TABLEAU DE BORD

Santé, sécurité, **conditions de travail** en région Centre

année 2013

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION REGIONALE DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI DU CENTRE

ORS Centre

Carsat Centre Retraite & Santé au travail

msa santé famille retraite services

SOMMAIRE

1 **Caractéristiques économiques de la région Centre 5**

Un salarié sur six travaille dans le secteur industriel 6
Près de 50 % des salariés travaillent dans des établissements de plus de 50 salariés 7
Un taux de chômage en hausse depuis 2008 7
Un taux de recours à l'intérim parmi les plus élevés 8
Les nouvelles formes d'emploi : quelle prévention en santé au travail ? 9
Les femmes dans l'emploi : plus souvent en CDD et à temps partiel 10

2 **Facteurs de pénibilité en région Centre 13**

Plus de la moitié des salariés sont exposés à au moins une contrainte physique marquée 15
Les rythmes de travail pénibles : une caractéristique du travail des ouvriers et des employés 15
Les ouvriers : les salariés les plus exposés à un environnement physique agressif 15
Cumul des expositions et pression temporelle 17

3 **Les accidents du travail 19**

Régime général
Une accidentologie en baisse depuis 2008... 20
...portée par un net recul dans le BTP et la métallurgie 21
Profil des accidentés : une méconnaissance de l'accidentologie selon le sexe 22
Répartition selon la taille des établissements 23
Causes des lésions 24
Régime agricole
Une accidentologie en baisse depuis 2007 26
Une fréquence élevée dans les secteurs des travaux forestiers et agricoles ainsi que chez les apprentis . . 26
Cause des lésions 27

4 **Les maladies professionnelles 29**

Régime général
Une fréquence stable des MP indemnisées depuis 2008 30
Les troubles musculo-squelettiques : des pathologies sous-déclarées 32
Régime agricole
621 maladies professionnelles indemnisées depuis 2005 33
Les cancers professionnels 35

5 **Les risques psychosociaux 39**

Les risques psychosociaux (RPS) : une notion plurifactorielle 40
Une prévalence élevée de la souffrance psychique en lien avec le travail en région Centre 41
La prévention des risques psychosociaux 42

Conclusion 44

Un tableau de bord sur la santé, la sécurité et les conditions de travail en région Centre

L'amélioration de la connaissance en santé au travail est un des trois axes d'action du Plan régional santé travail 2010 2014 (PRST) de la région centre.

Mieux connaître les caractéristiques en santé et sécurité au travail de notre région nous permettra de progresser sur les deux autres axes du PRST, c'est-à-dire sur le choix d'actions de prévention adaptées et sur les moyens à développer pour encourager les démarches de prévention des entreprises elles mêmes, notamment les petites et moyennes entreprises.

Dans cet objectif, cette deuxième édition du Tableau de bord sur la santé, la sécurité et les conditions de travail en région Centre a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé, sous le pilotage des préventeurs impliqués dans le Plan régional Santé Travail et sous la responsabilité de la Direccte.

Cette nouvelle édition est une actualisation des données disponibles en matière de santé au travail. Elle introduit également une réflexion sur la pénibilité, thématique nouvelle telle qu'elle est définie par la loi relative à la réforme des retraites

Le choix a été fait de présenter les données issues d'études et enquêtes réalisées au cours des trois dernières années dans le cadre du Plan Régional Santé Travail : une expérimentation sociale pilotée par la Direccte sur le suivi médical au travail des intérimaires, les contributions des médecins du travail aux enquêtes « Quinzaines des Maladies à Caractère Professionnel » et des équipes Santé Travail au dispositif Evrest (« Évolutions et Relations en Santé au Travail »), les diagnostics de la Carsat sur la « Sécurité au travail des intérimaires », une étude sur les fluides d'usinage menée par des médecins du travail et des IPRP, un accompagnement des entreprises pour la prévention des risques psychosociaux, un atelier de réflexion sur le recours à l'expertise des CHSCT. Sont également présentées des associations qui accompagnent les salariés dans leur dossier de demande de réparation.

Ce tableau de bord est ainsi le résultat de la collaboration des préventeurs et de la volonté partagée de donner une plus grande visibilité sociale des conditions de travail et de la santé au travail en région...

Michèle MARCHAIS,
Responsable du Pôle Travail, Direccte Centre.

1

Caractéristiques économiques de la région Centre

Quatrième région française par sa superficie (39 000 km²), la région Centre se classait 10e par sa population (2,5 millions d'habitants) en 2006 [10]. En 2008, elle compte 1 167 483 actifs (actifs occupés et chômeurs), soit 46,1 % de sa population totale [2].

Le secteur des services génère le plus d'emplois salariés en région Centre puisqu'environ 75 % des salariés y travaillent. Un salarié sur 6 travaille dans le secteur industriel, particulièrement développé dans les domaines pharmaceutique, cosmétique, électronique et automobile. L'économie de la région Centre, première région céréalière de France et d'Europe, est également fortement marquée par l'agriculture.

Cette première partie a pour objectif de mieux cerner le tissu économique de la région mais également de mettre l'accent sur certains aspects : recours à l'intérim, caractéristiques de l'emploi féminin et nouvelles formes de travail.

En 2008, la région Centre compte 1 167 483 actifs (actifs occupés et chômeurs), soit 46,1 % de sa population totale [2]. La population active devrait croître faiblement d'ici 2030 (+ 0,13 %), principalement par la hausse des taux d'activité [12].

Un salarié sur six travaille dans le secteur industriel

En 2010, 91,1 % des emplois sont salariés. Ces emplois sont concentrés dans les services, marchands (42,5 %) et non marchands (32,4 %) (figure 1). L'industrie réunit 17,2 % des emplois salariés et la construction 6,6 %. Les emplois salariés sont restés stables entre 2005 et 2010, à l'exception des secteurs agricole et industriel où ils enregistrent respectivement une baisse de 3,6 % et 2,9 %.

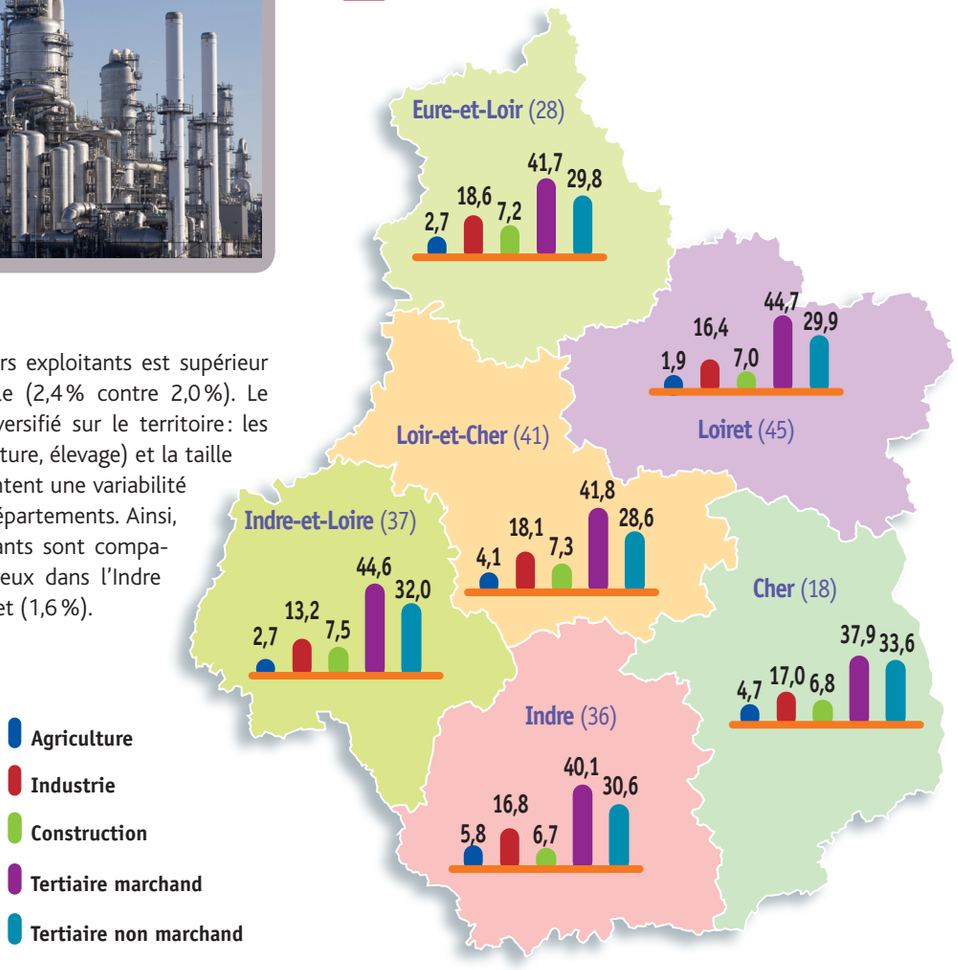
1 CARACTÉRISTIQUES ET ÉVOLUTION DE L'EMPLOI SALARIÉ EN RÉGION CENTRE EN 2005 ET 2010 (EN %)

Secteurs d'activité	Part des effectifs salariés dans chaque secteur en 2010	Évolution annuelle moyenne entre 2005 et 2010 (en %)
Agriculture	1,2	-3,6
Industrie	17,2	-2,9
Construction	6,6	1,1
Services marchands	42,5	1,1
Services non marchands	32,4	0,3
Ensemble	100,0	0,0

Source : Insee - Estimations localisées d'emploi.

Le taux d'agriculteurs exploitants est supérieur à la moyenne nationale (2,4 % contre 2,0 %). Le secteur agricole est diversifié sur le territoire : les activités pratiquées (culture, élevage) et la taille des exploitations présentent une variabilité importante selon les départements. Ainsi, les agriculteurs exploitants sont comparativement plus nombreux dans l'Indre (4,9 %) que dans le Loiret (1,6 %).

2 RÉPARTITION DE L'EMPLOI SALARIÉ EN RÉGION CENTRE PAR DÉPARTEMENT EN 2010

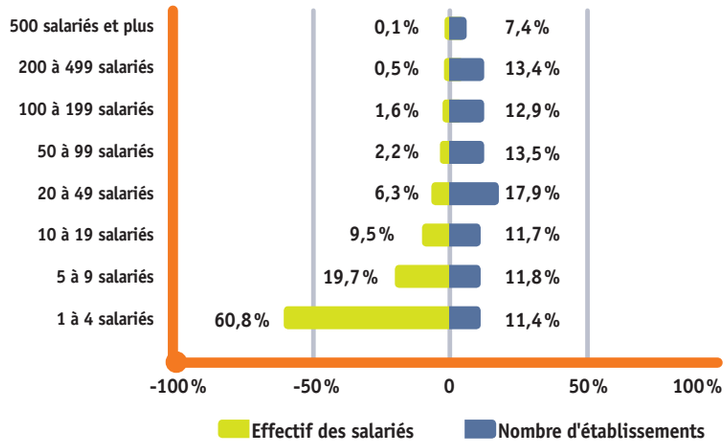


Source : Direccte Centre, Chiffres clés 2011

Près de 50 % des salariés travaillent dans des établissements de plus de 50 salariés

Les établissements privés de plus 50 salariés concentrent la moitié de l'effectif salarié en 2010 (figure 3). Les très petites entreprises (moins de 10 salariés) sont très présentes dans la région (80,5 % des établissements du secteur privé). Elles concentrent 23,2 % de l'effectif salarié en 2010.

3 RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS DU SECTEUR PRIVE EN RÉGION CENTRE SELON LEUR TAILLE (EN NOMBRE DE SALARIES ET NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS) EN 2010 (EN %)

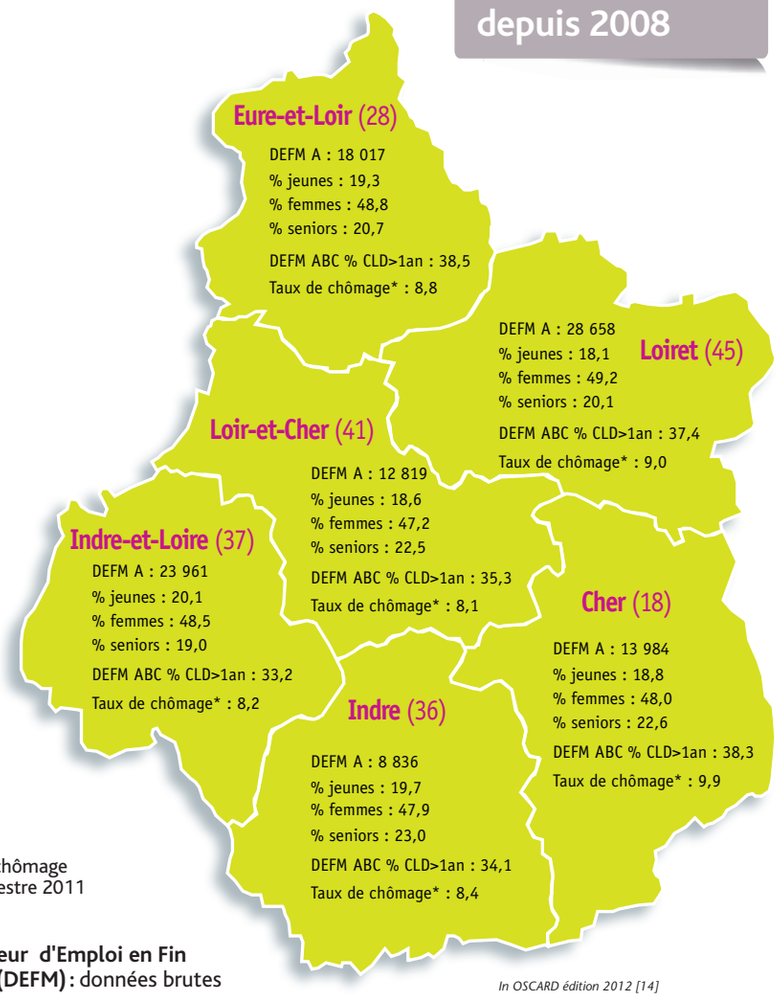


Source : Chiffres clefs en région Centre, édition 2011 – Exploitation ORS Centre

Le taux de chômage en région Centre est passé de 7,0 % en 2008 à 8,7 % en 2009 ; il atteint 8,4 % en 2010 et 8,7 % en 2011. Il est plus faible que la moyenne nationale (9,4 % en 2011). Le nombre de demandeurs d'emploi a augmenté de 21,9 % en 2009 et de 2,7 % en 2010. La hausse du chômage durant la crise de 2008-2009 a été le fait de la baisse de l'emploi en intérim et de la non-reconduction des contrats à durée déterminée. Les licenciements économiques n'ont pas été à l'origine de l'augmentation des inscriptions à Pôle Emploi [2].
Les taux de chômage sont plus élevés dans le département du Cher (9,9 % en 2011), du Loiret (9,0 % en 2011) et de l'Eure-et-Loir (8,8 % en 2011). C'est aussi dans ces départements que le chômage a le plus progressé depuis 2008 [9].

4 SITUATION DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN RÉGION CENTRE FIN DÉCEMBRE 2011

Un taux de chômage en hausse depuis 2008



Sources : Direccte Centre, Insee, Dares, Pôle Emploi - IGN GEOFLA - Exploitation ORS Centre

Région Centre
DEFM A : 106 275
jeunes : 19,0
femmes : 48,5
seniors : 20,8
DEFM ABC % CLD>1an : 36,2
Taux de chômage* : 8,7

France hexagonale
DEFM A : 2 898 825
jeunes : 17,6
femmes : 47,9
seniors : 19,7
DEFM ABC % CLD>1an : 37,7
Taux de chômage* : 9,4

*Taux de chômage au 4e trimestre 2011

Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (DEFM) : données brutes

In OSCARD édition 2012 [14]

Les ruptures conventionnelles

La loi du 25 juin 2008 sur la modernisation du marché du travail définit le cadre légal des ruptures conventionnelles de contrat. La rupture conventionnelle se distingue du licenciement et de la démission dans le sens où elle ne peut être imposée à l'une des parties. Elle repose sur la volonté commune de l'employeur et du salarié de rompre le contrat de travail selon une procédure définie. Les ruptures conventionnelles ne peuvent être mobilisées dans certains contextes (plan de sauvegarde des emplois, accords collectifs de GPEC).

En région Centre, 13 961 ruptures conventionnelles de contrat ont été homologuées depuis août 2008, dont 7 537 en 2010.

Sources : www.travail-emploi.gouv.fr

Direccte Centre, 2011, « Chiffres clefs - Éditions 2011 », 50 p. www.centre.direccte.gouv.fr

POUR EN SAVOIR PLUS :
www.direccte.gouv.fr

Un taux de recours à l'intérim parmi les plus élevés

Le CDI à temps complet est le contrat de travail le plus fréquent en 2007 : il concerne 67,9 % des salariés de la région. Parmi les formes particulières d'emploi, les CDD et l'intérim sont les plus répandus (respectivement 8,6 % et 6,2 % des salariés en 2007). La région présente certaines particularités : le CDD y est moins fréquent que dans les autres régions, en raison d'une plus faible tertiarisation de l'activité [7]. A contrario, elle présente un taux de recours à l'intérim parmi les plus élevés : 4,0% contre 3,1 % au niveau national en 2010. La durée des missions y est également plus longue (1,8 semaine en région Centre contre 1,7 au niveau national). Très sensible aux variations de l'activité, le nombre d'emplois intérim en équivalent temps plein a enregistré une baisse de 12,2 % depuis 2008 malgré une reprise de l'activité en 2010. Le recul a été particulièrement fort dans le secteur industriel (-44,7 % des emplois intérim en ETP entre 2008 et 2009), qui concentre la moitié des emplois intérimaires (figure 5). Ce sont surtout les travailleurs récemment entrés dans l'intérim qui ont été touchés par la baisse de l'activité [2]. En 2010, la reprise de l'embauche en intérim est notable dans l'industrie (+31,8 %) et dans le tertiaire (+11,9 %). Dans la construction, qui concentre 15,3 % des emplois intérim ETP en 2010, la tendance est stable depuis 2009 (-0,3 %).

5 STRUCTURE ET ÉVOLUTION DES EMPLOIS INTÉRIMAIRES ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN EN RÉGION CENTRE PAR SECTEURS D'ACTIVITÉ

	2007	2008	2009	2010
Industrie				
Nombre d'emplois intérim en ETP	16 392	14 733	9 351	12 892
Part du secteur (en %)	51,9	50,9	44,4	50,7
Évolution année n/n-1 (en %)		-10,7	-44,7	31,8
Construction				
Nombre d'emplois intérim en ETP	4 800	4 650	3 891	3 879
Part du secteur (en %)	15,2	16,1	18,5	15,3
Évolution année n/n-1 (en %)		-3,2	-17,8	-0,3
Tertiaire				
Nombre d'emplois intérim en ETP	9 804	9 208	7 607	8 568
Part du secteur (en %)	31,0	31,8	36,1	33,7
Évolution année n/n-1 (en %)		-6,3	-19,0	11,9
Ensemble				
Nombre d'emplois intérim en ETP	31 613	28 944	21 057	25 407
Part du secteur (en %)	100	100	100	100
Évolution année n/n-1 (en %)		-8,8	-31,5	18,7

Source : Chiffres clefs en région Centre (2011, 2010, 2009, 2008) Exploitation : ORS Centre

Le calcul du volume d'emplois en intérim (ETP)

Les statistiques sur le volume d'emplois en intérim varient selon les sources utilisées. Ces différences s'expliquent par des modes de calcul différents.

