

TABLEAU DE BORD RÉGIONAL

Provence-
Alpes-
Côte d'Azur

santé • sécurité • conditions de travail



Comité de pilotage

BLANC JEAN-JACQUES

Force Ouvrière (FO)

BARBONI GÉRALDINE

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE PACA)

CAPONI HÉLÈNE

Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT Sud-Est)

CAZEAUX NATHALIE

Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT Sud-Est)

COMBET GERMAIN

Confédération française démocratique du travail (CFDT)

DO CHRISTOPHE

Association des services de santé au travail du BTP des Bouches-du-Rhône (ASTBTP 13)

GAUTIER MURIEL

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE PACA)

GOSSET ANDRÉA

Observatoire régional de la santé (ORS PACA)

GUAGLIARDO VALÉRIE

Observatoire régional de la santé (ORS PACA)

JARDIN MARIE

Observatoire régional de la santé (ORS PACA)

LEHUCHER-MICHEL MARIE-PASCALE

Service de consultation de pathologie professionnelle du CHU de la Timone

LESCHER SABINE

Observatoire régional de la santé (ORS PACA)

LORENT PIERRE

Observatoire régional des métiers (ORM)

MASCARENE CÉLINE

Observatoire régional de la santé (ORS PACA)

MAZZONI CAROLINE

Confédération française démocratique du travail (CFDT)

RICO THIERRY

Mutualité sociale agricole (MSA)

ROMAZINI SYLVIE

Évolutions et relations en santé au travail (EVREST) en région PACA

SIRER THIERRY

Confédération générale du travail (CGT)

TROUSSARD SYLVAIN

Association interprofessionnelle de santé et médecine du travail (AISMT 13)

VALLERIAN AMANDINE

Centre régional d'éducation pour la santé (CRES PACA)

VERGER PIERRE

Observatoire régional de la santé (ORS PACA)

INTRODUCTION

J'ai le plaisir de vous présenter la cinquième édition du tableau de bord régional santé, sécurité conditions de travail de la région PACA.

Outil d'observation et de suivi de l'état de santé des populations au travail et des expositions aux risques professionnels, le tableau de bord accompagne la politique de santé au travail dans notre région depuis les années 2000, et témoigne d'une dynamique partenariale remarquable sur notre territoire.

La mise à jour que nous vous présentons, réalisée en 2016 par l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) à la demande de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et des membres du Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (devenant, en 2017, le Comité Régional d'Orientations des Conditions de Travail), est le fruit d'un travail partenarial réunissant de nombreux acteurs, institutions de la santé au travail et partenaires sociaux : je tiens à les remercier pour leur implication constante et pour la qualité du travail réalisé.

Cette cinquième édition s'inscrit dans le cadre du nouveau Plan Régional de Santé au Travail (voir encadré n° 1 en page 8) qui accompagnera nos dynamiques collectives dans les entreprises et sur les territoires de la région PACA pendant cinq années, de 2016 à 2020.

Le tableau de bord a pour ambition de mettre en perspective les données de santé au travail : il offre aux acteurs chargés du suivi et de l'amélioration de l'état de santé des travailleurs, de la prévention des risques professionnels et du maintien en emploi, un diagnostic régional composé de l'ensemble des données disponibles et significatives dans le champ de la santé au travail : sinistralité, exposition aux risques professionnels spécifiques, état de santé de la population au travail et travaux menés sur les champs de la santé au travail.

Afin de répondre aux besoins souvent exprimés par les acteurs de terrain, les indicateurs quantitatifs sont présentés par branche d'activité et par zone d'emploi, lorsque les données sont disponibles. Parallèlement au présent document, certains indicateurs seront consultables sur le Système d'information régional en santé de l'ORS (www.sirsepaca.org), dont ils viennent enrichir le contenu, aux côtés d'indicateurs de santé publique et environnementale.

Dans cette 5ème édition, des évolutions récentes de différents indicateurs ont pu être notées. Ainsi, l'indice de fréquence des accidents du travail poursuit sa diminution en région PACA et l'écart avec la moyenne nationale dans le régime général et le régime agricole se réduit. Après une augmentation jusqu'en 2011, le taux d'indemnisation des maladies professionnelles semble s'infléchir en 2014 en région PACA, tendance qui n'est pas observée au niveau national. Les troubles musculosquelettiques restent la première cause de maladie professionnelle indemnisée, mais leur taux d'indemnisation a également diminué. Les données recueillies par les professionnels de santé-travail du réseau Évolutions et Relations en Santé au Travail (EVREST) viennent compléter celles du système de reconnaissance des Maladies Professionnelles: elles soulignent notamment l'importance des symptômes psychologiques au travail, qui concernent plus de 10 % des salariés. Les pathologies liées à l'amiante poursuivent leur diminution. Les cas de surdité professionnelle indemnisée, ainsi que les maladies professionnelles liées à un risque allergique, ont globalement diminué depuis 2008. Cependant, selon l'Observatoire régional des métiers, le nombre de signalements des médecins conseils aux médecins du travail et au service social de la Caisse nationale de l'Assurance vieillesse et de la santé au travail Sud-Est (CARSAT S-E) a fortement augmenté en 2014, et les avis d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude temporaire sont également en hausse. L'activité des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés s'est également intensifiée en 2014.

Je souhaite que notre tableau de bord régional santé, sécurité et conditions de travail apporte aux acteurs de la santé au travail dans notre région un soutien dans leur mission d'amélioration des conditions de travail, de maintien dans l'emploi, et de préservation de la santé au travail, et qu'il contribue à offrir aux populations actives de notre région un milieu de travail plus favorable à la préservation de leur santé.

Bonne lecture à tous.

JEAN-FRANÇOIS DALVAI

Directeur du travail,

Responsable du Pôle Travail

DIRECCTE PACA

SYNTHÈSE

Cette cinquième édition du tableau de bord santé, sécurité et conditions de travail rassemble des indicateurs sur les accidents de travail, les maladies professionnelles et le maintien dans l'emploi dans la région PACA dans le régime général et le régime agricole et présente leurs évolutions principalement depuis la précédente édition publiée en 2010.

La baisse de la fréquence et de la gravité des accidents du travail dans le régime général se poursuit

Dans le régime général, l'indice de fréquence des accidents de travail (AT) a baissé depuis 1990 en région PACA-Corse, mais, avec une valeur de 37 pour 1 000 salariés en 2014, il est resté supérieur à la moyenne nationale (34 pour 1 000). Le taux de fréquence, qui rapporte le nombre annuel d'AT au nombre annuel d'heures travaillées, a lui augmenté depuis 2010, du fait d'une baisse du nombre d'heures travaillées plus importante que la baisse du nombre des AT.

Le taux d'incapacités permanentes partielles, indicateur de la gravité des AT, a baissé depuis la fin des années 2000, mais cette diminution s'est ralentie depuis 2011. Le taux observé en région PACA-Corse est resté supérieur au taux national (3 contre 2 pour 1 000 en 2014), mais l'écart, noté depuis plusieurs années, s'est réduit.

Le BTP, secteur le plus touché, mais avec une tendance à l'amélioration



En 2014, les pourcentages d'AT avec arrêt étaient les plus élevés chez les salariés de 20 à 30 ans et chez les employés, alors que les pourcentages d'AT avec incapacité permanente partielle étaient les plus élevés chez les salariés âgés de 40 à 59 ans et les ouvriers qualifiés, en région PACA-Corse comme en France. Le secteur du bâtiment et travaux publics était encore le plus touché, mais les indices de fréquence et de gravité y ont diminué depuis 2008. Les sièges des lésions les plus fréquentes étaient les membres inférieurs, le dos, rachis et moelle épinière, les doigts et mains et les membres supérieurs. En 2014, les indices de fréquence des AT étaient plus élevés dans les Hautes-Alpes et dans le Var que dans les autres départements de la région PACA. L'indice de fréquence des AT graves était le plus élevé dans le Var et dans les Alpes-de-Haute-Provence.

Le risque routier en PACA-Corse : une situation défavorable par rapport à la France

En 2012, en ce qui concerne les AT liés au risque routier, l'indice de fréquence était de 8 pour 1 000 salariés en région PACA-Corse (même chiffre qu'en France). Entre 2008 et 2012, le nombre d'accidents mortels pour 100 000 salariés liés au risque routier a de nouveau augmenté en région PACA-Corse, alors qu'il avait baissé lors de la période précédente. Cette tendance à la hausse n'est par contre pas observée en population générale, le nombre d'accidents de la circulation mortels pour 1 million d'habitants ayant baissé entre 2008 et 2012, en région PACA-Corse et en France métropolitaine.

Diminution progressive de la fréquence des accidents du travail chez les salariés agricoles, mais pas de leur gravité

Dans le régime agricole, le taux de fréquence des AT avec arrêt a diminué entre 2008 et 2014, aux niveaux régional et national, mais il est resté supérieur en région PACA (37 contre 29 AT avec arrêt pour 1 million d'heures travaillées en 2014). Il était plus élevé dans les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône, et plus faible dans les Alpes-de-Haute-Provence, où le taux a diminué de 60 % sur cette période. L'indice de gravité des AT avec arrêt a beaucoup varié entre 2008 et 2014 dans la région, alors qu'il a diminué au niveau national. Cet indice de gravité est resté plus important en région PACA qu'en France. Les secteurs les plus à risque dans la région étaient ceux des travaux forestiers et des travaux agricoles, comme au niveau national.

19 000 maladies professionnelles indemnisées entre 2008 et 2014 en PACA-Corse dans le régime général

Entre 2008 et 2014, près de 19 000 maladies professionnelles (MP) ont été indemnisées par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Sud-Est (CARSAT S-E) en région PACA-Corse. Le taux de MP indemnisées a baissé dans la région PACA-Corse plus fortement qu'en France, si bien que l'écart s'est accentué, avec des taux de 177 et 283 MP indemnisées pour 100 000 salariés en PACA-Corse et en France en 2014. En 2014, les taux étaient plus élevés dans les départements du Var et des Alpes-de-Haute-Provence.

1 000 MP indemnisées dans la région PACA dans le régime agricole entre 2008 et 2014

Dans le régime agricole, près de 1 000 MP ont été indemnisées dans la région PACA par la MSA entre 2008 et 2014. Le taux de MP indemnisées en PACA est resté près de deux fois inférieur à celui observé au niveau national. En 2014, le taux de fréquence le plus élevé de MP indemnisées par la MSA pour 1 million d'heures travaillées était observé dans les Hautes-Alpes.

Troubles musculosquelettiques : 80 % des MP indemnisées en PACA-Corse

En région PACA-Corse, en 2014, dans le régime général, 8 MP indemnisées par la CARSAT S-E sur 10 étaient des troubles musculosquelettiques (TMS) : la majorité concernait les membres supérieurs. En France, les TMS représentaient 9 MP indemnisées sur 10 en 2014.

Après avoir augmenté entre 2008 et 2011, le taux pour 100 000 salariés d'affections périarticulaires des membres supérieurs a diminué entre 2012 et 2014 en région PACA-Corse, et il est resté inférieur à celui du niveau national. Les taux d'affections du rachis lombaire et des membres inférieurs indemnisés ont peu varié. En 2012-2014, ce sont les salariés du secteur « bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu » qui étaient les plus touchés par les TMS (toutes localisations confondues), mais les taux de TMS indemnisés ont augmenté plus fortement dans les secteurs des activités de services II (+ 114 %), de l'alimentation (+ 53 %) et de la métallurgie (+ 47 %) depuis la période 2005-2008.

En région PACA, de 2012 à 2015, les zones d'emploi les plus touchées par les TMS étaient celles d'Orange, Avignon, Manosque, Digne-les-Bains, Salon-de-Provence et Toulon.

Trois salariés sur dix souvent exposés dans leur travail à au moins une contrainte physique ressentie comme pénible en 2013-2014

Les professionnels de santé-travail participant au réseau EVREST en région PACA ont fait les constats suivants pour la période 2013-2014 :

- ▶ 29 % des salariés ont déclaré avoir été souvent exposés dans leur travail à au moins une contrainte physique ressentie comme pénible, soit moins qu'en 2007-2008 (35 %) ; les ouvriers et salariés du secteur de la construction et du commerce de détail en magasin non spécialisé étaient les plus touchés ;
- ▶ 15 % des salariés présentaient au moins une plainte ou un signe clinique ostéo-articulaire estimé en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par les professionnels de santé-travail ; les salariés les plus âgés et les moins qualifiés étaient les plus touchés, ainsi que les salariés des secteurs des activités de services (services fournis par des associations, réparations de biens personnels et autres services personnels), de la construction, du commerce, plus particulièrement du commerce de détail en magasin non spécialisé, et de l'industrie manufacturière ;
- ▶ le pourcentage de personnes présentant une plainte ou un signe clinique en lien avec le travail concernant le rachis dorso-lombaire et les membres inférieurs était multiplié par 4 lorsque des contraintes physiques jugées pénibles étaient déclarées, par rapport aux salariés ne déclarant pas ces contraintes.

Un salarié sur dix déclare des symptômes psychiques estimés en lien probable ou certain avec le travail

L'enquête EVREST en région PACA a permis de recueillir des données portant sur les contraintes psychosociales déclarées par les salariés et les symptômes estimés en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par les professionnels de santé-travail :

- ▶ 23 % des salariés interrogés ont déclaré avoir subi une pression psychologique dans leur travail, soit moins qu'en 2007-2008 (27 %) ;
- ▶ près de la moitié des salariés ont déclaré avoir été exposés à plus de cinq contraintes psychologiques dans le cadre de l'activité professionnelle : 31 % étaient exposés à plus d'une contrainte liée à un manque de soutien social ; 40 % des salariés ont également déclaré avoir été exposés à plus de deux contraintes liées à la charge de travail, et plus d'un salarié sur quatre a déclaré avoir été exposé à au moins une contrainte liée à un manque de développement des compétences ;



- ▶ 11 % des salariés présentaient au moins un symptôme psychique estimé en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle ; ce pourcentage était significativement plus important chez les femmes et les salariés de plus de 45 ans, les cadres et les professions intellectuelles, et les salariés des secteurs des activités financières et assurances, de l'information et la communication, et du commerce de détail en magasin non spécialisé ; les salariés ayant déclaré des contraintes psychiques et ceux exposés à au moins une contrainte physique jugée pénible déclaraient plus souvent ces symptômes.

550 surdités professionnelles indemnisées en région PACA-Corse entre 2008 et 2014

Entre 2008 et 2014, les surdités professionnelles représentaient 3 % des MP indemnisées par la CARSAT S-E en région PACA-Corse. Sur la même période, le taux de surdités professionnelles indemnisées pour 100 000 salariés a globalement diminué mais est resté supérieur au niveau national. En 2014, les cas de surdités professionnelles indemnisées ne concernaient quasiment que les hommes et une majorité de salariés âgés de plus de 50 ans.

Sur la période 2012-2014, les salariés des secteurs du bâtiment et des travaux publics et du « Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu » étaient les plus touchés par les atteintes auditives. Les zones d'emploi présentant les taux les plus importants de surdités professionnelles indemnisées étaient celles d'Istres - Martigues et Arles.

Des informations sur les troubles auditifs ont également été recueillies dans l'enquête EVREST : 0,7 % des salariés étaient atteints d'un trouble de l'audition estimé en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par les professionnels de santé-travail du réseau, en 2013-2014. Les hommes de 45 ans et plus, les ouvriers et les salariés du secteur de la construction étaient les plus touchés. De plus, 21 % des salariés ont déclaré avoir été exposés à un bruit supérieur à 80 décibels et 33 % se sont plaints d'une gêne sonore dans leur travail sur la même période.

400 allergies professionnelles indemnisées en région PACA-Corse entre 2008 et 2014

Entre 2008 et 2014, les allergies professionnelles représentaient 2,3 % des MP indemnisées par la CARSAT S-E en région PACA-Corse ; 57 % étaient des allergies cutanées, 31 % des allergies respiratoires et 12 % des allergies d'autres types. Sur cette période, le taux d'allergies cutanées n'a pas baissé et est resté supérieur au taux d'allergies respiratoires, alors que ce dernier a globalement décru en région PACA-Corse. Ces taux sont restés inférieurs à ceux observés au niveau national.

Entre 2012 et 2014, le secteur « bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux et pierres et terres à feu » était le plus touché. Les zones d'emploi présentant les taux les plus importants d'allergies indemnisées étaient celles de Briançon et Menton-Vallée de la Roya.

700 cancers professionnels indemnisés en région PACA-Corse entre 2008 et 2014, dont une majorité liée à l'amiante

Bien que bénéficiant aujourd'hui d'un meilleur repérage, les cancers d'origine professionnelle restent sous-indemnisés. Entre 2008 et 2014, en région PACA-Corse, ils représentaient 4 % des MP indemnisées par la CARSAT S-E, dont la majorité était liée à l'amiante. D'après l'enquête Sumer, en 2010, en France métropolitaine et à la Réunion, plus de 3 millions de salariés étaient exposés à des produits cancérigènes, dont les principaux étaient les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales entières, les poussières de bois et la silice cristalline.



3 400 maladies professionnelles liées à l'amiante indemnisées en région PACA-Corse entre 2008 et 2014

Malgré l'interdiction de l'utilisation de l'amiante depuis 1997, l'exposition à l'amiante persiste. Par ailleurs, en 2014, les MP liées à l'amiante indemnisées représentaient un taux de 26 pour 100 000 salariés du régime général. Ce taux a diminué entre 2005-2008 et 2009-2014 en région PACA-Corse. Le taux de lésions bénignes indemnisées en région PACA-Corse est resté supérieur à celui du niveau national, alors que celui des lésions malignes était légèrement inférieur entre 2011 et 2014.

En région PACA, le nombre de nouveaux cas (incidence) de mésothéliomes est resté stable entre 2009 et 2015 (dans les départements couverts par le Programme National de Surveillance du Mésothéliome). Si le nombre de décès par mésothéliome a augmenté dans la région depuis 2004, et de manière plus importante depuis 2009, le taux comparatif de mortalité (le taux que l'on observerait si la structure de la population par âge en région PACA était identique à celle de la France métropolitaine en 1999) a lui peu varié entre 2004-2008 et 2009-2013 (1,9 pour 100 000 habitants et 1,8). Ce taux était plus élevé dans le Var et les Bouches-du-Rhône. Sur la période 2009-2013, une surmortalité significative par mésothéliome était observée en région PACA par rapport à la France, plus importante dans les zones d'emploi d'Istres-Martigues, Toulon et Marseille. Près d'un quart des décès par mésothéliome de 2009 à 2013 s'est produit chez des femmes, alors que seules 2 % des MP liées à l'amiante ont été indemnisées chez des femmes.

7 % des salariés à risque pour le maintien dans leur emploi

Les données EVREST révèlent que 7 % des salariés avaient un risque pour le maintien dans leur emploi non négligeable ou élevé en 2013-2014, selon les professionnels de santé-travail participant au réseau EVREST en région PACA. Ce risque était plus élevé chez les plus de 45 ans, les employés et ouvriers, et les salariés du commerce de détail en magasin non spécialisé. La proportion de salariés à risque pour le maintien dans l'emploi augmente lorsque le salarié présente une plainte ou un signe clinique ostéo-articulaire ou encore des symptômes psychiques estimés en lien avec le travail.

Le tableau de bord « maintien dans l'emploi » de l'Observatoire régional des métiers indique que le nombre de signalements des médecins conseils auprès des médecins du travail ou du service social de la CARSAT S-E a augmenté entre 2013 et 2014, de même que les avis d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude temporaire. L'activité des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth) s'est intensifiée en 2014, mais l'écart entre le nombre de dossiers ouverts par les Sameth et le nombre d'avis d'aptitude avec restrictions ou demandes d'aménagement du poste de travail et les avis d'inaptitude temporaire prononcés par les médecins du travail est resté important. En 2014, 86 % des dossiers traités ont permis un maintien en emploi. Le service social de la CARSAT S-E a quant à lui permis un maintien en emploi pour 28 % des bénéficiaires d'un accompagnement, et un maintien sur le marché du travail pour 34 % d'entre eux.

Certains des indicateurs présentés dans ce tableau de bord pourront être consultés sur le Système d'information régional en santé développé par l'ORS PACA (www.sirsepaca.org) où ils seront mis à jour annuellement.

La liste des indicateurs ainsi que le niveau géographique à partir duquel ils seront accessibles seront discutés avec les partenaires du TBST.

SOMMAIRE

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA RÉGION PACA	9
1.1. Évolution récente de l'emploi salarié	9
1.2. Emploi salarié selon les secteurs d'activité	10
1.3. Évolution du taux de chômage	11
2. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	12
2.1. Les accidents du travail (AT) dans le régime général.....	12
Une tendance à la baisse en région comme en France.....	12
Les accidents du travail graves	16
2.2. Le risque routier en région PACA-Corse : une situation défavorable par rapport à la France.....	16
2.3. Les accidents du travail chez les salariés agricoles : une diminution progressive.....	17
3. LES MALADIES PROFESSIONNELLES (MP), VUE D'ENSEMBLE	20
3.1. Les MP dans le régime général.....	20
Le taux de MP indemnisées en baisse depuis 2011.....	20
Plus d'un tiers des MP indemnisées identifiées dans les Bouches-du-Rhône sur 2012-2015.....	20
Les MP selon le genre	21
3.2. Les MP chez les salariés agricoles.....	22
4. LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES	26
4.1. Contraintes physiques : près de 30 % des salariés exposés.....	26
4.2. Plaintes ou signes cliniques ostéo-articulaires vus par les professionnels de santé-travail du réseau EVREST en région PACA.....	28
4.3. Les TMS indemnisés en région PACA-Corse	29
Évolution des indemnisations.....	29
TMS indemnisés selon le secteur d'activité.....	30
TMS indemnisés selon la zone d'emploi	30
5. SYMPTÔMES PSYCHIQUES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL	33
5.1. Un salarié sur deux exposé à plus de 5 contraintes psychologiques au travail	33
5.2. Symptômes psychiques en relation avec le travail.....	33
6. LES SURDITÉS PROFESSIONNELLES	40
6.1. Le bruit au travail en 2014 : une nuisance touchant 1 salarié sur 3.....	40
6.2. Les surdités professionnelles indemnisées en région PACA-Corse.....	41
Évolution des indemnisations.....	41
Surdités indemnisées selon le secteur d'activité	41
Surdités professionnelles indemnisées selon la zone d'emploi	41
7. LES ALLERGIES PROFESSIONNELLES	43
7.1. Évolution des indemnisations	43
7.2. Allergies indemnisées selon les secteurs d'activité	43
7.3. Allergies professionnelles indemnisées selon la zone d'emploi	44
8. LES CANCERS PROFESSIONNELS	45
8.1. Les cancers professionnels et environnementaux : une préoccupation nationale	45
8.2. Estimation du nombre de salariés exposés à des risques cancérigènes	45
8.3. Une sous-déclaration et une méconnaissance des cancers professionnels en France	47
8.4. Près de 700 cancers professionnels indemnisés en région PACA-Corse sur la période 2008-2014	48
9. MALADIES PROFESSIONNELLES LIÉES À L'AMIANTE	52
9.1. L'amiante, un produit cancérigène redoutable.....	52
9.2. Une diminution des taux de maladies professionnelles indemnisées liées à l'amiante	52
9.3. Des maladies rencontrées presque exclusivement chez les hommes de plus de 50 ans	53
9.4. Les secteurs d'activité concernés.....	53
9.5. Une surmortalité par mésothéliome en région PACA	53
9.6. L'incidence du mésothéliome reste stable	53
10. MAINTIEN DANS L'EMPLOI	56
10.1. Sept pour cent des salariés à risque pour le maintien dans l'emploi en 2013-2014	56
10.2. Coopérations institutionnelles pour le maintien dans l'emploi en région PACA	57
10.3. Analyse du tableau de bord maintien dans l'emploi de l'Observatoire régional des métiers	58
Un recul des licenciements pour inaptitude	58
Une prise en charge précoce nécessaire.....	58
Une augmentation des situations potentielles de maintien dans l'emploi	59
Une intensification de l'activité des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth)	60
Un faible recours à la formation pour pallier une problématique de maintien en emploi	61

DIRECCTE PACA

Le premier plan régional de santé au travail, de 2005 à 2009 (PRST 2005-2009), donnait une nouvelle impulsion : il visait à la fois la réforme du dispositif national de prévention des risques professionnels et une visibilité politique des objectifs publics en matière de santé et sécurité au travail. Le deuxième plan de santé au travail (PRST 2010-2014) confirmait cet élan et permettait de développer, à travers 113 actions en région, la santé et le bien-être au travail et d'améliorer les conditions de travail. Ce 2^e plan s'inscrivait dans un partenariat renforcé avec les organismes de prévention, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBTP), l'Association Régionale des Organismes de MSA (AROMSA), et l'Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), ainsi qu'avec les services de santé au travail. Le 2^e plan régional de santé a été évalué par le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES PACA) début 2014, à partir d'entretiens avec les porteurs de projet organisés sur la base d'une grille d'analyse croisant plusieurs critères (pertinence, cohérence, organisation, efficacité). Cette évaluation a mis en évidence une forte cohérence entre les objectifs du plan et les actions menées pour y répondre. Les acteurs ont confirmé leur volonté d'améliorer les connaissances et de permettre la montée en compétence des acteurs de la santé au travail et des professionnels, par :

- ▶ la création et la diffusion de nombreux outils de prévention, d'informations ou de sensibilisation aux risques professionnels (tels que les guides et plaquettes de la collection « la prévention en action » de la DIRECCTE, disponibles sur le site www.sante-secu-rite-paca.org) ;
- ▶ l'enrichissement des offres de formation continue, et l'intégration de la santé au travail dans les formations initiales (tels que les actions d'intégration de la santé et sécurité au travail dans l'enseignement agricole de l'AROMSA, ou les formations médicales en santé-travail proposées par le Système d'Information Santé Travail Environnement) ;
- ▶ l'organisation de rencontres et de colloques (tels que les séminaires RPS du Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail) ;
- ▶ la recherche et les études (telles que les journées d'études de l'Institut Régional du Travail, l'étude des effets de l'environnement sur la reproduction du Laboratoire de Biogénotoxicologie et Mutagenèse Environnementale de la Faculté de Médecine de Marseille, ou l'étude sur le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de troubles musculosquelettiques de l'Observatoire régional de la santé) ;
- ▶ la production de données en santé au travail tels que le dispositif EVREST (voir encadré n°11 en page 31) et le dispositif de surveillance des maladies éliminables de l'Association de Prise en Charge des Maladies Éliminables (APCME).

