. Une prévalence importante des pathologies liées au travail..	33
3.3. Un problème de Santé Publique.....	34
3.4. Inégalités.....	35

3.4.1. Inégalités sociales des actifs.....	35
3.4.1.1. Des inégalités sociales de santé plus importantes en France que dans la plupart des autres pays Européens.....	35
3.4.1.2. Influence des inégalités sociales de santé sur la consommation de soins.....	37
3.4.1.3. Conditions de travail et salaire.....	38
3.4.2. Facteurs des inégalités de santé.....	38
3.4.3. Des inégalités hommes/femmes [30].....	39
3.4.4. Des inégalités ethniques.....	40
4. LA POPULATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	41
4.1. Une population peu étudiée.....	41
4.2. Actifs et non-actifs.....	42
4.2.1. La population active.....	42
4.2.2. La population inactive.....	44
4.2.2.1. Les femmes au foyer : des travailleuses inactives....	44
4.2.2.2. Des études quasi-inexistantes.....	45
4.2.2.3. Les étudiants.....	46
4.2.2.4. Les retraités.....	47
4.3. EVOLUTION DU MONDE DU TRAVAIL ET CONDITIONS DE TRAVAIL.....	48
4.3.1. Contexte.....	48
4.3.1.1. Mutation du monde du travail.....	48
4.3.1.2. Formation initiale des gestionnaires.....	49
MATERIEL ET METHODE.....	51
1. LES OBJECTIFS.....	52
1.1. Les objectifs de l'étude ECOGEN [33].....	52
1.2. Les objectifs de notre étude.....	52
2. MÉTHODES.....	53
2.1. Les investigateurs.....	53
2.2. Les critères d'inclusion.....	54
2.2.1. la classification internationale des soins primaires (CISP-2)	54
2.2.2. Le recueil de données	55
2.2.3. Représentativité nationale de l'étude.....	56
2.2.4. Financements.....	57
2.2.5. Données exploitées dans notre étude.....	57
2.3. Analyse statistique.....	60
RÉSULTATS.....	61

1. RÉSULTATS DE CONSULTATION DANS LA POPULATION ECOGEN TOTALE	62
1.1. Répartition des résultats de consultation par appareil dans la population étudiée, toutes CP confondues.....	62
1.2. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents dans la population ECOGEN totale	63
1.3. Répartition des RC par catégorie socioprofessionnelle	63
1.3.1. Les sept RC par appareil les plus fréquents.....	64
Claire PARKER Faculté de médecine de Limoges thèse	
11/02/2014 204/215.....	2
1.4. Les 10RC les plus fréquents dans chaque CSP.....	65
1.5. Répartition des RC par statut.....	69
1.5.1. Répartition des statuts par CSP dans la population ECOGEN.....	71
1.5.2. Pourcentage de chaque statut dans les CSP.....	72
1.6. Analyse des RC des enfants justifiant leur exclusion de l'étude spécifique de l'influence de la CSP sur les RC.	73
2. RÉSULTATS DE CONSULTATION DANS LA POPULATION ECOGEN ADULTE OU ACTIVE .	74
2.1. Résultats de consultation par appareil dans la population adulte ou active	74
2.2. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents dans la population ECOGEN adulte ou active.....	74
2.3. Résultats de consultation par CSP dans la population adulte ou active.....	77
2.3.1. Les 7 RC par appareil les plus fréquents par CSP.....	77
2.3.2. Les 7 RC par appareil les plus fréquents redressés par CSP	78
2.3.3. Cas particuliers.....	79
2.3.3.1. RC du chapitre grossesse par catégorie professionnelle	79
2.3.3.2. RC du chapitre social par catégorie professionnelle. .	80
3. RÉSULTATS DE CONSULTATION PAR ÂGE ET PAR SEXE.....	81
3.1. Résultats de consultation par âge.....	81
3.1.1. Répartition des RC par année en fonction de la CSP.....	81
3.1.2. Répartition des RC par tranches d'âges et par sexe.....	82
3.2. Résultats de consultation par sexe.....	83
3.2.1. Répartition par sexe des RC par CSP dans la population ECOGEN totale.....	84
3.2.2. Répartition par sexe des RC par appareil	85