Pour l'Insee, ce volume mesure le « rapport du nombre total de semaines de travail réalisées par les intérimaires sur le nombre de semaines ouvrées de la période ». Par convention, ce nombre est fixé à 52 semaines pour une année. Cette convention de calcul conduit à sous-estimer légèrement l'équivalent-emplois à temps plein, dans la mesure où une partie des missions ne comptabilise pas les périodes de congés.

Pour la Carsat, selon l'arrêté du 17 octobre 1995 (modifié par l'arrêté du 28 mars 2011 - art. 1), l'effectif des salariés des établissements de travail temporaire (personnel visé par l'article L. 1251-16 du code du travail), est égal à la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour de chaque mois de la dernière année connue.

Source : Carsat

Les nouvelles formes d'emploi : quelle prévention en santé au travail ?

L'auto-entreprenariat, les prestations de service international et les aides à la personne sont trois catégories d'emploi qui se développent dans la région. Parce qu'elles s'éloignent des formes traditionnelles du salariat ou de l'emploi indépendant, ces nouvelles formes de travail interrogent l'action possible des préventeurs.

***Le statut d'auto-entrepreneur**, créé en 2008, est un régime dérogatoire de l'entreprise individuelle. Il est accessible à toute personne physique souhaitant exercer une activité artisanale, commerciale ou indépendante à titre principal ou accessoire. L'auto-entrepreneur bénéficie d'un régime social particulier, le régime micro-social. Il est affilié au RSI.*

Le statut d'auto-entrepreneur s'est fortement développé dans la région [7]. Le taux de créateurs d'entreprises sous statut d'auto-entrepreneur y est supérieur à la moyenne nationale (61% contre 56% au niveau national en 2009). En 2011, les immatriculations d'auto-entreprises concernent principalement 4 secteurs d'activité : le commerce, les transports, l'hébergement et la restauration (28,8%), le soutien aux entreprises (19,2%), les activités de service (hors enseignement, santé, action sociale/activités immobilières/activités financières et d'assurance/information et communication) (16,8%), la construction (14,5%). Les auto-entrepreneurs sont très présents dans le domaine de l'information et de la communication et dans le secteur des services aux ménages.

Dans un tiers des cas, le recours à l'auto-entreprenariat est une alternative au chômage, une manière d'assurer son propre emploi [13]. L'activité exercée se caractérise par une forte fréquence des reconversions professionnelles : la moitié des auto-entrepreneurs créent leur entreprise dans un secteur différent de leur métier de base. Cette activité est souvent directement exercée chez le client.

*Le secteur de l'**aide à domicile** est une activité en pleine expansion dans la région. Il concerne le maintien à domicile des personnes âgées et l'accompagnement global des familles (ménage, garde d'enfants, etc.) [1]. Les travailleuses de ce secteur - 99% sont des femmes - exercent souvent à temps partiel et cumulent les statuts d'emploi : salariées d'une structure, souvent associative, et prestataires indépendantes pour un bénéficiaire employeur. Elles sont soumises à des risques professionnels spécifiques, accrus par les changements quotidiens de lieux d'activité. Cette caractéristique essentielle de l'activité nécessite une adaptation permanente à des espaces, à des équipements, à des consignes différents. Le risque psychosocial est important du fait de la charge mentale associée à la prise en charge de personnes dépendantes et d'un statut associé à la domesticité. La structure des accidents du travail chez les travailleurs des structures d'aides et de soin à domicile présente des particularités significatives : les accidents de plain-pied et les accidents divers (jeux, rixes, agents matériels non classés) y sont plus fréquents que dans l'ensemble de la population [3]. Les personnes accidentées souffrent plus fréquemment de lombalgies. Les risques ne sont pas homogènes au sein de ce secteur d'activité : les structures de l'aide à la personne et celles associant l'aide et le soin ont une sinistralité plus forte que les structures spécialisées dans le soin. La prévention des risques professionnels dans ce secteur passe par une analyse de l'organisation générale du travail au sein de la structure et de la coordination de l'activité quotidienne des personnels [1].*

*Une entreprise étrangère (dont le siège social est établi hors de France) peut détacher, de façon temporaire, ses salariés en France dans le cadre de **prestations de service internationales**. Ces prestations sont encadrées par les articles R1261-1 à R1264-3 du Code du travail. Elles se réalisent « dans le cadre d'un contrat conclu entre une entreprise prestataire et un bénéficiaire, moyennant un prix convenu entre eux. La prestation de services est par nature temporaire et a pour objet la réalisation d'un travail spécifique selon des moyens propres et un savoir-faire particulier. Elle s'opère notamment dans le cadre d'opérations de sous-traitance. » (L.1262-1.1 du Code du travail). La prestation de service internationale englobe les mobilités professionnelles au sein d'une même entreprise ou entre des entreprises appartenant à un même groupe, le détachement de salariés et la mise à disposition de salariés au titre du travail temporaire. Les entreprises réalisant une prestation de service internationale en France doivent en faire la déclaration à l'Inspection du travail du lieu d'activité où s'effectue la prestation. Les règles françaises du Code du travail doivent être appliquées par les employeurs étrangers en matière de salaire minimum, de durée du travail et de conditions de travail.*

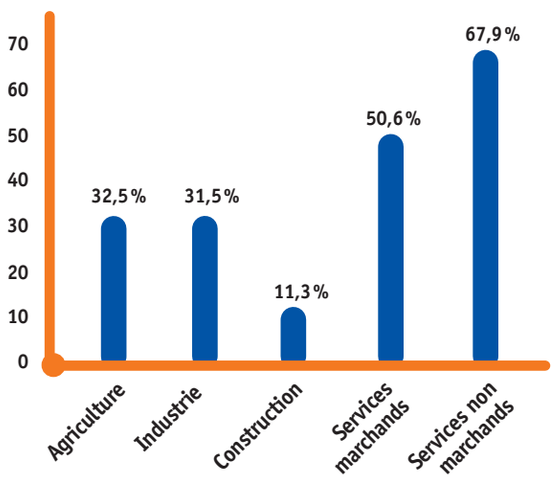
En 2011, le BTP concentre le plus de jours travaillés en prestations de service internationales, suivi de l'industrie et du travail temporaire. L'agriculture regroupe 4% des jours travaillés dans ce cadre. La région Centre se distingue par un fort recours à ces prestations en agriculture : un tiers des jours détachés dans ce secteur en 2011 concernent une entreprise ou une exploitation de la région. Les travailleurs en prestation de service internationale viennent principalement du Luxembourg, de la Pologne et de l'Allemagne. La présence du Luxembourg s'explique par l'immatriculation d'un grand nombre d'entreprises de travail temporaire. Un tiers des déclarations de prestations de service internationales enregistrées par l'Inspection du travail est le fait d'entreprises basées en Roumanie, au Portugal, en Espagne, en Belgique, en Italie et en Slovaquie.

Les femmes dans l'emploi : plus souvent en CDD et à temps partiel

La région Centre présente le troisième taux d'activité féminine après les régions Ile-de-France et Pays de la Loire : 69,2 % des femmes sont en emploi ou en recherche d'emploi. Les femmes sont majoritairement présentes dans le secteur tertiaire (figure 6). Elles représentent 67,9 % des salariés du secteur tertiaire non marchand et 50,6 % des salariés du secteur tertiaire marchand. Le taux de féminisation des emplois est plus faible dans la construction (11,3 %). En raison de leur situation d'emploi, les femmes sont moins touchées que les hommes par la baisse des emplois dans la région, qui a principalement concerné les secteurs agricole et industriel.

Les femmes exercent le plus souvent des emplois peu qualifiés et en contrat à durée indéterminée. Parmi les formes particulières d'emploi (CDD, intérim, apprentissage, contrats aidés, temps partiel), les femmes sont plus fréquemment en CDD que les hommes, ont moins souvent recours à l'intérim et occupent majoritairement les emplois à temps partiel [7]. En région Centre, le temps partiel (en CDI et en CDD) est moins répandu qu'au niveau national : 26,4 % des femmes sont à temps partiel en région Centre contre 28,8 % en France métropolitaine.

6 TAUX DE FÉMINISATION DES EMPLOIS SALARIÉS EN RÉGION CENTRE EN 2009 (EN %)



Source : Insee, Recensement de la Population 2009 exploitation complémentaire lieu de travail.

Grossesse et travail

La protection des salariées enceintes renvoie à l'obligation pour les employeurs de prévenir les risques professionnels. À travers l'évaluation des risques, l'entreprise doit identifier les situations et procédés de fabrication susceptibles d'exposer les salariées notamment à des agents toxiques pour la reproduction. Certains postes de travail sont interdits aux femmes enceintes : les postes comportant des risques biologiques (toxoplasmose, rubéole), des risques chimiques (exposition à l'arsenic, au benzène, aux esters thiophosphoriques, aux hydrocarbures aromatiques, au mercure, aux pesticides, aux solvants, aux toxiques pour la reproduction), des risques physiques (engins à air comprimé, milieu hyperbare, expositions au rayonnement ionisant, au rayonnement cosmique). Le travail de nuit ainsi que la manutention de charges lourdes (dont le poids ne peut excéder 25 kg pour une femme) et sont également réglementés.

Les femmes enceintes n'ont pas obligation de révéler leur grossesse à leur employeur sauf si elles demandent à bénéficier des dispositions relatives à la protection des femmes enceintes. Durant leur grossesse, elles bénéficient d'un suivi médical renforcé par le médecin du travail qui consiste en l'information sur les risques, une surveillance clinique et une demande d'aménagement du poste de travail si nécessaire. Dans le cas de poste à risque ou de travail de nuit, l'employeur doit proposer un reclassement ou un aménagement du poste de travail suivant les conclusions et l'avis d'aptitude du médecin du travail. Lorsque la salariée occupe un poste de travail l'exposant à des risques déterminés par décrets, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi (ordonnance 2001-173 du 22 février 2001). Une Allocation journalière versée par les CPAM peut être accordée en cas d'absence de reclassement dans certaines expositions professionnelles (reprotoxiques de catégorie 1 et 2, Benzène - Agents biologiques (rubéole et toxoplasmose), Plomb, Produits antiparasitaires, Travail en milieu hyperbare).

Les recherches ont montré l'importance de s'attacher à des critères concernant les situations de travail et leur vécu par les salariées pour définir le maintien en emploi durant la grossesse. En outre, les chercheurs recommandent de porter attention à l'état de fatigue déclaré par la femme. Les mesures de prévention concernant les femmes enceintes doivent prendre en compte ces recommandations.

Sources : www.travailler-mieux.gouv
INRS, 2010, « Grossesse et travail - actes du symposium INRS - Cram Midi-Pyrénées », Documents pour le médecin du travail, n°123.

ZOOM

LA SANTÉ AU TRAVAIL DES INTÉRIMAIRES EN RÉGION CENTRE

TRAVAILLEUR INTÉRIMAIRE… ET APRÈS ? ANALYSE DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL DE SALARIÉS INTÉRIMAIRES ET EX-INTÉRIMAIRES

La population interviewée pour cette recherche ressemble sur bien des points à la population intérimaire de France : majoritairement masculine, ouvrière, peu qualifiée et travaillant dans l'industrie et le BTP. Sa moyenne d'âge est cependant plus élevée que celle de la très jeune population intérimaire dont la moitié en France a moins de 30 ans. En effet, nous avons fait le choix de rencontrer également d'anciens intérimaires afin de comprendre comment la condition intérimaire peut s'arrêter et ce qu'il advient alors. La plupart de nos interviewés sont arrivés dans l'intérim tout simplement pour accéder à l'emploi, souvent en pensant bénéficier de rémunérations plus avantageuses et, parfois, mais bien plus rarement, pour l'indépendance et la liberté procurées. Bien peu ne sont « qu'intérimaires », ils alternent, cumulent et composent avec les statuts poreux de la précarité : CDD, emplois aidés, formations rémunérées, chômage, minimas sociaux, flirtent souvent avec le seuil de pauvreté et complètent parfois les fins de mois difficiles avec un peu d'activité non déclarée. Certains ont eu de courtes missions sans cesse renouvelées dans la même entreprise, d'autres essaient tant bien que mal de se maintenir à un niveau d'emploi suffisant. Tous craignent la crise et ses répercussions. La plupart rêvent d'un CDI leur permettant de « se poser », de se loger plus facilement, d'accéder au crédit et à la propriété.

Disponibles, ballotés au gré des missions et de leurs arrêts, leurs conditions de travail les exposent fréquemment à des atteintes à la santé physique et mentale. Il existe ainsi des « enclaves intérimaires » où les conditions de travail ne progressent plus. Leur suivi médical est défaillant, se résumant souvent à « avoir sa VM (visite médicale) et son aptitude », sésames pour l'emploi, face à des médecins qui ignorent tout de leur passé et de leurs conditions de travail à venir. Or, quand le problème surgit (qu'il soit de santé, accident maladie, et il peut l'être, ou autre), les intérimaires montrent une réelle vulnérabilité. Ils échappent aux principaux filets de protection sociale mis en place pour les salariés (CPAM, Carsat, services de santé au travail…). Les droits spécifiques du Fastt (Fond d'aide sociale du travail temporaire) sont quant à eux utilisés par les intérimaires intégrés et actifs. L'intérimaire qui ne travaille plus n'est très vite plus rien : ni intérimaire, ni salarié… au mieux chômeur et encore, à condition que ses droits à l'assurance chômage ne soient pas épuisés par les périodes d'inactivité entre des missions trop courtes pour les lui renouveler. Le retour à l'emploi tient alors à différents éléments bien aléatoires comme l'état du bassin local d'emploi, le profil de l'intérimaire (âge, secteur d'activité, qualification, expérience, état de santé) sa capacité et ses moyens pour rester mobile et « connecté » aux agences. Si ces conditions ne sont pas réunies, l'ex-intérimaire devenu chômeur peut rapidement devenir bénéficiaire des minimas sociaux (ASS, RSA) et se retrouver dans un processus « classique » d'exclusion : impayés, surendettement, menaces d'expulsion et… aide sociale.

Source : F. Barnier, Travailler dans l'intérim et après ? Analyse des conditions de vie et de travail de salariés intérimaires et ex-intérimaires, Rapport de recherche, Direccte-Université d'Orléans, sept 2012

LE SUIVI MÉDICAL AU TRAVAIL DES INTÉRIMAIRES : UNE EXPÉRIMENTATION SOCIALE EN RÉGION CENTRE

En 2008, la DRTEFP du Centre (ancienne appellation de l'actuelle Direccte Centre) a mis en place, avec le concours de deux services de santé au travail de la région Centre (AIMT 37 et CIHL 45), une expérimentation sociale visant à améliorer le suivi médical au travail des intérimaires qui avait comme principal objectif la réduction des inégalités de santé des travailleurs temporaires en région Centre.

Après 3 années de mise en application, une évaluation de cette expérimentation sociale a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé du Centre, afin de rendre compte de la plus-value et des faiblesses du dispositif. Elle s'appuie sur des entretiens menés auprès des professionnels impliqués dans ce projet (médecins du travail, secrétaires médicales et assistantes sociales) ainsi que d'intérimaires bénéficiaires du service social. En complément, des entretiens ont été réalisés auprès d'assistantes sociales intervenant dans les Conseils généraux, à la Carsat et au Fastt et de responsables d'agences d'intérim.

POUR EN SAVOIR PLUS :
www.orscentre.org/publications - Rubrique Santé et travail
www.centre.direccte.gouv.fr/le-suivi-medical-au-travail-des-interimaires-une.html

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Anact, 2006, Le travail dans le secteur de l'aide à domicile, 6 p. www.anact.fr

[2] Brefcentre, 2011, Une forte décélération de la hausse du nombre de demandeurs d'emploi en 2010, Synthèses n°138, www.centre.direccte.gouv.fr

[3] CNAMTS, 2009, Sinistralité 2008 des structures d'aide et de soin à domicile (SASAD), www.risquesprofessionnels.ameli.fr

[4] Dares analyses, 2011, Parcours des intérimaires : les intérimaires les plus expérimentés ont été moins touchés par la crise de 2008-2009, n°33, www.travail-emploi.gouv.fr

[5] Direccte Centre, Chiffres clefs - Édition 2011, 50 p., www.centre.direccte.gouv.fr

[6] Direction générale du travail, 2012, Analyse des déclarations de détachement des entreprises prestataires de services en France en 2011, 66p. www. sitere.travail.gouv.fr

[7] DRTEFP Centre, 2009, Les femmes en région Centre, 84p.

[8] Flash INSEE Centre, 2010, Les auto-entrepreneurs dynamisent la création d'entreprise en 2009, n°33, 6 p., www.insee.fr

[9] Flash INSEE Centre, 2011, Chômage fin 2010 en région Centre : légère amélioration mais inégale sur le territoire, n°41, www.insee.fr

[10] INSEE Centre, Données économiques et sociales du Centre, 2010, 205 p., www.insee.fr

[11] INSEE Centre Info, 2011, Les formes particulières d'emploi, moins présentes en région Centre qu'ailleurs, n°174, www.insee.fr

[12] INSEE première, 2011, La population active en métropole à l'horizon 2030 : une croissance significative dans dix régions, n°1371, 4p., www.insee.fr

[13] INSEE Résultats, 2012, Créations et créateurs d'entreprises sous le régime de l'auto-entrepreneur - Enquête auto entrepreneurs 2010, n°57.

[14] OSCARD 2012, Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux, www.observationsociale-centre.org

Facteurs de pénibilité en région Centre

La notion de pénibilité au travail a émergé dans le cadre de la loi sur la réforme des retraites du 9 novembre 2010. Cette loi définit la pénibilité au travail comme le fait d'être ou d'avoir été exposé, au cours de son parcours professionnel, à des risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé (article L. 4121-3-1 du Code du travail). Cette définition est le résultat d'un consensus entre les partenaires sociaux sur les liens entre activité professionnelle et altération de la santé.

Les données produites par le dispositif Evrest (EVolutions et RElations en Santé au Travail) se rapprochent au plus près de la définition retenue par le Code du travail et sont utilisées ici pour analyser les facteurs de pénibilité au niveau de la région Centre.

Facteurs de pénibilité en région Centre

La notion de pénibilité au travail est d'émergence récente, la loi sur la réforme des retraites du 9 novembre 2010 lui ayant donné un cadre légal. L'augmentation de l'âge de départ à la retraite, consécutive à cette loi, a eu pour effet d'ouvrir le dialogue social entre directions et partenaires sociaux, qui ont négocié des conditions de travail pour les salariés confrontés à des risques professionnels portant atteinte à leur santé. L'approche retenue ne met pas en évidence de nouveaux risques professionnels (ceux-ci étant déjà connus) mais répond à une demande sociétale de reconnaissance des conditions de travail nocives pour la santé des travailleurs.

Les incapacités développées suite à l'exposition à au moins une de ces contraintes sont un des critères permettant de justifier un départ anticipé à la retraite, un recours à une mesure d'allégement ou à une mesure compensatoire (art. L. 351-1-4 du Code du travail).

Les facteurs de pénibilité, tels qu'ils sont définis par le Code du travail, correspondent aux manutentions manuelles de charges, aux postures pénibles définies comme positions forcées des articulations, aux vibrations mécaniques, aux agents chimiques dangereux (y compris les poussières et les fumées), aux activités exercées en milieu hyperbare, au bruit, aux températures extrêmes, au travail de nuit dans certaines conditions, au travail en équipes successives alternantes et au travail répétitif.