Les actions collectives d'accompagnement des entreprises menées ont permis une amélioration des mesures de protection mises en place dans les entreprises, ainsi que la mise en œuvre de l'évaluation des risques professionnels et sa transcription dans leur Document Unique d'Évaluation des Risques.

La création d'une plateforme de mutualisation des ressources des services de santé au travail (Présanse, www.presanse.org), la création d'un Comité de suivi et d'accompagnement de la réforme (COSAR ; loi du 20 juillet 2011), le développement d'un outil de suivi des activités du PRST 2 (OSCARS Travail), le Système d'Information Santé Travail Environnement (SistePACA, www.sistepaca.org) ou encore la place centrale du Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) dans la santé et sécurité au travail de la région PACA, témoignent d'une forte volonté d'échanges entre les différents acteurs de la santé au travail.

Fort de ces ressources, et sur la base du bilan positif des actions menées dans le cadre du PRST 2, le troisième Plan Régional de Santé au Travail

accompagnera les dynamiques collectives dans les entreprises sur le champ de la santé au travail, de la prévention des risques professionnels et du maintien dans l'emploi pendant 5 années, de 2016 à 2020. Ce nouveau PRST 3 est résolument fondé sur :

- ▶ l'appropriation par toute entreprise, et tout acteur de l'entreprise, des notions de prévention primaire des risques ;
- ▶ l'inscription de la prévention des risques professionnels, de la préservation de la santé, et du maintien dans l'emploi en tant que fondamentaux de l'entreprise et leviers de performance économique.

Élaboré en concertation avec le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP), le PRST3 associe les partenaires sociaux et différents acteurs régionaux de la prévention des risques professionnels et du maintien dans l'emploi.

Le plan s'articule autour de 3 axes déclinés en 8 objectifs régionaux, déterminés et validés par le CRPRP :



Les projets inscrits dans le PRST 3 seront multiples : développement de la culture de prévention dans les entreprises, prévention primaire des risques prioritaires, inscription de la santé au travail dès la formation initiale, démarches Qualité de vie au travail, développement des actions de prévention de la désinsertion professionnelle, actions transversales santé publique/santé travail, recherche en santé au travail (...) sont autant de sujets qui mobiliseront les acteurs pendant ces 5 années.

Un nouveau système d'animation et de communication a été mis en place autour du PRST 3 ; il repose sur 2 outils :

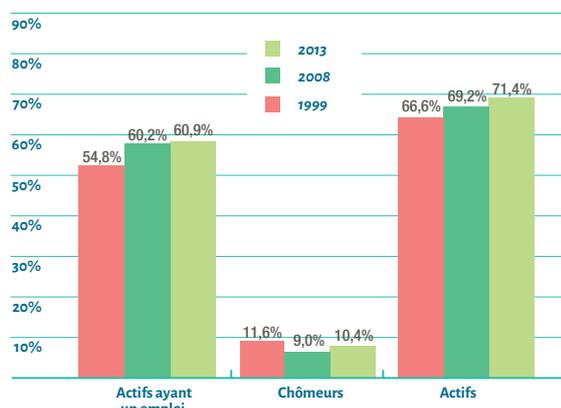
- ▶ Une page internet dédiée « **le PRST 3 PACA : la santé au travail en action(s)** » (www.sante-secu-rite-paca.org, rubrique PRST3) conçue dans l'objectif de permettre une animation dynamique du plan sur toute sa durée, de mettre en valeur sa dimension résolument opérationnelle, d'offrir un espace de communication sur les actions menées, ou encore sur les actualités des partenaires engagés dans le plan ;
- ▶ L'outil OSCARS Travail (www.oscarsante.org) continuera d'accueillir les fiches-action détaillées définissant le contenu méthodologique de chaque action du plan, ses objectifs, son déroulement et les résultats produits. Cet outil permettra un suivi et une évaluation qualitative et quantitative du PRST.

1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA RÉGION PACA



Au 1^{er} janvier 2013, la population active de 15 à 64 ans (actifs ayant un emploi et chômeurs) représentait 2 196 296 personnes en région PACA, soit un taux d'activité (rapport entre le nombre d'actifs, occupés ou chômeurs, et la population totale de même âge) de 71,4 %. Ce taux est passé de 66,6 % en 1999 à 69,2 % en 2008 puis 71,4 % en 2013, soit un taux d'accroissement de 3,9 % entre 1999 et 2008 et de 3,2 % entre 2008 et 2013 **GRAPHIQUE 1**. Pour les mêmes années, les taux d'activité correspondants pour la France métropolitaine étaient respectivement de 69 %, 71,7 % et 73,3 %, soit un accroissement de 3,9 % entre 1999 et 2008 et de 2,2 % entre 2008 et 2013.

GRAPH. 1 : RÉPARTITION, EN %, DE LA POPULATION ACTIVE* EN RÉGION PACA, EN 1999, 2008 ET 2013



Source : Insee, RP1999, RP2008 et RP2013

*Population active : actifs ayant un emploi (y compris apprentissage ou stage rémunéré) et chômeurs

TABLEAU 1 : TAUX D'ACTIVITÉ DE LA POPULATION DE 15 À 64 ANS, SELON LE SEXE, EN 2008 ET 2013

	Région PACA			France métropolitaine		
	2008	2013	Taux d'évolution 2008-2013 (%)	2008	2013	Taux d'évolution 2008-2013 (%)
Hommes	73,9%	75,2%	1,8%	75,7%	76,6%	1,2%
Femmes	64,7%	67,7%	4,6%	67,8%	70,0%	3,2%
Ensemble	69,2%	71,4%	3,2%	71,7%	73,3%	2,2%

Source : Insee, RP 2008 et RP2013, exploitation principale

TABLEAU 2 : ÉVOLUTION DE L'EMPLOI TOTAL ET SALARIÉ EN RÉGION PACA ET EN MÉTROPOLE, AU 31/12/2013

	Emploi total	Évolution depuis 2008*	Emploi salarié	Évolution depuis 2008*	Emploi non salarié	Évolution depuis 2008*
PACA	2 029 228	2,5%	1 758 640	0,3%	270 588	18,8%
Métropole	26 632 336	1,1%	23 850 453	-0,5%	2 781 883	17,3%

Source : Insee – Estimations annuelles emploi

* Évolution du 31/12/2008 au 31/12/2013

Le taux d'activité en PACA reste nettement supérieur chez les hommes (75,2 %) par rapport à celui des femmes (67,7 %) en 2013, bien que l'écart hommes-femmes se réduise progressivement par rapport à 2008, du fait d'un accroissement du taux d'activité plus important chez les femmes. Une différence similaire existe pour la France métropolitaine, pour laquelle le taux d'activité chez les femmes en 2013 était cependant plus élevé, de plus de 2 points par rapport à la région PACA **TABLEAU 1**.

Au 31 décembre 2013, 2 029 228 personnes occupaient un emploi en région PACA. Les salariés occupaient près de neuf emplois sur dix en région PACA comme en France métropolitaine. Depuis le 31 décembre 2008, l'emploi salarié a augmenté moins rapidement que l'emploi total en région PACA, et a diminué en France métropolitaine (-0,5 %). Sur l'ensemble de cette période, emploi total et emploi salarié ont progressé plus rapidement en PACA qu'en métropole **TABLEAU 2**.

Entre 2008 et 2013, le nombre d'emplois salariés a augmenté dans trois départements de la région : les Alpes-de-Haute-Provence (+1,6 %), les Bouches-du-Rhône (+1,6 %) et le Var (+0,9 %). C'est dans le département des Hautes-Alpes que l'emploi salarié a diminué de manière la plus importante (-2,2 %) (Source : INSEE).

Au niveau des zones d'emploi, l'emploi salarié a augmenté depuis 2008 dans 8 d'entre elles. C'est dans les zones d'emploi de Manosque et de Draguignan que l'augmentation a été la plus forte de la région (respectivement +8,6 % et +7,7 % entre 2008 et 2013). Les effectifs salariés ont diminué de manière plus marquée dans deux zones d'emploi, Cavailon-Apt (-5,8 %) et Briançon (-5,2 %). De plus, alors que la zone d'emploi Marseille-Aubagne a enregistré une croissance de l'emploi salarié supérieure à la moyenne régionale (+0,9 %), l'autre zone d'emploi la plus importante de la région, Nice, a enregistré une décroissance de -3,3 % entre 2008 et 2013 (Source : INSEE).

1.1. Évolution récente de l'emploi salarié

L'ensemble de l'emploi salarié hors agriculture en région PACA a notablement évolué entre 2003 et 2016 : après une baisse marquée en 2008-2009 puis une autre un peu moins prononcée en 2011-12, il est reparti à la hausse en 2015. La tendance haussière semble se prolonger au premier semestre 2016 (taux d'évolution de +1,5 %), l'amélioration ayant été plus importante qu'en France métropolitaine (taux d'évolution de +0,8 %) **GRAPHIQUE 2**. Au niveau régional comme en France métropolitaine, c'est l'emploi intérimaire, dont la hausse s'est accentuée au premier trimestre (+15,4 % par rapport au premier trimestre 2015 en PACA), qui explique à lui seul cette évolution positive.

GRAPH. 2 : ÉVOLUTION DE L'EMPLOI SALARIÉ DANS L'ENSEMBLE DES SECTEURS CONCURRENTIELS* ENTRE 2003 ET 2016 EN RÉGION PACA ET

EN FRANCE : GLISSEMENTS ANNUELS DES TRIMESTRES (EN%)**

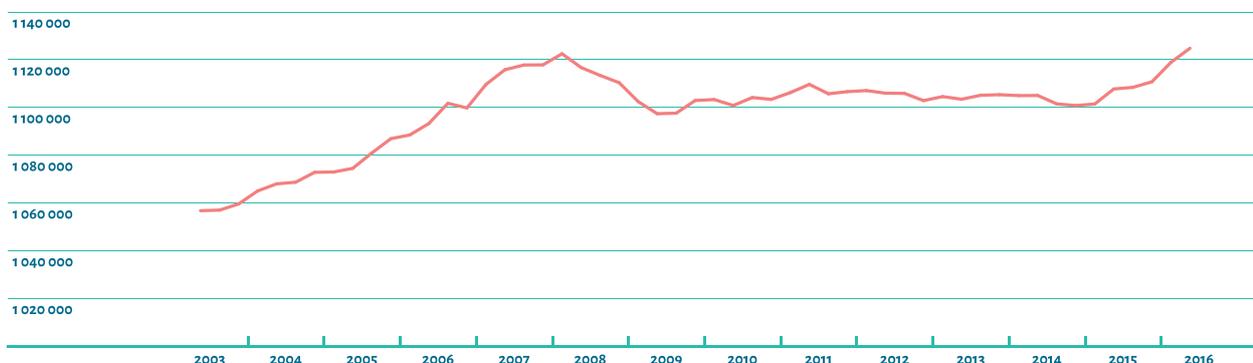


Source : INSEE, Données corrigées des variations saisonnières

* Hors agriculture, secteurs principalement non marchands et salariés des particuliers employeurs

** Lecture : l'évolution en glissement annuel rapporte les effectifs d'un trimestre aux effectifs du même trimestre de l'année précédente

GRAPH. 3. NOMBRE D'EMPLOIS SALARIÉS DANS L'ENSEMBLE DES SECTEURS CONCURRENTIELS HORS AGRICULTURE DEPUIS 2003 EN RÉGION PACA



Source : INSEE, données corrigées des variations saisonnières.

Sur la période 2003-2016, le nombre d'emplois a augmenté jusqu'en 2008, puis il a diminué pour se stabiliser au-dessus de 1 100 000 emplois depuis le dernier trimestre 2009. Depuis le 1^{er} trimestre 2015, le nombre d'emplois salariés est reparti à la hausse.

GRAPHIQUE 3.

1.2. Emploi salarié selon les secteurs d'activité

En 2013 en PACA, le secteur de l'agriculture représentait environ 31 500 emplois dont 48 % de salariés TABLEAU 3. L'effectif total de l'emploi industriel était estimé à environ 168 000 emplois la même année (contre 175 100 en 2008). L'érosion de l'emploi salarié industriel observée depuis plusieurs décennies en PACA s'est poursuivie en 2015, mais de manière néanmoins moins prononcée que l'année précédente dans la région (-0,3 % en 2015 après -0,9 % en 2014). En France métropolitaine, la baisse de l'emploi salarié industriel s'est également poursuivie, mais de manière plus marquée (-1,2 % pour la troisième année consécutive) (Source : INSEE).

En 2013, le secteur de la construction employait près de 140 000 personnes en région PACA dont 73,1 % étaient salariées TABLEAU 3. En 2015, l'emploi salarié a continué de baisser dans

TABLEAU 3. EMPLOI SALARIÉ, NON SALARIÉ ET TOTAL PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

DE LA RÉGION PACA, EN 2013

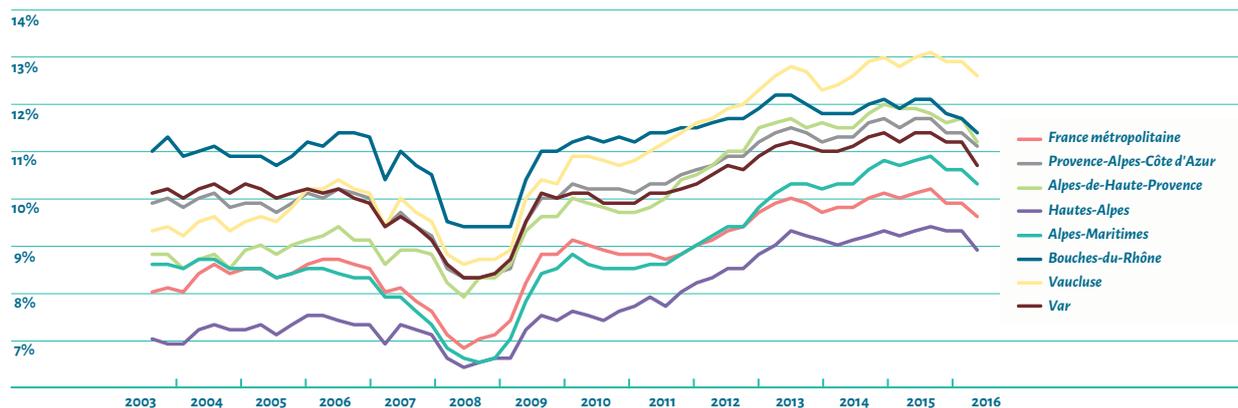
	Agriculture	Construction	Industrie	Tertiaire	Tous secteurs
Salarié					
Effectif	15 135	102 088	154 971	1 486 446	1 758 640
% ligne	0,9%	5,8%	8,8%	84,5%	100,0%
% colonne	48,0%	73,1%	92,0%	88,0%	86,7%
Non salarié					
Effectif	16 380	37 583	13 393	203 232	270 588
% ligne	6,1%	13,9%	4,9%	75,1%	100,0%
% colonne	52,0%	26,9%	8,0%	12,0%	13,3%
Total					
Effectif	31 515	139 671	168 364	1 689 678	2 029 228
% ligne	1,6%	6,9%	8,3%	83,3%	100,0%

Source : INSEE, Estimations régionales d'emploi

ce secteur, en région PACA (-1,5 % au dernier trimestre par rapport au dernier trimestre 2014) comme en France métropolitaine (-2,3 % au dernier trimestre). Cette baisse s'est cependant atténuée par rapport à 2014 (-3,3 % en 2014 en région PACA). De plus, les mises en chantier reculent de nouveau mais les ventes de logement neuf sont reparties à la hausse (Source : INSEE).

GRAPH. 4. ÉVOLUTION DU TAUX DE CHÔMAGE, EN MOYENNE TRIMESTRIELLE, DES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION PACA

DE 2003 AU 2^e TRIMESTRE 2016



Source : INSEE, Estimations régionales d'emploi, données corrigées des variations saisonnières.

Les effectifs intérimaires ont connu une forte augmentation en 2015 en région PACA (+ 8,3 % au 2^e trimestre 2015 et + 11,3 % au 3^e trimestre) après avoir diminué en 2014. En métropole, cette croissance dans l'emploi intérimaire est apparue un trimestre plus tard (+ 2,0 % au 2^e trimestre 2015 et + 9,5 % au 3^e trimestre).

Le secteur tertiaire représentait environ 1 690 000 emplois en PACA en 2013, soit 3 emplois sur 4 TABLEAU 3. Les emplois dans le secteur tertiaire marchand ont augmenté en 2015, avec la création de 12 200 emplois dans la région, soit une progression de 1,4 % par rapport à 2014. Cette progression est identique à celle observée en France métropolitaine. Cette hausse concerne la majorité des secteurs d'activité marchands. Les emplois dans le commerce ont augmenté de 1,7 % par rapport à l'année précédente, et les emplois dans l'« hébergement - restauration », les « services financiers » et les « services aux entreprises » ont également progressé (+ 5 500 emplois à eux trois). À l'inverse, le secteur des « services aux ménages » compte moins d'emplois en 2015 (-1,1 % par rapport à 2014).

1.3. Évolution du taux de chômage

Au début des années 2000, le taux de chômage¹ moyen annuel était globalement stable en PACA comme en France. Puis après avoir connu une baisse marquée en 2007 et 2008, il a fortement augmenté en 2009 et est resté globalement à la hausse de 2010 à 2015, en PACA comme en France, avec malgré tout une légère baisse en 2014 GRAPHIQUE 4. Il était de 11,6 % en PACA (10,0 % en France métropolitaine). Des taux de chômage moyens annuels supérieurs à la moyenne régionale sont observés dans le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône et les Alpes-de-Haute-Provence

1. Le taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) est la proportion du nombre de chômeurs dans la population active. Un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions :
- être sans emploi, c'est à dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ;
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois.
Remarque : un chômeur au sens du BIT n'est pas forcément inscrit à Pôle Emploi (et inversement).

tandis que le département des Hautes-Alpes avait le taux de chômage le plus faible en 2015 (9,3 % en moyenne annuelle) (Source : INSEE).

Au cours de l'année 2015, le nombre des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi en catégories ABC² a augmenté de 5,8 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, plus fortement qu'en France métropolitaine (+ 5,0 %) pour s'établir, en fin d'année 2015, à 472 830 personnes, un niveau jamais atteint jusqu'ici.

Cette hausse a particulièrement touché les plus de 50 ans (+10,8 %). Depuis 2008, le nombre de demandeurs d'emploi de 50 ans ou plus a été multiplié par 2,7 dans la région. La hausse de la demande d'emploi pour cette catégorie d'âge n'est pas exclusivement due aux conséquences économiques de la crise : la suppression progressive de la dispense de recherche d'emploi entre 2009 et 2011, ainsi que le relèvement de l'âge légal de départ en retraite prévu par la réforme des retraites depuis 2010, l'expliquent aussi.

Le nombre de demandeurs d'emploi de 25-49 ans a augmenté de 5,2 % en 2015 alors que les moins de 25 ans étaient moins touchés en 2015, avec une diminution de 1 % du nombre de demandeurs d'emploi dans cette classe d'âge (après une hausse de 2,2 % en 2014). Cette tendance favorable s'est poursuivie début 2016 (Source : INSEE).

Le nombre de femmes parmi les demandeurs d'emploi en catégorie ABC a progressé plus fortement que celui des hommes en 2015 (respectivement + 6,5 % et + 5,0 %), mais les hommes restent majoritaires.

2. Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi ou exerçant une activité réduite.

2 LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.1. Les accidents du travail (AT) dans le régime général

2.1.1. Une tendance à la baisse en région comme en France

Les statistiques d'accident de travail (AT) avec arrêt indiquent un indice de fréquence d'AT supérieur en région PACA-Corse par rapport à la moyenne nationale. Toutefois, la tendance est à la baisse depuis 1990 et l'écart entre l'indice de fréquence de la région PACA-Corse et l'indice national diminue. Ainsi en 2014, on observe un indice de fréquence d'AT avec arrêt de 37,0 pour 1 000 salariés en région PACA-Corse (contre 41,2 pour 1 000 salariés en 2008) et de 34,0 pour 1 000 salariés en France (38 pour 1 000 en 2008) **GRAPHIQUE 5**.

Lorsque le taux de fréquence est rapporté au nombre d'heures travaillées et non plus au nombre de salariés, l'évolution observée entre 2010 et 2014 est différente. Dans la région PACA-Corse, il augmente de 13,9 % au cours de cette période, passant de 20,2 à 23,1 AT pour 1 million d'heures travaillées. Cette augmentation est due à une baisse du nombre d'heures travaillées plus importante que la baisse des AT entre 2010 et 2014 en région PACA-Corse. Au niveau national, le taux de fréquence augmente jusqu'en 2011, puis diminue jusqu'en 2013, pour finalement atteindre une valeur inférieure à celle observée au niveau régional en 2014, de 22,9 AT pour 1 million d'heures travaillées

GRAPHIQUE 5BIS.

Le nombre d'incapacités permanentes partielles attribuées pour 1 000 salariés reflète la gravité des accidents du travail. Une tendance à la baisse était aussi observée depuis le début des années 90 jusqu'au début des années 2000 en région PACA-Corse comme au niveau national. Ce taux a ensuite augmenté de façon plus prononcée en région PACA-Corse qu'au niveau national jusqu'en 2005, puis a diminué au niveau régional comme en France. Cette baisse s'est cependant ralentie depuis 2011. Depuis

GRAPH. 5. ÉVOLUTION DE L'INDICE DE FRÉQUENCE* DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT) AVEC ARRÊT POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE, DE 1990 À 2014**



Sources : CNAMTS et CARSAT SE - exploitation ORS PACA

* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 5BIS. ÉVOLUTION DU TAUX DE FRÉQUENCE* DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT) AVEC ARRÊT POUR 1 000 000 D'HEURES TRAVAILLÉES EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE, DE 2010 À 2014**



Sources : CNAMTS et CARSAT SE - exploitation ORS PACA

* Taux de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000 000] / nb heures travaillées

** Les données de l'année 2015 et les données antérieures à 2010 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

1990, ce taux n'a jamais cessé d'être supérieur en région PACA-Corse par rapport à la France, mais l'écart semble se réduire progressivement depuis 2011. En 2014, le taux était de 3,0 pour 1 000 salariés en région PACA-Corse et de 2,0 pour 1 000 salariés en France. Les incapacités permanentes partielles étant attribuées chaque année, les AT en cause n'ont pas forcément eu lieu au cours de l'année considérée **GRAPHIQUE 6**.

En 2014, en région PACA-Corse comme en France, les pourcentages d'AT avec arrêt sont les plus élevés chez les salariés de 20 à 30 ans. Ce constat était le même en 2008, mais la part des plus de 50 ans parmi les AT a augmenté entre 2008 et 2014. Par contre, les pourcentages d'AT avec incapacité permanente partielle sont les plus élevés chez les salariés âgés de 40 à 59 ans **TABLEAU 4**. Ce sont les employés qui sont les plus fréquemment touchés par des AT avec arrêt en 2014, et les ouvriers qualifiés qui sont les plus fréquemment touchés par des incapacités permanentes partielles, en région PACA-Corse comme en France. En 2008, les ouvriers qualifiés étaient plus représentés dans les AT avec arrêt que les employés **TABLEAU 5**. Les sièges des lésions les

GRAPH. 6. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INCAPACITÉS PERMANENTES PARTIELLES ATTRIBUÉES POUR ACCIDENT DU TRAVAIL POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE, DE 1990 À 2014*



Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

(Précision : Il s'agit du nombre d'incapacités permanentes partielles attribuées chaque année ; elles peuvent concerner des AT qui n'ont pas forcément eu lieu dans l'année. La courbe accidentée peut s'expliquer par des phénomènes de rattrapage.)

plus fréquentes en région PACA-Corse comme en France sont les membres inférieurs, le dos, rachis et moelle épinière, les doigts et mains et les membres supérieurs. Cependant, les lésions multiples sont plus fréquentes en région PACA-Corse qu'en France, mais elles sont moins fréquentes qu'en 2008 (elles représentaient alors 17,5 % des incapacités permanentes partielles (IPP) en région PACA-Corse et 14,9 % en France) TABLEAU 6. L'indice de fréquence des AT avec arrêt et leur indice de gravité sont les plus élevés dans la branche du bâtiment et travaux publics : le risque de gravité est multiplié par 10 dans cette branche par rapport à la branche la moins accidentogène (celle des banques, assurances, administrations...). Depuis 2008, l'indice de fréquence a diminué dans tous les secteurs, en dehors des activités de services. L'indice de gravité a quant à lui augmenté dans le secteur de l'alimentation TABLEAU 7.