3.2.3. Répartition hommes /femmes des RC par appareil dans la population ECOGEN totale.....	86
3.3. Résultats de consultation par sexe et par âge.....	87
3.3.1. Répartition par sexe du nombre de RC par tranches d'âges	87
3.3.2. Rapport femmes / hommes par tranches d'âges.....	88
3.3.2.1. Rapport femmes / hommes des 18-25ans.....	88
3.3.3.2 Rapport femmes/hommes des 26-40ans.....	89
3.3.2.1. Rapport femmes / hommes des 41-55ans.....	90
3.3.2.2. Rapport femmes / hommes des 56/65ans.....	90
3.3.2.3. Rapport femmes / hommes des plus de 65 ans.....	91
3.3.2.4. Ratio femmes / hommes des 25 RC les plus fréquents	92
4. CAS PARTICULIERS.....	93
4.1.1. Les travailleurs seniors.....	93
4.1.1.1. Les 10 RC du chapitre « social » les plus fréquents dans la tranche d'âges des 56-65ans.....	93
4.1.1.2. Les 10 RC du chapitre « psychologique » les plus fréquents dans la tranche d'âges des 56-65ans.....	94
4.1.2. Les affections ostéoarticulaires.....	95
4.1.2.1. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les agriculteurs	97
4.1.2.2. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les artisans	97
4.1.2.3. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les cadres.....	98
4.1.2.4. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les professions intermédiaires.....	98
4.1.2.5. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les employés.....	99
4.1.2.6. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les ouvriers.....	99
4.1.2.7. Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les non actifs.....	100
DISCUSSION.....	101
1. REPRÉSENTATIVITÉ NATIONALE DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE ECOGEN.....	102
2. ATOUTS ET LIMITES	104
2.1. étude ECOGEN.....	104

2.1.1. Atouts.....	104
2.1.2. Limites.....	104
2.1.2.1. Les biais.....	104
2.1.2.2. Un effectif d'agriculteurs faible.....	105
2.1.2.3. Sur ou sous évaluation de certains RC	105
2.2. Étude de l'influence des CSP sur les RC en médecine générale.	107
2.2.1. Atouts.....	107
2.2.2. Limites.....	107
3. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	109
3.1. Étude des catégories socioprofessionnelles.....	109
3.1.1. Comparaison des CSP ECOGEN avec les effectifs Français	109
3.1.2. Comparaison du nombre de résultats de consultation au nombre de consultations.....	113
3.1.3. Comparaison des CSP par sexe.....	114
3.1.4. Comparaison des CSP par âge.....	123
3.1.5. Résultats de consultation par CSP.....	128
3.1.6. Les affections ostéoarticulaires.....	129
3.1.7. Les affections psychologiques et cardiovasculaires.....	132
3.1.7.1. Les affections psychologiques.....	133
3.1.7.2. Les affections cardiovasculaires.....	134
3.1.8. Etude des statuts selon la CSP.....	136
3.2. Spécificités par CSP.....	139
3.3. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents.....	151
3.3.1. Comparaison du top 25 des RC avec les données de la SFMG.....	151
4. OUVERTURES.....	153
5. SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION.....	155
5.1. Représentativité nationale de l'étude.....	155
5.2. Description des CSP.....	155
5.3. Disparités hommes / femmes.....	156
5.4. Disparités par âge.....	157
5.5. Disparités par CSP.....	158
5.5.1. Les pathologies liées aux conditions de travail.....	158
5.5.2. Les statuts.....	159
5.5.3. Discussion des RC par CSP.....	159
CONCLUSION.....	162