Les données issues du dispositif Evrest (voir encadré) sont utilisées ici pour documenter ces facteurs de pénibilité au niveau de la région Centre.

Dispositif « EVolutions et RElations en Santé au Travail » (Evrest)

Le dispositif Evrest est un observatoire permettant d'analyser l'évolution de la santé des salariés en lien avec les conditions de travail. Il a pour objectif d'alimenter les réflexions en matière de prévention à tous les niveaux des collectifs de travail (entreprise, branche professionnelle etc.). Il repose sur la participation volontaire des médecins du travail.

En région Centre, le dispositif est utilisé essentiellement par des médecins du travail de services de santé inter-entreprises. Depuis 2007, 90 médecins du travail de la région Centre y sont inscrits. À l'heure actuelle, tous les secteurs d'activité ne sont pas représentés dans l'échantillon régional de salariés. La participation à venir de médecins du travail exerçant dans le secteur du BTP doit permettre d'améliorer les connaissances pour ces salariés.

L'observatoire est alimenté par des données collectées annuellement par les médecins et leurs infirmiers auprès d'un échantillon de leurs salariés (ceux nés en octobre des années paires), à l'aide d'un questionnaire standardisé. L'échantillon 2010-2011 est constitué de 1 927 salariés (dont 55,0 % d'hommes).

Source : http://evrest.istnf.fr

Un certain nombre d'informations recueillies dans le dispositif Evrest permettent de s'approcher (plus ou moins, selon les contraintes) des facteurs de pénibilité définis par le Code du Travail.

Facteurs de pénibilité au travail définis par le Code du Travail		Facteurs disponibles dans Evrest*
Contraintes physiques marquées	→ Manutentions manuelles de charges	→ Exposés aux efforts, port de charges lourdes (souvent)
	→ Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations	→ Exposés aux postures contraignantes (souvent)
	→ Vibrations mécaniques	→ Exposition aux vibrations
Environnement physique agressif	→ Agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées	→ Exposition aux produits chimiques* + exposition aux poussières, fumée
	→ Activités exercées en milieu hyperbare	→ - non-disponible -
	→ Bruit	→ Exposition au bruit > 80 db
	→ Températures extrêmes	→ Exposition au froid intense + Exposition à la chaleur intense
Rythmes de travail	→ Travail de nuit dans certaines conditions	→ Travail de nuit
	→ Travail en équipes successives alternantes	→ Horaires irréguliers ou alternés
	→ Travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini	→ Exposés aux gestes répétitifs* (parfois ou souvent)

** Les données issues du dispositif Evrest permettent d'appréhender un certain nombre de risques professionnels. Cependant, les indicateurs disponibles ne sont pas exactement transposables aux définitions du Code du Travail. Parmi les différences observées, la notion de dangerosité des agents chimiques présente dans le Code du Travail n'est pas disponible dans le dispositif Evrest. De même, la définition des "gestes répétitifs" telle qu'elle est utilisée dans Evrest est plus large que celle de la loi, laquelle cible avec précision la notion de cadence contrainte associée aux gestes répétitifs. La lecture de ce tableau comparatif est essentielle afin d'avoir connaissance de ces différentes nuances.*

Plus du tiers des salariés sont exposés à au moins une contrainte physique marquée

En région Centre, 37 % des salariés ont déclaré être exposés à au moins une contrainte physique marquée[1] : 28 % des femmes et 45 % des hommes se déclarent concernés.

L'exposition fréquente aux postures contraignantes et au port de charges lourdes ("souvent") concernent respectivement 20 % et 16 % des salariés. L'exposition aux vibrations est quant à elle déclarée par 20 % des salariés. La proportion d'hommes rapportant ces contraintes est plus élevée que la proportion de femmes concernant l'exposition aux vibrations (32 % des hommes contre 5 % des femmes) et le port de charges lourdes (18 % contre 15 % des femmes). Les postures contraignantes sont déclarées par 21 % des hommes et 19 % des femmes.

La catégorie socioprofessionnelle (CSP) la plus exposée aux contraintes physiques est celle des ouvriers pour laquelle près de 2 salariés sur 3 ont déclaré au moins une de ces contraintes. 28 % des employés et 19 % des professions intermédiaires sont concernés par ces expositions. Quant aux cadres, 11 % d'entre eux estiment être exposés à au moins une de ces contraintes.

Les rythmes de travail pénibles : une caractéristique du travail des ouvriers et des employés

En région Centre, 70 % des salariés sont exposés à au moins un rythme de travail pénible. Parmi les contraintes répertoriées dans Evrest, 59 % des salariés ont des gestes répétitifs "souvent ou parfois". Environ un quart des salariés déclarent travailler suivant des horaires irréguliers ou alternés. Le travail de nuit concerne 12 % des salariés.

Les femmes sont plus nombreuses à déclarer souvent des gestes répétitifs (62 % contre 56 % des hommes), alors que les hommes sont davantage exposés au travail de nuit (15 % et 7 % des femmes) et aux horaires irréguliers ou alternés (28 % et 24 %).

La pénibilité des rythmes de travail est principalement une caractéristique du travail des ouvriers, des employés, mais également des professions intermédiaires (respectivement 86 %, 74 % et 53 %). Elle concerne un cadre sur trois. L'exposition "parfois ou souvent" aux gestes répétitifs concerne 77 % des ouvriers et 63 % des employés contre 41 % des professions intermédiaires et 24 % des cadres. Les horaires irréguliers ou alternés sont également davantage déclarés par les ouvriers et les employés (respectivement 31 % et 28 % contre 23 % pour les professions intermédiaires et 14 % pour les cadres). Quant à l'exposition au travail de nuit, elle concerne davantage les ouvriers (17 %) et les professions intermédiaires (12 %) et moins fréquemment les employés (7 %) et les cadres (5 %).

Les ouvriers : les salariés les plus exposés à un environnement physique agressif

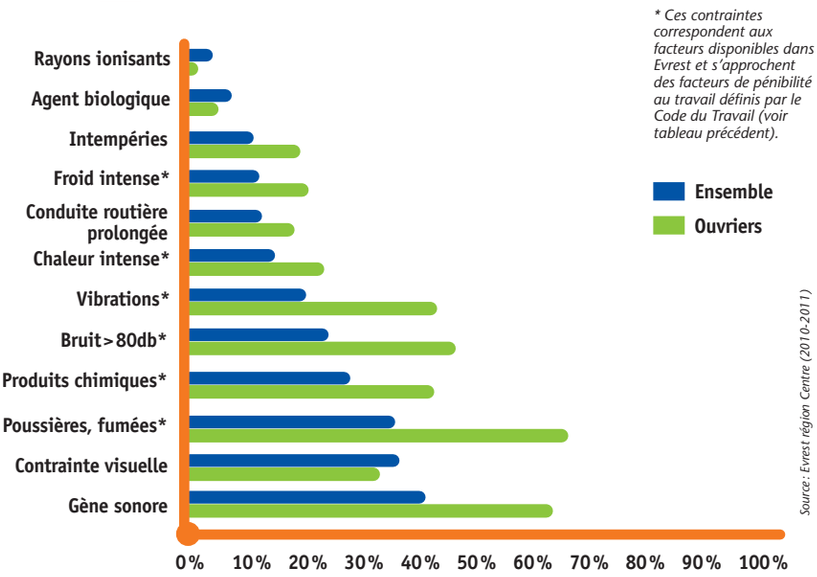
D'après le dispositif Evrest, 54 % des salariés de la région Centre sont exposés à un environnement physique agressif. Leur prévalence est différente selon le type d'exposition. Ainsi, 35 % des salariés ont déclaré être exposés aux poussières et fumées, 28 % aux produits chimiques et 24 % au bruit.

Les expositions varient selon les caractéristiques des salariés. 66 % des hommes exercent leur activité dans un environnement physique agressif (40 % pour les femmes).

1) L'indicateur "contrainte physique marquée" est construit en prenant en compte les salariés ayant déclaré être "souvent" exposés aux efforts/port de charges lourdes ; ayant "souvent" des postures contraignantes et étant exposés à des vibrations. Ces trois variables ne sont cependant pas mesurées de la même façon : les deux premières ont comme modalités de réponse "Oui, parfois/Oui, souvent/Non" et la troisième "Oui/Non".

▶ Ces expositions sont beaucoup plus présentes chez les ouvriers : ainsi, 82 % d'entre eux se déclarent exposés à au moins un facteur relatif à un environnement physique agressif. Ils sont 45 % chez les professions intermédiaires, 39 % chez les employés et 19 % chez les cadres. Concernant l'exposition aux poussières et fumées, par exemple, plus de 60 % des ouvriers y sont exposés contre 26 % des professions intermédiaires et 12 % des cadres.

1 PROPORTIONS DE SALARIÉS EXPOSÉS À DIFFÉRENTES CONTRAINTES EN RÉGION CENTRE (EN %)



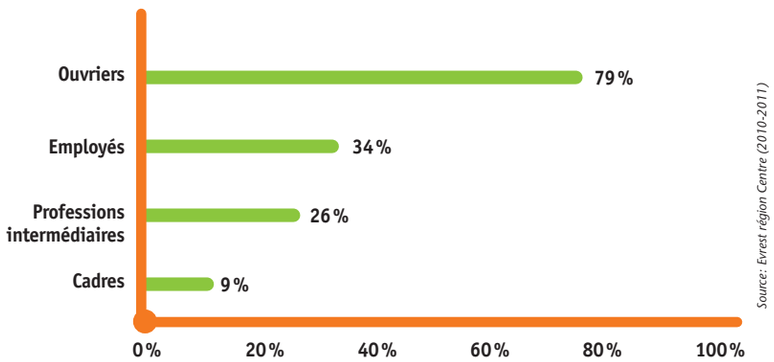
Analyse Collective des besoins – diAgnostiC terrItoriAl

Les services de santé au travail développent un nouvel outil qui doit permettre de compléter le diagnostic en santé au travail notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles et la pénibilité. Cet outil, Acacia, met en relation les données d'expositions (Sumer et Evrest) et les données de sinistralité (AT/MP) existantes au niveau de la région.

Cumul des expositions et pression temporelle

▶ En région Centre, 46 % des salariés cumulent au moins trois facteurs de pénibilité parmi les 11 décrits plus haut (35 % des femmes et 56 % des hommes). Le cumul des expositions concerne surtout les ouvriers : 79 % d'entre eux sont exposés à au moins trois facteurs de pénibilité.
38 % des salariés déclarent avoir des difficultés liées à la pression temporelle (cotation supérieure à 5 sur une échelle de 0 à 10). Les différences entre hommes et femmes sont faibles (respectivement 38 % et 39 %). Elles sont plus marquées entre les catégories socio-professionnelles : les professions intermédiaires (44 %) et les cadres (44 %) sont plus concernés que les employés (36 %) et les ouvriers (35 %).

2 PROPORTIONS DE SALARIES DÉCLARANT AU MOINS TROIS EXPOSITIONS A LA PÉNIBILITÉ SUR LEUR POSTE DE TRAVAIL (EN %)



▶ Les chiffres issus du dispositif Evrest montrent cependant que ces expositions ne sont pas toutes vécues comme des situations pénibles par les salariés. Le ressenti de la pénibilité est dépendant de la fréquence de l'exposition mais aussi de l'âge du salarié, de son état de santé, du cumul des expositions, de la pression temporelle sur le poste de travail [3]. L'analyse des situations de travail est donc essentielle pour comprendre comment ces expositions contribuent ou non à altérer la santé des salariés.

Sources d'informations statistiques sur les conditions de travail et les facteurs de pénibilité en région Centre

En région Centre, les principales informations sur l'exposition des salariés à la pénibilité sont fournies par le dispositif « Évolutions et relations en santé au travail » et le programme de « Surveillance des maladies à caractère professionnel ». Ces informations ne sont pas représentatives de la pénibilité à l'échelle de l'ensemble des salariés de la région. En effet, le taux de participation des médecins du travail, bien qu'élevé en région Centre, ne permet pas un échantillonnage représentatif de l'ensemble des salariés (l'intérim est notamment peu représenté) et des secteurs d'activité de la région. En outre, ces données statistiques mesurent la proportion de salariés déclarant être exposés à une contrainte professionnelle. Elles ne mesurent pas l'intensité de la pénibilité (ou exposition) mais permettent l'analyse des problèmes de santé des salariés au regard des contraintes professionnelles avec lesquelles ils déclarent travailler.

L'enquête nationale Sumer 2010

L'enquête Sumer est une enquête sur les expositions des salariés aux principaux risques professionnels, menée en 1994, en 2003 et en 2010 auprès d'un échantillon représentatif au niveau national. Cette enquête s'appuie sur des médecins du travail volontaires intervenant auprès de salariés du régime général et de la MSA.

Il existe des conditions spécifiques pour que cette enquête puisse avoir une déclinaison régionale.

Les expositions recueillies concernent l'organisation du travail (horaires, rythmes de travail, autonomie, relations avec le public, les collègues ou la hiérarchie) et l'exposition aux pénibilités physiques, aux agents biologiques et aux produits chimiques. Le protocole d'enquête est resté le même depuis 1994 afin de permettre le suivi des expositions dans le temps. En région Centre, une estimation des expositions à partir des données nationales est possible.

Les résultats de l'enquête Sumer 2010 montrent une stabilisation des rythmes de travail et des contraintes physiques ainsi qu'une diminution des expositions aux produits chimiques. A contrario, les comportements hostiles sont davantage ressentis par les salariés et l'autonomie des salariés les plus qualifiés diminue.

Source : Dares Analyses, 2012, « L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer », 10 p.

Les demandes de retraites anticipées pour pénibilité en région Centre

La loi de novembre 2010 sur la réforme de retraite augmentant l'âge légal à la retraite de 60 à 62 ans prévoit des possibilités de départ anticipé à 60 ans pour cause de pénibilité. Les assurés doivent justifier d'un taux d'incapacité permanente partielle lié à une maladie professionnelle ou à un accident du travail d'au moins 20 % ou compris entre 10 et 20 % avec un avis favorable de la commission pluridisciplinaire traitant ces demandes. Au 31 août 2012, 105 salariés ont bénéficié d'une retraite pour pénibilité en région Centre. 14 demandes ont été rejetées. La majorité des bénéficiaires sont des hommes.

Source : Carsat Centre

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Dares Analyses, 2010, « Les pathologies liées au travail vues par les travailleurs », n°80.

[2] Dares Analyses, 2012, « L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer », n°23.

[3] Evrest Résultats, 2012, « Qu'est-ce qui fait la pénibilité d'une posture contraignante ? », 4 p.

[4] Euzenat D., M. Mortezapouraghdam, S. Roux, 2011, « Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : conséquences sur les accidents du travail des salariés », Documents d'étude n°165, Dares, 127 p.

[5] Molinié A-F, Leroyer A., 2011, « Suivre les évolutions du travail et de la santé : Evrest, un dispositif commun pour des usages diversifiés », PISTES 13(2).

3

Les accidents du travail

Selon les articles L. 411-1 du Code de la sécurité sociale et L. 751-6 du Code rural, les accidents du travail sont les accidents survenant par le fait ou à l'occasion du travail. Ils comprennent les accidents avec et sans arrêt, les accidents ayant entraîné une incapacité permanente partielle, les accidents mortels et les accidents de mission [3]. En France, le risque d'accident du travail varie significativement selon les caractéristiques individuelles du salarié, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité et les conditions de travail [6]. Les salariés travaillant dans les secteurs de la construction, de l'agriculture, de l'industrie et des services aux particuliers sont davantage exposés au risque d'accident du travail. Le risque d'accident est également aggravé par les conditions de travail : l'exposition au bruit, le travail physique et les postures pénibles, les rythmes intenses de travail, la pression des collègues et les horaires imprévisibles et irréguliers sont autant de facteurs concourant au risque d'accident pour les salariés.

L'employeur a la responsabilité d'assurer la santé et de préserver la sécurité de ses salariés. Depuis 1991, les employeurs doivent évaluer les risques dans leur entreprise. Cette évaluation doit être formalisée dans un document spécifique, « le document unique », depuis novembre 2001. La prévention des accidents du travail suppose la suppression du danger ou du facteur de risque et la mise en place de protections collectives et individuelles. De nombreux acteurs interviennent dans la prévention des risques professionnels : la Sécurité sociale, l'Inspection du travail, les services de prévention des risques professionnels de la Carsat et de la MSA, les services de santé au travail, les CHSCT, l'Aract et l'OPPBTP [4].

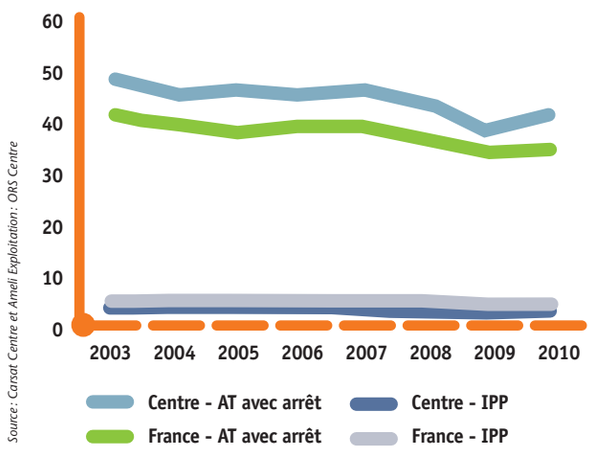
Le rapport Dirict (2008) [7] propose une estimation de la sous-déclaration des accidents du travail sans et avec arrêt à partir d'une comparaison des résultats obtenus dans l'enquête Conditions de travail (2005) de la DARES et des données de la CNAMTS pour la même année. En comparant ces données, il ressort que 45 % des AT sans arrêt et 5 % des AT avec arrêt ne seraient pas déclarés à la branche AT/MP de l'Assurance maladie.

Régime général

Une accidentologie en baisse depuis 2008...

En 2010, en région Centre, le régime général de la Sécurité sociale dénombre 26 515 accidents du travail avec arrêt (AT), soit une fréquence de 41,1 accidents pour 1 000 salariés (figure 1).

1 ÉVOLUTION DE L'INDICE DE FRÉQUENCE DES AT AVEC ARRÊT ET DES IPP* EN RÉGION CENTRE ET EN FRANCE ENTRE 2003 ET 2010 (EN ‰)



Cet indice est supérieur à celui observé au niveau national (36,0 ‰). Entre 2005 et 2007, on observait une stabilité de cet indice autant au niveau national que régional. La fréquence des accidents du travail avec arrêt s'est ensuite nettement réduite en région Centre, passant de 46,7 accidents pour 1 000 salariés en 2007 à 39,5 en 2009. Cette période a été marquée par une baisse significative de l'emploi intérimaire et de l'emploi dans le BTP, secteurs marqués par une forte sinistralité.

En 2003, les accidents du travail impliquant une incapacité permanente partielle (IPP) représentaient 2,6 accidents pour 1 000 salariés (figure 1). Leur fréquence est passée à 1,8 accident pour 1 000 salariés en 2010. Ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale (2,3 ‰ en 2010).