TABLEAU 4. RÉPARTITION PAR ÂGE EN POURCENTAGE DES AT ET DES IPP* ATTRIBUÉES DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE EN 2008 ET 2014**

Tranche d'âge	Pourcentage d'AT avec arrêt				Pourcentage d'IPP* attribuées			
	2008		2014		2008		2014	
	PACA - Corse	France	PACA - Corse	France	PACA - Corse	France	PACA - Corse	France
Moins de 20 ans	4,0	5,8	2,6	3,9	1,4	1,7	0,8	1,1
20-29 ans	30,2	30,6	27,5	27,5	12,8	13,4	12,9	12,4
30-39 ans	25,4	26,3	25,0	25,0	23,4	23,6	21,2	21,2
40-49 ans	23,6	22,8	23,7	24,3	30,0	30,5	29,7	30,7
50-59 ans	14,9	13,6	18,1	17,4	28,4	28,3	28,9	30,5
60 ans et plus	1,9	0,9	3,2	1,9	4,0	2,5	6,5	4,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* IPP : Incapacités permanentes partielles

** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

TABLEAU 5. RÉPARTITION EN % DES AT AVEC ARRÊT ET DES IPP* ATTRIBUÉES DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL SELON LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE, EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE EN 2008 ET 2014**

	Pourcentage d'AT avec arrêt				Pourcentage d'IPP* attribuées			
	2008		2014		2008		2014	
	PACA - Corse	France	PACA - Corse	France	PACA - Corse	France	PACA - Corse	France
Cadres, techniciens, agents de maîtrise	8,5	5,9	7,9	5,4	10,8	8,0	8,5	7,0
Employés	28,4	24,1	32,9	30,1	22,3	20,3	23,4	25,3
Apprentis	2,5	2,7	1,5	2,0	0,8	0,9	0,4	0,6
Ouvriers non qualifiés	20,2	24,1	13,1	13,3	19,9	23,3	12,9	14,4
Ouvriers qualifiés	37,8	40,1	24,4	27,7	43,2	44,2	28,1	34,8
Elèves	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Non précisés et divers	2,6	3,0	20,2	21,4	3,0	3,2	26,6	18,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* IPP : Incapacités permanentes partielles

** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

TABLEAU 6. RÉPARTITION EN % DES AT AVEC ARRÊT ET DES IPP* ATTRIBUÉES DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL SELON LE SIÈGE DES LÉSIONS, EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE EN 2014**

	Pourcentage d'AT avec arrêt		Pourcentage d'IPP* attribuées	
	PACA-Corse	France	PACA-Corse	France
Tête et cou, y compris yeux	7,5	7,4	8,3	6,6
Dos, rachis, moelle épinière	21,5	21,1	17,1	14,5
Torse et organes	3,0	3,0	2,5	2,2
Membres supérieurs, hors doigts et mains	12,0	13,9	18,1	23,0
Doigts et mains	15,7	19,8	15,2	20,6
Membres inférieurs	23,8	24,5	18,5	19,9
Multiples endroits du corps affectés	9,1	5,1	9,7	8,4
Localisation inconnue ou non classée	7,4	5,3	10,6	4,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre total d'accidents avec arrêt/IPP	51 640	621 111	4 143	36 895

Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* IPP : Incapacités permanentes partielles

** La codification des sièges des lésions ayant changé depuis 2008, il n'est pas possible de comparer ces résultats à ceux de l'année 2008. Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses.



TABLEAU 7. INDICE DE FRÉQUENCE* DES AT AVEC ARRÊT POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET INDICE DE GRAVITÉ EN RÉGION PACA-CORSE SELON LES BRANCHES D'ACTIVITÉ EN 2014 ET ÉVOLUTION ENTRE 2008 ET 2014*****

	Branches d'activité	Indice de fréquence PACA-Corse (2014) pour 1 000	Évolution indice de fréquence 2008-2014 (%)	Indice de gravité PACA-Corse (2014) pour 1 000	Évolution indice de gravité 2008-2014 (%)
CTN BB	Bâtiment et Travaux Publics	61,0	- 21,7	49,4	- 20,8
CTN DD	Alimentation	48,2	- 8,2	20,2	4,1
CTN II	Activités de services II et Travail Temporaire	47,6	2,5	20,2	- 14,9
CTN CC	Transports, eau gaz électricité, livre, communication	47,0	- 5,0	24,6	- 12,2
CTN FF	Bois, ameublement, papier carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu	46,6	- 18,7	31,6	- 18,0
CTN AA	Métallurgie	28,4	- 21,7	18,0	- 12,4
CTN GG	Commerces non alimentaires	26,0	- 11,1	11,6	- 18,3
CTN EE	Chimie, caoutchouc, plasturgie	23,0	- 20,5	12,4	- 23,5
CTN HH	Activités de services I (banques...)	12,7	11,7	4,6	- 40,5
	Total (toutes activités)	37,0	- 10,1	19,1	- 17,5

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** Indice de gravité = [somme des taux d'IPP x 1 000 000] / nb d'heures de travail

*** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

Sur la période 2012-2014, les activités les plus concernées par les accidents du travail concernent les activités de soutien aux cultures avec un indice de fréquence de 201,4 AT avec arrêt pour 1 000 salariés TABLEAU 8. Lorsque l'on rapporte le nombre d'AT au nombre d'heures travaillées, les activités des clubs de sports, la fabrication d'appareils électroménagers et les activités des infirmiers et sages-femmes font également partie des activités les plus accidentogènes, avec des taux de fréquence respectifs de 97,6, 85,1 et 69,3 AT pour 1 million d'heures travaillées.

L'administration publique générale, qui est le secteur employant le plus de salariés, a un indice de fréquence de 17,2 et un taux de fréquence de 12,5 pour la période 2012-2014. L'activité hospitalière, qui est le secteur qui compte le plus d'heures travaillées, a un indice de fréquence de 34,3 et un taux de fréquence de 21,4 pour la période 2012-2014 TABLEAU 8BIS.

En 2014, c'est dans les départements des Hautes-Alpes et du Var que les AT sont les plus fréquents, avec des indices de fréquence de respectivement 42,8 et 42,2 pour 1 000 salariés. L'indice de fréquence est le plus faible dans les Alpes-Maritimes (33,1). Depuis 2008, l'indice de fréquence a diminué dans tous les départements, mais la diminution la plus importante a eu lieu dans le Var, avec -17,9 % GRAPHIQUE 7.

TABLEAU 8. INDICE DE FRÉQUENCE (IF)* ET TAUX DE FRÉQUENCE (TF) DES AT AVEC ARRÊT POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE SELON LES 10 SECTEURS D'ACTIVITÉ LES PLUS ACCIDENTOGÈNES*** EN 2012-2014******

Secteur	AT	Effectifs	Nombre d'heures travaillées	IF	TF
Activités de soutien aux cultures	28	139	227 139	201,4	123,3
Transports aériens de fret	30	184	270 246	163,0	111,0
Forge, estampage, matriçage - métallurgie des poudres	26	195	401 689	133,3	64,7
Réparation et maintenance d'autres équipements de transport	67	560	915 485	119,6	73,2
Transformation et conservation de pommes de terre	55	460	737 139	119,6	74,6
Transformation et conservation de la viande de volaille	26	227	242 915	114,5	107,0
Réparation d'autres équipements	22	193	576 393	114,0	38,2
Travaux de charpente	491	4 370	6 723 868	112,4	73,0
Forages et sondages	62	593	1 003 890	104,6	61,8
Entreposage et stockage frigorifique	381	3 649	5 438 552	104,4	70,1

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** Taux de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000 000] / nb heures travaillées

*** Parmi les secteurs d'au moins 100 salariés

**** Les données par code APE (Activité Principale Exercée) n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses. Dans la version précédente du tableau de bord santé sécurité et conditions de travail, les données étaient disponibles par code risque et non par code APE, ce qui rend la comparaison impossible.

TABLEAU 8BIS. INDICE DE FRÉQUENCE (IF)* ET TAUX DE FRÉQUENCE (TF) DES AT AVEC ARRÊT POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE SELON LES 10 SECTEURS D'ACTIVITÉ*** EMPLOYANT LE PLUS DE SALARIÉS EN 2012-2014******

Secteur	AT	Effectifs	Nombre d'heures travaillées	IF	TF
Administration publique générale	3 038	176 316	243 439 778	17,2	12,5
Activités hospitalières	5 668	165 438	265 006 525	34,3	21,4
Activités des agences de travail temporaire	6 628	151 821	211 306 163	43,7	31,4
Restauration traditionnelle	4 527	115 991	167 533 827	39,0	27,0
Hôtels et hébergement similaire	3 157	88 376	136 177 012	35,7	23,2
Travaux de maçonnerie générale et gros œuvre de bâtiment	6 433	82 007	102 328 219	78,4	62,9
Hypermarchés	4 567	72 459	111 278 854	63,0	41,0
Ingénierie, études techniques	543	66 954	105 941 481	8,1	5,1
Nettoyage courant des bâtiments	3 806	65 470	97 812 543	58,1	38,9
Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire	1 667	63 806	76 684 066	26,1	21,7

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

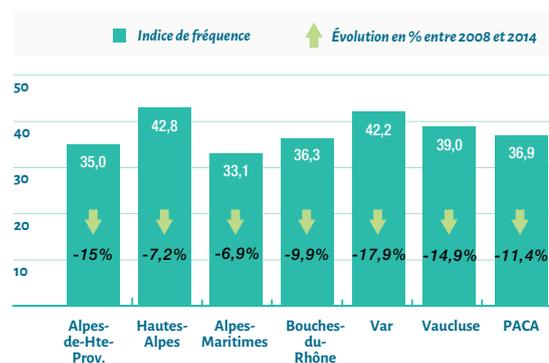
* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** Taux de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000 000] / nb heures travaillées

*** Données par code APE : les dix secteurs représentent environ 25 % des salariés

**** Les données par code APE n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses. Dans la version précédente du tableau de bord santé sécurité et conditions de travail, les données étaient disponibles par code risque et non par code APE, ce qui rend la comparaison impossible.

GRAPH. 7. INDICE DE FRÉQUENCE* D'AT AVEC ARRÊT POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN 2014 ET TAUX DE VARIATION (%) ENTRE 2008 ET 2014, SELON LES DÉPARTEMENTS DE PACA**



Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Indice de fréquence : (nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000) / nb salariés

** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

2.1.2. Les accidents du travail graves

En 2014 en région PACA-Corse, 1 193 accidents du travail ayant entraîné un taux d'incapacité permanente partielle supérieur ou égal à 10 %, désignés accidents du travail graves, ont été enregistrés. Alors que l'indice de fréquence de l'ensemble des AT est stable depuis 2012, celui des AT graves a diminué TABLEAU 9. Cette diminution pourrait être due, en partie, à une baisse de l'activité dans un secteur particulièrement accidentogène, comme celui du bâtiment et travaux publics par exemple. Ce secteur a l'indice de fréquence des AT graves le plus important en région PACA-Corse, avec 2,2 pour 1 000 salariés TABLEAU 10.

C'est dans les départements du Var et des Alpes-de-Haute-Provence que les indices de fréquence des AT graves sont les plus importants en 2014, avec respectivement des valeurs de 1,4 et 1,3 pour 1 000 salariés. Les Alpes-Maritimes ont l'indice le plus faible, avec 0,5 AT grave pour 1 000 salariés.

Alors qu'entre 2008 et 2014 l'indice de fréquence des AT graves a diminué dans la région, il a presque doublé dans le département des Alpes-de-Haute-Provence (+ 93 %) GRAPHIQUE 8.

TABLEAU 9. ÉVOLUTION DE L'INDICE DE FRÉQUENCE (IF)* DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT) GRAVES POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE, DE 2012 À 2014*****

	2012	2013	2014	Évolution 2012-2014 (%)
IF des AT graves	1,05	1,00	0,86	- 18,3 %

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** Taux d'incapacité permanente partielle (IPP) ≥ 10 %

*** Les données concernant les AT graves n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses

TABLEAU 10. INDICE DE FRÉQUENCE (IF)* DES AT GRAVES POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE SELON LES BRANCHES D'ACTIVITÉ EN 2014 ET ÉVOLUTION ENTRE 2012 ET 2014*****

	Branche d'activité	Nombre d'AT graves en 2014	Indice de fréquence PACA-Corse (2014) pour 1 000	Évolution indice de fréquence 2012-2014 (%)
BB	Bâtiment et Travaux Publics	278	2,2	- 16 %
FF	Bois, ameublement, papier carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu	30	1,5	18 %
CC	Transports, eau gaz électricité, livre, communication	189	1,1	- 12 %
DD	Alimentation	210	1,0	- 17 %
II	Activités de services II et travail temporaire	249	0,9	- 11 %
AA	Métallurgie	64	0,7	- 33 %
GG	Commerces non alimentaires	108	0,6	- 18 %
EE	Chimie, caoutchouc, plasturgie	10	0,4	- 25 %
HH	Activités de services I (banques...)	55	0,2	- 41 %
	Total (toutes activités)	1 193	0,9	- 18 %

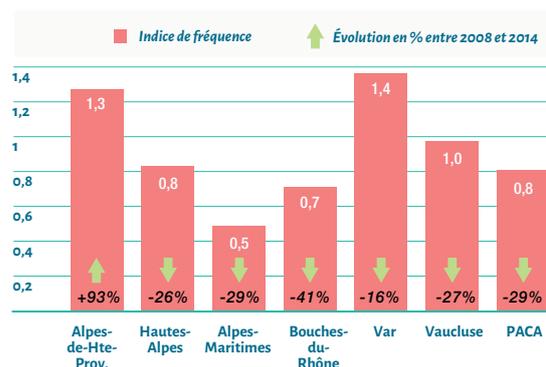
Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** Taux d'incapacité permanente partielle (IPP) ≥ 10 %

*** Les données concernant les AT graves n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses

GRAPH. 8. INDICE DE FRÉQUENCE* D'AT GRAVES POUR 1 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN 2014*** ET TAUX DE VARIATION (%) ENTRE 2008 ET 2014, SELON LES DÉPARTEMENTS DE PACA**



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** Taux d'incapacité permanente partielle (IPP) ≥ 10 %

*** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

2.2. Le risque routier en région PACA-Corse : une situation défavorable par rapport à la France

Un accident qui survient lors de l'utilisation d'un véhicule dans le cadre d'une activité professionnelle (accident de mission) ou lors d'un trajet domicile-travail (accident de trajet) est à la fois un accident de travail (compétence de la branche AT/MP de la CNAMTS) et un accident de la route (Sécurité routière). En 2014, en France, deux accidents du travail mortels sur trois sont des accidents de la route (trajet ou mission). La prévention du risque routier est un des objectifs prioritaires dans le Plan Santé au Travail 2016-2020.

En 2012, le risque routier (y compris piétons), dans le cadre du travail (missions et trajets), a représenté en région PACA-Corse :

- ▶ 9 758 accidents avec arrêt (soit 16 % de l'ensemble des accidents du travail avec arrêt en région PACA-Corse ; 10 461 en 2008) ;
- ▶ 854 066 journées d'arrêt de travail par incapacité temporaire (soit 31 % de l'ensemble des journées d'arrêt de travail par accident du travail ; 996 619 en 2008) ;
- ▶ 1 407 incapacités permanentes (soit 25 % de l'ensemble des accidents du travail avec incapacité permanente ; 1 522 en 2008) ;
- ▶ 53 décès (soit 56 % des décès par accident de travail ; 40 en 2008).

Au niveau national la même année, ont été enregistrés : 142 827 accidents avec arrêt attribués au risque routier (soit 22,3 % de l'ensemble des accidents du travail avec arrêt en France), 11 222 incapacités permanentes (soit 28,0 % de l'ensemble des accidents du travail avec incapacité permanente en France) et 461 décès (soit 82,6 % de l'ensemble des décès par accident de travail en France).

En 2012, l'indice de fréquence des accidents du travail liés au risque routier était de 7,9 en région PACA-Corse et de 7,8 en France. Cet indice de fréquence avait augmenté entre 2004 et 2008, atteignant une valeur de 7,6 au niveau régional et de 5,8 au

niveau national. Dans les années 2000, l'indice de fréquence des accidents du travail liés au risque routier était nettement supérieur en région PACA-Corse par rapport à la France, mais cet écart s'est atténué jusqu'à s'inverser en 2011 TABLEAU 11.

De 2008 à 2012, on observe une tendance à la hausse du nombre de décès pour 100 000 salariés liés au risque routier, aussi bien pour les accidents de trajet que pour les accidents de mission GRAPHIQUE 9.

TABLEAU 11. ÉVOLUTION DE L'INDICE DE FRÉQUENCE (IF)* DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT) LIÉS AU RISQUE ROUTIER DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE POUR LES ANNÉES 2010 À 2012*****

IF AT risque routier	2010	2011	2012
PACA-Corse	8,2	7,9	7,9
France	7,6	8,0	7,8

Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

*Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

**Nombre d'accidents du travail avec arrêt (y compris trajet) liés au risque routier pour 1 000 salariés

*** La codification des accidents du travail ayant été modifiée en 2013, les dernières données disponibles concernant le risque routier en région PACA datent de l'année 2012. Les données antérieures à l'année 2010 ne sont pas disponibles au niveau national.

GRAPH. 9. NOMBRE D'ACCIDENTS MORTELS LIÉS AU RISQUE ROUTIER POUR 100 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN RÉGION PACA-CORSE POUR LES ANNÉES 2008-2012*



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* La codification des accidents du travail ayant été modifiée en 2013, les dernières données disponibles concernant le risque routier en région PACA datent de l'année 2012.

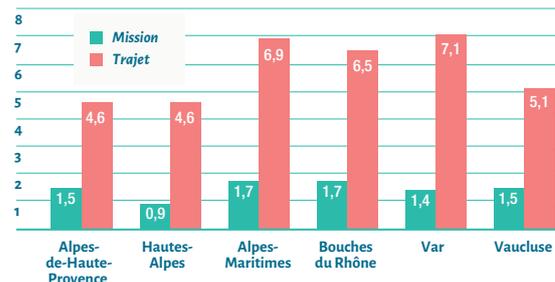
Dans les Alpes-Maritimes, l'indice de fréquence d'AT avec arrêt liés au risque routier pour 1 000 salariés est le plus élevé de la région PACA en 2012. À l'inverse, dans le département des Hautes-Alpes cet indice est le plus bas des 6 départements de la région PACA GRAPHIQUE 10.

Un léger écart entre ces résultats et ceux publiés par la CARSAT peut être observé, du fait d'un décalage dans les périodes de références prises en compte pour l'exploitation d'une partie des données.

Pour des informations détaillées sur les accidents du travail par département et par secteur d'activité, consulter le site internet :

<https://www.carsat-sudest.fr/entreprises/s-informer-sur-les-risques-professionnels/statistiques-regionales.html>

GRAPH. 10. INDICE DE FRÉQUENCE DES AT AVEC ARRÊT LIÉS AU RISQUE ROUTIER* DU RÉGIME GÉNÉRAL, EN 2012**



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

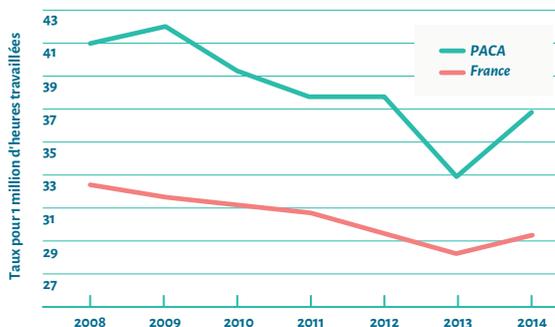
* Indice de fréquence = [nb d'AT avec 1^{er} règlement x 1 000] / nb de salariés

** La codification des accidents du travail ayant été modifiée en 2013, les dernières données disponibles concernant le risque routier en région PACA datent de l'année 2012.

2.3. Les accidents du travail chez les salariés agricoles : une diminution progressive

Sur la période 2008 à 2014, le taux de fréquence des AT avec arrêt chez les salariés agricoles en région PACA est resté supérieur à celui du niveau national avec des différences de 5 à 10 points GRAPHIQUE 11. Au niveau régional comme au niveau national, ce taux a diminué au cours de cette période, mais il y a eu plus de variations au niveau de la région. Une augmentation est observée en région PACA entre 2008 et 2009 (+ 2,4 %), puis on observe une baisse progressive jusqu'en 2013. En 2013, le taux de fréquence des AT a chuté, plus fortement dans la région qu'en France (respectivement - 12,0 % en région PACA et - 3,9 % en France) avant de remonter en 2014 GRAPHIQUE 11. Les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône sont les 2 départements avec le plus fort taux de fréquence des AT avec arrêt chez les salariés du régime agricole sur l'ensemble de la période 2008 à 2014. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, le taux observé est le plus faible. Ce taux a fortement diminué sur l'ensemble de la période, de près de 25 points GRAPHIQUE 12.

GRAPH. 11. ÉVOLUTION DU TAUX DE FRÉQUENCE* DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT) AVEC ARRÊT CHEZ LES SALARIÉS AGRICOLES EN RÉGION PACA ET EN FRANCE, DE 2008 À 2014**

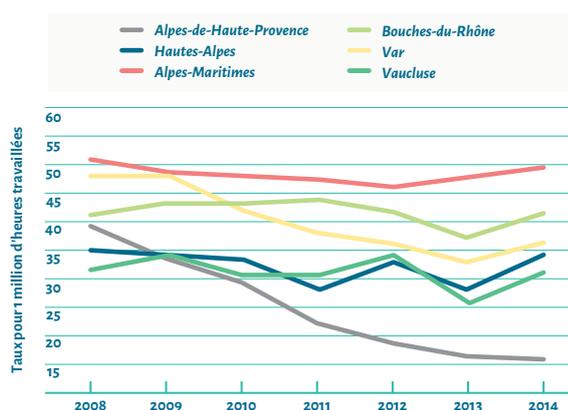


Sources : CCMSA - MSA Provence-Azur - Exploitation ORS PACA

* Taux de fréquence : (nb d'AT avec arrêt x 1 000 000) / nb heures travaillées

** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 12. ÉVOLUTION DU TAUX DE FRÉQUENCE* DES AT AVEC ARRÊT CHEZ LES SALARIÉS AGRICOLES DANS LES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION PACA, DE 2008 À 2014**



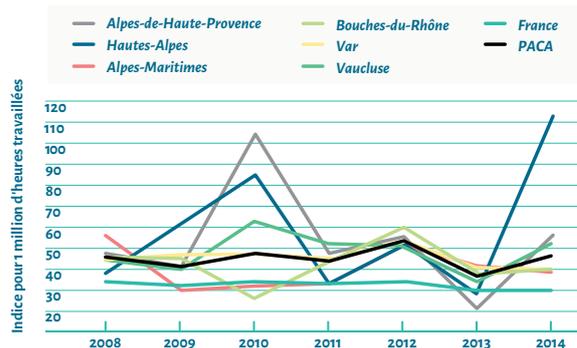
Sources : MSA Provence-Azur - Exploitation ORS PACA
 * Taux de fréquence : (nb d'AT avec arrêt x 1 000 000) / nb heures travaillées
 ** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

Alors qu'au niveau national l'indice de gravité des AT avec arrêt a globalement diminué depuis 2008, il a beaucoup varié au niveau régional au cours de la période 2008-2014, et plus particulièrement dans les départements alpins. Cet indice de gravité est toujours plus important en région PACA qu'en France (46,8 et 29,7 en 2014) GRAPHIQUE 13. C'est dans les Alpes-Maritimes et le Var que ces indices sont les plus faibles (38,7 pour ces deux départements en 2014), alors qu'ils sont plus élevés dans les Hautes-Alpes et dans les Alpes-de-Haute-Provence (respectivement 113,5 et 56,6 en 2014) GRAPHIQUE 13.

Les secteurs d'activité les plus à risque dans la région sont ceux des travaux forestiers et des travaux agricoles (respectivement 105,3 et 75,5 AT avec arrêt pour 1 million d'heures travaillées en 2014) GRAPHIQUE 14. Ceci correspond également aux secteurs les plus à risque au niveau national (66,6 et 54,9 AT avec arrêt pour 1 million d'heures travaillées en 2014) GRAPHIQUE 15. Viennent ensuite les secteurs des artisans et des apprentis GRAPHIQUE 14.

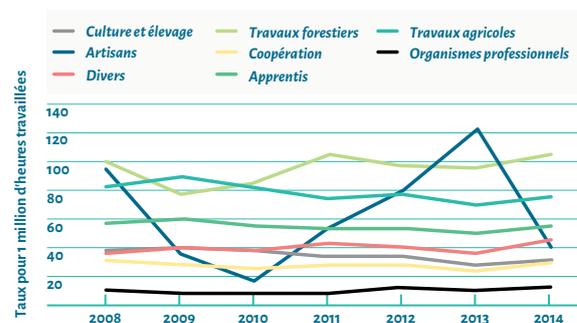
Cependant, le secteur des artisans représente peu d'heures travaillées parmi les salariés agricoles, et n'a connu qu'entre 1 et 6 accidents du travail avec arrêt par an entre 2008 et 2014.