ANNEXES.....	166
1. CONTEXTE.....	167
2. MÉTHODES.....	174
3. RÉSULTATS.....	176
4. DISCUSSION.....	193
BIBLIOGRAPHIE.....	194
TABLE DES MATIERES.....	203
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	209
TABLE DES TABLEAUX.....	210
TABLE DES GRAPHIQUES.....	212
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	215

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1: Diagramme de Karasek : Quatre situations de travail [13]	28
Illustration 2: Balance effort-récompense du modèle de Siegrist [15].....	28
Illustration 3: Carte des 27 facultés partenaires de l'étude ECOGEN [50]	53
Illustration 4: Le carré de White.....	102
Illustration 5: annexe n°1 1 /2 :Le questionnaire de Karasek 1.....	167
Illustration 6: annexe n°1 2/2 Le questionnaire de Karasek 2.....	168
Illustration 7: annexe n°2 1/3 Questionnaire de Siegrist	169
Illustration 8: annexe 2 2/3:Questionnaire de siegrist 2.....	170
Illustration 9: annexe 2 3/3 :Questionnaire de Siegrist 3.....	171
Illustration 10: annexe n°3 : La construction d'un score d'exposition aux conditions de travail.....	172
Illustration 11: annexe n°4 : Emploi du temps hebdomadaire des personnes en couple avec enfants	173
Illustration 12: annexe n°5 1/2: Classification Internationale des Soins Primaires	174
Illustration 13: annexe n°5 2/2:Classification Internationale des Soins Primaires	175
Illustration 14: Annexe n°6 : Feuille de recueil de données manuscrit en consultation.....	176
Illustration 15: La construction d'un score d'exposition aux conditions de travail.....	193

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Population active et taux d'activité selon le sexe et l'âge en 2012	43
Tableau 2: Population en emploi selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2012 [34] [91].....	43
Tableau 3: Top 10 des RC par CSP.....	66
Tableau 4: Répartition des RC par statuts dans la population ECOGEN totale.....	69
Tableau 5: Indicateurs de risque de TMS par CSP et sexe, en 2007 [70]	131
Tableau 6: Localisation des TMS, en 2007	132
Tableau 7: Relations directe et indirecte entre les facteurs psychosociaux et les pathologies cardiovasculaires selon un modèle biopsychosocial....	133
Tableau 8: L'espérance de vie à 60ans par sexe et CSP en 2000-2008 d'après les statistiques de l'INSEE.....	135
Tableau 9: Les inactifs selon les circonstances ayant entraîné l'inactivité	144
Tableau 10: annexe n°7 1/2: RC par appareil, âge et sexe ECOGEN.....	177
Tableau 11: annexe n°7 2/2: RC par appareil par âge et par sexe.....	178
Tableau 12: annexe n° 8: Top 25 des RC ECOGEN et ECOGEN adultes ou actifs.....	179
Tableau 13: annexe n°9: CSP par âge et sexe ECOGEN.....	180
Tableau 14: annexe n°10: statuts par CSP.....	181
Tableau 15: annexe n°11: Top 30 des RC des enfants.....	182
Tableau 16: annexe n°12: CSP par âge et sexe ECOGEN adultes ou actifs	183
Tableau 17: annexe n°13 1/2: RC par appareil, âge et sexe ECOGEN adultes ou actifs.....	184
Tableau 18: annexe n°13 2/2 RC par appareil, âge et sexe ECOGEN adultes ou actifs.....	185
Tableau 19: annexe n°14: RC par CSP, âge et sexe ECOGEN, adultes ou actifs.....	186
Tableau 20: annexe n°15 : RC par appareil ECOGEN, adultes ou actifs. .	187
Tableau 21: annexe n° 16 : Top 10 des RC "social" chez les travailleurs seniors.....	188
Tableau 22: annexe n° 17 : Top 10 des RC « psychologiques » chez les travailleurs seniors.....	188