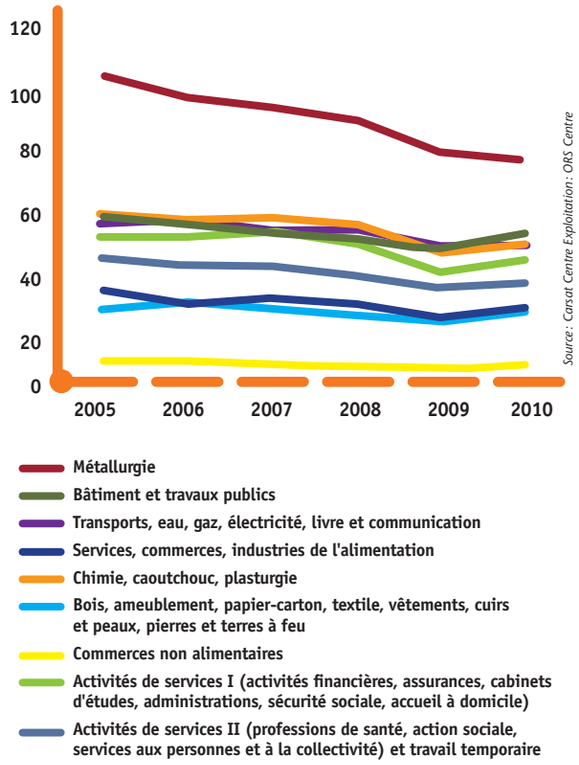
Entre 2008 et 2010, le régime général recense 66 accidents mortels en région Centre : près d'un tiers sont des accidents de mission (32 %) et un quart la conséquence de malaises ou de suicides (26 %). Les accidents liés à des chutes de hauteur et des chutes de plain-pied sont à l'origine de 25 % des décès au travail. Cette répartition des causes des accidents mortels ne s'est pas modifiée depuis 2003.

** Incapacité Permanente Partielle*

...portée par un net recul dans le BTP et la métallurgie

La fréquence des accidents du travail avec arrêt varie d'un secteur d'activité à l'autre. En 2010, elle est la plus élevée dans le secteur Bâtiment et travaux publics (79,9 ‰) et la plus faible dans le secteur Activités de service I (12 ‰) (figure 2).

2 ÉVOLUTION DE L'INDICE DE FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL AVEC ARRÊT PAR SECTEURS D'ACTIVITÉ EN RÉGION CENTRE (2005-2010) (EN ‰)



Le secteur du Transport-eau-gaz-électricité-livre et communication, le secteur du Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtements, cuirs et peaux, et les Services, commerces et industries de l'alimentation ont pour particularité de présenter une sinistralité très proche : en 2010, les indices de fréquence des accidents de travail sont autour de 53 ‰. Viennent ensuite les Activités de service II et travail temporaire (46,5 ‰), le secteur de la Métallurgie (39,2 ‰), le secteur de la Chimie-caoutchouc-plasturgie (31,3 ‰) et le secteur des Commerces non alimentaires (30,6 ‰).

La tendance à la baisse de la fréquence des accidents, observée dans la plupart des secteurs d'activité depuis 2005, s'est accélérée durant la crise de 2008-2009 pour ensuite se stabiliser en 2010. Les secteurs présentant les baisses les plus importantes sont le secteur des Bâtiment et travaux publics (-27,8 %), le secteur de la Métallurgie (-19,3 %), le secteur du Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtements, cuirs et peaux, pierres et terres à feu (-16,9 %) et celui de la Chimie, caoutchouc, plasturgie (-16,7 %).

La démarche de Progrès dans le BTP

Organisme paritaire de la branche BTP, l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBTP) a pour mission, notamment, de contribuer à la promotion de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ou à caractère professionnel, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises adhérentes. À cette fin, il participe à la veille, il conduit des études relatives aux conditions de travail et analyse les causes des risques professionnels. Il suscite les initiatives des professionnels de la branche du bâtiment et des travaux publics ainsi que de toutes les personnes qui interviennent dans le processus de la construction pour une meilleure prise en compte de la sécurité dans les procédés de fabrication. Il propose aux pouvoirs publics toutes mesures résultant du retour d'expérience organisé dans la profession, dans l'intérêt des chefs d'entreprises et des salariés.

L'OPPBTP exerce des actions d'information et de conseil en matière de prévention et contribue à la formation à la sécurité. Il est le partenaire naturel des services de santé au travail pour l'action auprès des entreprises du BTP. Adopté en novembre 2010, Horizon 2015 fixe les orientations stratégiques de l'OPPBTP pour les années 2010-2015. Ont notamment été retenus comme axes prioritaires :

1. *les actions par risques majeurs,*
2. *l'accompagnement des entreprises et le partenariat avec les services de santé au travail,*
3. *la promotion de la prévention,*
4. *la formation initiale*
5. *les actions auprès de la maîtrise d'ouvrage, de la maîtrise d'œuvre, des fabricants de matériels et matériaux.*

Pour la région Centre, près de 600 entreprises et les 5 CFA du Bâtiment ont réalisé une démarche de progrès avec l'OPPBTP.

Source : OPPBTP

En 2010, les accidents graves (avec incapacité permanente partielle) sont plus fréquents dans les secteurs du Bâtiment et des travaux publics (4,1 ‰) et du Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtements, cuirs et peaux, pierres et terres à feu (3,1 ‰) (figure). Le secteur des Activités de service I se distingue par une très faible fréquence de ces accidents (0,4 ‰).

L'indice de fréquence des accidents graves a baissé entre 2005 et 2010 dans l'ensemble des secteurs d'activité. Cette baisse est la plus forte dans les secteurs des Activités de service I (-48,0 %), de la Métallurgie (-37,5 %), des Commerces non alimentaires (-35,5 %), du Bâtiment et travaux publics (-34,7 %). La tendance à la baisse ne se confirme pas sur la période la plus récente (2008-2010) dans le secteur du Bâtiment et travaux publics, celui des Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication, celui des Services, commerces et industries de l'alimentation, celui de la Chimie-caoutchouc-plasturgie, et celui des Activités de service II et travail temporaire.

3 INDICES DE FRÉQUENCE DES IPP EN 2010 ET ÉVOLUTION ENTRE 2005 ET 2010 POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION CENTRE

Secteur d'activité (Comités Techniques Nationaux)	Indice de fréquence 2010 (en ‰)	Évolution 2008-2010	Évolution 2005-2010
Métallurgie	1,7	-6,3	-37,5
Bâtiment et travaux publics	4,1	9,0	-34,7
Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication	2,5	8,6	-20,2
Services, commerces, industries de l'alimentation	1,9	11,1	-5,9
Chimie, caoutchouc, plasturgie	1,6	41,9	-22,5
Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtements, cuirs et peaux, pierres et terres à feu	3,1	-4,3	-8,1
Commerces non alimentaires	1,2	-6,9	-35,5
Activités de services I (activités financières, assurances, cabinets d'études, administrations, sécurité sociale, accueil à domicile)	0,4	-9,9	-48,0
Activités de services II (professions de santé, action sociale, services aux personnes et à la collectivité) et travail temporaire	2,1	18,7	-13,7

Source : Carsat Centre Exploitation : ORS Centre

Profil des accidentés : une méconnaissance de l'accidentologie selon le sexe

La sociologie du travail a mis en exergue des conditions de travail, à emploi égal, différentes pour les hommes et les femmes [5]. Ces différences s'expriment dans les rapports sociaux, dans les métiers et les postes occupés, dans les tâches à effectuer, dans les techniques et les attitudes professionnelles mobilisées. Les études montrent ainsi que les expositions professionnelles et les risques pour la santé sont différents pour les hommes et les femmes au sein d'un même secteur d'activité [2]. Toutefois, ces résultats ne sont pas étayés par les données administratives. Les rapports de la CNAMTS et de la CCMSA sur la sinistralité ne présentent pas la fréquence des AT et des MP selon le sexe du salarié. La mise en relation des sources statistiques du régime général et du régime agricole avec les effectifs de salariés selon le sexe issus des DADS permettrait de mesurer l'impact de cette problématique sur le plan sanitaire.

À l'instar d'une étude menée par l'Anact [1], il est possible de proposer des pistes de réflexion sur la sinistralité selon le sexe dans les différents secteurs d'activité. Une analyse comparative des différents indicateurs disponibles (évolution du nombre d'accidents du travail avec arrêt selon le sexe, évolution des effectifs salariés, part des femmes accidentées et indice de fréquence des accidents avec arrêt) met en exergue des évolutions contrastées des accidents du travail entre les hommes et les femmes.

4 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL AVEC ARRÊT, PAR SECTEUR ET SELON LE SEXE ENTRE 2008 ET 2010 (EN %)

Secteurs d'activité (Comités Techniques Nationaux)	**Évolution nombre d'AT Hommes**	**Évolution nombre d'AT Femmes**	**Évolution de l'effectif salarié**	**Part de femmes accidentées 2010**	**Évolution Indice de fréquence des AT**
Métallurgie	-15,7	-14,9	-9,8	10,8	-6,4
Bâtiment et travaux publics	-13,7	-12,9	-2,0	1,3	-12,0
Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication	4,0	-10,5	-2,5	21,0	3,1
Services, commerces, industries de l'alimentation	-9,6	-9,6	-1,1	49,3	-8,7
Chimie, caoutchouc, plasturgie	-13,4	-10,9	-9,4	30,6	-3,6
Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtements, cuirs et peaux, pierres et terres à feu	-19,6	-16,0	-9,8	17,5	-10,2
Commerces non alimentaires	0,0	15,7	-2,0	34,2	7,0
Activités de services I (activités financières, assurances, cabinets d'études, administrations, sécurité sociale, accueil à domicile)	10,8	11,0	8,8	67,9	2,0
Activités de services II (professions de santé, action sociale, services aux personnes et à la collectivité) **et travail temporaire**	-25,3	5,4	0,3	54,0	-11,4

Source : Carsat Centre Exploitation : ORS Centre

En région Centre, la part des femmes accidentées du travail varie d'un secteur à l'autre (figure 4). Elle représente plus de la moitié des accidents dans le secteur des Activités de service I (67,9 %) et II (54,0 %) et dans le secteur des Services, commerces et industries de l'alimentation (49,3 %). A contrario, moins de 11 % des accidents du travail concernent des femmes dans le secteur du Bâtiment et travaux publics (1,3 %) et de la Métallurgie (10,8 %). Ces différences dans la répartition des accidents du travail selon le sexe interrogent d'abord la fréquence des emplois occupés par des femmes dans ces secteurs, mesure qu'il n'est pas possible d'établir compte-tenu des données disponibles.
Ces chiffres permettent néanmoins un premier portrait des tendances en matière de sinistralité pour les hommes et les femmes. Ces observations nécessiteraient d'être approfondies pour proposer des hypothèses explicatives solides aux tendances observées. Trois secteurs d'activité présentent des évolutions contrastées du nombre d'accidents du travail entre hommes et femmes depuis 2008 :

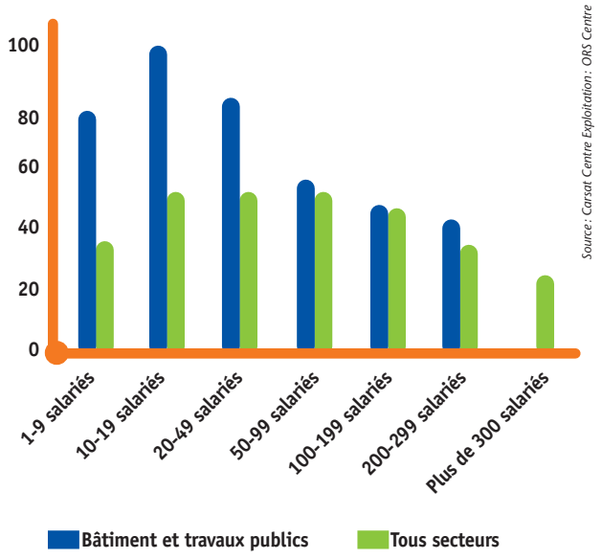
- le secteur des Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication présente une baisse importante du nombre d'accidents du travail chez les femmes depuis 2008 (-10,5 %), alors que ce chiffre est en hausse chez les hommes (+4 %). La baisse des effectifs salariés sur la période (-2,5 %) pourrait être le reflet d'un recul des emplois les plus féminisés, expliquant la baisse du nombre d'accidents du travail pour les femmes.

- dans les secteurs des Commerces non alimentaires et des Activités de service II et travail temporaire, l'évolution du nombre d'accidents du travail est marquée par une forte hausse chez les femmes, qui ne s'observe pas chez les hommes (respectivement +15,7 % et +5,4 %). Dans ces deux secteurs, les femmes accidentées représentent plus de la moitié des accidents du travail avec arrêt en 2010. Ces évolutions interrogent l'impact des politiques de prévention menée dans ces secteurs sur les postes occupés par les femmes et par les hommes ainsi que les évolutions du marché de l'emploi. Les tendances observées dans le secteur des Commerces non alimentaires sont similaires à celles enregistrées par l'Anact à partir de données statistiques nationales sur la période 2000-2010 [1]. Elles pourraient ainsi relever de facteurs structurels liés à l'organisation sexuée du travail. Dans le secteur des Activités de service II et travail temporaire, on peut penser que la forte baisse des accidents du travail chez les hommes est liée à la réduction de l'emploi intérimaire sur des postes où les femmes sont plus rarement affectées.

Répartition selon la taille des établissements

Les accidents du travail avec arrêt sont plus fréquents dans les entreprises ayant entre 10 et 100 salariés (en moyenne 50 ‰) (figure 5). La fréquence plus faible dans les entreprises de moins de 10 salariés s'explique sans doute par une sous-déclaration des accidents du travail. Le secteur Bâtiment et travaux publics se distingue par une fréquence très élevée des accidents du travail avec arrêt dans les entreprises de moins de 50 salariés.

5 INDICES DE FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL AVEC ARRÊT TOUS SECTEURS CONFONDUS ET POUR LE BTP EN RÉGION CENTRE EN 2010 (EN ‰)

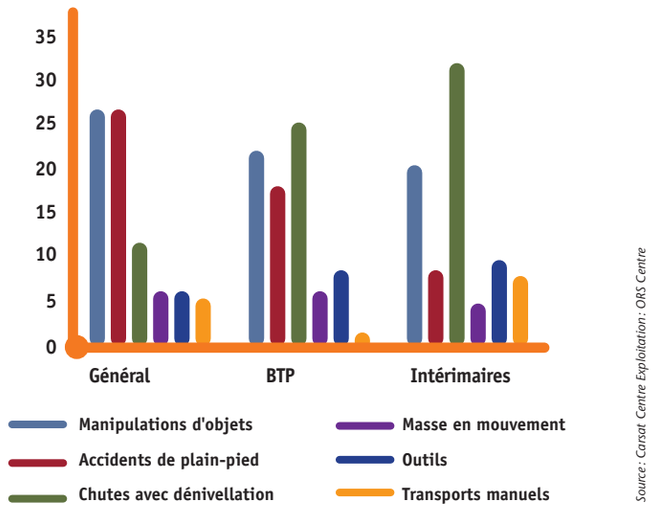


Source : Carsat Centre Exploitation : ORS Centre

Causes des lésions

En 2010, les principales causes d'accidents du travail avec arrêt sont les manipulations d'objets (27 %), les accidents de plain-pied (27 %) et les chutes avec dénivellation (12 %) (figure 6). Les masses en mouvement, l'utilisation d'outils et le transport manuel représentent 17 % des causes d'accidents. Cette répartition varie d'un secteur à l'autre : les chutes avec dénivellation et les manipulations d'objets sont les causes les plus fréquentes dans les secteurs du BTP et du travail temporaire. Dans ces deux secteurs, la baisse de la fréquence des accidents du travail semble principalement liée à des progrès dans la prévention des accidents de plain-pied : de seconde cause d'accidents du travail en 2007, ces accidents sont, en 2010, en 3e position dans le BTP et en 4e position dans le travail temporaire.

6 RÉPARTITION DES CAUSES DES AT AVEC ARRET SELON LA CAUSE DE L'ACCIDENT ET LA POPULATION SALARIÉE CONCERNÉE EN 2010 (EN %)



Source : Carsat Centre Exploitation : ORS Centre

Diagnostics « Sécurité au travail des intérimaires » en région Centre

Dans le cadre du Plan national d'actions coordonnées (PNAC) Intérim 2009-2012, la Carsat Centre a conduit des diagnostics sur les politiques et les pratiques de prévention des entreprises de travail temporaire et des entreprises utilisatrices. L'objectif est de vérifier la manière dont est prise en compte la prévention des risques pour les salariés permanents et pour les intérimaires. Initialement prévu dans 3 secteurs prioritaires (métallurgie, bâtiment et travaux publics et industries de la chimie-caoutchouc-plasturgie) au niveau national, les diagnostics ont été étendus à tous les secteurs d'activité.

En région Centre, les écarts constatés à l'issue de chaque diagnostic ont fait l'objet d'un courrier aux entreprises concernées, rappelant leurs obligations en matière de santé et de sécurité au travail.

Les diagnostics dans les entreprises de travail temporaire

Les agents de prévention de la Carsat Centre ont rencontré les responsables des agences de travail temporaire. À l'aide d'un questionnaire, ils ont évalué la gestion de la formation des personnels permanents en matière de santé et de sécurité au travail, la qualité des bilans de fin de mission et la gestion globale de la prévention. Le diagnostic portait également sur l'analyse de deux dossiers d'accidents du travail avec l'observation en particulier des caractéristiques du poste de travail occupé par l'intérimaire, de la formation au poste, de l'avis d'aptitude médicale ainsi que des moyens mis en œuvre pour effectuer l'analyse de l'accident.

Résultats

- *125 diagnostics ont été réalisés dans les entreprises de travail temporaire entre 2009 et 2011.*
- *242 dossiers d'accidents du travail ont été étudiés principalement dans les secteurs du BTP, de la métallurgie, des services, commerces et industries de l'alimentation, du transports-eau-gaz-électricité, livre et communication.*
- *82 % des diagnostics ont fait l'objet de recommandations.*

Les principales faiblesses constatées concernent la gestion globale de la prévention, la transmission des caractéristiques des postes sur lesquels sont affectés les intérimaires, les enquêtes suite aux accidents de travail, la formation des salariés permanents des entreprises de travail temporaire sur la santé et la sécurité au travail.

Les diagnostics dans les entreprises utilisatrices

Les diagnostics auprès des entreprises utilisatrices ont commencé en 2010. Conformément au PNAC Intérim 2009-2012, les agents de prévention de la Carsat Centre auront rencontré au moins 20 % des entreprises de plus de 19 salariés embauchant des intérimaires fin 2012.

Le diagnostic concerne l'examen des pratiques en matière de sécurité et santé au travail de l'entreprise d'accueil pour l'ensemble de ses salariés et les dispositions d'accueil ainsi que l'examen d'un poste occupé par un intérimaire.

Résultats

- *213 diagnostics réalisés dans des entreprises utilisatrices.*
- *60 % ont fait l'objet de recommandations.*

Les principales faiblesses concernent le manque d'indicateurs de suivi de la sinistralité pour les travailleurs intérimaires, l'absence de listes des postes à risque particulier, la transmission peu détaillée des caractéristiques des postes où sont embauchés les intérimaires, le manque d'implication de l'entreprise de travail temporaire dans l'analyse des accidents du travail.