GRAPH. 13. ÉVOLUTION DE L'INDICE DE GRAVITÉ* DES AT AVEC ARRÊT CHEZ LES SALARIÉS AGRICOLES DANS LES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION PACA ET EN FRANCE, DE 2008 À 2014**



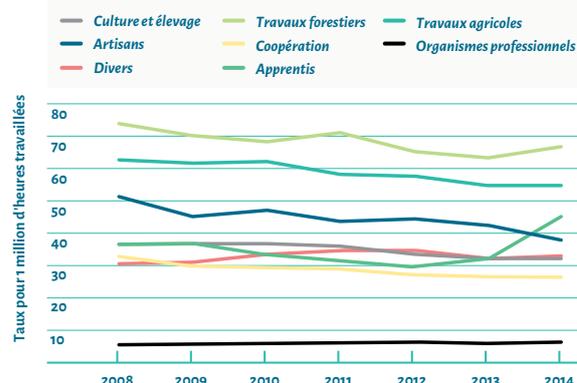
Sources : CCMSA - MSA Provence-Azur - Exploitation ORS PACA
 * Indice de gravité : (somme des taux d'IPP x 1 000 000) / nb heures travaillées
 ** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 14. ÉVOLUTION DU TAUX DE FRÉQUENCE* DES AT AVEC ARRÊT CHEZ LES SALARIÉS AGRICOLES DANS LES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION PACA, DE 2008 À 2014**



Sources : MSA Provence-Azur - Exploitation ORS PACA
 * Taux de fréquence : (nb d'AT avec arrêt x 1 000 000) / nb heures travaillées
 ** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 15. ÉVOLUTION DU TAUX DE FRÉQUENCE* DES AT AVEC ARRÊT CHEZ LES SALARIÉS AGRICOLES EN FRANCE DE 2008 À 2014**



Sources : CCMSA - MSA Provence-Azur - Exploitation ORS PACA
 * Taux de fréquence : (nb d'AT avec arrêt x 1 000 000) / nb heures travaillées
 ** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

DIRECCTE PACA

Le secteur du Bâtiment et Travaux Publics (BTP) est le secteur d'activité qui connaît depuis de nombreuses années les taux de fréquence et de gravité les plus élevés. Ainsi, le BTP qui occupe 8,7 % des salariés de la région PACA, représente 14 % des accidents de travail (AT) avec arrêt et 35 % des AT mortels (Source : CARSAT S-E, 2015). Les chutes de hauteur constituent la première cause des AT graves et mortels survenus dans le BTP (29 % des AT graves et 43 % des AT mortels enregistrés par la DIRECCTE PACA en 2015).

La stratégie régionale d'action « chutes de hauteur » de la DIRECCTE, mise en place en 2016 et qui sera poursuivie en 2017, s'articule autour de 2 axes d'action, un à destination des maîtres d'ouvrage, un à destination des entreprises du BTP :

► Action visant les maîtres d'ouvrage : l'objectif recherché est d'améliorer la qualité de la coordination Sécurité et Protection de la Santé (SPS) dans chacune des phases, conception et réalisation. En effet, les obligations en matière de coordination SPS présentent des enjeux majeurs dans l'amélioration des conditions de travail sur les chantiers du BTP. Or, les constats effectués mettent en évidence de nombreux écarts et dérives dans la mise en œuvre de ces obligations.

Plusieurs leviers d'action sont définis pour permettre d'agir le plus en amont des projets sur la qualité de la coordination SPS, notamment :

- en favorisant la mise en commun des moyens de protection contre les chutes ;
- en intervenant sur les moyens alloués aux coordonnateurs SPS ;
- en veillant à ce que les Dossiers d'interventions ultérieures sur l'ouvrage (DIUO) apportent des réponses satisfaisantes à la prévention des risques de chutes de hauteur auxquels sont exposés les salariés appelés à réaliser des opérations d'entretien et de maintenance du bâtiment.

Cette action se décline en pratique par l'organisation de réunions de préparation des chantiers à la demande de l'inspection du travail, très en amont des projets, associant le maître d'ouvrage, le coordonnateur SPS, et le maître d'œuvre. Puis, par un suivi dans le temps de ces opérations afin de s'assurer du respect des mesures de prévention arrêtées lors des réunions de préparation.

► Action visant les entreprises du BTP : cette action se traduit par le maintien d'une forte présence en matière de contrôle des agents de l'inspection du travail sur les chantiers du BTP, et particulièrement sur ceux où le risque de chute est le plus élevé (charpentiers, couvreurs, façadiers...), avec la mise en œuvre des différents moyens coercitifs. Elle s'accompagne également par le contrôle des sièges des grandes entreprises du BTP situés en région PACA.

Cette stratégie régionale s'articule avec une démarche partenariale CARSAT S-E / Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT) afin de favoriser son application et renforcer son impact. Elle intègre également plusieurs mesures destinées à favoriser son accompagnement externe, telles que des actions d'information-sensibilisation associant notamment les organisations professionnelles.

Les indicateurs d'activité mis en œuvre afin de permettre le suivi de la stratégie régionale permettent de noter, en 2016, 285 réunions de préparation de chantier associant les maîtres d'ouvrage (données au 30 septembre 2016), une proportion de contrôles sur le secteur du BTP représentant 44 % de l'activité des services et un total de 261 arrêts de chantier réalisés.

Ces premiers résultats attestent d'une forte mobilisation des services de l'inspection du travail dans la mise en œuvre de la stratégie d'action régionale. Les unités départementales de la DIRECCTE soulignent par ailleurs la forte valeur ajoutée du renforcement du travail en partenariat avec les autres préventeurs et les partenaires sociaux locaux.

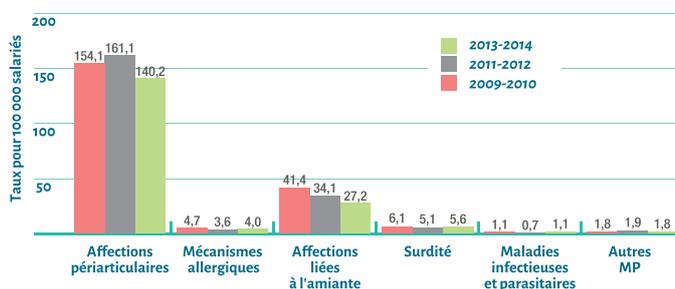
3 LES MALADIES PROFESSIONNELLES (MP), VUE D'ENSEMBLE

GRAPH. 16. ÉVOLUTION DU TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL DES MALADIES PROFESSIONNELLES* INDEMNISÉES EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE ENTRE 2010 ET 2014**



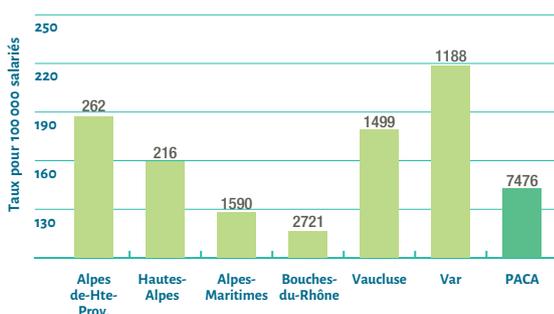
Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
 * Y compris compte spécial
 ** Les données de l'année 2015, et les années antérieures à 2010 au niveau national n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 17. TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DE MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES* EN RÉGION PACA-CORSE ENTRE 2009-2010 ET 2013-2014**



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
 * Y compris compte spécial
 ** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 18. TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DE MP INDEMNISÉES* PAR DÉPARTEMENT, POUR LA PÉRIODE 2012-2015**



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
 * Les nombres absolus respectifs des maladies indemnisées dans chaque département figurent en haut de chaque barre
 ** Les données par département n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2015 au moment des analyses.

3.1. Les MP dans le régime général

3.1.1. Le taux de MP indemnisées en baisse depuis 2011

Entre 2008 et 2014, 18 857 maladies professionnelles (MP) ont été indemnisées en région PACA-Corse, selon les statistiques de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Sud-Est.

Le nombre de MP indemnisées pour 100 000 salariés du régime général a augmenté jusqu'en 2011 en région PACA-Corse et en France (départements et territoires d'outre-mer compris). Entre 2011 et 2012, ce taux a fortement diminué en région PACA-Corse et cette tendance s'est prolongée jusqu'en 2014. Une diminution de ce taux, moins marquée, a aussi été observée en France. Sur l'ensemble de la période 2010-2014, le taux de MP indemnisées en région PACA-Corse reste nettement inférieur à celui observé au niveau national, l'écart ayant tendance à s'accroître : respectivement 176,9 et 282,5 MP indemnisées pour 100 000 salariés en 2014 **GRAPHIQUE 16**.

Les comparaisons dans le temps et par type de MP montrent une diminution des taux uniquement pour les affections liées à l'amiante depuis 2009-2010 et les affections périarticulaires depuis 2011-2012 **GRAPHIQUE 17**. Entre 2009-2010 et 2013-2014, le taux pour 100 000 salariés de MP indemnisées pour les affections liées à l'amiante a diminué de 52,6 % et celui concernant les risques périarticulaires a diminué de 14,6 % depuis 2011-2012. Le taux pour 100 000 salariés de MP indemnisées concernant les risques allergiques a diminué de 31,5 % entre la période 2009-2010 et 2011-2012, mais a légèrement augmenté (+10,4 %) en 2013-2014. Le taux d'indemnisation pour surdité professionnelle a connu la même évolution, avec une diminution de 7,7 % entre la période

2009-2010 et 2011-2012 puis une augmentation de 9,9 % en 2013-2014. Les maladies infectieuses indemnisées ne représentent que 0,6 % des maladies professionnelles indemnisées. Leur taux d'indemnisation de 1,8 MP indemnisées pour 100 000 salariés n'a pas varié au cours de cette période.

3.1.2. Plus d'un tiers des MP indemnisées identifiées dans les Bouches-du-Rhône sur 2012-2015

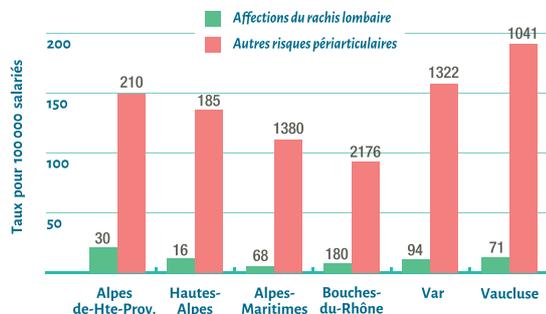
Parmi les MP indemnisées au cours des années 2012 à 2015 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2 721 (36,4 %) ont été identifiées dans les Bouches-du-Rhône, département qui représentait 44,7 % des salariés de la région d'après les données fournies par la CARSAT Sud-Est.

Les effectifs de salariés étant très différents d'un département à l'autre, des taux pour 100 000 salariés ont été calculés pour

chacun des départements. Les taux les plus élevés sont observés dans les départements du Var et des Alpes-de-Haute-Provence, avec respectivement 218,3 et 187,1 MP indemnisées pour 100 000 salariés. Le Vaucluse, les Hautes-Alpes et les Alpes-Maritimes

sont proches de la moyenne régionale (142,6). Les Bouches-du-Rhône, avec 116,2 MP indemnisées pour 100 000 salariés, présentent le taux le plus faible de la région **GRAPHIQUE 18**. Ce département compte en effet moins d'emplois salariés dans les secteurs de la construction et du commerce, secteurs qui comptent de nombreux salariés atteints de pathologies ostéo-articulaires (cf. chapitre 4).

GRAPH. 19. TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DES PATHOLOGIES OSTÉO-ARTICULAIRES INDEMNISÉES*, PAR DÉPARTEMENT EN 2012-2015**

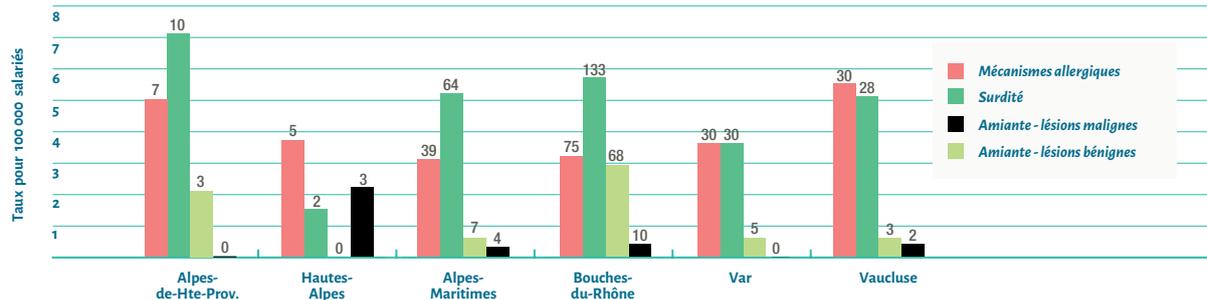


Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
 * Les nombres absolus respectifs des MP indemnisées figurent en haut de chaque barre
 ** Les données par département n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2015 au moment des analyses

Les affections périarticulaires des membres prédominent dans tous les départements avec des taux d'indemnisation, parmi les salariés du régime général, variant de 92,9 à 191,3 MP pour 100 000 salariés. Pour les autres affections, peu de différences existent entre les départements **GRAPHIQUES 19 ET 19BIS**.

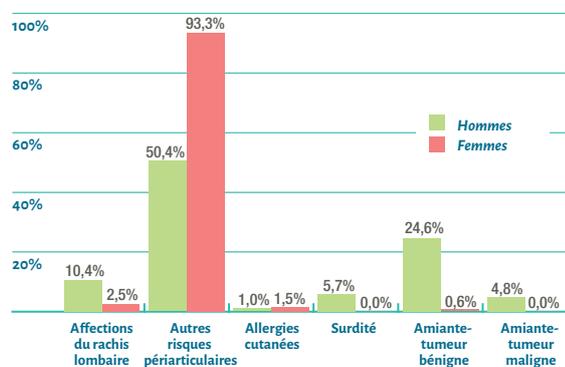
Le taux pour 100 000 salariés de surdité professionnelle est le plus faible dans le département des Hautes-Alpes (1,5 MP pour 100 000 salariés) **GRAPHIQUE 19BIS**. Les lésions dues aux expositions professionnelles à l'amiante sont peu représentées dans chaque département, car ces maladies sont en majorité affectées au « compte spécial » : 93,8 % des lésions bénignes et 92,9 % des lésions malignes liées à l'amiante. Concernant les cancers et tumeurs malignes dus à des expositions autres que l'amiante, 45,7 % sont affectés au « compte spécial ».

GRAPH. 19BIS. TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DES AUTRES PRINCIPAUX TYPES DE MP INDEMNISÉES*, PAR DÉPARTEMENT EN 2012-2015**



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
 * Les nombres absolus respectifs des MP indemnisées figurent en haut de chaque barre
 ** Les données par département n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2015 au moment des analyses

GRAPH. 20. RÉPARTITION EN % DES MP INDEMNISÉES* SELON LA PATHOLOGIE ET LE GENRE EN RÉGION PACA, POUR LA PÉRIODE 2012-2015*****



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
 * Y compris compte spécial
 ** Seules les catégories représentant au moins 1 % des MP indemnisées sont présentées
 *** Les données par genre n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2015 au moment des analyses

3.1.3. Les MP selon le genre

En 2012-2015 en région PACA, quel que soit le genre, les affections périarticulaires (rachis lombaire exclus), représentaient les parts de MP indemnisées les plus élevées, avec 50,4 % chez les hommes et 93,3 % chez les femmes. Chez les hommes, les maladies liées à l'amiante (quelles qu'elles soient) arrivent en 2^e position avec 29,4 % des MP indemnisées **GRAPHIQUE 20**. Par ailleurs, les affections du rachis lombaire et les surdités indemnisées prédominent chez les hommes.

Un léger écart entre ces résultats et ceux publiés par la CARSAT peut être observé, du fait d'un décalage dans les périodes de références prises en compte pour l'exploitation d'une partie des données.

Pour des informations détaillées sur les maladies professionnelles par département et par secteur d'activité, consulter le site internet : <https://www.carsat-sudest.fr/entreprises/s-informer-sur-les-risques-professionnels/statistiques-régionales.html>

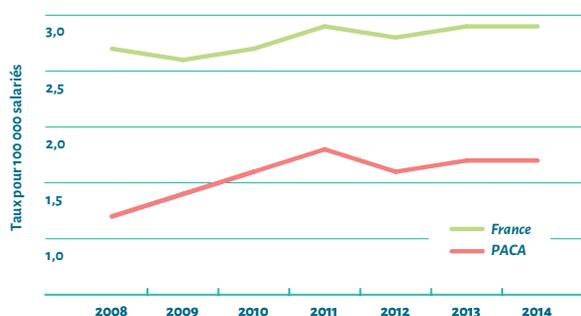
3.2. Les MP chez les salariés agricoles

Entre 2008 et 2014, selon les statistiques de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, 986 MP ont été indemnisées dans la région PACA parmi les salariés affiliés au régime agricole. Le nombre de MP indemnisées pour 1 million d'heures travaillées a légèrement augmenté depuis 2008 en région PACA et en France, mais on constate une stabilisation depuis 2012 après une légère baisse en 2011 en région PACA. Sur l'ensemble de cette période, le taux de MP indemnisées en région PACA reste près de deux fois inférieur à celui observé au niveau national : respectivement 1,7 et 2,9 MP indemnisées pour 1 million d'heures travaillées en 2014. Cet écart s'est légèrement accentué depuis 2011 **GRAPHIQUE 21**. Cette différence est observée dans la plupart des secteurs, en particulier dans le secteur de la culture et de l'élevage (notamment dans les cultures spécialisées et la viticulture). Le secteur des coopératives agricoles est celui où le taux de fréquence est le plus élevé en France, en particulier dans le traitement de la viande (du fait d'un fort risque de TMS), mais la différence pourrait s'expliquer par le fait que le nombre d'heures travaillées dans ce secteur est très faible en région PACA.

En région PACA, 357 (36,2 %) des MP indemnisées par la Mutualité Sociale Agricole au cours des années 2008 à 2014 ont été identifiées dans le Vaucluse (2^e département de la région en termes d'heures travaillées dans le secteur agricole), 24,5 % dans le Var et 17,6 % dans les Bouches-du-Rhône (département comptabilisant le plus d'heures travaillées dans ce secteur).

Afin de tenir compte des différences d'heures travaillées, des taux de fréquence pour 1 million d'heures de travail effectuées ont été calculés pour chacun des départements. En 2014, les taux de fréquence de MP indemnisées les plus élevés chez les salariés agricoles étaient observés dans le département des Hautes-Alpes, avec 2,7 MP indemnisées pour 1 million d'heures travaillées. Cependant, les départements des Hautes-Alpes et des Alpes-de-Haute-Provence comptant peu de salariés agricoles, de fortes variations dans les taux de fréquence des MP indemnisées ne correspondent en réalité qu'à quelques cas supplémentaires au cours d'une année.

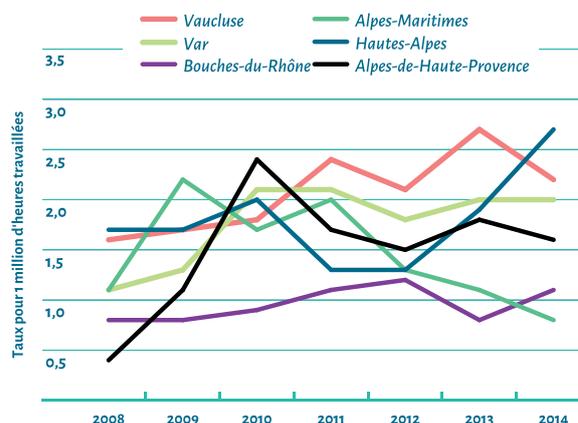
GRAPH. 21. ÉVOLUTION DU TAUX DE FRÉQUENCE* DES MP (AVEC OU SANS ARRÊT) CHEZ LES SALARIÉS AGRICOLES EN RÉGION PACA ET EN FRANCE DE 2008 À 2014**



Sources : CCMSA - MSA Provence-Azur - exploitation ORS PACA
 * Taux de fréquence : (nb de MP x 1 000 000) / nb heures travaillées
 ** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

Les Bouches-du-Rhône présentent le taux qui est resté le plus faible de la région, entre 2008 et 2013. En 2014, ce sont les Alpes-Maritimes qui, avec 0,8 MP indemnisée pour 1 million d'heures travaillées, présentaient le taux le plus bas, la moyenne régionale étant de 1,7 pour cette même année **GRAPHIQUE 22**.

GRAPH. 22. ÉVOLUTION DU TAUX DE FRÉQUENCE* DES MP INDEMNISÉES (AVEC OU SANS ARRÊT) CHEZ LES SALARIÉS AGRICOLES DANS LES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION PACA, DE 2008 À 2014**



Sources : MSA Provence-Azur - exploitation ORS PACA
 * Taux de fréquence : (nb de MP x 1 000 000) / nb heures travaillées
 ** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses

ENCADRÉ 3 : LES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES PAR LA CARSAT SUD-EST AFFECTÉES AU «COMPTE SPÉCIAL»

Les maladies professionnelles (MP) indemnisées par la CARSAT Sud-Est ne peuvent pas toujours être affectées à un secteur d'activité. En effet, il est parfois difficile de retrouver l'employeur à qui imputer le risque soit parce que l'entreprise est fermée (c'est souvent le cas pour les expositions anciennes et celles liées à l'amiante) ou parce que plusieurs employeurs sont concernés.

Un quart des MP indemnisées (soit 2 336 / 9 812 MP) a été affecté au compte spécial entre 2012 et 2015 (25 % entre 2009 et 2011 et 39 % 2005 et 2008). Entre 2012 et 2015, 69 % d'entre elles concernaient des affections liées à l'amiante et 18 % des affections périarticulaires.

ENCADRÉ 4 : LES COMITÉS RÉGIONAUX DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CRRMP)

Mis en place depuis 1993, les CRRMP permettent de reconnaître des maladies professionnelles qui sont refusées dans le cadre strict des tableaux de maladies professionnelles. Ils se prononcent pour le régime général, mais aussi pour les autres régimes : agricole, SNCF, militaires...

Le CRRMP est une instance composée de 3 médecins : le médecin conseil régional ou son représentant, le médecin inspecteur régional du travail ou son représentant et un professeur d'université ou un praticien hospitalier. L'avis motivé du médecin du travail est transmis au CRRMP. Le comité entend obligatoirement l'ingénieur de prévention.

Ce comité peut reconnaître l'origine professionnelle d'une maladie :

ENCADRÉ 4, SUITE:

- ▶ Lorsqu'elle est désignée dans un tableau et qu'une ou plusieurs conditions administratives prévues au tableau ne sont pas remplies (alinéa 3);
- ▶ Lorsqu'elle n'est pas désignée dans un tableau et lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (alinéa 4).

Chaque dossier étudié par le comité dans le cadre de l'alinéa 4 fait l'objet d'une analyse prenant en compte les éléments médicaux, techniques et administratifs du dossier ainsi que les données scientifiques

et récentes de la littérature. Le lien de causalité doit être direct et essentiel, c'est-à-dire qu'il ne doit pas exister un autre facteur environnemental ou personnel (le tabac notamment) pouvant être évoqué comme responsable de l'affection.

En 2015, le CRRMP de la région PACA-Corse a traité 1 487 dossiers dont 136 au titre de l'alinéa 4. Ce chiffre a considérablement augmenté au fil des années (réception de 137 dossiers en 2000).

ENCADRÉ 5: BILAN ACTION « DÉLAIS DE RENTRÉE », UNE ACTION COLLECTIVE ET PARTENARIALE SUR UNE THÉMATIQUE DIFFICILE DANS LE SECTEUR AGRICOLE

DIRECCTE PACA

Dans le cadre des travaux initiés par la Commission Paritaire d'Hygiène, de Sécurité des Conditions de Travail (CPHSCT) en agriculture des Bouches-du-Rhône, la DIRECCTE PACA, la MSA Provence-Azur, Act Méditerranée, la CFDT et la FDSEA ont conduit une action de prévention collective sur la mise en œuvre des délais de rentrée.

Les délais de rentrée sont des délais fixés par la réglementation pendant lesquels il est interdit aux personnes de pénétrer dans les lieux, champs ou serres, où a été appliqué un produit phytopharmaceutique.

La CPHSCT des Bouches-du-Rhône a fait le constat que cette mesure était peu appliquée, notamment, dans certains secteurs agricoles où les traitements sont fréquents et / ou réalisés sous serre. Elle a donc souhaité engager une action à destination des employeurs et des salariés concernés par les traitements phytopharmaceutiques afin de valoriser les bonnes pratiques et d'identifier des difficultés d'organisation existantes pour le respect des délais de rentrée. Les résultats de l'étude ont notamment permis la réalisation d'une fiche pratique élaborée à partir des données recueillies.