Tableau 23: annexe n° 18 1/6 :Top 10 ostéoarticulaire chez les agriculteurs	189
Tableau 24: annexe n°18 2/6 :Top 10 ostéoarticulaire chez les artisans	189
Tableau 25: annexe n°18 3/6 : Top 10 ostéoarticulaire chez les cadres.	190
Tableau 26: annexe n°18 3/6 :Top 10 ostéoarticulaire. chez les prof. int.	190
Tableau 27: annexe n°18 4/6 :Top 10 ostéoarticulaire chez les employés	191
Tableau 28: annexe n°18 5/6 :Top 10 chez les ouvriers.....	192
Tableau 29: annexe n°18 6/6 Top 10 ostéoarticulaire chez les inactifs...	192



TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Indice relatif d'inégalité et intervalle de confiance à 95% selon l'étude de la mortalité toute cause par sexe et par population.....	36
Graphique 2: Espérance de vie à 35ans par groupe professionnel	36
Graphique 3: Etude transversale en médecine générale en Limousin par l'Observatoire Régional de la Santé.....	38
Graphique 4: Top 25 des RC de la SFMG 2009.....	41
Graphique 5: Inclusions des données dans l'étude ECOGEN [51].....	54
Graphique 6: RC par appareil dans la population ECOGEN totale.....	62
Graphique 7: Les 25 RC les plus fréquents dans la population ECOGEN totale.....	63
Graphique 8: Répartition des CSP dans la population ECOGEN totale.....	63
Graphique 9: Pourcentage des sept RC par appareil les plus fréquents par catégorie professionnelle dans la population ECOGEN.....	64
Graphique 10: Top 10 de chaque CSP réparti en 3 groupes: prévention, affections virales bénignes, pathologies chroniques.....	67
Graphique 11: Répartition des pathologies chroniques du top 10 par CSP.....	68
Graphique 12: Répartition des statuts dans la population ECOGEN totale.....	70
Graphique 13: Répartition des statuts dans chaque CSP dans la population ECOGEN.....	71
Graphique 14: Répartition des statuts dans chaque CSP.....	72
Graphique 15: Les 25 résultats de consultation les plus fréquents chez les enfants.....	73
Graphique 16: Résultats de consultation par appareil de la population ECOGEN adulte ou active.....	74
Graphique 17: Les 25 RC les plus fréquents dans la population ECOGEN adulte ou active..	75
Graphique 18: Les 25 RC les plus fréquents dans la population ECOGEN adulte ou active après addition des RC concernant les mêmes pathologies.....	76
Graphique 19: Rc par CSP dans la population ECOGEN adulte ou active.....	77
Graphique 20: Les sept RC par appareil les plus fréquents par CSP dans la population adulte ou active	77
Graphique 21: Les sept RC par appareil les plus fréquents redressés par les CSP.....	78
Graphique 22: RC du chapitre grossesse par CP dans la population ECOGEN adulte +30 apprentis<18ans.....	79
Graphique 23: RC du chapitre social par CP dans la population adulte ou active.....	80
Graphique 24: Répartition du nombre total de RC par catégorie professionnelle par âge.....	81
Graphique 25: Répartition des RC par tranches d'âges et par sexe.....	82
Graphique 26: Répartition par sexe de l'ensemble des RC dans la population ECOGEN totale et ECOGEN adulte ou active.....	83
Graphique 27: Répartition par sexe des RC par CSP dans la population ECOGEN totale.....	84
Graphique 28: Répartition par sexe des RC par appareil dans la population ECOGEN.....	85
Graphique 29: Proportion d'hommes et femmes par RC par appareil.....	86
Graphique 30: Taux de RC par sexe et par tranches d'âges.....	87
Graphique 31: Rapport femmes/hommes des RC par appareil des 18/25 ans.....	88
Graphique 32: Rapport femmes/hommes des RC des 26-40 ans.....	89
Graphique 33: Rapport femmes/hommes des RC par appareil des 41/55 ans.....	90
Graphique 34: Rapport femmes / hommes des RC par appareil des 56-65 ans.....	90
Graphique 35: Rapport femmes / hommes des RC par appareil des plus de 65ans.....	91