Régime agricole

Prévenir les risques professionnels chez les saisonniers

En 2010, les travailleurs saisonniers représentent 9 % de la main-d'œuvre agricole en région Centre (11 % au niveau national) [1]. Les emplois saisonniers sont des CDD, des emplois en intérim ou encore des emplois en prestations de service internationales. Les CDD saisonniers renvoient à une législation particulière concernant notamment la durée maximale du contrat par salarié et par employeur au cours de l'année.

L'emploi saisonnier en milieu agricole concerne un ensemble d'activités tout au long de l'année (semence, bouturage, moissons et récoltes, maraîchage, viticulture, etc.) avec ou sans outils de production. Plus du tiers des contrats saisonniers sont contractés par des femmes (40 % contre 32 % des CDI) et les saisonniers sont plus jeunes en moyenne que les autres salariés agricoles [4]. Un peu moins de la moitié des saisonniers renouvellent leur contrat l'année suivante. Une étude menée en région Rhône-Alpes indique que leurs profils peuvent être très différents, allant du travailleur sans ancrage territorial ou professionnel au travailleur local pluriactif [3]. En termes de prévention, une attention particulière est recommandée auprès de cette population, au regard d'une accidentologie présentée comme plus élevée que chez les travailleurs salariés permanents.

Actions spécifiques en région Centre

Dans le cadre du plan régional Santé au travail (2010-2014), une action spécifique concerne les entreprises embauchant des salariés saisonniers. Elle a pour objectif une information systématique et répondant aux obligations légales dans les entreprises employant de la main-d'œuvre.

Cette action s'est traduite par une campagne de formation de formateurs-relais en sécurité au travail dans les entreprises embauchant des saisonniers. Des salariés permanents de toutes les entreprises identifiées ont été formés depuis plusieurs années.

L'évaluation de cette action est difficile : la MSA n'a pas de visibilité sur les moyens réels dont disposent les formateurs-relais (temps dédié notamment) pour réaliser l'accueil des saisonniers. Elle tient à leur disposition des outils, supports et plaquettes d'information.

Certaines entreprises, comme les coopératives céréalières et sucrières, les producteurs de pommes de terre ou d'oignons, les conserveries, sont demandeurs d'interventions du conseiller en prévention auprès des saisonniers.

Sources :

[1] Agreste Centre, 2011, Recensement agricole 2010 - premières tendances, n°184, 4 p.

[2] Direccte Centre, Plan régional Santé-sécurité au travail (2010-2014)

[3] Fontaine D. et alii, 2008, Étude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers, ORS Rhône-Alpes, 151 p.

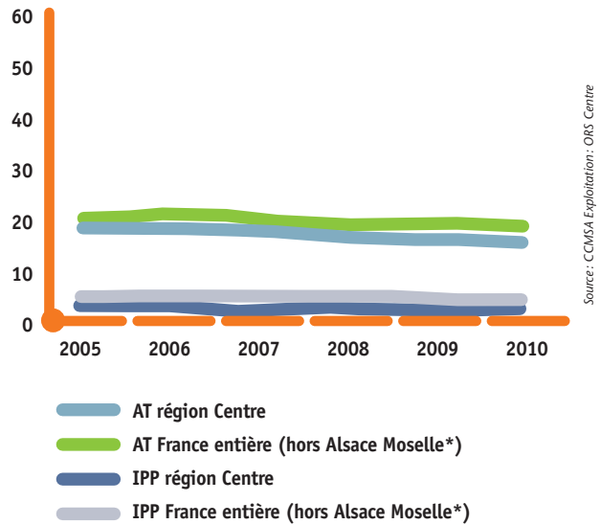
[4] Insee Première, 2011, « L'emploi salarié dans le secteur agricole : le poids croissant des contrats saisonniers », n° 1368, 4 p.

Une accidentologie en baisse depuis 2007

En 2010, en région Centre, le régime de la Mutualité sociale agricole dénombre 1938 accidents du travail avec arrêt chez les salariés, soit un indice de fréquence de 17,4 accidents pour 1000 salariés (figure 7). Cet indice est inférieur à celui observé au niveau national (19,1 ‰). Entre 2005 et 2006, on observait une stabilité de cet indice tant au niveau national que régional. La fréquence des accidents du travail avec arrêt s'est ensuite nettement réduite en région Centre, passant de 19,9 accidents pour 1000 salariés en 2006 à 17,4 en 2009. Entre 2008 et 2010, 74,2 % des accidents avec arrêt concernent des hommes.

Les accidents du travail impliquant une incapacité permanente partielle représentaient 2,2 accidents pour 1000 salariés en 2005. Leur fréquence est passée à 1,8 accident pour 1000 salariés en 2010. Ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale (2,2 ‰ en 2010).

7 ÉVOLUTION DE L'INDICE DE FRÉQUENCE DES AT AVEC ARRÊT ET DES IPP POUR LES SALARIES DU RÉGIME AGRICOLE EN RÉGION CENTRE ET EN FRANCE ENTRE 2003 ET 2010 (EN ‰)

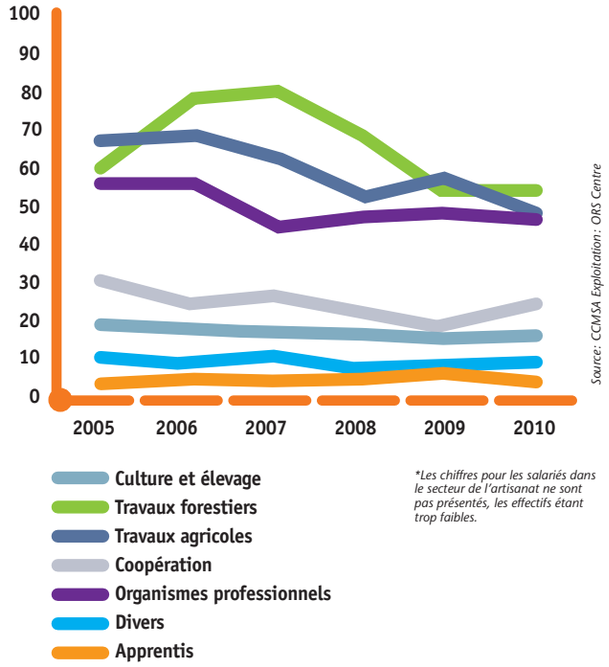


** L'Alsace-Moselle dispose d'un système de réparations spécifiques qui empêche la comparaison statistique.*

Une fréquence élevée dans les secteurs des travaux forestiers et agricoles ainsi que chez les apprentis

▶ L'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre (figure 8). En 2010, elle est la plus faible dans le secteur des Organismes professionnels (3,9 ‰) et la plus élevée dans le secteur des Travaux forestiers (54,5 ‰), dans le secteur des Travaux agricoles (48,0 ‰) et chez les Apprentis (46,6 ‰). Les accidents du travail avec arrêt sont moins fréquents dans la plupart des secteurs d'activité depuis 2005, à l'exception des secteurs de la Culture-élevage, des Organismes professionnels, et de l'emploi salarié « Divers » où la tendance est stable.

8 INDICES DE FRÉQUENCE DES AT AVEC ARRÊT POUR LES SALARIES DU RÉGIME AGRICOLE SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ* ENTRE 2005 ET 2010 EN RÉGION CENTRE (EN ‰)



Les chiffres pour les salariés dans le secteur de l'artisanat ne sont pas présentés, les effectifs étant trop faibles.

Source: CCMSA Exploitation: ORS Centre

▶ En 2010, les accidents graves (impliquant une incapacité permanente partielle) sont plus fréquents dans le secteur des Travaux forestiers (5,0 ‰), des Travaux agricoles (3,3 ‰) et de la Coopération (2,9 ‰) (figure 9). Le secteur des Organismes professionnels se distingue par une très faible fréquence de ces accidents (0,7 ‰).

L'indice de fréquence des accidents graves a baissé entre 2005 et 2010 dans l'ensemble des secteurs d'activité. La baisse est la plus forte dans les secteurs les plus concernés : les Travaux forestiers (-61,6 %) et les Travaux agricoles (-52,4 %). Bien que comparativement plus faible que dans les autres secteurs, la fréquence des accidents graves a augmenté de plus de 40 % chez les Apprentis et dans le secteur Divers entre 2008 et 2010.

9 INDICES DE FRÉQUENCE DES IPP EN 2010 ET ÉVOLUTION ENTRE 2005 ET 2010 POUR LES SALARIES DU RÉGIME AGRICOLE EN RÉGION CENTRE

Secteurs d'activité	Indice de fréquence en 2010 (en ‰)	Évolution 2008-2010 (en %)	Évolution 2005-2010 (en %)
Culture et élevage	1,7	1,5	-1,3
Travaux forestiers	5,0	-62,7	-61,6
Travaux agricoles	3,3	-10,8	-52,4
Coopération	2,9	9,5	-10,3
Organismes professionnels	0,7	-28,9	-12,8
Divers	1,3	57,7	-16,9
Apprentis	1,1	41,4	-36,3

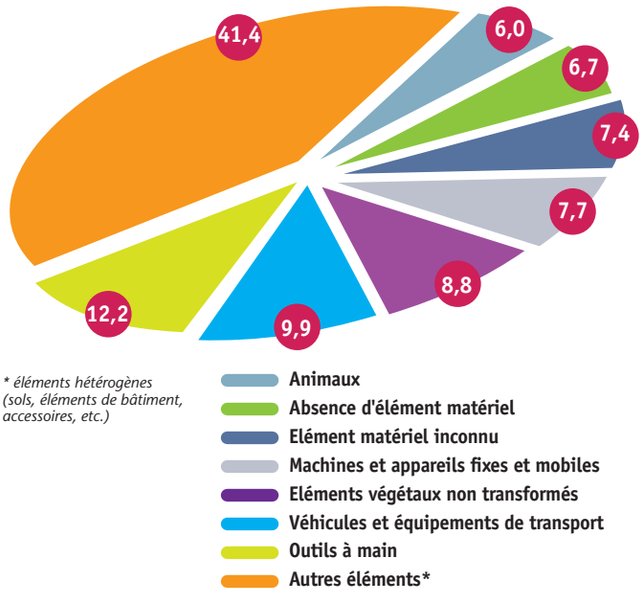
Les chiffres pour les salariés dans le secteur de l'artisanat ne sont pas présentés, les effectifs étant trop faibles.

Source: CCMSA Exploitation: ORS Centre

Cause des lésions

Entre 2008 et 2010, les principales causes des lésions sont des éléments hétérogènes (sols, éléments de bâtiment, accessoires etc.) (figure 10). Les outils à main sont à l'origine de 12,2 % des accidents ; suivent les véhicules et équipements de transport (9,9 %) et les éléments végétaux non transformés (8,8 %). Pour 7,4 % des accidents, l'élément matériel est inconnu.

10 RÉPARTITION DES CAUSES DES AT AVEC ARRÊT POUR LES SALARIES DU RÉGIME AGRICOLE SELON LA CAUSE DE L'ACCIDENT ENTRE 2008 ET 2010 (EN %)



** éléments hétérogènes (sols, éléments de bâtiment, accessoires, etc.)*

Source : MSA Beauce-Cœur de Loire et MSA Berry-Touraine Exploitation : ORS Centre

ZOOM

RÉPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES : POINT DE VUE DE L'ASSOCIATION DES ACCIDENTÉS DE LA VIE (FNATH)

La FNATH accompagne les personnes victimes d'accidents de la vie. Dans le cas des accidents du travail et des maladies professionnelles, elle apporte conseils et soutiens juridiques aux victimes. Elle est habilitée à représenter les victimes devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) et devant le tribunal des affaires de la Sécurité sociale (Tass).

Son premier constat porte sur la désinsertion professionnelle des victimes. D'après l'expérience de la FNATH, l'incapacité faisant suite à l'accident ou à la maladie conduit souvent au licenciement pour inaptitude. Les procédures d'aménagement de poste ne permettent que rarement le maintien dans l'entreprise. En premier lieu, le reclassement nécessite une collaboration étroite entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié. Dans les faits, c'est souvent une procédure qui est peu anticipée par les employeurs. En deuxième lieu, les contraintes inhérentes aux petites entreprises peuvent rendre difficile le reclassement du salarié. Toutefois, la FNATH constate que les démarches de reclassement aboutissent davantage lorsque l'employeur souhaite garder son salarié. En troisième lieu, il n'y a pas de prise en compte du traumatisme psychologique que constituent l'accident ou la maladie professionnelle. L'étape de consolidation, qui marque le retour vers l'emploi après l'arrêt de travail, est un moment douloureux et souvent source d'anxiété. Les victimes n'envisagent souvent pas d'autres solutions que leur licenciement par peur d'aggraver leurs problèmes de santé, d'avoir un nouvel accident ou de ne pas être capable de travailler. Selon la FNATH, les critères médicaux qui président à cette décision ne prennent pas en compte cette souffrance psychique, tout comme ils ne considèrent pas les souffrances physiques résiduelles des victimes. Le licenciement pour inaptitude constitue une troisième peine pour les victimes, qui s'ajoute aux séquelles physiques et à la perte de revenus. La RQTH, dont la demande est systématiquement proposée aux victimes par la FNATH, est souvent perçue comme un frein au retour vers l'emploi dans un contexte de chômage élevé.

Son second constat concerne l'absence de prise en compte des coefficients professionnels dans l'indemnisation des victimes. Le taux d'incapacité permanente partielle, qui fixe ce montant, est le plus souvent sous-évalué pour cette raison. La majorité des actions en justice suivies par la FNATH aboutissent à une meilleure indemnisation, avec un taux d'IPP relevé en général de 5 à 10 %. La FNATH propose aussi systématiquement aux victimes la recherche de la faute inexcusable de l'employeur, laquelle permet une indemnisation plus importante des victimes. L'ensemble de ces démarches interrogent l'indemnisation globale des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. En effet, le droit en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles est très technique et présente des subtilités difficilement appréhendables pour des non-juristes. Les dispositions concernant les délais de recours, les étapes de la démarche et les droits à l'indemnisation sont rarement connues par les victimes.

POUR EN SAVOIR PLUS :
www.fnath.org

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Anact, 2012, « Photographie statistique selon le sexe des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles entre 2000 et 2010 en France », 11 p.

[2] Bercot R., 2009, « Risques de santé et risques psychosociaux au travail selon le genre », dans Chappert F. (coord.), Genre et conditions de travail : mixité, organisation du travail, santé et gestion des âges, Anact, pp. 146-183

[3] Branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale – compte rendu d'activité 2007, 40p. www.risquesprofessionnels.ameli.fr

[4] Comité de pilotage pour la prévention du risque routier professionnel, Programme d'action 2006-2009 www.risqueroutierprofessionnel.fr

[5] Fortino S., 2009, « Mixité au travail, genre et conditions de travail : la construction sociale d'un processus », dans Chappert F. (coord.), Genre et conditions de travail : mixité, organisation du travail, santé et gestion des âges, Anact, pp. 24-43

[6] Hamon-Cholet S. et N. Sandret, 2007, « Accidents et conditions de travail », Premières informations, premières synthèses, Dares, n°31.2

[7] Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale, 2008, www.securite-sociale.fr

4

Les maladies professionnelles

Selon l'article L. 461-1 du code de la Sécurité Sociale « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ». L'origine professionnelle de la maladie est souvent difficile à établir. La législation de la Sécurité sociale a précisé les conditions médicales, techniques et administratives pour leur reconnaissance et leur indemnisation. Les tableaux de référence des maladies professionnelles indiquent les symptômes associés, les conditions d'exposition, le délai de prise en charge et les principaux travaux susceptibles de provoquer la maladie. Ces tableaux ne sont pas les mêmes dans le régime général et le régime agricole. Il existe 113 tableaux au régime général et 57 au régime agricole.

Lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas remplies, un dossier de demande de reconnaissance est présenté au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui apprécie l'existence d'un lien direct et essentiel entre l'activité professionnelle habituelle et la maladie.

Toutefois, des difficultés persistent [6]. D'après le programme Maladies à caractère professionnel, 57,4 % des pathologies signalées par les médecins du travail remplissent les critères d'une maladie professionnelle indemnisable. Les raisons de la sous-déclaration sont, dans l'ordre décroissant : un bilan diagnostic insuffisant, le refus du salarié, l'ignorance du salarié. Les difficultés pour les médecins de faire le lien entre le travail et la maladie et de reconstituer les parcours professionnels ainsi que la complexité de la réglementation en matière d'AT/MP sont aussi à l'origine d'une sous-déclaration des maladies professionnelles [10].

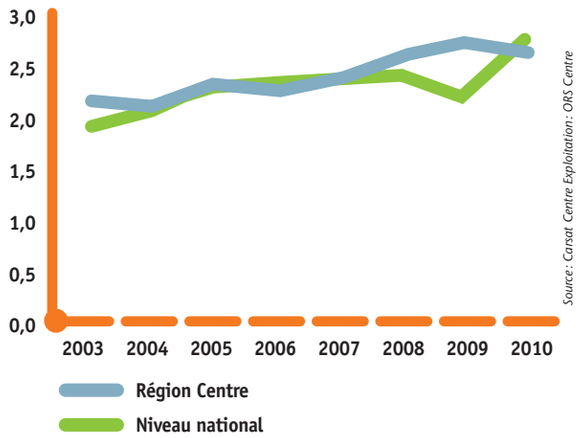
Régime général

Une fréquence stable des MP indemnisées depuis 2008

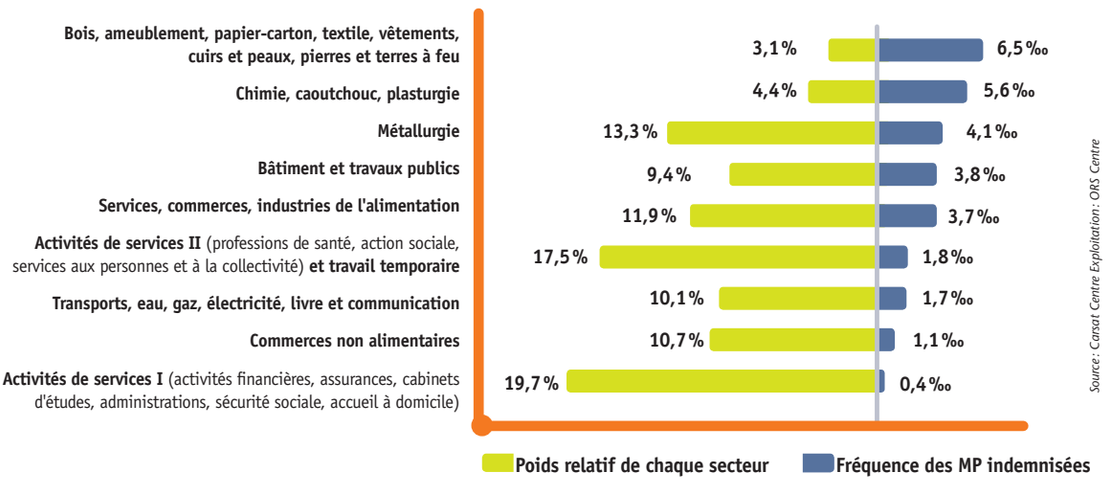
En région Centre, entre 2008 et 2010, 5 244 maladies professionnelles ont été indemnisées au titre du régime général. La fréquence de MP indemnisées est stable, passant de 2,6 ‰ à 2,7 ‰ salariés entre 2008 et 2010 (2,2 ‰ en 2003) (figure 1).