Cette action partenariale a débuté en 2013, par la finalisation d'un projet s'accompagnant d'un financement DIRECCTE et MSA; elle a été conduite selon les étapes suivantes:

- ▶ Évaluation des pratiques de travail: des investigations ont été menées dans six entreprises des secteurs du maraîchage, de l'arboriculture, de la viticulture et du traitement de semences. Des journées d'études ont été réalisées au sein de ces entreprises par Act Méditerranée, ainsi que par une consultante, sur la base d'entretiens et d'observations des situations de travail.
- ▶ Exploitation et synthèse des données ainsi recueillies (les principaux résultats de cette étude sont précisés ci-après).
- ▶ Restitution des résultats aux entreprises participantes: des séances d'échanges et de capitalisation entre les différentes entreprises participantes ont été organisées.
- ▶ Communication et transfert:
 - En 2015, une fiche pratique rappelant les

principes réglementaires de prévention et les bonnes pratiques à observer a été réalisée. Cette fiche, est accessible sur le site www.sante-securite-paca.org. Les partenaires de l'action l'ont diffusée par différents canaux d'envoi.

- En 2016, la volonté de continuer à promouvoir ces bonnes pratiques a généré la construction d'une conférence régionale à destination des conseillers et distributeurs de produits phytopharmaceutiques. Le thème d'intervention s'est élargi à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques en général, depuis le début de la démarche de prévention (utilisation de techniques alternatives, choix du traitement) jusqu'à la fin de celle-ci (délais de rentrée, protection individuelle). La collaboration entre les acteurs participants au portage de cette action s'est renforcée, puisque la Direction Régionale de l'Alimentation et de la Forêt (DRAAF), ainsi que les CPHSCT du Var et de Vaucluse ont alimenté les travaux et co-organisé la conférence. Cette conférence avait pour but de faire passer les messages de prévention aux exploitations par l'intermédiaire des conseillers et distributeurs qui constituent pour eux un interlocuteur incontournable.

Les principaux résultats de cette étude et les pistes d'action qui s'en dégagent, sont les suivants:

Connaissance du risque

- ▶ La connaissance du risque phytosanitaire est présente chez la plupart des utilisateurs du fait, notamment, depuis quelques années, de la mise en œuvre du certificat individuel dit « certiphyto ». Ce certificat, obligatoire pour tout utilisateur de produits phytopharmaceutiques, requiert le passage d'un test ou la réalisation d'une formation sur l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.
- ▶ La perception du risque et la communication sur le sujet sont entravées par des difficultés de compréhension sur l'articulation entre la réglementation relative au risque chimique en général, et la réglementation sur les délais de rentrée. En effet, le respect des délais de rentrée ne garantit pas l'absence d'atteinte à la santé et il est parfois nécessaire d'aller

au-delà en mettant en œuvre des mesures de prévention telles que, par exemple, l'application d'un délai plus long avant rentrée dans la parcelle, la ventilation des serres, l'utilisation de vêtements couvrants ou de gants pour la réalisation de tâches en contact intense avec la végétation.

- ▶ Dans certaines filières, des phases de travail précises, telles que l'ébourgeonnage ou le palissage ressortent comme des phases particulièrement exposantes.

Difficultés identifiées

- ▶ Les difficultés organisationnelles sont liées aux contraintes culturelles (cultures à évolution rapide) ainsi qu'aux contraintes météorologiques.
- ▶ Les difficultés techniques résident dans la signalisation pour les parcelles dispersées et de plein air, ainsi que dans l'inconfort des équipements de protection individuels (EPI).
- ▶ L'étude a permis de mettre en lumière l'exposition d'intervenants extérieurs à l'exploitation, tels que les techniciens des chambres d'agriculture, de centres techniques d'études agricoles dont il convient d'améliorer la prise en compte.

Pistes d'action

Les leviers d'actions apparaissant à l'heure actuelle sont:

- le développement de techniques alternatives aux traitements phytopharmaceutiques, favorisé par le recours aux outils d'aide à la décision pour le traitement développé dans le cadre du plan Ecophyto II, ou à des structures de conseils;
- les systèmes de planification du travail de l'exploitation;
- une meilleure identification des phases exposantes;
- l'amélioration des systèmes d'information sur la réalisation des traitements;
- la recherche d'un compromis adapté pour le port des EPI;
- la formation au risque chimique et le suivi médical du personnel non applicateur de produits phytopharmaceutiques qui est également exposé;
- la coordination / information avec les intervenants extérieurs.

ENCADRÉ 6 : RÉSEAU « PHYT'ATTITUDE »

Thierry Rico, MSA Provence Azur

Objectifs

Phyt'attitude, réseau de toxicovigilance de la Mutualité Sociale Agricole, a été créé en 1991. Il recueille actuellement l'ensemble des effets sanitaires causés aux utilisateurs de produits chimiques dans le domaine agricole. Tous les signalements réalisés par les équipes des services de santé au travail sont analysés par un toxicologue pour étude d'imputabilité sur les effets répertoriés. Une base de données est ainsi créée, « Phyt'Attitude », par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité, par type de causalité (tâche, matériel, produit,...), par appareil atteint (cutané, respiratoire, digestif,...) ainsi que par sexe, ancienneté, catégorie d'âge : une analyse de ces données permet de mettre en place des mesures d'amélioration des conditions de travail et d'assurer une vigilance toxicologique des produits notamment phytosanitaires sur le marché.

Données recueillies

Sur la période 2011-2014, 733 dossiers ont été reçus dont la majorité pour des intoxications aiguës ou subaiguës et 220 dossiers pour des pathologies chroniques. Sur l'ensemble des dossiers dans cette période, 409 avaient une imputabilité plausible (i2), vraisemblable (i3) ou très vraisemblable (i4). Pour 87 % de ces

dossiers, les produits en cause étaient des fongicides (35 %), insecticides-acaricides (33 %) et herbicides (19 %), et la formulation liquide la plus souvent retrouvée dans les intoxications. Les cibles de traitement les plus fréquentes concernent principalement les céréales, la vigne, et les semences ; cependant le secteur espaces verts, horticulture et pépinières s'avère très exposant, au regard de la surface cultivée. Les expositions indirectes (sur culture après traitement) représentent 24 % des dossiers. À l'exception de l'intervention sur culture après traitement, le port de gants progresse régulièrement lors de la manipulation des produits phytopharmaceutiques car, même si cela reste insuffisant, toutes tâches confondues, 50 % des utilisateurs portent des gants, contre 41 % entre 1997 et 2007. La prise de douche en fin de journée progresse également dans les comportements : 64 % des applicateurs déclarent prendre une douche en fin de journée et 13 % en fin de tâche, versus 47 % et 8,6 % entre 1997 et 2007.

Les symptômes principalement retrouvés sont cutanés (28 %), neurologiques (19 %), neuromusculaires et digestifs (16 %).

Les dossiers « pathologies chroniques » déclarés représentent 30 % de la totalité

des dossiers Phyt'attitude investigués et concernent essentiellement des hommes, majoritairement des exploitants, avec une moyenne d'âge plus importante : ces dossiers sont investigués le plus souvent sur des demandes de reconnaissance en pathologie professionnelle. Les pathologies les plus souvent rencontrées sont les maladies neurologiques (33 % des dossiers, et notamment la maladie de Parkinson qui concerne 18,5 % des dossiers), les hémopathies (24 % des dossiers, dont 10 % de lymphomes et 7 % de leucémies), et les pathologies tumorales et cancers (27 %).

Depuis 2012 un travail collaboratif avec l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation (ANSES) a été institué afin d'utiliser les données des dossiers « Phyt'attitude » lors de problèmes spécifiques (par exemple, le bilan des signalements faisant suite à l'utilisation de préparation contenant du Glyphosate) ou lors du ré-examen pour obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

Numéro vert « Phyt'attitude » : 0 800 887 887

ENCADRÉ 7 : RÉSEAU ZONOSURVEILLANCE DE LA MSA

Thierry Rico, MSA Provence Azur

Contexte, objectif

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) a en charge la protection et la santé des salariés et exploitants agricoles. La majorité travaille au contact d'animaux et est exposée au risque zoonotique. La MSA qui a comme objectif prioritaire d'évaluer au mieux le risque zoonotique, a créé en 2000 un réseau de zoonosurveillance, puis s'est dotée en 2008 d'un observatoire des zoonoses qui regroupe sur une base de données tous les signalements effectués par le réseau des services de santé au travail France entière.

Données recueillies par l'observatoire

De 2008 à 2016, 544 signalements anonymisés ont été réalisés, soit 419 zoonoses certaines ou probables et d'origine professionnelle, 78 diagnostics incertains et 47 zoonoses non professionnelles (liées souvent aux loisirs). Sont donc

recensés notamment, le type de pathologie, les activités à risque, les tâches et les conditions de survenue chez les professionnels exposés, avec une estimation de la distribution des zoonoses sur le territoire, les secteurs d'activité plus concernés afin d'orienter la surveillance médicoprofessionnelle et la prévention. La maladie la plus fréquemment signalée est la maladie de Lyme (193 cas), suivie de la fièvre Q (73 cas), puis de la psittacose (25 cas) et enfin de la leptospirose (25 cas). Les autres zoonoses semblent avoir une incidence plus faible. Ce réseau est aussi un organe d'alerte et de coordination en cas de crise sanitaire zoonotique sur le territoire (grippe aviaire, encéphalopathie spongiforme bovine, ...).

Partenariat, réalisations

Le réseau de zoonosurveillance réalise également une surveillance ciblée en partenariat avec des services de santé au travail

et les professionnels locaux (Groupements de Défense Sanitaire, Centre de Lutte Antituberculeuse...) et nationaux (Santé Publique France, GDS France, Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, Centres Nationaux de Référence, ...) de la santé animale et humaine. Des études épidémiologiques de terrain ont été menées : étude cas-témoins sur la leptospirose, antibiorésistance chez les éleveurs de porc, séroprévalence de la psittacose chez les éleveurs avicoles, borreliose de Lyme et encéphalite à tique dans le Grand Est, séroprévalence de la fièvre Q dans les élevages ovins et caprins du Sud Est, séroprévalence de l'hépatite E chez les professionnels exposés. Une sérothèque a été constituée à des fins de recherche ultérieure dans le domaine des zoonoses émergentes. Des recommandations sont en cours d'élaboration pour le suivi de travailleurs exposés à la tuberculose bovine.

Thierry Rico, MSA Provence Azur

Contexte

La fièvre Q est une zoonose ubiquitaire. Le caractère potentiellement émergent de cette infection représente un véritable problème de santé publique dans certains pays. En France, les données épidémiologiques relatives à la fièvre Q sont parcellaires, tant sur le plan animal qu'humain. Bien que la fièvre Q animale soit répertoriée par l'Office International des Epizooties (OIE), elle ne bénéficie pas de système de surveillance réglementaire. La fièvre Q ne figure pas parmi les maladies à déclaration obligatoire chez l'homme mais une surveillance renforcée est réalisée depuis 1985 par le Centre National de Référence (CNR) des Rickettsies situé à Marseille. L'incidence de la fièvre Q aiguë est ainsi estimée à 50 pour 100 000 habitants par an dans le sud de la France et celle de l'endocardite due à *Coxiella burnetii* à 1 cas pour 1 million d'habitants par an. La fièvre Q est une maladie professionnelle indemnisable du régime général (tableau n°53B) et du régime agricole (tableau n°49B). Les statistiques nationales des registres de maladies professionnelles ne rapportent que 80 cas de Fièvre Q sur les 10 dernières années, dont 67 % appartiennent à la filière élevage et 70 % sont des exploitants ou éleveurs. Néanmoins ces données ne sont pas exhaustives en raison d'une sous-déclaration probable et d'un sous-diagnostic fréquent.

Données locales

Alors que la maladie ne se manifeste que par des cas sporadiques en population professionnelle, elle se manifeste le plus souvent dans la population générale sous forme d'épidémies de plus ou moins grande ampleur, à partir d'une même source infectante. La plupart de ces épidémies humaines ont été répertoriées dans le quart sud-est de la France. Chez l'animal, une séroprévalence élevée a été retrouvée (88 % des élevages sondés en 2006 et 2008 avaient au moins un animal séropositif) et 43 % des élevages (6/14 en 2006 et 12/28 en 2008) avaient plus de 30 % d'animaux séropositifs.

Méthode et objectif de l'étude

Etude transversale descriptive afin d' :

- Estimer la séroprévalence de la fièvre Q chez des professionnels exposés du Var et des Alpes-de-Haute-Provence ;
- Analyser les facteurs d'exposition (professionnels, environnementaux) associés à la fièvre Q au sein et au contact des élevages.

Résultats

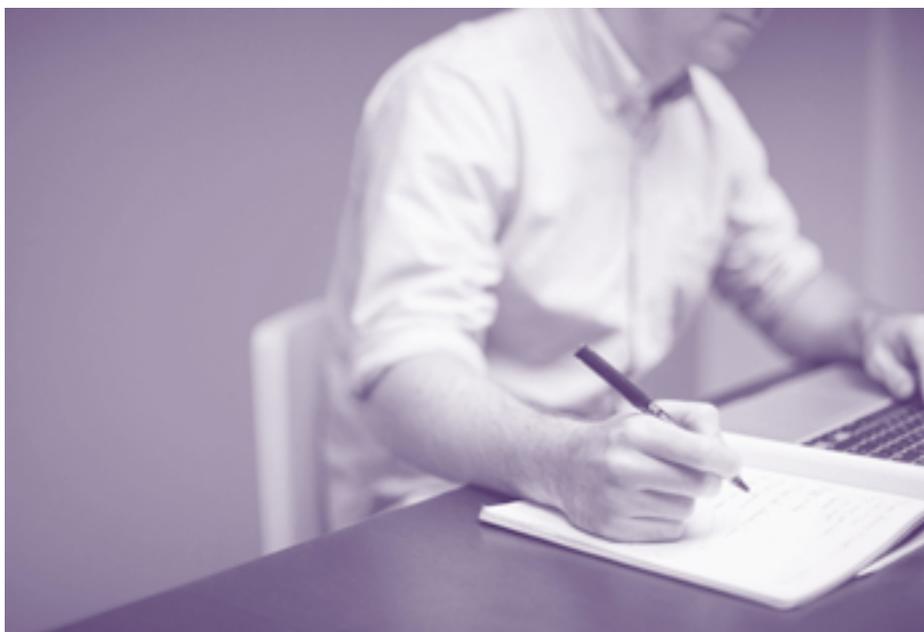
Cette étude rapporte une séroprévalence considérée comme élevée chez des professionnels d'élevage de petits ruminants dans une région endémique. Il ne se dégage pas de tâches exposantes attendues comme la mise

bas. Le curage et les soins aux animaux sont retenus comme tâches exposantes : tâches entraînant une mise en suspension des poussières contaminées. Cette étude n'a pas mis en évidence de sur-risque d'infection active dans ce contexte d'exposition professionnelle. En situation endémo-épidémique, la sérologie ne peut pas être retenue comme un bon marqueur d'exposition pour les professionnels d'élevage de petits ruminants qui sont exposés de façon régulière et de longue date.

Parmi les 126 sujets inclus, 50 (39,7 %) étaient séropositifs pour la fièvre Q, dont :

- cicatrice sérologique : 46 (36,5 %) ;
- fièvre Q aiguë : 2 (1,6 %) ;
- fièvre Q chronique : 2 (1,6 %).

Compte tenu du manque de données comparatives concernant la séroprévalence en milieu professionnel exposé, des études séro-épidémiologiques complémentaires devraient être menées dans d'autres zones endémiques géographiques pour le même type d'élevage, mais également dans d'autres secteurs d'élevage où l'animal est connu comme réservoir principal, comme l'élevage bovin, mais aussi l'élevage porcin (moins étudié).



4 LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES

Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont des pathologies affectant les tissus mous périarticulaires (principalement muscles, tendons, ligaments et nerfs) des membres et de la colonne vertébrale. Ils provoquent, en règle générale, une douleur associée à une raideur, une perte de force ou de la maladresse ; ces gênes fonctionnelles sont plus ou moins réversibles et souvent quotidiennes [1]. Non soignées, elles peuvent avoir des conséquences graves pouvant aller jusqu'à une incapacité de travail.

Leur nombre a augmenté de 60 % en 10 ans. En 2014, selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, environ 41 000 salariés ont été indemnisés au titre d'un TMS en France, soit plus de 45 000 TMS indemnisés [2] près d'1 milliard d'euros de frais couverts par les cotisations des entreprises, sans compter les coûts indirects (absentéisme, perte de compétences, contentieux...) et 10 millions de journées de travail perdues. La même année, les TMS représentaient ainsi en France, plus de 87 % des 51 631 maladies professionnelles ayant entraîné un arrêt de travail ou une réparation financière en raison de séquelles.

Véritable handicap économique pour les entreprises et générateurs de conséquences médicales et fonctionnelles pour les salariés, les TMS constituent l'un des problèmes de santé au travail les plus préoccupants actuellement [3].

Pathologies plurifactorielles à composante professionnelle, les TMS résultent essentiellement de sollicitations biomécaniques ; les sollicitations d'origine professionnelle recouvrent :

- ▶ les positions articulaires extrêmes ;
- ▶ les efforts à pénibilité importante ;
- ▶ les gestes répétitifs ;
- ▶ le travail en position maintenue ;
- ▶ les vibrations et chocs ;
- ▶ le travail nécessitant des gestes fins et très précis.

L'effet négatif de ces sollicitations sur l'organisme peut être majoré lorsqu'elles sont associées à des facteurs aggravants comme le froid. L'apparition et l'évolution des TMS sont également liées à d'autres facteurs :

- ▶ facteurs individuels : âge, genre et état physiologique et psychologique du sujet ;
- ▶ facteurs psychosociaux : la charge de travail excessive, le contrôle sur le travail, les situations d'isolement social du salarié, le manque de participation aux décisions dans le travail, l'inquiétude sur l'avenir professionnel peuvent générer du stress et modifier la sensibilité des salariés aux TMS ;
- ▶ facteurs organisationnels : les situations ne permettant pas une récupération suffisante (durée excessive de travail, manque de pauses), celles nuisant à la variabilité du mouvement ou de la posture (travail répétitif ou en chaînes automatisées, l'organisation en flux tendu, postes de travail mal conçus) peuvent favoriser la survenue de TMS [4].

Ces facteurs favorisant l'apparition de TMS, qu'ils soient biomécaniques, psychosociaux ou organisationnels, sont eux-mêmes variables d'un métier à l'autre [5]. L'enquête Sumer 2010, qui décrit les expositions aux risques professionnels en France (métropolitaine et Réunion), a révélé qu'en moyenne 38 % des salariés sont exposés à des contraintes physiques intenses : la construction, l'agriculture, le commerce, les transports et la fonction publique hospitalière sont les secteurs les plus touchés. La même proportion de salariés est exposée à au moins 3 contraintes de rythme de travail (cadence automatique d'une machine, dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, normes de production ou délais à respecter en une heure au plus ou en une journée au plus, demande extérieure obligeant à une réponse immédiate, contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie, un contrôle ou un suivi informatisé) [6].

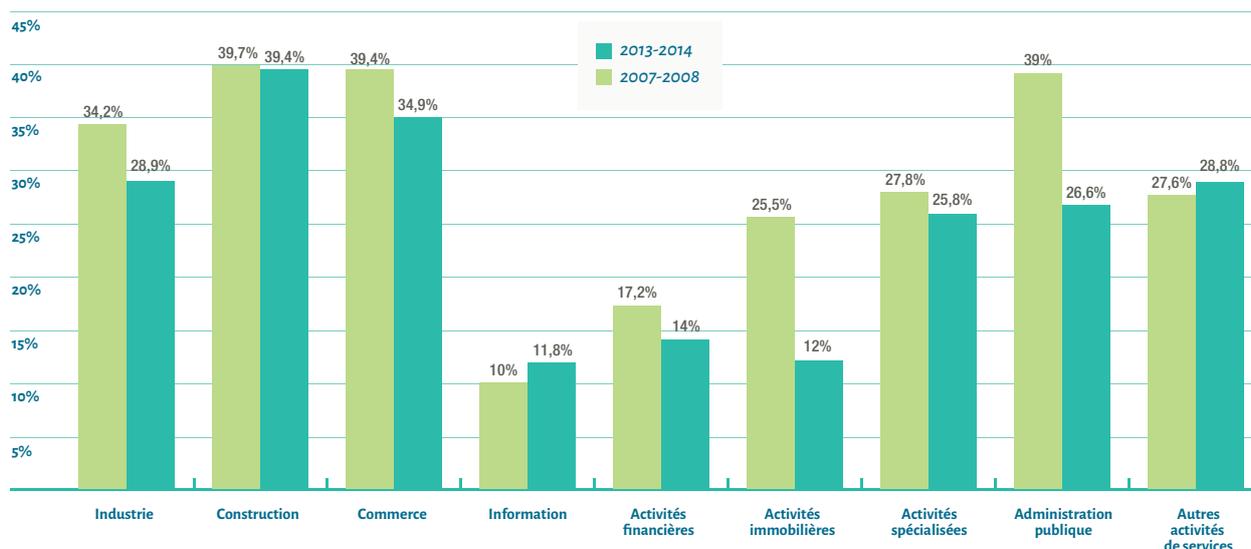
Ce chapitre présente, dans un premier temps, les données issues du réseau EVREST en région PACA 2013-2014 (voir encadré n°11 en page 31 pour la méthodologie) concernant les contraintes physiques au travail jugées pénibles par les salariés et les plaintes ou signes cliniques ostéo-articulaires qui peuvent en découler. Dans un second temps sont étudiés les TMS indemnisés en région PACA-Corse depuis 2008 : évolution des indemnités, nombre d'indemnités par branche d'activité et par zone d'emploi (données CARSAT S-E).

4.1. Contraintes physiques : près de 30 % des salariés exposés

Selon les professionnels de santé-travail participant au réseau EVREST en région PACA, 28,8 % (IC95 % = 27,0-30,6) des salariés interrogés en 2013-2014 ont déclaré être souvent exposés dans leur travail à au moins une contrainte physique ressentie comme pénible (34,8 %, IC95 % = 32,6-37, en 2007-2008) : postures contraignantes, efforts ou port de charges lourdes, gestes répétitifs, importants déplacements à pied, station debout prolongée. Quelle que soit la contrainte, la proportion de salariés déclarant une « pénibilité au travail » ne varie pas selon l'âge, ni selon le genre. Les salariés les plus touchés par ces contraintes sont les ouvriers (40,0 %, IC95 % = 36,2-44,0), puis les employés (30,8 %, IC95 % = 27,9-33,7), alors que les cadres et intellectuels sont les moins touchés (9,2 %, IC95 % = 6,2-13,4). Dans le secteur d'activité de la construction, quatre salariés sur dix déclarent des contraintes physiques jugées pénibles et fréquentes, et plus d'un salarié sur trois dans le secteur du commerce **GRAPHIQUE 23**.

Le secteur du commerce se décompose en plusieurs sous-secteurs, dont le commerce de détail en magasin non spécialisé, les transports et l'entrepôt, et l'hébergement et restauration. Dans le secteur du commerce de détail en magasin non spécialisé, plus d'un salarié sur deux a déclaré en 2013-14 des

GRAPH. 23. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS DÉCLARANT ÊTRE SOUVENT EXPOSÉS À AU MOINS UNE CONTRAINTE PHYSIQUE JUGÉE PÉNIBLE, ENTRE 2007-2008 ET 2013-2014, SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES

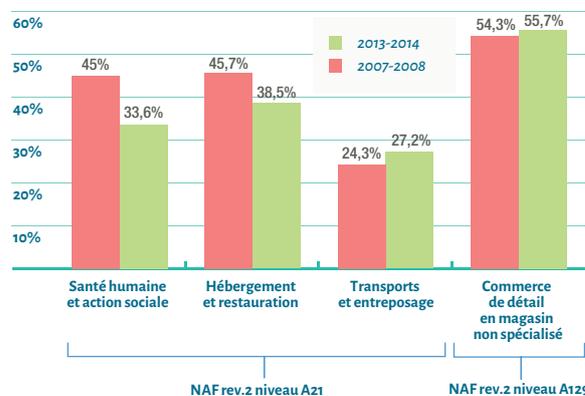


Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
 *Seuls les secteurs concernant plus de 50 salariés sont présentés

contraintes physiques fréquentes et jugées pénibles, 38,5 % (IC95 % = 32,7-44,5) dans le secteur de l'hébergement et de la restauration et 33,6 % (IC95 % = 28,8-38,8) dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (second secteur le plus représenté parmi les salariés de l'échantillon EVREST) GRAPHIQUE 23BIS. Entre 2007-2008 et 2013-2014, le pourcentage des salariés déclarant être souvent exposés à des contraintes physiques jugées pénibles a peu varié, à l'exception du secteur de l'administration publique, et plus particulièrement du secteur de la santé humaine et de l'action sociale, dans lequel la pénibilité ressentie a nettement diminué GRAPHIQUES 23 ET 23BIS.

Huit-cent-cinquante-six salariés ont participé à l'enquête EVREST en 2011-2012 et en 2013-2014, et n'ont pas changé de poste au cours de l'année précédente, ni changé de secteur ou de catégorie socioprofessionnelle entre les deux périodes. Parmi les 521 salariés qui n'étaient pas exposés à des contraintes physiques au travail en 2011-2012, 95 (18%) ont déclaré être nouvellement exposés à une contrainte physique ressentie comme pénible en 2013-2014. Ces nouvelles expositions se sont produites dans les secteurs de la santé humaine et de l'action sociale (14,7%), du commerce (14,7%), des transports et entreposage (13,7%) et de l'industrie manufacturière (9,5%). Parmi les 332 salariés exposés en 2011-2012, 104 (31 %) ne déclaraient plus d'exposition en 2013-2014.