Graphique 36: Les 10 RC du chapitre « social » les plus fréquents dans la tranches d'âges des 56-65ans.....	93
Graphique 37: Les 10 RC du chapitre « psychologique » les plus fréquents dans la tranche d'âges des 56-65 ans.....	94
Graphique 38: RC ostéoarticulaires par CSP	95
Graphique 39: Résultats de consultation ostéoarticulaires redressés par CSP.....	96
Graphique 40: Les 10 RC ostéoarticulaires chez les agriculteurs.....	97
Graphique 41: Les 10 RC les plus fréquents chez les artisans.....	97
Graphique 42: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les cadres.....	98
Graphique 43: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les professions intermédiaires.....	98
Graphique 44: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les employés.....	99
Graphique 45: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les ouvriers.....	99
Graphique 46: Les 10 RC ostéoarticulaires les plus fréquents chez les inactifs.....	100
Graphique 47: Comparaison des CSP en France (INSEE 2010) aux pourcentages de RC dans la population ECOGEN.....	109
Graphique 48: Indice de dépenses de santé, à structures d'âge et de sexe identiques,selon la catégorie socioprofessionnelle	110
Graphique 49: Comparaison des populations actives d'après les statistiques de l'INSEE 2010 et les RC ECOGEN	111
Graphique 50: Nombre de RC redressé par les effectifs de plus de 15ans des CSP en France	112
Graphique 51: Nombre de RC par CSP dans la population ECOGEN adulte (inactifs adultes et étudiants cumulés).....	112
Graphique 52: Comparaison du nombre de consultations au nombre de RC par CSP.....	113
Graphique 53: Comparaison des rapports femmes/hommes entre la population Française et la population ECOGEN adulte.....	115
Graphique 54: CSP dans la structure Française INSEE 2010.....	116
Graphique 55: Effectifs par sexe des CSP redressés par les effectifs par sexe Français d'après les données de l'INSEE 2010.....	116
Graphique 56: Score moyen d'exposition aux risques professionnels par catégorie sociale chez les hommes.....	118
Graphique 57: Score moyen d'exposition aux risques professionnels par catégorie sociale chez les femmes.....	118
Graphique 58: Espérance de vie à 35ans par sexe pour les cadres et les ouvriers.....	120
Graphique 59: Espérance de vie avec et sans incapacité à 65 ans par sexe en 2008	121
Graphique 60: Santé perçue par sexe et classe d'âge en 2010 [63].....	121
Graphique 61: Comparaison du nombre de RC par tranches d'âges par CSP redressé par les effectifs Français INSEE 2010 en population active.....	123
Graphique 62: Les dépenses de soin par sexe et âge [64].....	125
Graphique 63: Nombre de RC par âge et par sexe dans la population ECOGEN sexe 1=hommes, sexe 2=femmes.....	128
Graphique 64: Effectifs des RC par âge et par sexe en France d'après les données de l'INSEE 2012.....	128
Graphique 65: Répartition du nombre d'ALD en 2010 par âge et sexe.....	137
Graphique 66: Proportion des statuts en France et dans l'étude ECOGEN.....	138
Graphique 67: Comparaison des taux de RC par âge et par sexe des inactifs à leurs effectifs français.....	141

Graphique 68: RC par tranches d'âges et par sexe redressés par les effectifs français chez les inactifs.....	142
Graphique 69: Perception par l'individu de son état de santé général selon le revenu.....	145
Graphique 70: Nombre de visites chez un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois selon le revenu.....	146
Graphique 71: Les 25 RC les plus fréquents relevés par l'Observatoire de Médecine Générale en 2009.....	151
Graphique 72: Les 25 RC les plus fréquents de l'Observatoire de Médecine Générale relevés en 1998.....	152

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.