Les fréquences les plus élevées s'observent dans les secteurs du Bois, ameublement, papier-carton, textile, cuirs et peaux, pierres et terres à feu (6,5 ‰), de la Chimie-caoutchouc-plasturgie (5,6 ‰), de la Métallurgie (4,1 ‰), des Bâtiment et travaux publics (3,8 ‰), des Services, commerces et industries de l'alimentation (3,7 ‰), (figure 2). À l'exception de la Métallurgie et des Services, commerces et industries de l'alimentation, ces secteurs d'activité représentent chacun moins de 10 % de la population salariée de la région Centre.

1 ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DES MP INDEMNISÉES CHEZ LES SALARIES DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION CENTRE EN 2003 ET 2010 (EN ‰)



2 FRÉQUENCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES EN 2010 POUR LES SALARIES DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION CENTRE



Entre 2008 et 2010, les MP indemnisées les plus fréquentes sont les affections péri-articulaires (90,1 %) suivies des lombalgies (5,3 %), des affections liées à l'amiante (3,2 %) et au bruit (1,4 %) (figure 3).
D'une façon générale, les MP indemnisées concernent davantage les femmes que les hommes (57,8 % contre 42,2 %). Ce différentiel peut être expliqué par le fait que les femmes exercent des activités ou des tâches générant davantage de maladies professionnelles. Ceci est particulièrement vrai pour les troubles musculo-squelettiques. Il peut également s'agir de déclarations plus fréquentes de maladies professionnelles par les femmes que par les hommes ou bien d'une indemnisation plus systématique des pathologies touchant en plus grand nombre les femmes. Les pathologies indemnisées sont plus diverses pour les hommes que pour les femmes : outre les TMS, 10,0 % des MP indemnisées pour les hommes concernent des lombalgies et 7,4 % des affections dues à l'amiante, contre respectivement 1,9 % et 0,1 % pour les femmes.

3 PROPORTION DE MP INDEMNISÉES SELON LE SEXE ENTRE 2008 ET 2010 POUR LES SALARIES DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION CENTRE (EN %)

Types de MP	Hommes	Femmes	Ensemble
Affections péri-articulaires	79,5	97,8	90,1
Lombalgies	10,0	1,9	5,3
Amiante	7,4	0,1	3,2
Affections dues au bruit	3,0	0,1	1,4
Autre	4,9	2,7	3,6
Total	100	100	100
Proportions de MP indemnisées	42,2	57,8	100

Source : Carsat Centre Exploitation : ORS Centre

Modifications récentes du tableau de maladie professionnelle 57

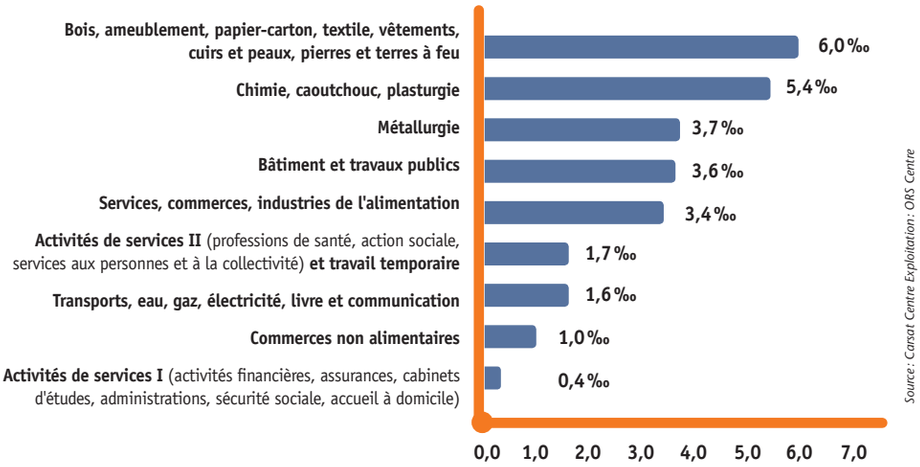
Les tableaux de maladies professionnelles pour le régime général et le régime agricole sont créés et modifiés à partir de l'évolution des connaissances scientifiques et techniques. Le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) organise les négociations sociales à l'origine de ces changements. Ceux-ci sont validés par décret et publiés au Journal Officiel.
Concernant les troubles musculo-squelettiques, les décrets n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 et n° 2012-937 du 1er août 2012 modifient respectivement le tableau n° 57 A (concernant l'épaule) et le tableau n° 57 B (concernant le coude) des maladies professionnelles relatif aux affections péri-articulaires. Ces tableaux rendant compte de la plupart des maladies professionnelles indemnisées, la réévaluation des pathologies et des critères a été effectuée dans le but de préciser les conditions de reconnaissance. Des modifications ont été apportées à l'intitulé des pathologies, aux types d'examen devant valider la pathologie (nécessité de l'IRM), à la durée d'exposition (définie par consensus en l'absence de précision des travaux scientifiques) et à la liste de travaux. La liste des travaux ne retient que les facteurs biomécaniques en raison des difficultés à évaluer le rôle des facteurs organisationnels et psychosociaux. Les délais de prise en charge ont également été allongés. Le Conseil d'orientation sur les conditions de travail conclut à des difficultés possibles d'évaluation de certains éléments (durée d'exposition, mesure de l'angle d'abduction), qui conduisent à expérimenter ces changements pendant deux ans.

En région Centre, le tableau n°57 représente 76 % des demandes d'avis de reconnaissance traitées par le CRRMP au titre du 3e alinéa de l'article L461-1 du Code de la sécurité sociale. (La MP est inscrite dans un tableau mais une ou plusieurs conditions administratives ne sont pas remplies).

Les troubles musculo-squelettiques : des pathologies sous-déclarées

Les troubles musculo-squelettiques constituent l'essentiel des maladies professionnelles indemnisées. Leur fréquence varie selon le secteur d'activité (figure 4) : les taux les plus élevés s'observent dans le secteur du Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtements, cuirs et peaux (6,0 ‰) et dans celui de la Chimie-caoutchouc-plasturgie (5,4 ‰).

4 FRÉQUENCE DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES INDEMNISÉS AU TITRE DES TABLEAUX N°57, 69, 79, 97 ET 98 SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ EN 2010 (EN ‰)



D'après le programme MCP (voir encadré p.31), en 2011, plus de la moitié des pathologies signalées par les médecins du travail participants sont des affections de l'appareil locomoteur (ALM). D'après ces médecins, 62,1 % des ALM remplissent les critères d'un tableau de maladie professionnelle indemnisable mais peu d'entre elles sont déclarées [3]. Les raisons de la non-déclaration en tant que maladie professionnelle sont multiples. Elles peuvent relever d'un bilan diagnostic insuffisant, d'une méconnaissance des possibilités de déclaration ou encore d'un refus du salarié en raison d'une crainte pour l'emploi actuel, de la faible indemnisation ou de la complexité de la démarche.

En 2011, la prévalence des ALM dépasse ou égale 5 % dans les secteurs des transports et entreposage (6,8 %), de la construction (6,8 %) et de la santé humaine et de l'action sociale (5,0 %). Les principaux agents d'exposition relèvent de contraintes physiques (contraintes posturales et articulaires, manutentions de charges, vibrations). Les facteurs organisationnels et relationnels représentent 15 % des agents en cause dans les ALM.
Les femmes sont plus fréquemment concernées par une affection de l'appareil locomoteur que les hommes, ces différences de prévalence étant très marquées dans les catégories socioprofessionnelles les plus concernées par ces pathologies. Ainsi, en 2011, la prévalence des ALM est de 9,7 % chez les ouvrières contre 4,6 % chez les ouvriers.

Calcul de la prévalence d'une pathologie dans le programme MCP

$$\frac{\text{Nombre de salariés présentant au moins une pathologie}}{\text{Nombre total de salariés vus au cours des quinzaines}}$$

Exemple des affections de l'appareil locomoteur dans le secteur d'activité Y :

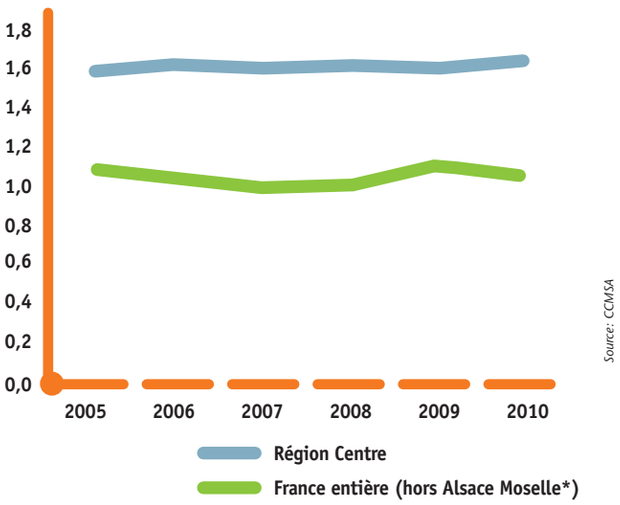
$$\frac{\text{Nombre de salariés présentant au moins une pathologie de type ALM dans le secteur Y}}{\text{Nombre total de salariés du secteur Y vus au cours des quinzaines}}$$

Régime agricole

621 maladies professionnelles indemnisées depuis 2005

En région Centre, entre 2005 et 2010, 621 maladies professionnelles ont été indemnisées au titre du régime agricole. La fréquence de MP indemnisées est stable sur la période (1,1 ‰ en 2010) et nettement inférieure à celle observée au niveau national (1,6 ‰ en 2010) (figure 5).

5 ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DES MP INDEMNISÉES CHEZ LES SALARIES DU RÉGIME AGRICOLE EN RÉGION CENTRE EN 2005 ET 2010 (POUR 1 000 SALARIES)



Source : CCMSA

* L'Alsace-Moselle dispose d'un système de réparations spécifiques qui empêche la comparaison statistique.

Programme de « Surveillance des maladies à caractère professionnel »

Le programme de « Surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) » est un système de surveillance épidémiologique des risques professionnels piloté par l'InVS et l'Inspection médicale du travail. Il a pour but l'amélioration de la connaissance des pathologies en lien avec le travail, l'identification des agents en cause et des pathologies nouvelles ou émergentes.

Depuis 2008, la région Centre participe à ce programme à travers des médecins du travail volontaires, qui, au cours de deux quinzaines annuelles, signalent toutes les maladies à caractère professionnel. En 2011, 76 médecins du travail ont participé au programme, soit un taux de participation de 25 %. Ces médecins ont rencontré 8 751 salariés se présentant principalement pour une visite périodique ou une visite d'embauche.

Les résultats des quinzaines MCP sont diffusés sous la forme de plaquettes synthétiques, présentant les taux de signalement, la prévalence des différentes pathologies, les agents en cause et la part des maladies professionnelles indemnisables.

POUR EN SAVOIR PLUS :
www.centre.direccte.gouv.fr/-sante-au-travail,1505-.html
www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-santé/Maladies-a-caractere-professionnel
www.orscentre.org

L'exposition des professionnels de l'agriculture aux produits phytosanitaires

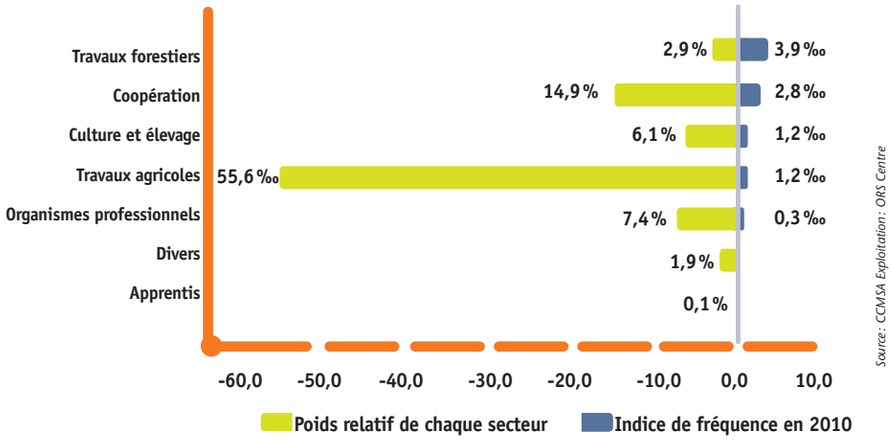
Afin d'améliorer les connaissances épidémiologiques en matière d'exposition aux produits phytosanitaires, l'Institut de veille sanitaire a lancé en 2008 le programme Matphyto. Ce programme repose sur la création de matrices emplois-expositions, déjà utilisées dans la surveillance des risques professionnels du régime général. Ces matrices permettent de décrire la prévalence des expositions aux produits selon différents critères, d'améliorer la connaissance des liens entre expositions et santé dans le cadre d'études épidémiologiques.

Le Plan Ecophyto 2018, lancé par le ministère de l'Agriculture en 2008, a pour objectif la réduction de l'usage des pesticides d'ici 2018. L'axe 4 de ce plan vise en particulier à renforcer la formation des utilisateurs, des distributeurs et des conseillers agricoles. La MSA participe, en partenariat avec les chambres d'agriculture, à des actions de formation auprès des utilisateurs de produits. Ces actions de formation aboutissent à la délivrance du Certiphyto. Chaque caisse de la région réalise en moyenne 60 à 70 formations par an.

Source : MSA, Plan Santé-Sécurité au travail (2011-2015)

Les fréquences de maladies professionnelles les plus élevées s'observent dans les secteurs des Travaux forestiers (3,9 ‰) et de la Coopération (2,8 ‰) (figure 6). Ces secteurs d'activité représentent respectivement 2,9 % et 14,9 % de la population salariée agricole de la région. Dans le secteur de la Coopération, les activités exposant le plus aux maladies professionnelles concernent le conditionnement et le stockage des produits agricoles. Dans le secteur des Travaux agricoles, qui concentre 55,6 % de la population salariée, la fréquence de MP indemnisées est de 1,2 ‰ en 2010.

6 FRÉQUENCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES EN 2010 POUR LES SALARIES DU RÉGIME AGRICOLE EN RÉGION CENTRE



Source : CCMSA Exploitation : ORS Centre

**Les chiffres pour les salariés dans le secteur de l'artisanat ne sont pas présentés, les effectifs étant trop faibles.*

L'enquête Agrican (Agriculture et Cancer)

La population agricole connaît des risques professionnels particuliers : chimiques (pesticides, engrais), physiques (ultraviolets, accidents mécaniques) et biologiques (virus animaux, moisissures) pouvant nuire à la santé. Devant l'insuffisance des données disponibles en France sur le risque cancer professionnel en agriculture, l'étude Agrican a été mise en place.

Cette étude, débutée en 2006 et qui se déroule sur 10 ans, est une enquête de cohorte qui permet le suivi de la population agricole (population cible de 500 000 agriculteurs salariés ou non) en activité ou à la retraite résidant dans 12 départements français : Calvados, Côte-d'Or, Bas-Rhin, Doubs, Haut-Rhin, Gironde, Somme, Isère, Vendée, Loire Atlantique, Tarn, Manche, disposant d'un enregistrement continu et exhaustif des cancers.

Elle vise 2 objectifs : étudier l'incidence des cancers par localisation, la mortalité de façon globale et les causes spécifiques, d'une part ; et détecter une augmentation du risque de cancer pour les moins fréquents, d'autre part.

POUR EN SAVOIR PLUS :
www.msa.fr

Entre 2008 et 2010, les MP indemnisées les plus fréquentes sont les affections péri-articulaires dues à des gestes et postures au titre du tableau n°39 (83,2 %) suivies des affections péri-articulaires indemnisées au titre des tableaux n°57, 57bis et 53 (8,9 %) (figure 7). Les allergies et les zoonoses représentent chacune 3,8 % des MP indemnisées sur la période.
Les maladies professionnelles indemnisées concernent davantage les femmes que les hommes (53,9 % contre 46,1 %). Il peut s'agir d'une exposition plus fréquente des femmes aux maladies professionnelles (compte tenu des conditions de reconnaissance définies dans les tableaux), d'une déclaration plus fréquente de ces maladies par les femmes que par les hommes ou bien d'une reconnaissance plus systématique des pathologies pour lesquelles les femmes font une demande. Les chaînes de conditionnement agro-alimentaire possèdent les postes les plus exposants aux maladies professionnelles et notamment aux TMS. En agriculture, les femmes sont surreprésentées dans ce secteur.
L'indemnisation concerne principalement les affections péri-articulaires dues à des gestes et postures pour les femmes (90,7 %) et pour les hommes (79,6 %). Les affections péri-articulaires au titre des tableaux n°57, 757 et 53 représentent 15,0 % des MP indemnisées chez les hommes contre 2,3 % chez les femmes. Les différences selon le sexe du salarié sont également notables pour les zoonoses : celles-ci représentent 4,1 % des maladies professionnelles indemnisées chez les femmes contre 2,4 % chez les hommes.

Le suivi des zoonoses professionnelles

Les zoonoses sont des maladies infectieuses ou parasitaires transmissibles de l'animal à l'homme par le biais de bactéries, de champignons microscopiques, de parasites, de virus ou de prions. La prévention des zoonoses en milieu professionnel est réglementée par les textes concernant les agents biologiques.
Un réseau de zoonosurveillance en agriculture a été mis en place en 2000 dans le cadre d'un partenariat entre la MSA et l'InVS sur le territoire national. Ce réseau prévoit le signalement par les médecins du travail des zoonoses d'origine professionnelle.
Entre 2008 et 2010, 15 % des médecins du travail en agriculture participaient à ce réseau. 102 signalements ont été enregistrés sur cette période. Les principaux signalements portent sur la fièvre Q et la maladie de Lyme. En région Centre, ce sont 9 signalements, pour ces deux pathologies, qui ont été effectués. La plupart des zoonoses signalées concernent des travailleurs de l'élevage, du secteur convention (INRA, ONF, ONCFS) et du secteur bois.
La prévention des zoonoses est principalement un travail individuel mené par le médecin du travail et les conseillers en prévention auprès des salariés. Il est difficile à mettre en place auprès des exploitants agricoles, qui bénéficient rarement d'un suivi par les médecins du travail.

Source : MSA, 2011, « Observatoire des zoonoses en agriculture - bilan juillet 2008 à décembre 2010 », 5 p.