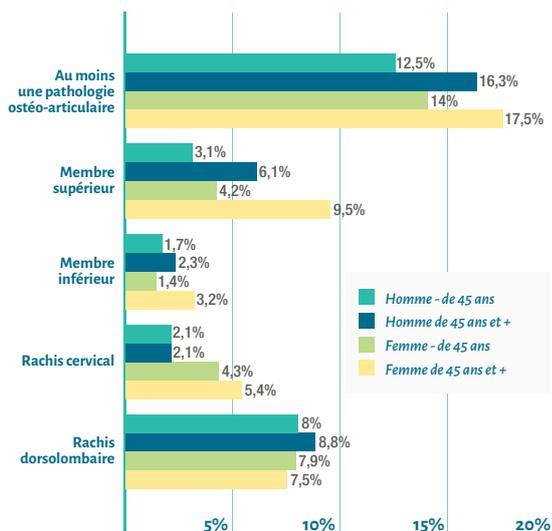
GRAPH. 23BIS. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS DÉCLARANT ÊTRE SOUVENT EXPOSÉS À AU MOINS UNE CONTRAINTE PHYSIQUE JUGÉE PÉNIBLE ENTRE 2007-2008 ET 2013-2014, SELON CERTAINS SECTEURS D'ACTIVITÉ « CLÉ »*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
 * Les secteurs les plus représentés à la fois en région PACA et dans les données EVREST

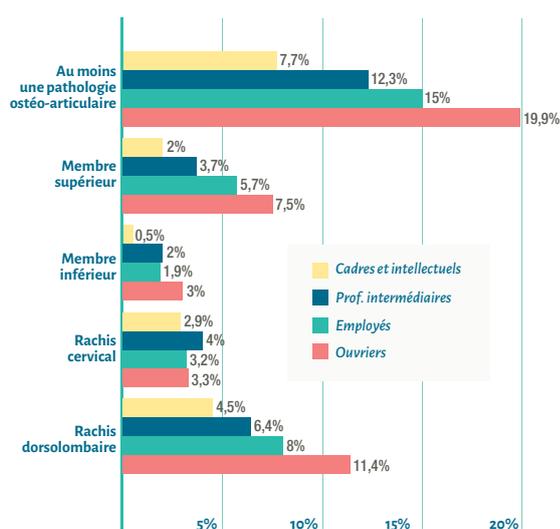
4.2. Plaintes ou signes cliniques ostéo-articulaires vus par les professionnels de santé-travail du réseau EVREST en région PACA

GRAPH. 24. POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT UNE PLAINTES OU UN SIGNE CLINIQUE OSTÉO-ARTICULAIRE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LE GENRE ET L'ÂGE, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

GRAPH. 25. POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT UNE PLAINTES OU UN SIGNE CLINIQUE OSTÉO-ARTICULAIRE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

Parmi les salariés vus par les professionnels de santé-travail du réseau EVREST en région PACA en 2013-2014, 14,6 % (IC95 % = 13,3-16,1) présentaient au moins une plainte ou un signe clinique ostéo-articulaire (touchant l'épaule, le coude, le poignet, les membres inférieurs, le rachis cervical ou le rachis dorsolombaire) estimé en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par le professionnel de santé-travail à l'issue de la visite médicale (16,6 %, IC95 % = 14,9-18,4, en 2007-2008). La proportion de salariés touchés augmente avec l'âge, de manière un peu plus marquée chez les femmes **GRAPHIQUE 24** et diminue lorsque la qualification professionnelle augmente **GRAPHIQUE 25**.

Parmi les salariés ayant participé à l'enquête EVREST en 2011-2012 et en 2013-2014, 52 nouveaux cas (9 %) de plaintes ou signes cliniques ostéo-articulaires estimés en lien probable ou certain avec le travail ont été identifiés par les professionnels de santé-travail, parmi les 563 salariés non affectés en 2011-2012. Les secteurs les plus concernés étaient le commerce et la santé humaine et sociale (respectivement 28,9 % et 19,2 % des nouveaux cas). De plus, parmi les 128 salariés qui présentaient au moins une plainte ou signe clinique ostéo-articulaire en lien probable ou certain avec le travail en 2011-2012, 54 % n'en présentaient plus en 2013-2014.

Les secteurs d'activité où sont observées, en 2013-2014, les proportions les plus élevées de salariés présentant des plaintes ou signes cliniques ostéo-articulaires estimés en lien avec le travail sont les mêmes que ceux où des contraintes physiques jugées pénibles sont le plus souvent déclarées : les autres activités de services, la construction, le commerce, et plus particulièrement le commerce de détail en magasin non spécialisé, et l'industrie manufacturière **TABLEAU 12**. En 2007-2008, les plaintes ou signes cliniques ostéo-articulaires étaient plus fréquents dans les secteurs du commerce, de la construction et de l'industrie manufacturière, mais ils étaient moins nombreux dans le secteur des autres activités de services, avec 12 % des salariés concernés.

Chez les salariés déclarant être souvent exposés à au moins une contrainte physique ressentie comme pénible au travail, la proportion de personnes présentant une plainte ou un signe clinique ostéo-articulaire estimés en lien avec le travail est 3 fois plus élevée que chez ceux ne déclarant pas de telles « pénibilités » : 24,9 % (IC95 % = 22,4-27,7) et 7,7 % (IC95 % = 6,4-9,4) respectivement. Le lien est encore plus marqué pour les atteintes du rachis dorsolombaire et du membre inférieur : lorsque des contraintes physiques jugées pénibles sont déclarées, le pourcentage de personnes présentant une plainte ou un signe clinique en lien avec le travail est multiplié par 4 (atteintes du rachis dorsolombaire : 14,8 %, IC95 % = 12,8-17,1 contre 3,4 %, IC95 % = 2,5-4,7 ; atteintes du membre inférieur : 3,7 %, IC95 % = 2,7-5,0 contre 0,9 %, IC95 % = 0,5-1,6).

En revanche, déclarer une exposition fréquente à des contraintes physiques jugées pénibles dans son activité professionnelle ne modifie pas le pourcentage de personnes présentant une plainte ou un signe clinique ostéo-articulaire estimé SANS lien avec le travail par le professionnel de santé-travail (14,5 %, IC95 % = 12,3-16,9 versus 12,1 %, IC95 % = 10,4-14,0).

TABLEAU 12. POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT UNE PLAINTE OU UN SIGNE CLINIQUE OSTÉO-ARTICULAIRE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014

	Pourcentage de salariés présentant une plainte ou un signe clinique ostéo-articulaire estimé en lien avec le travail					Effectif salarié
	Ostéo-articulaire**	Membres supérieurs	Membres inférieurs	Rachis cervical	Rachis dorsolombaire	
Autres activités de services	19,9	6,5	3,2	6,6	9,3	107
Construction	18,9	6,9	4,8	2,5	9,6	210
Commerce	18,8	6,4	2,9	4	10,7	566
Commerce de détail en magasin non spécialisé	32,3	13,1	4	7	19,3	129
Industrie manufacturière	17,7	7,4	2	4	10	240
Activités de services administratifs	16,3	3,6	2,7	3,9	10,9	230
Hébergement et restauration	16,1	4,9	2,6	3,6	10,4	203
Arts, spectacles	16	5,3	6	4,7	3	50
Activités financières et assurances	13,8	2,8		4,9	6,9	128
Transports	13,4	6,5	1	3,9	5,6	151
Santé humaine et action sociale	13,4	4,8	1,9	3	7,5	822
Administration publique	10,5	4,2	1,2	1,7	5	327
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	9,7	4,5		3	5,5	185
Enseignement	9,1	3,3		2,5	7,4	117
Activités immobilières	9	7,7		1,1	2,7	45
Information et communication	5,2	3,6		2,8	1,5	72

Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

*Seuls les secteurs concernant plus de 50 salariés sont présentés

**Correspond aux membres supérieurs (épaule, coude, poignet/main), aux membres inférieurs, aux rachis cervical et dorsolombaire.

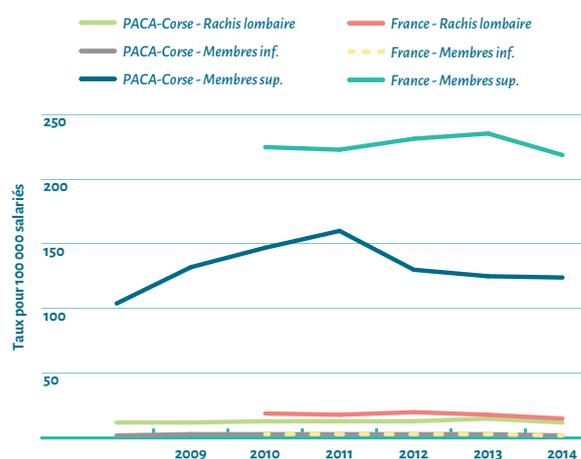
4.3. Les TMS indemnisés en région PACA-Corse

4.3.1. Évolution des indemnités

Avec 1 921 cas en 2014 en région PACA-Corse, les TMS représentent 77,9 % des maladies professionnelles indemnisées par la CARSAT S-E cette année-là. Les TMS indemnisés sont les affections du rachis lombaire (tableaux n°97 et 98 du régime général) et les autres risques périarticulaires touchant la main, le poignet, le coude, l'épaule, le genou, le pied ou la cheville (tableaux n° 57, 69 et 79 du régime général). Les affections du rachis lombaire indemnisées sont observées majoritairement chez les hommes (88,5 % des cas) de même que les affections des membres inférieurs (87,5 %) et dans une moindre mesure, les affections des membres supérieurs indemnisés (57,7 %).

Le taux pour 100 000 salariés d'affections périarticulaires des membres supérieurs augmente de 103,8 en 2008 à 159,8 en 2011, puis diminue ensuite à 130 en 2012, puis 123,7 en 2014. Au niveau national (départements et territoires d'outre-mer compris), le taux d'affections périarticulaires des membres supérieurs est resté, entre 2010 et 2014, plus élevé qu'en région PACA-Corse **GRAPHIQUE 26**. Il faut préciser que le taux prend en compte le dénombrement de pathologies indemnisées et non le nombre de salariés avec au moins un TMS : un même salarié peut présenter plusieurs pathologies. Le taux d'affections du rachis lombaire indemnisées a peu varié, au niveau régional comme au niveau national. Il reste cependant supérieur au taux d'affections des

GRAPH. 26. ÉVOLUTION DU TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DE TMS INDEMNISÉS* EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE ENTRE 2008 ET 2014**



Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Y compris compte spécial

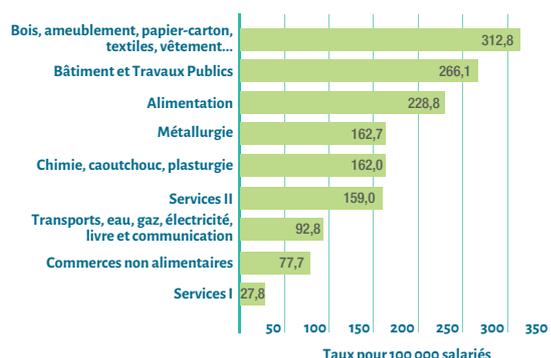
** Les données de l'année 2015, et les années antérieures à 2010 au niveau national n'étaient pas disponibles au moment des analyses

membres inférieurs indemnisées, qui est resté stable tout au long de cette période **GRAPHIQUE 26**. Le tableau 57A (qui permet la prise en charge des pathologies de l'épaule) a été modifié suite au décret 2011-1315 du 17 octobre 2011 qui a introduit des exigences supplémentaires pour établir le dossier de demande de reconnaissance en maladie professionnelle.

4.3.2. TMS indemnisés selon le secteur d'activité

Sur la période 2012-2014, les taux de TMS indemnisés les plus importants sont observés dans les secteurs « Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu », avec un taux de 312,8 TMS indemnisés pour 100 000 salariés et « Bâtiment et Travaux Publics » (266,1 TMS indemnisés pour 100 000 salariés) GRAPHIQUE 27. En 2005-2008, ces secteurs étaient déjà les plus touchés. Cependant, entre ces deux périodes, les taux de TMS indemnisés ont augmenté plus fortement dans les secteurs des activités de services II (+114 % entre 2005-2008 et 2012-2014), de l'alimentation (+53 %) et de la métallurgie (+47 %).

GRAPH. 27. TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DES TMS INDEMNISÉS* EN RÉGION PACA-CORSE, EN 2012-2014, PAR BRANCHE D'ACTIVITÉ**



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Hors compte spécial

** Les données par secteur n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses

NB : 507 TMS sur 5 918 ont été affectées au compte spécial entre 2012 et 2014, soit 8,6 %, contre 15,5 % entre 2005 et 2008 et 26,4 % entre 2001 et 2004.

TABLEAU 13. TAUX D'INDEMNISATION* POUR 1 000 SALARIÉS DES TMS POUR LES 10 ACTIVITÉS LES PLUS CONCERNÉES SUR LA PÉRIODE 2012-2014*** EN RÉGION PACA-CORSE**

Libellé APE	Effectif TMS	Effectif salariés	Taux de TMS pour 1 000 salariés
Fabrication de jeux et jouets	2	103	19,4
Fabrication de carreaux en céramique	3	174	17,2
Préparation industrielle de produits à base de viande	30	2 003	15,0
Métallurgie du plomb, du zinc ou de l'étain	2	151	13,2
Vinification	2	187	10,7
Fabrication de matériel d'installation électrique	20	1 904	10,5
Réparation d'autres équipements	2	193	10,4
Forge, estampage, matriçage - métallurgie des poudres	2	195	10,3
Fabrication d'aliments pour animaux de ferme	1	105	9,5
Fabrication d'articles de broserie	5	540	9,3

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Hors compte spécial

** Données par code APE (activité principale exercée), pour les secteurs comptabilisant au moins 100 salariés

*** Les données n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses. Dans la version précédente du tableau de bord santé sécurité et conditions de travail, les données étaient disponibles par code risque et non par code APE, ce qui rend la comparaison impossible

Sur la période 2012-2014, les 10 secteurs d'activité présentant les taux de TMS indemnisés les plus élevés – taux de 19,4 à 9,3 pour 1 000 salariés – sont présentés dans le TABLEAU 13. Cependant ces 10 activités ne totalisent que 1,2 % des cas de TMS indemnisés en région PACA-Corse sur cette période. Pour les activités les plus représentées dans la région (i.e. représentant 25 % de l'effectif salarié total à elles seules), les taux d'indemnisation de TMS ne dépassent pas 5,2 pour 1 000 salariés TABLEAU 13 BIS.

TABLEAU 13 BIS. TAUX D'INDEMNISATION* POUR 1 000 SALARIÉS DES TMS POUR LES 10 ACTIVITÉS LES PLUS REPRÉSENTÉES DANS LA RÉGION SUR LA PÉRIODE 2012-2014*****

Libellé APE	Effectif TMS	Effectif salariés	Taux de TMS pour 1 000 salariés
Administration publique générale	67	176 316	0,4
Activités hospitalières	181	165 438	1,1
Activités des agences de travail temporaire	82	151 821	0,5
Restauration traditionnelle	100	115 991	0,9
Hôtels et hébergements similaires	85	88 376	1,0
Travaux de maçonnerie générale et gros œuvre de bâtiment	281	82 007	3,4
Hypermarchés	380	72 459	5,2
Ingénierie, études techniques	16	66 954	0,2
Nettoyage courant des bâtiments	226	65 470	3,5
Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire	37	63 806	0,6

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Hors compte spécial

** Données par code APE (Activité Principale Exercée) : les dix secteurs représentent environ 25 % des salariés

*** Les données n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses

4.3.3. TMS indemnisés selon la zone d'emploi

Toutes les zones d'emploi sont touchées par les TMS. Le taux d'indemnisation pour 100 000 salariés varie de 54,8 à 268,4 TMS indemnisés selon la zone d'emploi. Les zones d'emploi présentant les taux les plus importants sont celles d'Orange, Avignon, Manosque, Digne-les-Bains, Salon-de-Provence et Toulon (taux supérieur à 170) CARTE 1.

RÉFÉRENCES :

1. Qu'est-ce que les TMS ? / Troubles musculo-squelettiques (TMS) / Travail et santé / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. invs.santepubliquefrance. [Cité 21 oct 2016]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques-TMS/Qu-est-ce-que-les-TMS>
2. CNAM travailleurs salariés. Rapport de gestion 2014 d'Assurance maladie Risques Professionnels. 2015 juill p. 132-8.
3. Contexte et dispositif de surveillance / Troubles musculo-squelettiques (TMS) / Travail et santé / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. invs.santepubliquefrance. [cité 21 oct 2016]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques-TMS/Contexte-et-dispositif-de-surveillance>

4. Troubles musculosquelettiques (TMS). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. INRS. 2016 [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
5. Amira S, Ast D. Des risques professionnels contrastés selon les métiers. DARES Anal. mai 2014; (39).
6. Arnaudo B, Léonard M, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, Thierus L. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. DARES Anal. févr 2013; (10).

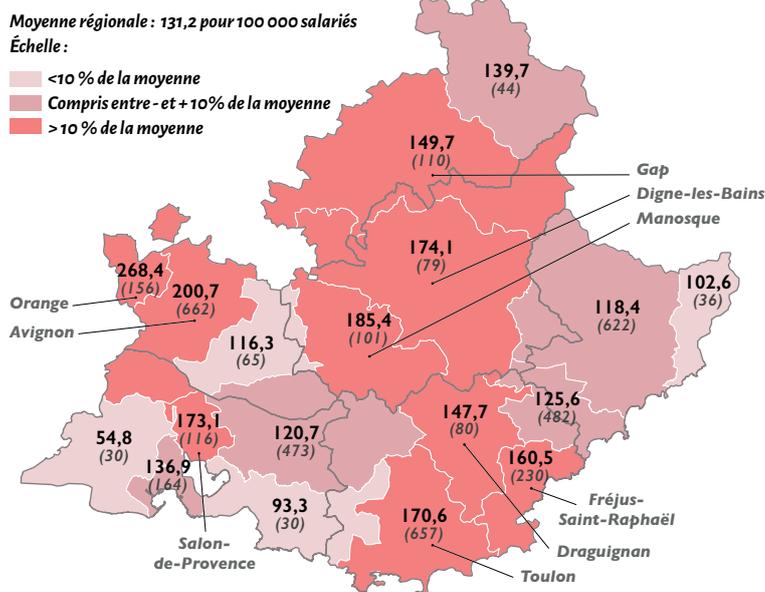
ENCADRÉ 9 :

Dans ce tableau de bord, le terme trouble musculosquelettique (TMS) désigne les affections périarticulaires déclarées via les tableaux suivants :

- ▶ n°57 : Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (modifié suite aux décrets n°2011-1315 du 17 octobre 2011 et n°2012-937 du 1^{er} août 2012) ;
- ▶ n°69 : Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main et des éléments fixes ;
- ▶ n°79 : Lésions chroniques du ménisque ;
- ▶ n°97 & 98 : Affections chroniques du rachis lombaire.

CARTE 1. TAUX DE TMS INDEMNISÉS* POUR 100 000 SALARIÉS

PAR ZONE D'EMPLOI**, EN PACA, DE 2012 À 2015***



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

(Les effectifs de TMS indemnisés figurent entre parenthèses)

* Dans le TBST 2010, les données utilisées concernaient les TMS reconnus ; on ne peut donc pas faire de comparaison avec les cartes correspondantes des précédentes éditions du TBST

** Les zones d'emploi correspondent au lieu de travail et non au lieu de domicile du salarié

*** Données disponibles pour les années 2012 à 2015 au moment des analyses

ENCADRÉ 10 : LA DÉMARCHE TMS PROS

Jean-Claude STEFANI, CARSAT Sud-Est

Démarche TMS Pros

Début 2014, le programme TMS Pros a été lancé par la CNAMTS pour accompagner les entreprises dans la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et plus spécifiquement 8 000 d'entre elles, représentant 0,4 % de l'ensemble des entreprises avec 1/3 des TMS reconnus et 1/3 des indemnisés journalières versées au titre des TMS. TMS Pros a été conçu pour permettre à toutes les entreprises d'engager facilement une démarche de prévention en 4 étapes : en quoi suis-je concerné, par quoi commencer, comment agir, quels résultats. À chaque étape, les entreprises disposent d'outils qui leur permettent de définir des actions de prévention adaptées à leur situation. Exemple :

- Tableau de bord avec indicateurs pour fixer les objectifs et mesurer l'efficacité de ses actions ;
- Quizz pour faire le point des ressources et compétences dans l'entreprise ;
- Bonnes pratiques élaborées par les caisses régionales, CNAMTS et INRS pour les principaux secteurs d'activité concernés par les TMS.

Ces outils sont disponibles sur un site internet dédié : tmspros.fr

Elaboré par l'ensemble des acteurs AT-MP, ce site permet aux entreprises d'acquiescer une autonomie en matière de prévention des TMS.

Résultats en région PACA

Au niveau régional, ce programme TMS Pros s'est traduit par le suivi individualisé de 320 entreprises, réalisé par les préventeurs de la CARSAT Sud-Est (visites d'entreprises, réunions d'information, formation personnes ressources, etc...). Cet accompagnement, à la fois technique mais également financier a permis d'inscrire fin 2016 plus de 90 % des entreprises ciblées dans la démarche. De plus, 80 % des entreprises ciblées ont réalisé le dépistage et la hiérarchisation de leurs postes à risques de TMS, 57 % ont réalisé un diagnostic des situations à risque identifiées et élaboré un plan d'actions, et 19 % sont en phase d'évaluation de la mise en œuvre de leur plan d'actions.

Par ailleurs, entre 2014 et fin 2016, 88 dossiers d'Aides Financières Simplifiées TMS (régionales et nationales) ont concerné l'achat de matériel et/ou la réalisation de diagnostics, permettant la mise en œuvre de nombreux plans d'actions.

ENCADRÉ 11 : ÉVOLUTIONS ET RELATIONS EN SANTÉ AU TRAVAIL (EVREST) EN RÉGION PACA

Gérald Magallon, référent régional EVREST en PACA

Objectifs

EVREST est un outil de recherche et de veille en santé au travail. Il est conçu pour fonctionner sur le modèle d'un observatoire.

EVREST est piloté par un groupe d'intérêt scientifique (GIS) national comprenant l'ANSES, l'ANACT, le CREAPT, le CISME, AIRBUS group, EDF, l'ISTNF et l'Université Lille 2. Il fait l'objet d'une convention de recherche développement de l'ANSES. EVREST en région PACA bénéficie d'une convention avec la DIRECCTE PACA et le soutien des Services de Santé au Travail Interentreprises.

Population concernée

Lors du suivi médical systématique (examens médicaux avec le médecin du travail ou entretiens infirmiers), les médecins volontaires s'engagent à proposer le questionnaire à tous les salariés nés en octobre des années paires (soit un salarié sur 25 environ) et ayant plus de deux mois d'ancienneté à leur poste de travail, après qu'une information leur ait été donnée.

ENCADRÉ 11 SUITE :

Données recueillies

Le questionnaire est constitué de 2 pages (un recto verso). Il comporte 3 parties :

- ▶ la 1^{re} partie, remplie par le service médical, concerne les données d'identification et sociodémographiques ;
- ▶ la 2^e partie, auto-questionnaire rempli par les salariés, concerne le vécu de leurs expositions professionnelles, leur formation et leur mode de vie ;
- ▶ la 3^e partie, complétée par le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail, rapporte les données de santé du salarié.

En région PACA des questions permettent au professionnel de santé-travail d'exprimer le lien entre les problèmes de santé observés et le travail, ainsi que le risque pour le maintien dans l'emploi. Depuis 2012, des questions supplémentaires sur les facteurs de risques psychosociaux ont été rajoutées.

Chaque questionnaire est ensuite saisi par le professionnel de santé au travail ou son assistant(e), sur une interface Web spécifique au projet.

L'ensemble de ces données d'identification fait l'objet d'une procédure de hachage telle que préconisée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), afin d'anonymiser le dossier, avant leur transfert sur le serveur Web hébergeur. Ces fonctions de hachage permettent de faire le lien entre 2 fiches saisies pour un même salarié, et ainsi autorise une analyse longitudinale des données tout en garantissant l'anonymat.

Organisation

La veille a débuté le 1^{er} janvier 2008 pour une durée indéfinie. Dans chaque région, un ou plusieurs médecins, référents pour le projet EVREST, assurent la diffusion de l'information au niveau de chacun des services de santé au travail et des médecins volontaires.

Chaque médecin participant a la possibilité d'inclure tout ou partie des salariés qu'il suit en plus de l'échantillon « octobre année paire ».