7 PROPORTION DE MP INDEMNISÉES SELON LE SEXE ENTRE 2008 ET 2010 POUR LES SALARIES DU RÉGIME AGRICOLE EN RÉGION CENTRE (EN %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Affections péri-articulaires dues à des gestes et postures au titre du tableau n°39	79,6	90,7	83,2
Affections chroniques du rachis lombaire et affections du ménisque	15,0	2,3	8,9
Allergies	2,7	2,9	3,8
Zoonoses*	2,4	4,1	3,8
Amiante	0,3	0,0	0,3
Total	100	100	100
Proportion de MP indemnisées	46,1	53,9	100

*Affections dues aux rickettsies, Maladie de Lyme

Source : CCMSA Exploitation ; ORS Centre

Les cancers professionnels

D'après l'Institut national de veille sanitaire, les cancers professionnels représentent entre 6 et 8 % de la totalité des cancers [8]. Un cancer est déclaré d'origine professionnelle dès lors qu'un lien direct et essentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle est établi. Il peut être reconnu au titre des maladies professionnelles et le salarié peut obtenir une indemnisation. En France, les cancers professionnels sont largement sous-déclarés aux CPAM. On estime que seulement 15 à 30 % d'entre eux bénéficient d'une reconnaissance au titre des maladies professionnelles [2]. Parmi les cancers professionnels reconnus et indemnisés, 85 % sont dus à une exposition à l'amiante. Les 15 % restants sont des cancers liés à des expositions au benzène, aux rayonnements ionisants et aux poussières de bois. Cette sous-reconnaissance est liée en partie aux difficultés à établir le lien entre l'exposition professionnelle et la maladie, celle-ci se déclarant souvent des années après l'exposition. La méconnaissance des conditions de déclaration de maladies professionnelles par les médecins traitants et les salariés en est aussi un facteur explicatif important [3].
En région Centre, entre 2007 et 2011, 171 cancers ont été reconnus et indemnisés au titre des maladies professionnelles : 74,8 % d'entre eux étaient liés à l'inhalation de poussières d'amiante et 11,1 % à l'inhalation de poussières de bois. Les cancers liés à l'amiante ne sont pas tous reconnus en tant que maladie professionnelle : 6 demandes ont été rejetées sur cette période par la Carsat Centre. Le nombre

de reconnaissance des cancers professionnels a augmenté au cours de cette période (26 cas en 2007, 22 cas en 2008, 38 cas en 2009, 44 cas en 2010 et 41 cas en 2011). Ces changements s'expliquent principalement par un recours plus fréquent des salariés au système de reconnaissance.
Dans le cadre du plan Cancer 2009-2013, l'INSERM a mené une expertise sur neuf cancers dont l'incidence a fortement augmenté ces 25 dernières années : les cancers du poumon, du sein, de la thyroïde, de l'ovaire, du testicule, de la prostate, les mésothéliomes, les hémopathies malignes, les tumeurs cérébrales [1]. Cette recherche vise à comprendre le rôle de certains agents chimiques et biologiques comme les fibres minérales artificielles, les solvants et le formaldéhyde. Le rôle des pesticides est interrogé dans sept de ces cancers.

L'exposition aux reprotoxiques

Depuis le 1er juin 2007, un nouveau règlement Reach fixe la mise sur le marché de substances chimiques, contenues dans les mélanges ou dans les articles. Ce règlement d'application directe par les états membres de l'Union européenne concerne aussi bien les fabricants, importateurs que les utilisateurs de ces substances. Ces nouvelles dispositions réglementaires doivent permettre une connaissance plus précise de leurs effets sur la santé et l'environnement ainsi qu'une facilitation des échanges d'information entre acteurs.
Le règlement cible plus particulièrement l'évaluation des substances extrêmement préoccupantes dont font partie les substances toxiques pour la reproduction.
L'exposition professionnelle aux substances reprotoxiques concerne aussi bien les femmes que les hommes. Les reprotoxiques sont les produits chimiques (substances ou mélanges contenant ces substances) induisant « des effets néfastes sur la fonction sexuelle et la fertilité des hommes et des femmes adultes, ainsi que des effets néfastes sur le développement de leurs descendants ». Les principes de prévention appliqués pour les reprotoxiques sont les mêmes que pour les produits cancérogènes ou mutagènes : la substitution est d'abord recherchée, puis des mesures de protection du salarié sont mises en place.
Les substances ou mélanges toxiques pour la reproduction sont classées réglementairement (tableau 8).

La lecture de l'étiquette présente sur les contenants permet d'identifier ce classement. Elle consigne entre autres les dangers associés aux produits ou substances et les mesures de précaution à prendre pour les utiliser. Pour en faciliter la lecture, des pictogrammes de dangers y sont ajoutés. Les produits reprotoxiques ainsi que ceux classés cancérogènes et mutagènes sont symbolisés par le pictogramme suivant :
Des mentions de danger codifiées viennent préciser le classement réglementaire de la substance ou du produit. Le tableau ci-dessous consigne les mentions de dangers (code et mention) en fonction du classement réglementaire des substances ou mélanges.

Source : INRS, 2012, Produits chimiques, cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction - classification réglementaire, Aide-mémoire technique, 92 p.

8 TABLEAU DE CONVERSION ENTRE LA CLASSIFICATION ÉTABLIE SELON LA DIRECTIVE 67/548/CEE ET LA CLASSIFICATION ÉTABLIE PAR LE " RÈGLEMENT CLP"

Classification selon la directive 67/548/CEE (catégorie CMR ; phase de risque correspondante)	Classification attribuée au titre du "règlement CLP"		
	Classe et catégorie de danger	Mention de danger	
		Code	Libellé
Toxique pour la reproduction catégorie 1 (R60)	Toxicité pour la reproduction catégorie 1A	H360F	Peut nuire à la fertilité
Toxique pour la reproduction catégorie 2 (R60)	Toxicité pour la reproduction catégorie 1B	H360F	Peut nuire à la fertilité
Toxique pour la reproduction catégorie 1 (R61)	Toxicité pour la reproduction catégorie 1A	H360D	Peut nuire au fœtus
Toxique pour la reproduction catégorie 2 (R61)	Toxicité pour la reproduction catégorie 1B	H360D	Peut nuire au fœtus
Toxique pour la reproduction catégorie 3 (R62)	Toxicité pour la reproduction catégorie 2	H361F	Susceptible de nuire à la fertilité
Toxique pour la reproduction catégorie 3 (R63)	Toxicité pour la reproduction catégorie 2	H361D	Susceptible de nuire au fœtus

La déclaration obligatoire des mésothéliomes

Le mésothéliome malin est une forme virulente de cancer, localisé au niveau de la plèvre ou du péritoine, plus rarement du péricarde ou de la cavité vaginale testiculaire. L'amiante est l'unique facteur en cause dans l'apparition de ce cancer. D'après le Programme national de surveillance des mésothéliomes, les expositions professionnelles à l'amiante sont en cause dans la majorité des mésothéliomes survenant chez les hommes. Cette fréquence est beaucoup plus faible chez les femmes (entre 27 et 50 %), suggérant un rôle important des expositions environnementales (c'est-à-dire non professionnelles) à l'amiante.

Le mésothéliome fait partie des maladies à déclaration obligatoire depuis 2011 (article D3113-7 du Code de la santé publique). Cette mesure a pour objectif de renforcer sa surveillance sur le territoire national et d'améliorer la connaissance des facteurs d'exposition environnementaux. Deux populations sont particulièrement ciblées : les femmes et les personnes de moins de 50 ans. La mesure doit aussi permettre une meilleure reconnaissance des patients atteints, laquelle pourrait conduire à augmenter la fréquence des demandes d'indemnisation au FIVA (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante). Depuis le 1er mars 2012, 27 mésothéliomes ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire en région Centre.

À la suite de la déclaration obligatoire, des enquêtes d'exposition environnementale sont menées auprès des patients concernés. L'InVS estime entre 10 et 15 le nombre d'enquêtes annuelles à réaliser en région Centre.

Sources : Chérié-Challine L., 2012, « Déclaration obligatoire des mésothéliomes : réunion de lancement en région Centre, présentation à Blois, 22 mai 2012 », soirée du réseau Oncologique de la région Centre.
Chérié-Challine L. et E. Imbernon, 2012, « Déclaration obligatoire des mésothéliomes - résultats de la phase pilote et recommandations pour le déploiement national », InVS, 4 p.

Risque chimique et preuves d'exposition

Dans le cas du risque chimique et du risque Cancérogène-Mutagène-Reprotoxique (CMR), il est souvent difficile d'apporter la preuve de l'exposition du salarié, les pathologies se déclarant des années après l'exposition. Lorsque la demande de reconnaissance n'intervient pas au titre des tableaux de maladies professionnelles mais au titre des alinéas 3 et 4, le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) doit statuer sur le lien direct et essentiel entre les expositions du salarié et la pathologie. Or, les expositions aux produits chimiques et CMR sont multiples dans les entreprises. Au cours d'une semaine de travail, un même salarié peut être exposé à des produits et des mélanges différents dans des conditions d'exposition différentes. Il appartient également au CRRMP de faire le lien entre l'exposition à un produit et la pathologie qui s'est déclarée. Ce lien est établi au regard des connaissances scientifiques accumulées au moment de la demande.

Les fiches de prévention de la pénibilité sont un outil développé pour tracer les expositions des salariés aux risques CMR durant leur carrière professionnelle (décret n° 2012 – 136 du 30 janvier 2012). Ces fiches sont remplies par les employeurs.

ZOOM

L'ASSOCIATION DE DÉFENSE DES VICTIMES DE L'AMIANTE (RÉGION CENTRE, NIÈVRE ET ALLIER) (ADEVA CENTRE)

L'ADEVA Centre accompagne les victimes et leurs ayants-droits dans la constitution des dossiers de reconnaissance de maladies professionnelles, dans les actions en justice auprès des tribunaux. Elle est assistée par un cabinet d'avocats spécialisé. Les victimes de l'amiante peuvent bénéficier dans certaines conditions du régime ACAATA. En termes de réparation du préjudice, elles ont plusieurs recours : la reconnaissance en maladie professionnelle (MP), l'indemnisation par le Fiva, l'indemnisation pour une faute inexcusable de l'employeur (FIE).
Au regard de l'expérience de l'ADEVA Centre, l'accès aux droits est rendu difficile du fait de démarches longues et complexes auprès de différents interlocuteurs (CPAM, employeurs, témoins, services de santé au travail etc.) pour des personnes fragilisées. L'ADEVA Centre est membre de l'ANDEVA (Association nationale de défense des victimes de l'amiante).

POUR EN SAVOIR PLUS :
www.andeva.fr

ZOOM

PRÉVENTION DU RISQUE CHIMIQUE EN RÉGION CENTRE : UNE ÉTUDE SUR LES FLUIDES D'USINAGE

Les fluides d'usinage, autrement appelés huiles de coupe, sont reconnus comme des agents d'exposition à plusieurs maladies professionnelles [5]. Les principaux risques sont des affections cutanées (dermites, dermatoses, cancers cutanés), des allergies et des irritations, des affections respiratoires. Lorsqu'ils ne sont pas suffisamment raffinés, les fluides d'usinage peuvent contenir des substances cancérogènes (hydrocarbures aromatiques polycycliques, nitrosamines, formaldéhyde etc.). Les modes de prévention recommandés sont la substitution de ces fluides (en favorisant l'usinage à sec ou en utilisant des huiles minérales neuves raffinées), la surveillance chimique et biologique des bains, la ventilation des ateliers et des bains et le capotage des machines, le port et le nettoyage quotidien des équipements de protection individuelle (gants et vêtements de travail).

●●● En région Centre, une enquête sur les modalités d'utilisation des huiles a été réalisée dans le cadre du PRST 2010-2014 [9]. Un groupe de travail, réunissant médecins du travail et ingénieurs de prévention des risques professionnels, a analysé les pratiques des entreprises concernant l'utilisation des fluides d'usinage et les modes de prévention collectifs et individuels. Les entreprises ciblées par l'enquête sont des entreprises de fabrication d'engrenage et roulement, et des entreprises de mécanique industrielle.

Ces entreprises sont concernées par une exposition longue des salariés aux fluides d'usinage, du fait de leur mode d'utilisation. La plupart sont des huiles minérales solubles et entières et sont principalement utilisés en bain. La majorité de ces entreprises (84 %) utilisent des protections collectives, uniques ou combinées, celles-ci étant le capotage, la ventilation de l'atelier et l'aspiration à la source. Principal mode de prévention, le capotage est insuffisant pour protéger les salariés des émanations et empêcher le contact avec les huiles.

Cette étude met en évidence des carences dans le recours aux protections individuelles. Les gants et les protections oculaires, EPI* les plus utilisées dans ces entreprises, sont rarement portés systématiquement par les salariés. Environ un quart d'entre eux ne les portent jamais ou rarement. Les masques respiratoires sont moins répandus. Les entreprises de plus de 10 salariés prennent fréquemment en charge l'entretien des vêtements de protection, ce qui n'est pas le cas dans les très petites entreprises.

Cette étude a été mise en œuvre dans le cadre du Plan régional de santé au travail (2010-2014) et constitue le 3e objectif de l'axe 1 : Améliorer les connaissances en santé au travail.

Le régime Acaata

Les personnes ayant été exposées à l'amiante peuvent bénéficier du régime de départ anticipé à la retraite (régime Acaata) à partir du moment où leur entreprise appartient à la liste définie au Journal Officiel. Les victimes de l'amiante peuvent également, sous certaines conditions, bénéficier du régime Acaata.

** Équipement de Protection Individuelle*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] AFFSET et Inserm, 2008, Cancer et environnement - Expertise collective, Editions Inserm

[2] ARC et INCa, 2010, Note de synthèse des présentations du colloque « Cancer et travail », Paris, 14 décembre 2010

[3] Eloy A., Dr J. Albouy, C. Leclerc, T. Dourlat, J. Plaine, Dr M. Valenty, 2013, Surveillance des maladies à caractère professionnel en région Centre - Résultats des quinzaines 2011, 8 p., www.orscentre.org

[4] INCa, 2011, La situation du cancer en France en 2011, collection Rapports et Synthèses, pp.134-139

[5] INRS, 2011, Prévention des risques chimiques causés par les fluides de coupe dans les activités d'usinage de métaux, Recommandation du comité technique national de la métallurgie R451, 12 p.

[6] INR S, 2006, Les maladies professionnelles – régime général, Aide mémoire juridique

[7] InVS, 2010, Cancers professionnels et inégalités sociales, Fiche Repère, 4 p.

[8] InVS, 2012, Cancers professionnels, Fiche Repère, 8 p.

[9] Levery G. (coord.), 2012, Extrait des résultats de l'enquête « une huile, un usage », document à destination des préventeurs de la région Centre, 5 p.

[10] Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, 2008, www.securite-sociale.fr

5

Les risques psychosociaux

Le travail est un facteur essentiel dans la construction de la santé physique et mentale. De nombreuses études ont montré que les personnes privées d'emploi présentent plus fréquemment un état de santé dégradé que les autres. Cependant, certaines conditions de travail peuvent être délétères pour la santé. Si les facteurs en cause sont pour la plupart bien identifiés en matière de risques physiques, chimiques ou biologiques, ils le sont beaucoup moins en matière d'organisation du travail. Leurs effets sur la santé sont variés et parfois difficiles à repérer.

Les mutations actuelles du monde du travail ont vu émerger la notion de risques psychosociaux. Ces risques sont liés à la manière de concevoir, d'organiser et de gérer le travail, ainsi qu'au contexte économique et social. Ils ont pour effet d'augmenter le stress au travail et peuvent entraîner des souffrances, voire de graves détériorations de la santé physique ou mentale [19].

Les quelques suicides en région Centre en lien avec le travail dont la presse a pu se faire l'écho ces dernières années témoignent à l'extrême de ce problème. Certains d'entre eux ont pu être reconnus en accident du travail grâce à une jurisprudence récente, ou en maladie professionnelle après passage au comité régional de reconnaissance en maladie professionnelle. Il n'en demeure pas moins que le lien entre le suicide et les risques professionnels reste le plus souvent difficile à caractériser et que nous manquons de données statistiques sur l'ampleur véritable du phénomène.

Cela peut s'expliquer par la prise en compte de la souffrance mentale au travail relativement récente en France. La loi du 17 janvier 2002 a renforcé les obligations de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels et notamment des risques psychosociaux [4]. La mission préventive des CHSCT a été élargie et inclut désormais la préservation de la santé mentale.

Les risques psychosociaux (RPS) : une notion plurifactorielle

Les risques psychosociaux sont reconnus comme des risques inhérents à l'entreprise et à son mode de fonctionnement. Il n'existe pas de définition juridique de ces risques. C'est une notion qui fait référence au stress, au harcèlement, aux violences, à l'épuisement professionnel ou encore à la souffrance mentale au travail. L'exposition aux risques psychosociaux est reconnue dans la littérature scientifique comme un facteur d'altération de la santé physique et mentale [10].

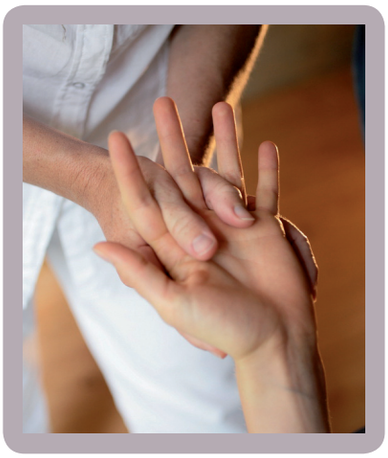
La définition des risques psychosociaux et leur suivi statistique est un enjeu pour la prévention. Deux modèles sont principalement employés pour mesurer ces risques : le questionnaire de Karasek décrit le niveau de demande psychologique, de latitude décisionnelle et de soutien social au travail dont dispose chaque salarié ; le modèle de Siegriest évalue le déséquilibre entre les efforts consentis et les récompenses obtenues ainsi que le surinvestissement dans le travail [10] [17]. Entre 2008 et 2011, un collège d'experts a été réuni par l'INSEE afin de formuler des recommandations concernant les principales dimensions des RPS et les indicateurs à mesurer pour les évaluer [14]. Leurs conclusions ont permis de regrouper les risques psychosociaux en groupes de facteurs et d'en présenter leurs différentes dimensions [18] :

- Les exigences du travail et son organisation : autonomie dans le travail, degré d'exigence au travail en matière de qualité et de délais, vigilance et concentration requises, injonctions contradictoires.
- Le management et les relations de travail : nature et qualité des relations avec les collègues et les supérieurs, reconnaissance, rémunération, justice organisationnelle.
- La prise en compte des valeurs et attentes des salariés : développement des compétences, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, conflits d'éthique.
- Les changements du travail : conception des changements de tout ordre, nouvelles technologies, insécurité de l'emploi, restructurations…

Le risque psychosocial est reconnu comme étant plurifactoriel et intrinsèquement lié à la situation de travail. L'impact des facteurs individuels (comme les traits de personnalité) n'est pas reconnu comme une dimension significative de ces risques [14]. Le risque psychosocial au travail induit donc la mise en place d'une prévention adaptée, placée sous la responsabilité de l'employeur.
Le rapport d'expertise recommande de considérer l'interaction de chacun de ces facteurs [14]. En effet, prises individuellement, certaines variables peuvent être facteurs de protection ou facteurs de risque selon les conditions dans lesquelles elles sont expérimentées par les salariés. En outre, les différents indicateurs mentionnés ne présentent pas tous le même niveau de risque : certains doivent être mesurés en priorité car leur impact sur la santé des salariés est clairement établi.

La place des risques psychosociaux dans la reconnaissance des maladies professionnelles (MP)

Dès lors que la souffrance mentale aboutit à une pathologie en lien avec le travail, elle ne peut être reconnue par le biais d'un tableau de maladies professionnelles, ce dernier n'existant pas actuellement pour les régimes général et agricole. Lorsque le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) est supérieur à 25 %, le dossier de déclaration de MP est présenté au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui donne son avis sur le lien direct entre la pathologie et l'exposition professionnelle.
Entre 2009 et 2011, 15 dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle au titre des risques psychosociaux (essentiellement des syndromes dépressifs majeurs) ont été déposés au CRRMP de la région Centre ; 5 d'entre eux ont reçu un avis favorable.