Méthode d'analyse des données

Les données des salariés nés en octobre des années paires sont analysées au niveau régional de 2 façons :

- ▶ des analyses transversales : chaque année, des statistiques descriptives, globales, par secteur d'activité, par tranche d'âge et par sexe sont produites au niveau de la région, permettant d'avoir des indicateurs d'exposition et de santé sur la base du dernier enregistrement de chaque salarié vu au cours des 2 années précédentes (le suivi périodique des salariés étant fait tous les 2 ans au moins) ;
- ▶ des analyses de cohorte : depuis la 2^e année de suivi, il est possible de lier les fiches d'un même salarié afin d'étudier l'évolution des paramètres d'exposition et de santé sur une même population de sujets. Ce type d'analyse met plus clairement en évidence le sens de l'évolution dans le temps des divers

indicateurs étudiés. Ces mêmes analyses pourront être réalisées au niveau régional et national, afin de permettre des comparaisons géographiques des mêmes indicateurs.

Par ailleurs, des analyses spécifiques pourront être réalisées par le groupe régional, à la demande des médecins volontaires (comparaison des données d'une entreprise donnée à la base régionale, analyse centrée sur une branche professionnelle ou un métier).

De même, des résultats pourront être transmis à la demande aux différents partenaires de la prévention.

Résultats issus des observations des années 2013-2014

Cet extrait des résultats est issu des 3 510 fiches de salariés nés en octobre d'une année paire collectées par la centaine de médecins du travail volontaires de la région PACA.

La comparaison entre l'échantillon EVREST PACA et les données issues de la Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) 2013 de la région montre une légère surreprésentation des 25-34 ans, des cadres et professions intermédiaires (au détriment des employés et ouvriers), et une surreprésentation des secteurs d'activité du commerce et des services (au détriment de l'administration publique). Cette observation est le reflet de la disparité

de participation des médecins dans les services de santé au travail de la région.

L'échantillon obtenu a été redressé, avec la collaboration de l'Observatoire régional de la santé PACA, sur les variables sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité de manière à le rendre représentatif de la population salariée PACA en fonction des données DADS 2013.

Analyses longitudinales

Parmi les 3 510 salariés interrogés en 2013-2014, 1 026 (29 %) avaient déjà répondu à l'enquête en 2011-2012, 393 (11 %) avaient participé aux trois dernières vagues (2009-2010 à 2013-2014), et 102 (3 %) avaient participé aux quatre dernières vagues (2007-2008 à 2013-2014).

Afin de garder des effectifs importants, nous avons choisi d'analyser les évolutions depuis la période 2011-2012. Nous avons exclu les salariés qui avaient changé de poste, de catégorie socioprofessionnelle ou de secteur depuis cette période, soit 17 % des salariés. Nos analyses portent donc sur 856 salariés.

Les résultats des analyses réalisées à partir des données EVREST sont présentés dans les chapitres 4, 5, 6 et 10.

Comparaison de la répartition de l'échantillon régional PACA 2013-2014 aux données INSEE (DADS 2013, région PACA)

	Echantillon brut EVREST PACA 2013-2014 (N=3510) en %	Données INSEE 2013 en PACA (DADS) en %
Sexe		
Hommes	51,9	52,5
Femmes	48,2	47,5
Âge		
≤ 24 ans	11,5	13,1
25-34 ans	28,1	24,2
35-44 ans	24,7	24,0
45-54 ans	25,0	23,9
55 ans et plus	10,7	14,8
Catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteurs	0,1	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0,8	0,81
Cadres, ingénieurs	15,4	13,7
Professions intermédiaires	22,5	19,3
Employés	38,6	42,0
Ouvriers	22,7	24,2
Secteur d'activité		
Agriculture	0,7	0,0
Industrie	10,3	8,0
Construction	5,6	6,1
Commerce	35,3	26,2
Services	31,5	23,7
Administration publique	16,6	36,1

Avertissement : EVREST est un dispositif de veille « léger » qui n'a pas la prétention d'expliquer l'ensemble des problématiques de santé au travail. Il est conçu pour s'articuler avec la pratique des médecins du travail.

5 SYMPTÔMES PSYCHIQUES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL

Les symptômes psychiques en lien avec le travail, en tant que manifestation des risques psychosociaux (RPS) constituent un des grands enjeux nationaux de la santé au travail (Plans Santé au Travail du ministère du Travail 2010-2014 et 2016-2020).

Les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental peuvent détériorer la santé mentale, physique et sociale. Les facteurs liés au travail à l'origine de ces atteintes sont désignés sous le terme de risques psychosociaux (RPS) [1] : ils recouvrent habituellement le stress au travail, les harcèlements et violences internes ou externes au travail, ainsi que le syndrome d'épuisement professionnel [2]. Le rapport du collège scientifique d'expertise sur le suivi statistique des RPS publié en 2011 a mis en évidence 6 facteurs à l'origine d'atteintes pour la santé mentale : l'intensité du travail, l'exigence émotionnelle, l'autonomie, les rapports sociaux, les conflits de valeur et l'insécurité de la situation au travail. L'exposition à ces facteurs peut entraîner des troubles anxio-dépressifs et un syndrome d'épuisement professionnel, mais aussi favoriser des maladies cardio-vasculaires et des troubles musculosquelettiques. Les facteurs organisationnels à l'origine de ces troubles ont également des répercussions économiques pour les entreprises, et un coût pour la société dans son ensemble [3].

En France métropolitaine, l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), une enquête longitudinale en deux vagues réalisée en 2007 et en 2010, a permis de dresser un constat sur l'importance des risques psychosociaux parmi les salariés et d'en observer certaines évolutions. Ainsi, entre 2007 et 2010, les rapports sociaux au travail se sont dégradés, une légère augmentation de la fréquence des conflits de valeur et de l'intensité du travail est observée, mais peu d'évolution pour les autres facteurs (exigence émotionnelle, autonomie, insécurité de la situation au travail) est constatée [4].

Selon l'enquête Sumer 2010, en France métropolitaine, 35,5 % des salariés déclarent subir au moins 3 contraintes de rythme de travail, 26,8 % disent être soumis à des contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie et 36,1 % déclarent ne pas pouvoir faire ajuster les délais fixés pour réaliser leur travail. En 2003, les salariés déclarant ces contraintes étaient légèrement moins nombreux, mais ils devaient plus fréquemment interrompre une tâche pour en faire une autre non prévue (58 % en 2003 contre 56 % en 2010), avec des perturbations dans leur travail plus fréquentes (parmi les personnes concernées : 51 % en 2003 et 44 % en 2010) [5].

L'enquête EVREST en région PACA (voir encadré n°11 en page 31 pour la méthodologie) a permis de recueillir des données portant sur les contraintes psychosociales déclarées par les salariés et les symptômes en lien avec le travail constatés par les professionnels de santé-travail. Ce chapitre présente les résultats de cette enquête.

5.1. Un salarié sur deux exposé à plus de 5 contraintes psychologiques au travail

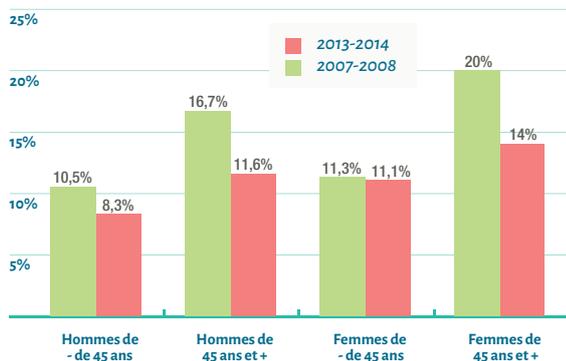
Dans le cadre du réseau EVREST en région PACA, 22,6 % (IC95 % = 20,9-24,4) des salariés interrogés par les professionnels de santé-travail en 2013-2014 ont déclaré subir une pression psychologique dans leur travail, soit une baisse significative par rapport à la période 2007-2008 (26,6 %, IC95 % = 24,7-28,7). Près de la moitié des salariés (46,4 %, IC95 % = 44,1-48,8) ont déclaré être exposés en 2013-2014 à plus de cinq contraintes psychologiques dans le cadre de l'activité professionnelle (voir encadré n°16 en page 39 pour plus d'informations). De plus, 30,6 % des salariés (IC95 % = 28,6-32,7) étaient exposés à plus d'une contrainte liée à un manque de soutien social, parmi les suivantes : manque d'entraide, de moyens, de reconnaissance, d'explications claires, mauvaises relations avec la hiérarchie, avec les collègues, pression psychologique, peur de perdre son emploi, faire des choses désapprouvées et recevoir des ordres contradictoires. Deux salariés sur cinq (40,3 %, IC95 % = 38,2-42,5) ont également déclaré être exposés à plus de deux contraintes liées à la charge de travail, parmi les suivantes : dépassement des horaires fréquent, pression temporelle, le fait de traiter trop vite une tâche, abandonner une tâche, penser à trop de choses et ne pas prendre de pause. Enfin, plus d'un salarié sur quatre (27,4 %, IC95 % = 25,7-29,2) a déclaré être exposé à au moins une contrainte liée à un manque de développement des compétences : ne pas apprendre de choses au travail, avoir des tâches peu variées.

5.2. Symptômes psychiques en relation avec le travail

Les professionnels de santé-travail du réseau EVREST en région PACA ont relevé au moins un symptôme psychique estimé en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle (fatigue, lassitude, anxiété, nervosité, irritabilité et troubles du sommeil) chez 10,8 % des salariés (IC95 % = 9,6-12,2). Ce pourcentage n'est plus que de 1,2 % (IC95 % = 0,8-1,6) pour les salariés présentant l'ensemble de ces symptômes. Les chiffres correspondants pour 2007-2008 sont respectivement de 13,4 % (IC95 % = 12,0-15,0) et de 2,0 % (IC95 % = 1,5-2,7). La proportion de salariés présentant, selon le professionnel de santé-travail, au moins un symptôme psychique en lien probable ou certain avec l'activité exercée, est plus élevée chez les femmes et les salariés de plus de 45 ans **GRAPHIQUE 28**.

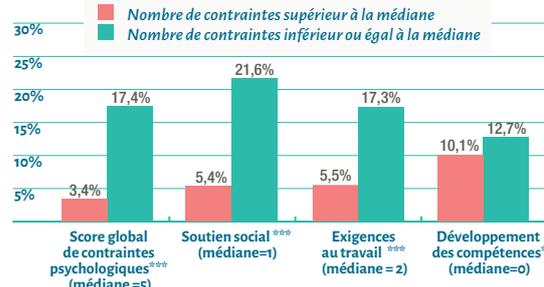
Le pourcentage de salariés présentant au moins un symptôme psychique passe de 3,4 % (IC95 % = 2,6-4,5) chez ceux ayant déclaré 5 contraintes psychiques ou moins à 17,4 % (IC95 % = 15,0-20,1) chez ceux déclarant plus de 5 contraintes psychiques **GRAPHIQUE 29**. Il varie également selon le type de contraintes : il est le plus élevé (21,6 %, IC95 % = 18,3-25,2) chez les salariés ayant déclaré plus d'une contrainte liée au soutien social au travail **GRAPHIQUE 29**. Lorsque les contraintes sont examinées une

GRAPH. 28. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT AU MOINS UN SYMPTÔME PSYCHIQUE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, ENTRE 2007-2008 ET 2013-2014, SELON LE SEXE ET L'ÂGE, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES



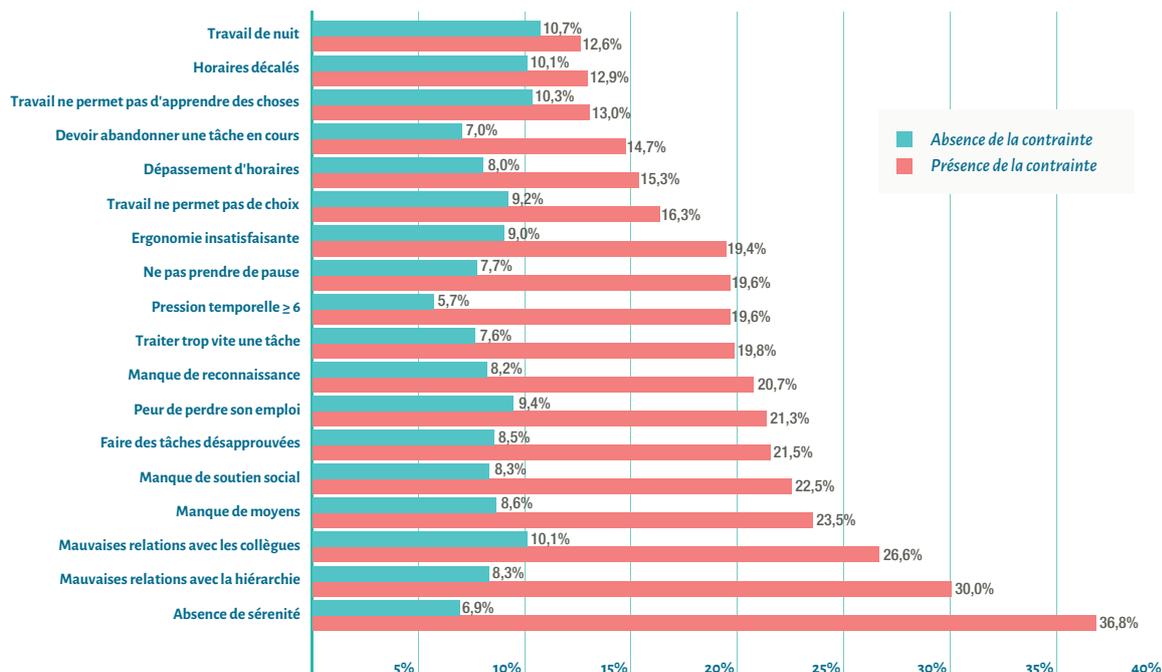
Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

GRAPH. 29. POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT AU MOINS UN SYMPTÔME PSYCHIQUE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LE NOMBRE DE CONTRAINTES DÉCLARÉES*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
 *Significativité des résultats : *** significatif à 0,1 % ; ** significatif à 1 % ; * significatif à 5 % ; la significativité a été vérifiée à l'aide d'une régression ajustée sur l'âge et le sexe

GRAPH. 30. POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT AU MOINS UN SYMPTÔME PSYCHIQUE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON L'ABSENCE OU LA PRÉSENCE DE CERTAINES CONTRAINTES RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

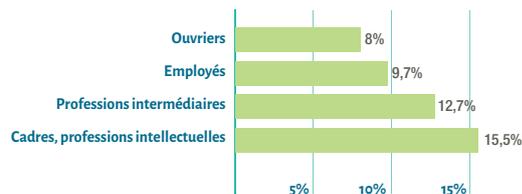
à une, c'est le manque de sérénité au travail qui était associé au pourcentage le plus élevé (36,8 %, IC95 % = 31,5-42,4) de salariés présentant au moins un symptôme psychique estimé en lien avec le travail GRAPHIQUE 30. Ce pourcentage est aussi plus important parmi les salariés qui ont déclaré plus de 2 contraintes d'exigences au travail et au moins une contrainte liée au développement des compétences (avoir un travail non varié ou qui ne permet pas d'apprendre des choses) GRAPHIQUE 29.

Par ailleurs, 12 % (IC95 % = 10,2-13,5) des salariés en contact avec le public avaient au moins un symptôme psychologique en lien probable ou certain avec leur activité professionnelle, contre 8,1 % (IC95 % = 6,4-10,1) des salariés qui ne l'étaient pas. D'après les données recueillies dans le réseau EVREST en région PACA,

près des trois quarts des salariés de la région (73,3 %, IC95 % = 71,4-75,0) ont déclaré être en contact avec le public en 2013-2014, un résultat quasi identique à celui observé en 2007-2008 (73,2 %, IC95 % = 71,0-75,1) en région PACA et légèrement supérieur à celui de l'enquête « conditions de travail 2013 » au niveau de la France métropolitaine (70,9 %) [6].

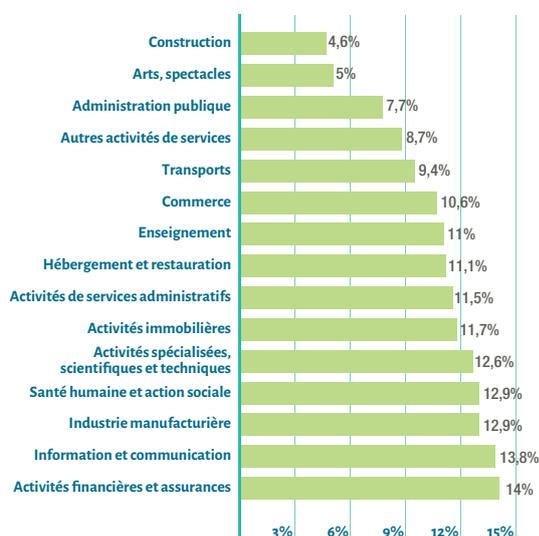
Un lien entre symptômes psychiques et pénibilité physique est aussi observé. Le pourcentage de salariés présentant des symptômes psychiques est plus important parmi ceux qui sont exposés à au moins une contrainte physique jugée pénible (13,9 % ; IC95 % = 11,9-16,1) que parmi ceux non exposés à une contrainte physique (8,7 %, IC95 % = 7,3-10,5).

GRAPH. 31. POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT AU MOINS UN SYMPTÔME PSYCHIQUE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

GRAPH. 32. POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT AU MOINS UN SYMPTÔME PSYCHIQUE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014

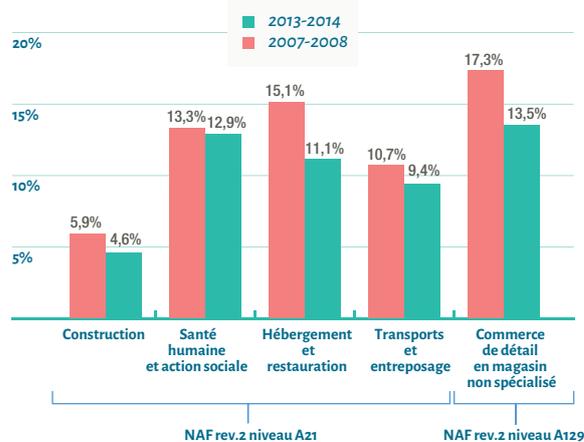


Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
*Seuls les secteurs concernant plus de 50 salariés sont présentés

Les ouvriers présentant un symptôme psychique estimé en lien avec le travail sont deux fois moins nombreux que les cadres et les professions intellectuelles, en 2013-2014 comme en 2007-2008 **GRAPHIQUE 31**. Concernant les secteurs d'activité, le pourcentage de salariés présentant des symptômes psychiques est le plus élevé parmi les salariés des secteurs des activités financières et assurances et de l'information et de la communication (respectivement 14 % (IC95 % = 9,7-19,7) et 13,8 % (IC95 % = 8,4-21,7)) **GRAPHIQUE 32**. Dans le secteur du commerce, 10,6 % (IC95 % = 8,6-13,1) des salariés ont déclaré au moins un symptôme psychique estimé en lien avec le travail, mais cette proportion est plus élevée parmi les salariés du commerce de détail en magasin non spécialisé (13,5 %, IC95 % = 8,9-19,9) **GRAPHIQUE 32BIS**.

Par rapport à la période 2007-2008, le pourcentage de salariés présentant au moins un symptôme psychique estimé en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par le professionnel de santé-travail a diminué dans presque tous les secteurs, mais seule la baisse observée dans le secteur du commerce est significative **GRAPHIQUE 32BIS**. Dans les sous-secteurs du commerce de détail en magasin non spécialisé, de l'hébergement-restauration et du transport, ainsi que dans les autres

GRAPH. 32BIS. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS PRÉSENTANT AU MOINS UN SYMPTÔME PSYCHIQUE ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, ENTRE 2007-2008 ET 2013-2014, DANS CERTAINS SECTEURS D'ACTIVITÉ CLÉ*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
* Les secteurs (nomenclature NAF rev.2) les plus représentés à la fois en région PACA et dans les données EVREST

secteurs « clés » de la région PACA, le pourcentage de salariés touchés a également diminué entre 2007-2008 et 2013-2014, mais de manière non significative.

Parmi les 856 salariés ayant participé à l'enquête EVREST en 2011-2012 et en 2013-2014, 624 salariés n'avaient pas de symptômes psychiques en lien probable ou certain avec le travail, et 107 avaient au moins un symptôme en 2011-2012. En 2013-2014, 45 salariés ont nouvellement déclaré des symptômes psychiques en lien probable ou certain avec le travail, soit une incidence de 7 %. Les secteurs les plus représentés sont le commerce et l'industrie manufacturière (respectivement 20 % et 15,6 % des cas incidents). De plus, il y a également eu 60 cas de rémissions (soit 56 %).

RÉFÉRENCES :

1. Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (2011), « Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser », avril.
2. Plan Santé Travail 2016-20
3. Risques psychosociaux (RPS). Conséquences pour le salarié et l'entreprise - INRS [Internet]. INRS. 2015. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/consequences-salaries.html>
4. Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010. Dares Analyses, avril 2014, n°031
5. L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. Dares Analyses, mars 2012, n°023
6. Les conditions de travail des salariés dans le secteur privé et la fonction publique, DARES Analyses n°102, Décembre 2014

ENCADRÉ 12 : LES ÉLUS DES CHSCT FACE AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS). UNE TYPOLOGIE DES PRATIQUES DE PRÉVENTION

Paul Bouffartigue, Christophe Massot, LEST (Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail)

Contexte et objectifs

Plus de trente ans après leur création (en 1984), l'activité des CHSCT reste largement à explorer. Une étude réalisée en 2012 sur cette instance l'a jugée à fois « solide dans ses principes » et « socialement fragile » [1] : autant le droit et les finalités qui la définissent paraissent clairs, autant, en pratique, sa légitimité comme ses ressources ne sont pas assurées. Un tiers des établissements de plus de 50 personnes en sont dépourvus, une partie des CHSCT déclarés n'existant, en fait, que « sur le papier ». Or, pour les CHSCT les « RPS », en tant que nouveau type de « risques », constituent à la fois un défi redoutable et une opportunité pour avancer vers la prise en compte des dimensions organisationnelles des risques professionnels. L'étude réalisée vise à mieux comprendre comment les représentants des salariés, membres de cette instance, font face aux enjeux de santé mentale.

Méthode

Une enquête par entretiens approfondis a été conduite en 2013 auprès de 26 élus du personnel ayant suivi une formation aux « RPS » au cours des deux années précédentes, et membres de 18 CHSCT de la région PACA.

Résultats

Il se dégage une grande diversité des modes d'appropriation de ce nouvel enjeu de santé au travail. Les pratiques de ces représentants du personnel se situent dans un espace d'action à quatre pôles, construits au croisement de deux dimensions : le rapport de force syndicale, et l'ouverture ou non d'un débat sur les enjeux de qualité de la production dans l'établissement. Les CHSCT ne semblent impulser une « prévention active » des « RPS » que quand se conjugue une certaine vitalité syndicale et une ouverture des directions aux enjeux de qualité. Après avoir montré comment la montée des « RPS » s'inscrivait dans un processus d'extension potentielle du champ de compétence des CHSCT, on identifie les principaux profils des représentants du personnel qui viennent suivre les stages de formation à la prévention des « RPS » : les « militants aguerris » et appuyés sur une équipe syndicale solide ; les « novices des risques professionnels » ; les « syndicalistes isolés ou démunis ». La diversité de ces profils est un premier facteur qui éclaire l'hétérogénéité des ressources qui sont les leurs pour intervenir sur la santé mentale des travailleurs. Une autre série de facteurs se situe dans le contexte de l'établissement. Les rapports de forces syndicaux définissent une palette de situations allant de l'absence de présence syndicale, à la présence d'équipes syndicales solides et soudées. Et l'intérêt porté par les directions aux questions de qualité de l'activité, de qualité du produit, ou du service presté, peut aller d'une priorité absolue attribuée à la réduction des coûts salariaux en vue de produire des biens ou des services standardisés, à une prise en compte centrale de la qualité dans des activités de haute technicité.

Publication

Paul Bouffartigue et Christophe Massot « Elus CHSCT face aux « Risques psychosociaux ». Une typologie des pratiques de prévention », *Chroniques du travail* n° 3, 2013, p. 173-182

RÉFÉRENCE :

1. Dugué B., Petit J., Pintel C., « Les CHSCT, entre dispositifs et pratiques, Bordeaux ». IPB-ENSC Bordeaux, janvier 2012.

ENCADRÉ 13 : SÉMINAIRE ET FILM « RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL » (2012-2013)

Paul Bouffartigue, LEST (Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail)

Ce séminaire a visé à intensifier en PACA, autour d'un « risque professionnel » dit « nouveau », les liens entre le monde de la recherche scientifique, celui de l'action publique et celui des acteurs sociaux dans le domaine de la santé au travail. Il a répondu à la fois à une forte demande sociale et à la montée en puissance de travaux et de débats scientifiques sur les problèmes dits de « Risques Psychosociaux ». Le séminaire a permis de croiser savoirs académiques et savoirs issus du monde de l'expertise, de l'intervention sociale et de l'action collective.

La montée du thème des RPS dans l'espace public s'est souvent réalisée au travers de lectures et de réponses à dominante psychologisante et individualisante, mais, cependant avec une certaine diversité des réponses pratiques : des mesures visant à assister psychologiquement les plus « fragiles », dont la santé mentale est déjà atteinte ; à « aider les salariés – encore valides – à gérer leur stress », en renforçant leurs capacités à y faire face ; à mettre en place des enquêtes par questionnaire ou des observatoires du stress ; à aménager les méthodes de management ; enfin à intervenir sur l'organisation du travail lui-même, ou à ouvrir le débat sur les dimensions collectives du travail. Cette diversité est travaillée par la tension entre deux lectures opposées des phénomènes de « stress », l'une mettant l'accent sur la fragilité individuelle des salariés et la responsabilité de facteurs extra professionnels ; l'autre mettant à l'inverse l'accent sur les facteurs organisationnels. Les RPS sont ainsi susceptibles de radicaliser certains enjeux anciens de la santé au travail.