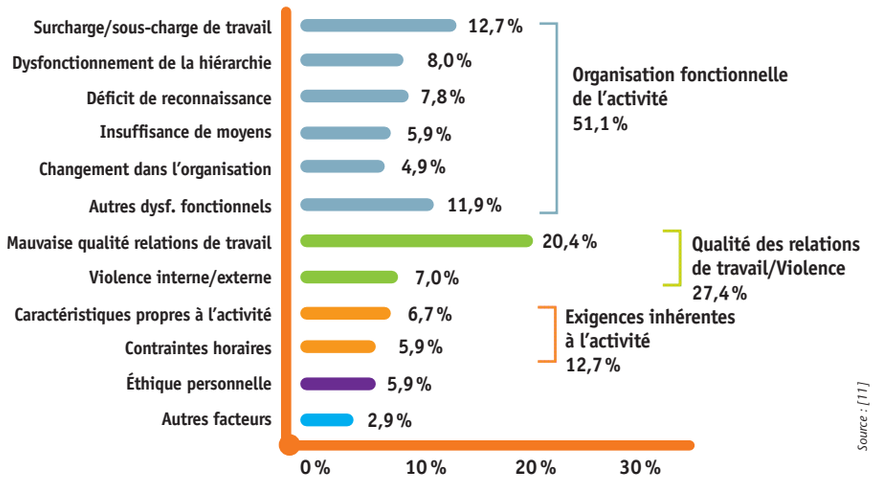
Les enquêtes épidémiologiques montrent des variations de l'exposition aux risques psychosociaux selon le secteur d'activité, la catégorie socioprofessionnelle ou encore le sexe du salarié [7]. Les liens entre ces expositions et la santé mentale varient aussi selon ces caractéristiques [4]. L'évolution du fonctionnement des entreprises et des modes de management est également à prendre en compte pour évaluer les risques psychosociaux. À titre d'exemple, les marges de manœuvre, traditionnellement plus fréquentes chez les cadres et les professions intermédiaires, sont en recul dans cette CSP alors qu'elles sont croissantes chez les ouvriers [7].

Les affections cardio-vasculaires et la souffrance psychique sont particulièrement sensibles aux contraintes organisationnelles et relationnelles. En région Centre, parmi les salariés ayant une pathologie d'origine professionnelle en 2009, ces facteurs étaient en cause dans plus de 60 % des cas d'affections cardio-vasculaires et dans 99 % des cas de souffrance psychique [11].

Une prévalence élevée de la souffrance psychique en lien avec le travail en région Centre

▶ D'après le programme Maladies à caractère professionnel (MCP) (voir chapitre Maladies Professionnelles), la prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail est de 2,8 % en 2011 en région Centre. La dépression est la principale pathologie déclarée, suivie de l'anxiété, des troubles du sommeil et du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out).
La souffrance psychique au travail touche différemment les hommes et les femmes. Sa prévalence est plus élevée chez les femmes : 3,4 % contre 2,2 % chez les hommes en 2011.
Elle est plus répandue chez les cadres et professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires et les employés pour lesquels la prévalence dépasse 3 % en 2011. La souffrance psychique liée au travail se retrouve dans tous les secteurs d'activité. Elle concerne davantage le secteur de l'information et de la communication (10,9 %), des transports et entreposage (6,2 %) et de l'industrie (3,4 %).

1 FRÉQUENCE DES FACTEURS ORGANISATIONNELS ET RELATIONNELS CITES POUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE (QUINZAINES DES MCP - ANNÉE 2011)



Source : [11]

La prévention des risques psychosociaux

La prévention des risques psychosociaux se situe au niveau de l'analyse du travail et de l'organisation. Cette dimension collective n'est pas toujours appréhendée par les responsables d'entreprises et les managers. Une étude auprès de dirigeants en Rhône-Alpes a ainsi montré une perception très floue et très individualisée de ces risques [3]. La dimension « psychologique », à travers les situations et les vulnérabilités individuelles, est mise en avant au détriment des enjeux organisationnels. La souffrance au travail est aussi un sujet tabou pour les salariés qui craignent d'être stigmatisés. La réglementation concernant l'évaluation des risques professionnels, et parmi eux des risques psychosociaux, a facilité la prise en compte de ces risques dans les entreprises [9]. Les méthodologies de prévention sont centrées sur des diagnostics permettant l'expression des salariés sur leur travail aux différents niveaux hiérarchiques et l'élaboration de plans d'action centrés sur l'organisation du travail, la communication, le management, la formation.

En région Centre, les demandes d'intervention sur les risques psychosociaux auprès de la Carsat sont croissantes. Elles émanent soit directement des entreprises, sensibilisées à la problématique ou contraintes par l'Inspection du travail à évaluer ce risque, soit des instances représentatives du personnel, soit d'un repérage en amont par les agents de terrain de la Carsat Centre ou bien encore d'autres partenaires comme les médecins du travail.

Les interventions sur les risques psychosociaux sont fréquentes dans le secteur médico-social, en cohérence avec ce qui est observé au niveau national et dans les grandes entreprises industrielles ainsi que dans les métiers de la distribution et du commerce. Elles se font très souvent dans des entreprises où le climat social est déjà très dégradé. L'apport de la démarche est souvent de réamorcer le dialogue social et de montrer la dynamique collective sous-jacente aux conflits interpersonnels. En effet, ce risque est encore très souvent perçu comme une problématique individuelle alors qu'il relève surtout de dysfonctionnements dans l'organisation du travail. Deux thèmes d'actions ressortent systématiquement des diagnostics : le défaut de communication et le défaut de management.

Prévention des risques psychosociaux en région Centre : renforcer le dialogue social dans les entreprises

Le risque psychosocial est relativement récent dans le champ de la prévention de la santé au travail. Sur ce thème, la démarche de la Carsat Centre est d'abord une information et une sensibilisation à la dimension collective de la problématique au sein des entreprises.

Les étapes de l'accompagnement s'appuient sur les méthodologies établies par l'INRS ou par l'Anact. Cet accompagnement peut être mené par des consultants référencés par les organismes régionaux de prévention (Carsat, Direccte, Service de Santé au Travail, Aract).

Un pré-diagnostic est d'abord établi dans l'entreprise : il vise à évaluer par le biais d'indicateurs le degré de souffrance mentale des salariés et les principales contraintes auxquelles ils font face. Si la situation est alarmante, l'entreprise doit décider de mettre en place un diagnostic approfondi des risques psychosociaux, reposant à ce moment-là sur une démarche davantage qualitative, visant à mieux comprendre les conditions de travail auxquelles les souffrances sont liées. Des entretiens sont menés avec un échantillon de salariés à tous les niveaux hiérarchiques. Le troisième temps de l'accompagnement repose sur l'élaboration d'un plan d'action visant à établir et à hiérarchiser les domaines sur lesquels agir pour réduire le risque.

L'essentiel de la démarche repose sur le dialogue social. Un comité de pilotage associant les dirigeants et les représentants du personnel est constitué pour prendre et suivre les décisions concernant l'intervention. Le comité de pilotage définit notamment, en lien avec le consultant ou la Carsat, le protocole et la méthodologie de diagnostic ainsi que le plan d'action.

La Carsat Centre a également mis en place un dispositif de transmission d'informations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ayant pour motif des éléments relatifs à un risque psychosocial. Une fois informé, le contrôleur de sécurité de la Carsat Centre décide ou non d'une intervention dans l'entreprise, en concertation avec la psychosociologue de la Carsat.

Recours à l'expertise par un CHSCT : des représentants du personnel de CHSCT s'interrogent sur leurs expériences

L'obligation de sécurité qui pèse sur les entreprises est une obligation de résultat, elle prend en compte non seulement la santé physique mais aussi la santé mentale des salariés. Cette nouvelle donne a entraîné une évolution de la place des CHSCT dans l'entreprise et les relations sociales.

À l'occasion du travail sur les risques psychosociaux, la question de la place du CHSCT parmi les institutions représentatives du personnel se trouve reposée de façon plus stratégique. La jurisprudence y contribue : en élargissant les domaines du droit à l'expertise, en demandant la consultation du CHSCT lors de la mise en place d'une nouvelle procédure d'évaluation individuelle des salariés, ou en permettant de suspendre une mesure de réorganisation du fait de ses effets sur la santé. De même le recours à l'expertise, plutôt rare auparavant, a augmenté sur la thématique des risques psychosociaux et la place des CHSCT s'est trouvée mise en lumière et renforcée.

Dans le cadre des actions du Plan régional santé travail, la Direccte du Centre, en collaboration avec la Carsat, a pris l'initiative de mettre en place, des ateliers de réflexion sur le recours à l'expertise par les CHSCT. La réflexion avait pour but d'essayer de repérer des ingrédients de réussite et d'échec, afin d'en déduire des repères qui pourraient être partagés. Les représentants du personnel de quatre entreprises ont répondu à cette proposition. Un point commun entre ces 4 expériences est qu'elles ont pour origine une situation de mal-être des salariés, mais dans des configurations très différentes et complémentaires pour la réflexion.

Ces réflexions n'ont pas la prétention de constituer une synthèse, ni un guide sur l'expertise CHSCT en général, mais une réflexion sur un certain nombre de problématiques. L'expertise extérieure est demandée pour obtenir une étude objective et des recommandations. Comment faire pour que ce ne soit pas finalement qu'un rapport de forces entre direction et CHSCT, avec contestation au tribunal, mais plutôt un outil pour faire avancer le collectif ? Comment faire pour que le CHSCT n'abandonne pas son rôle au seul profit des experts ?

Les participants à cet atelier se sont posés une série de questions concrètes :

Pourquoi vote-t-on une expertise, qu'en attend-on comme résultats ? *Un remède miracle qui va enfin infléchir le cours des choses ?*

Comment choisir un expert ?

A quel moment contacter l'expert ? Comment participer au déroulement de l'expertise ?

Pendant l'expertise : saisir l'opportunité d'apprendre ?

Après l'expertise, que se passe-t-il ? *Que faire du rapport ?*

Une occasion de renouer le dialogue avec les salariés ?

POUR EN SAVOIR PLUS :
www.centre.direccte.gouv.fr

Une consultation « souffrance au travail » en région Centre

En 2010 a été créée une consultation spécifique « Souffrance au travail » au sein du centre de consultations pathologies professionnelles (CHU de Tours). Cette consultation vise à répondre à un besoin de consultation spécifique en santé mentale au travail dans la région. Les salariés sont adressés à cette consultation par leur médecin du travail, leur médecin traitant, leur psychiatre, les associations d'aide aux victimes, des avocats, des assistantes sociales. Certains salariés viennent d'eux-mêmes. En 2012, 48 consultations ont été réalisées. Le recours à cette consultation concerne une diversité de CSP : agents d'accueil, vendeurs, directeurs d'établissement, commerçants, salariés de la MSA, agents de la fonction publique territoriale etc.

ZOOM

PRÉVENIR LE SUICIDE EN AGRICULTURE : LA MISE EN PLACE DE CELLULES DE VEILLE SUR LE RISQUE SUICIDAIRE

Contexte

Le risque suicidaire chez les agriculteurs exploitants est le plus élevé parmi l'ensemble des catégories socioprofessionnelles. Une des caractéristiques du suicide chez les exploitants est la forte probabilité que le passage à l'acte conduise au décès. Ainsi, il ressort que les tentatives de suicide sont comparativement peu fréquentes [4].

Actions spécifiques des MSA en région Centre

La mise en place du Plan national d'actions contre le suicide (2011-2014) de la MSA vise à structurer la prévention du risque suicidaire en agriculture. En effet, aucun dispositif ne permettait jusqu'alors de repérer les situations de souffrance mentale au travail, notamment chez les exploitants. Ceux-ci expriment rarement leur souffrance directement aux professionnels qu'ils rencontrent. Ces derniers sont parfois alertés à travers les échanges qu'ils ont à l'occasion de visites d'entreprise, de l'analyse de leurs difficultés économiques ou des déclarations d'accidents du travail.

ZOOM

L'ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES ET AUX ORGANISATIONS, CONFRONTÉES AUX SUICIDES ET DÉPRESSIONS PROFESSIONNELS (ASD-PRO)

L'association est née en 2008 de la volonté de syndicalistes et d'acteurs en santé au travail de faire valoir la part du travail dans les suicides et dépressions professionnels, suite à la vague de suicides dans la centrale nucléaire de Chinon et chez Renault en 2006. Le principe fondateur de l'association consiste à accompagner les victimes ou ayant-droits de victimes dans les procédures de reconnaissance de la souffrance mentale au travail comme facteur d'altération de la santé. Elle intervient également auprès d'organisations (syndicales, professionnelles, associatives) dans leurs pratiques visant la prévention du risque psychosocial au travail. Elle considère qu'il ne peut y avoir de prévention sans reconnaissance de ce risque. La prévention n'est possible que si les conséquences de la souffrance mentale au travail sont reconnues par les caisses d'Assurance Maladie (CPAM / MSA) ou au sein des fonctions publiques auxquelles sont rattachés les fonctionnaires.

POUR EN SAVOIR PLUS :
http://asdpro.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Bernard C., B. Lemerie, G. Lasfargues, 2007, « Le risque psychosocial », La revue du praticien, vol. 57, pp.51-55

[2] Bressol E., 2004, « Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », Rapport présenté au Conseil économique et social, 202 p., Carsat Centre, 2012, Rapport d'activité 2011

[3] CJD Rhones-Alpes, 2009, « Étude sur les freins à la mobilisation des entreprises pour la prévention des risques psychosociaux », 27 p.

[4] Cohidon C., G. Santin, B. Geoffroy-Perez, E. Imbernon, 2010, « Suicide et activité professionnelle en France », Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 58 - n° 2, pp. 139-150

[5] Dares Analyses, 2010, « Les pathologies liées au travail vues par les travailleurs », n°80

[6] Dares Analyses, 2010, « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », n°81

[7] Dares Analyses, 2012, « L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer », n°23

[8] Direccte Centre, Plan régional Santé-sécurité au travail (2010-2014)

[9] Douillet P., 2010, « RPS, de quoi parle-t-on ? Construire une politique de prévention, Colloque sur les risques psychosociaux », le 19 novembre 2010, GARF et Anact

[10] Duburcq A., L. Courouve, F. Fagnani, 2009, « Revue de la littérature en épidémiologie sur les facteurs psychosociaux au travail », Présentation au collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail

[11] Eloy A., Dr J. Albouy, C. Leclerc, T. Dourlat, J. Plaine, Dr M. Valenty, 2013, « Surveillance des maladies à caractère professionnel en région Centre - Résultats des quinzaines 2011 », 8 p., www.orscentre.org

[12] Euzenat D., M. Mortezapouraghdam, S. Roux, 2011, « Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : conséquences sur les accidents du travail des salariés », Documents d'étude n°165, Dares, 127 p.

[13] GIS Evrest, 2012, Rapport régional Evrest 2010-2011 - région Centre

[14] Gollac M. et M. Bodier, 2010, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour mieux les maîtriser », Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, 223 p.

[15] INRS, 2010, Comment détecter les risques psychosociaux en entreprise

[16] MSA, Plan Santé-Sécurité au travail (2011-2015)

[17] Niedhammer I., C. Lejeune, A. Sultant-Taïeb, 2009, « Revue de la littérature sur le rôle étiologique des dimensions du modèle de Karasek sur les maladies cardio-vasculaires et les troubles de la santé mentale », Présentation au collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail

[18] www.travaillermieux.gouv

[19] « Prévisions des experts sur les risques psychosociaux émergents liés à la sécurité et la santé au travail », FACTS n° 74. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Bilbao.

CONCLUSION

Ce tableau de bord donne des outils pour la réflexion des préventeurs et tous ceux, salariés, chefs d'entreprise, représentants du personnel qui pensent que la santé au travail constitue un enjeu au cœur des évolutions des entreprises.

Les petites entreprises constituent une part très significative de notre tissu économique. Ces entreprises sont moins sensibilisées aux risques professionnels et surtout moins bien armées pour faire face à leurs obligations légales en la matière.

Le développement des services à la personne constitue une évolution de l'emploi salarié, avec des risques professionnels connus mais dont la prévention ne peut être envisagée que d'une manière spécifique, compte tenu de son déroulement aux domiciles des personnes.

Pour s'adapter à un environnement économique et technologique en changement, les entreprises modifient leur système d'organisation et leur production.

Ces évolutions affectent les conditions de travail et sont susceptibles de générer de nouveaux risques qu'il est primordial d'anticiper.

L'enjeu, pour les partenaires du Plan régional Santé Travail, est de fédérer les acteurs de la prévention pour maintenir, impulser ou soutenir des études pour améliorer la connaissance et les actions sur des thématiques prioritaires pour la santé au travail dans tous les secteurs concernés par les risques professionnels.

Cette mobilisation des préventeurs se fera aussi par l'établissement de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre la Direccte, la Carsat et chaque service de santé au travail, conformément à la loi du 20 Juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. A partir des informations locales et régionales -dont fait partie ce tableau de bord-, ces contrats permettront, de déterminer et s'accorder sur des actions prioritaires à mener en collaboration.

Michèle Marchais,
Responsable du Pôle Travail, Direccte Centre.

Comité de Rédaction
Josiane Albouy - Médecin-Inspecteur régional du travail (Direccte Centre)
Clotilde Binet - Chargée d'études (Observatoire régional de la santé du Centre)
Lysiane Chestier - Responsable Santé/Prévention (MSA Beauce Cœur de Loire)
Rémy Deparday - Cadre administratif, Service des risques professionnels (Carsat Centre)
Aurélie Éloy - Chargée d'études (Observatoire régional de la santé du Centre)
Céline Leclerc - Directrice (Observatoire régional de la santé du Centre)
Denis Legret - Ingénieur conseil régional adjoint (Carsat Centre)
Michèle Marchais – Responsable du pôle Travail (Direccte Centre)
Gilles Mirleau - Chef d'agence de la région Centre - (OPPBTP)
Marie Murcia – Statisticienne-épidémiologiste, Coordonnatrice scientifique régionale Evrest (APST Centre)

Ont collaboré à la réalisation de ce tableau de bord
Bernard Arnaudo - Médecin-Inspecteur régional du travail (Direccte Centre)
Sandrine Auffinger - Ingénieur Conseil, Service des risques professionnels (Carsat)
Fabienne Bardot- Médecin du travail, Référent régional Evrest (CIHL 45)
Frédérique Barnier, Maître de conférences en sociologie (Université d'Orléans)
Anne Bourdais - Assistante de direction (Observatoire régional de la santé du Centre)
Christian Dumas - Chef du service « Études, Prospective, Évaluation, Statistiques » (Direccte Centre)
Claude Grossier – Directeur de l'AROMSA (MSA Beauce Cœur-de-Loire)
Laure Remande – Technicienne statistique (APST Centre)

Directeur de publication
Patrice Greliche – Directeur régional (Direccte Centre)

Sites de mise en ligne
www.orscentre.org
www.centre.direccte.gouv.fr

Conception graphique : Atelier J-Ph. Germanaud - Orléans
Impression : IMP Val de Loire - 05/2013
©Photos : Fotolia

DIRECCTE Centre
12, place de l'Etape
CS 85809
45058 Orléans cedex 1
www.centre.direccte.gouv.fr

Observatoire Régional
de la Santé du Centre
1 rue Porte Madeleine
BP2439
45032 Orléans Cedex 1
www.orscentre.org

CARSAT Centre
36 rue de Xaintrailles
45033 Orléans cedex 1
www.carsat-centre.fr

Aromsa du Centre
11 avenue des Droits
de l'Homme
45924 Orléans Cedex 9
www.msa.fr