La thématique du séminaire a abordé, sur une quinzaine de séances, notamment : les RPS dans l'histoire de la santé au travail ; les RPS et leurs interprétations selon les principaux paradigmes disciplinaires ; la question de la « mesure » des RPS ; les RPS dans les modèles européens de santé au travail ; la qualification juridique des RPS ; les RPS dans la fonction publique et le secteur public ; les RPS dans les métiers en contact avec un public ; les RPS dans les PME et TPE.

Il a réuni 50 à 100 participants à chaque séance et près de 500 sur l'ensemble du cycle.

Il a également été le point de départ d'un film pédagogique de 60 minutes, conçu, autour des recherches du LEST, par Paul Bouffartigue, avec l'appui de l'équipe santé et travail. Il a été réalisé par le cinéaste Jean-Christophe Besset. Destiné autant aux professionnels et acteurs de la santé au travail qu'à un public de non spécialistes, il est accessible en ligne sur le site du LEST (www.lest.cnrs.fr).

DIRECCTE PACA

Le secteur sanitaire, social et médico-social connaît de profonds bouleversements depuis quelques années :

- ▶ transformation de l'organisation de la décision publique avec la création des ARS,
- ▶ réformes de la tarification en cours ou à venir touchant l'ensemble des secteurs,
- ▶ annonce de diminution budgétaire,
- ▶ modalités d'autorisation par la procédure de l'appel à projets,
- ▶ incitation croissante aux coopérations inter-structures (passant de la mutualisation de moyens techniques à la fusion-absorption), entraînant des préoccupations liées à l'accompagnement du changement des établissements et l'accompagnement des salariés.

Ces mutations créent un climat d'incertitude et d'inquiétude. Elles entraînent aussi le sentiment d'une non reconnaissance profonde de la contribution essentielle des associations de solidarité à l'accompagnement des plus fragiles de notre société. Ce climat est sans doute accentué par les évolutions des personnes accompagnées dans le sens d'une plus grande vulnérabilité, par l'épuisement des professionnels et la recherche de sens d'une grande partie de la société.

Par ailleurs, la fonction « gestion des ressources humaines » est encore trop peu répandue dans le secteur, la fonction administration du personnel étant quant à elle bien maîtrisée.

Il en résulte souvent une défaillance d'outils et d'indicateurs permettant d'alerter sur la situation (absentéisme, turn-over, pyramide des âges), une négligence concernant des initiatives visant à encourager, soutenir la motivation des salariés, et à les fidéliser (les conditions de travail en sont une dimension importante) dans un contexte de tension à

moyen terme concernant des postes éducatif, soignant ou paramédical : une étude de l'Observatoire régional des métiers (ORM) PACA sur l'emploi des seniors dans la région a indiqué que le secteur de la santé et de l'action sociale était le premier secteur employeur de seniors de 50 à 64 ans. Attirer et fidéliser, former et maintenir dans l'emploi, vont donc être des défis importants des années à venir. Il s'agit de conduire une réflexion en matière de conditions de travail (les situations de travail sont éprouvantes, physiquement et psychologiquement, ne l'oublions pas), pour éviter l'usure professionnelle ; en matière de communication externe, pour se faire connaître et attirer des compétences ; en matière de leviers de reconnaissance, de mobilité interne, d'organisation et de structuration.

Un contexte en mutation, des défis démographiques à venir, une professionnalisation insuffisante en matière de politique RH, telle est la situation du secteur.

En région PACA, les partenaires que sont l'URIOPSS PACAC, ACT Méditerranée et la DIRECCTE PACA se sont mobilisés et ont construit un projet en faveur de l'amélioration des conditions de travail et de la réduction des risques psychosociaux (RPS) via le prisme du management dans les secteurs sanitaire, social et médico-social.

L'action collective menée en 2014 dans une dizaine de structures des secteurs sanitaire, social et médicosocial, grâce à un financement par le FACT de l'ANACT, repose sur une alternance d'accompagnements individuels et de temps collectifs pour l'ensemble des structures engagées.

Le projet a permis à chaque structure de s'approprier la démarche d'analyse des situations

de travail dans une perspective de prévention des risques psychosociaux. Les échanges collectifs ont permis d'enrichir ces démarches et de mettre en lumière des points saillants quant à la problématique du rôle de l'encadrement de proximité dans la prévention des RPS au sein de ces secteurs. Dans quelle mesure l'encadrement de proximité peut-il participer à la prévention des RPS ? Au contraire, quelles sont les pratiques qui peuvent tendre à favoriser leur émergence ? Quels sont les leviers pour accompagner les managers dans leurs pratiques de prévention ?

L'action collective a donné lieu à la rédaction d'un guide de la collection « La prévention en action » visant à capitaliser les éléments de connaissance accumulés au cours de ce projet en matière de prévention des RPS dans les secteurs sanitaire, social et médicosocial.

Au-delà de l'expérimentation menée sur ces secteurs, ce guide peut également alimenter la réflexion et la démarche de prévention mises en place par les structures d'autres secteurs d'activité.

Ce guide, disponible en téléchargement sur www.actmediterranee.fr et www.sante-securite-paca.org comporte d'une part un volet méthodologique visant à fournir aux acteurs de ces secteurs, les méthodes et outils nécessaires à l'analyse de situations de travail, fondée sur le modèle C2R « Contraintes – Ressources – Régulations » de l'ANACT. D'autre part, la méthodologie est illustrée par des situations de travail perçues comme significatives par les acteurs impliqués (consultants, partenaires institutionnels, partenaires sociaux), en vue de rendre compte des problématiques inhérentes au projet.

Thierry Rico, MSA Provence Azur

Contexte

Le thème des RPS présente une sinistralité invisible, car il n'existe pas à ce jour de tableau de maladie professionnelle et peu de reconnaissance via le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). D'autre part le contexte social de crise économique doublé d'une crise agricole entraîne des difficultés économiques auprès des entreprises agricoles et alimente bien entendu les problèmes relationnels en entreprise. Les RPS dans ce contexte de crise agricole et de crise sociale touchent aussi bien les exploitants que les salariés et la MSA a pris certaines dispositions et mis en place des équipes de prévention spécialisées : les cellules de prévention du suicide, les actions auprès des précaires, par exemple pour des travailleurs agricoles en difficulté, en sont des exemples.

Historique de l'action

En février 2011, l'Inter Groupe Féminin (IGF) et la Tête de réseaux pour appui méthodologique aux entreprises (TRAME) sollicitent la Caisse Centrale de la MSA (CCMSA) pour les accompagner sur la prévention du « Stress » : Ils ont fait le constat que les formations à la gestion du stress n'attirent pas les exploitants agricoles, particulièrement les hommes, alors même que les femmes de l'IGF ayant suivi ce

type de formation ont su en tirer parti pour améliorer leur vie quotidienne. Suite à ce constat, la CCMSA propose à l'IGF d'aborder différemment le problème et de ne pas proposer tout de suite une solution mais d'essayer de mieux connaître l'activité d'un exploitant agricole pour mieux identifier des pistes d'accompagnement contribuant à réduire le stress et prévenir les risques psychosociaux (RPS), bref favoriser la préservation de la santé de l'exploitant et faire un état des lieux de la situation. Il est décidé de réaliser des études ergonomiques dans 6 exploitations agricoles (dont 5 éleveurs).

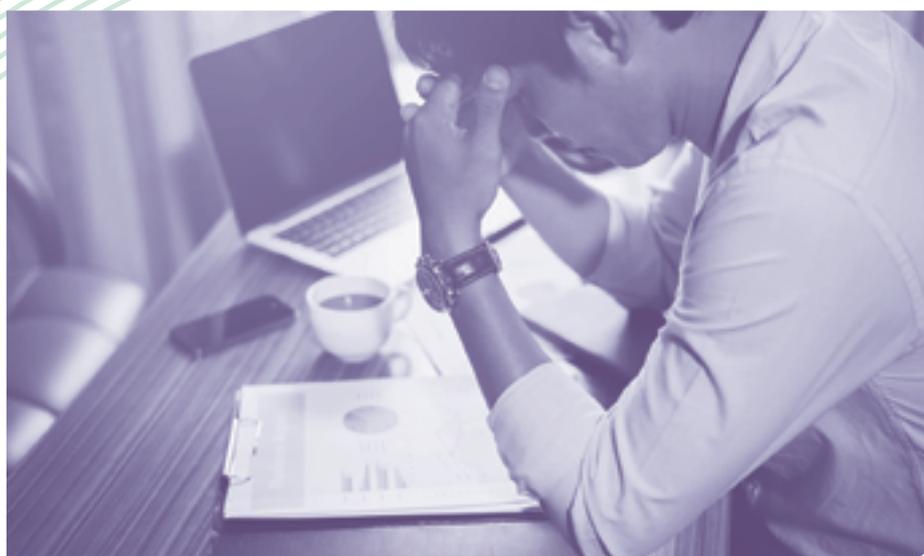
Réalisation d'un outil

Fin 2012, le groupe IGF TRAME CCMSA fait le bilan des études ergonomiques : ce qui donne naissance à l'élaboration du projet « Et si on parlait du travail ? » à destination de tous les préventeurs MSA (médecins du travail, infirmiers en santé au travail et conseillers en prévention). Il s'agit d'une action de prévention primaire qui a pour objectif d'aider les exploitants à mieux prendre en compte leur santé dans le développement de leur exploitation. Cette démarche a pour objectif d'offrir aux exploitants agricoles la possibilité de débattre sur leur travail, de mieux comprendre les liens entre leur travail et leur santé et ainsi de permettre aux Conseillers en prévention,

Médecins du travail et Infirmiers en santé au travail de les accompagner dans le développement de leur entreprise et la construction de leur santé. Cette démarche aussi simple qu'elle puisse paraître nécessite d'être élaborée et accompagnée pour être une véritable démarche de prévention primaire des RPS. Un film est donc réalisé pour permettre d'aborder les contraintes, les difficultés professionnelles ou extraprofessionnelles des exploitants dans leur réalité quotidienne, qui sera diffusé lors de réunions en groupe : la mise en lumière du travail réel dans ce type de réunion permet d'ouvrir les débats et les consciences et de pouvoir se projeter sur des formations ou des actions auprès d'exploitants qui en exprimeraient le besoin. Cette action est proposée depuis 2016, dans le cadre du Plan Pluriannuel SST 2016-2020 auprès de nos exploitants par groupes de huit personnes.

Objectif

- Porter un regard sur l'activité réelle des exploitants
- Montrer l'intérêt de parler du travail
- Offrir des perspectives de développement aux exploitants
- Accompagner les exploitants dans la préservation de leur santé



ENCADRÉ 16 : CONTRAINTES PSYCHOLOGIQUES DOCUMENTÉES PAR LE RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA

Les salariés sont exposés à des contraintes psychologiques au travail que l'on peut regrouper en plusieurs facteurs, tels que l'intensité du travail, l'exigence émotionnelle, l'autonomie, les rapports sociaux, les conflits de valeur et l'insécurité de la situation au travail (cf. rapport Gollac).

Dans l'enquête EVREST, les contraintes psychologiques sont mesurées à partir de plusieurs items :

1. Dépassement des horaires fréquent
2. Ne pas prendre de pause, sauter ou écourter un repas
3. Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin
4. Pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite)
5. Abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue
6. Travail ne permet pas d'apprendre des choses
7. Travail non varié
8. Ne pas choisir la façon de procéder
9. Manque d'entraide et de coopération
10. Manque de moyens
11. Manque de reconnaissance
12. Faire des tâches désapprouvées
13. Peur de perdre son emploi

14. Locaux, matériel et ergonomie non satisfaisants
15. Mauvaises relations avec la hiérarchie
16. Mauvaises relations avec les collègues
17. Pression psychologique
18. Planning non-connu à l'avance
19. Concerné(e) par restructuration
20. Tensions avec le public
21. Contact avec la détresse
22. Peur au travail
23. Pas de soutenabilité
24. Ordres contradictoires
25. Manque d'explications claires
26. Penser à trop de choses
27. Difficile de concilier vie personnelle et professionnelle

À partir de ces items, un score global de contraintes psychologiques a été calculé, en faisant la somme des items. L'item « Locaux, matériel et ergonomie non satisfaisants » a cependant été exclu, afin d'avoir une bonne cohérence interne (d'après l'alpha de Cronbach [1, 2]). Ce score correspond donc au nombre de contraintes psychologiques auquel le salarié est exposé.

Trois sous-scores ont également été créés, à partir des résultats d'une analyse en composantes principales :

- ▶ Une mesure du soutien social, qui inclut le manque d'entraide, le manque de moyens, le manque de reconnaissance, le manque d'explications claires, les mauvaises relations avec la hiérarchie, les mauvaises relations avec les collègues, la peur de perdre son emploi, la pression psychologique, faire des choses désapprouvées et recevoir des ordres contradictoires ;
- ▶ Une mesure des exigences au travail, qui inclut le dépassement des horaires fréquent, la pression temporelle, le fait de traiter trop vite une tâche, d'abandonner une tâche, de penser à trop de choses et de ne pas prendre de pause ;
- ▶ Une mesure du développement des compétences, qui inclut le fait de ne pas apprendre de choses au travail et d'avoir des tâches peu variées.

Dans les analyses utilisant ces scores, nous avons comparé les salariés ayant un score inférieur ou égal à la médiane à ceux ayant un score supérieur à la médiane.

Score	Alpha de Cronbach*	Score	Valeur médiane	Valeurs observées	Nombre d'items
		Moyenne (ET)			
1 : Soutien social	0,77	1,33 (1,91)	1	0-9	10
2 : Exigences au travail	0,74	2,21 (1,87)	2	0-6	6
3 : Développement des compétences	0,65	0,38 (0,68)	0	0-2	2
Score global de contraintes psychologiques	0,79	6,00 (4,01)	5	0-22	26

*Lorsque la valeur de l'alpha est comprise entre 0,7 et 0,8, la cohérence interne est satisfaisante, et elle est acceptable pour des valeurs comprises entre 0,7 et 0,6.

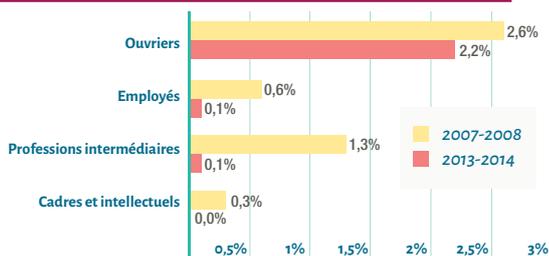
RÉFÉRENCES :

1. Bland J.M., Altman D.G. *Statistics notes : Cronbach's alpha*. *Br. Med. J.* 1997;314:572.
2. Tavakol M., Dennick R. *Making sense of Cronbach's alpha*. *Int. J. Med. Educ.* 2011;2:53-55.

6 LES SURDITÉS PROFESSIONNELLES

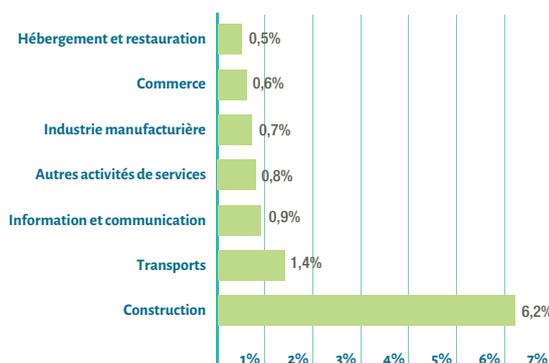
De nombreuses activités professionnelles sont sources d'exposition à des bruits lésionnels responsables d'atteintes auditives. Les tableaux n°42 du régime général et n°46 du régime agricole les mentionnent, mais ne tiennent pas compte de toutes les situations exposant à des niveaux sonores supérieurs à 85 dB. Le bruit est omniprésent dans le cadre du travail et se cumule fréquemment avec d'autres nuisances : par exemple, la manutention manuelle de charges, le travail avec des outils vibrants (lequel augmente la nocivité de l'exposition chronique au bruit), et des contraintes posturales et articulaires. De même, les ¾ des salariés exposés à des bruits nocifs sont aussi exposés à un ou plusieurs produits chimiques ; or l'ototoxicité de certains solvants ou métaux augmentent le risque de perte auditive dans un environnement bruyant.

GRAPH. 33. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS ATTEINTS D'UN TROUBLE DE L'AUDITION ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, ENTRE 2007-2008 ET 2013-2014, SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

GRAPH. 34. POURCENTAGE DE SALARIÉS ATTEINTS D'UN TROUBLE DE L'AUDITION ESTIMÉ EN LIEN PROBABLE OU CERTAIN AVEC L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
*Seuls les secteurs concernant plus de 50 salariés sont présentés

La réglementation française concernant l'exposition au bruit des travailleurs est déterminée par les articles du décret n°2006-892 du 19 juillet 2006. Les exigences de cette réglementation sont basées sur la comparaison de l'exposition sonore du salarié à différents seuils. Si ces seuils sont dépassés, certaines actions doivent être entreprises :

- ▶ le seuil d'exposition au bruit déclenchant les premières mesures de prévention par l'employeur est de 80 dB (seuil d'alerte) ;
- ▶ le 2^d seuil d'exposition au bruit déclenchant des mesures correctives par l'employeur est de 85 dB (seuil de danger) ;
- ▶ il est défini une valeur limite d'exposition, qui correspond au bruit maximum auquel les salariés peuvent être exposés en tenant compte des protections auditives individuelles (exposition moyenne limitée à 87 décibels).

Cette dernière disposition a fait naître plusieurs difficultés dans l'application de la réglementation : elle a occulté les seuils d'action, qui sont au cœur des actions de prévention et mis en avant les protections individuelles contre le bruit (PICB). Mais les performances de protection sont loin d'être connues dans les situations de travail (30 dB en laboratoire contre parfois seulement 5 dB sur site, notamment si le PICB est mal utilisé [1]).

Par ailleurs les notions de seuils décrites dans la réglementation ne permettent pas de prendre en compte le fait que les travailleurs sont fréquemment exposés à des nuisances multiples susceptibles d'accroître la vulnérabilité au bruit [2].

Ce chapitre présente tout d'abord les données 2013-2014 du réseau EVREST en région PACA (voir encadré n°11 en page 31 pour la méthodologie) concernant le bruit au travail et les troubles de l'audition qui peuvent en découler, puis les données sur les surdités professionnelles indemnisées en région PACA-Corse entre 2012 et 2014 (évolution des indemnités, selon la branche d'activité et la zone d'emploi).

6.1. Le bruit au travail en 2014 : une nuisance touchant 1 salarié sur 3

Selon les professionnels de santé-travail participant au réseau EVREST en région PACA, en 2013-2014, 21,3 % (IC95 % = 19,6-23,0) des salariés ont déclaré être exposés à un bruit supérieur à 80 décibels et 33,0 % (IC95 % = 31,1-35,0) se sont plaints d'une gêne sonore dans leur travail. En 2007-2008, ces proportions étaient respectivement de 20,9 % (IC95 % = 19,0-22,9) et 35,3 % (IC95 % = 33,1-37,5).

Le pourcentage de salariés atteints d'un trouble de l'audition estimé en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par le professionnel de santé-travail était de 0,7 % (IC95 % = 0,4-1,1) en 2013-2014 (1,2 %, IC95 % = 0,8-1,9, en 2007-2008). Ce pourcentage était le plus élevé chez les hommes de 45 ans et plus (1,7 %, IC95 % = 0,9-3,3). Les femmes et les cadres n'étaient pas concernés par ces troubles de l'audition en 2013-2014, alors qu'ils l'étaient en 2007-2008. Les salariés les plus touchés étaient les ouvriers (2,2 %, IC95 % = 1,4-3,6), particulièrement dans le secteur de la construction (6,2 %, IC95 % = 3,2-11,8)

GRAPHIQUES 33 ET 34.

6.2. Les surdités professionnelles indemnisées en région PACA-Corse

6.2.1. Évolution des indemnisations

Avec 535 cas, les surdités professionnelles (tableau n°42 du régime général) représentent 2,8 % des maladies professionnelles indemnisées entre 2008 et 2014 par la CARSAT S-E en région PACA-Corse. Sur la même période, le taux de surdités professionnelles indemnisées pour 100 000 salariés a globalement diminué, malgré des pics en 2009 puis 2013, de 5,4 surdités pour 100 000 salariés en 2008 à 4,7 pour 100 000 en 2014 ; il est globalement resté supérieur au niveau national (départements et territoires d'outre-mer compris) **GRAPHIQUE 35**.

Les cas de surdité professionnelle indemnisée ne concernent quasiment que les hommes : 98,6 % en 2014. Cette même année, 66,7 % des surdités professionnelles ont été indemnisées chez des salariés âgés de 51 à 60 ans et 25,0 % chez ceux de plus de 60 ans. Seulement 8 % des surdités sont indemnisées chez des salariés plus jeunes (6,9 % chez les salariés âgés de 41 à 50 ans et 1,4 % chez ceux de la tranche 31-40 ans).

6.2.2. Surdités indemnisées selon le secteur d'activité

Sur toute la période 2012-2014, le secteur du bâtiment et des travaux publics a été le plus touché par les atteintes auditives, juste devant le secteur du « bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu » **GRAPHIQUE 36**. Ces secteurs étaient déjà les plus touchés au cours des périodes 2005-2008 et 2001-2004.

NB : 45 maladies professionnelles liées aux bruits sur 225 ont été affectées au compte spécial entre 2012 et 2014, soit 20,0 %, contre 33,3 % en 2005-2008.

Sur la période 2012-2014, les 10 activités (repérées par le code risque) ayant les taux les plus importants de surdités professionnelles indemnisées, de 5,8 à 1,3 pour 1 000 salariés, sont principalement en rapport avec la fabrication et la manipulation de métaux **TABLEAU 14**. Ces 10 activités représentent 18,2 % des surdités indemnisées en région PACA-Corse sur cette période. Les activités les plus représentées dans la région (i.e. représentant 25 % de l'effectif salarié total à elles seules) ont des taux d'indemnisation très faibles voir nuls **TABLEAU 14 BIS**.

6.2.3. Surdités professionnelles indemnisées selon la zone d'emploi

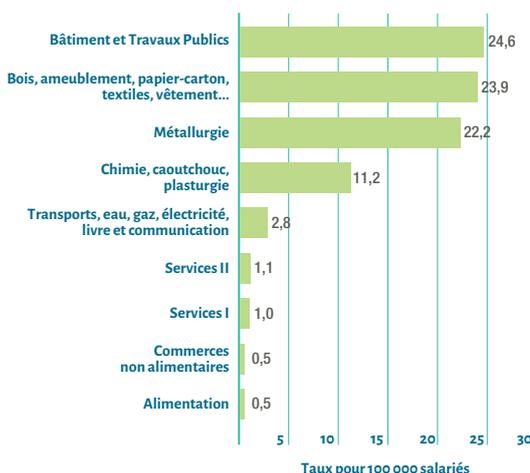
Le taux de surdités indemnisées pour 100 000 salariés varie selon la zone d'emploi entre 0 et 35,9, sur la période de 2012 à 2015. Les zones d'emploi présentant les taux les plus importants de surdités professionnelles indemnisées sont celles d'Istres – Martigues et Arles **CARTE 2**.

GRAPH. 35. ÉVOLUTION DU TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DE SURDITÉS PROFESSIONNELLES* INDEMNISÉES EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE, ENTRE 2008 ET 2014**



Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
*Tableau n°42 : Atteinte auditive provoquée par des bruits lésionnels ; y compris compte spécial
** Les données de l'année 2015, et les années antérieures à 2010 au niveau national n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 36. TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DE SURDITÉS PROFESSIONNELLES* INDEMNISÉES EN RÉGION PACA-CORSE, ENTRE 2012 ET 2014, PAR BRANCHE D'ACTIVITÉ (HORS COMPTE SPÉCIAL)**



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
*Tableau n°42 : Atteinte auditive provoquée par des bruits lésionnels
** Les données par secteur n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses
NB : 45 maladies professionnelles liées aux bruits sur 225 ont été affectées au compte spécial entre 2012 et 2014, soit 20,0 %, contre 33,3 % en 2005-2008.

RÉFÉRENCES :

1. Canetto P. Une nouvelle réglementation sur le bruit au travail. Doc Méd Trav, 2006 ; 107 :209-307
2. Campo P. Les ototoxiques exacerbent les surdités induites par le bruit. Environ Risque Sante 2015 ; 14 : 125-134. doi : 10.1684/ers.2015.0773

**TABLEAU 14. TAUX D'INDEMNISATION* POUR 1000 SALARIÉS
DES SURDITÉS PROFESSIONNELLES POUR LES 10 ACTIVITÉS
LES PLUS CONCERNÉES** SUR LA PÉRIODE 2012-2014***,
EN RÉGION PACA-CORSE**

Libellé code APE	Effectif surdités	Effectif salariés	Taux de surdité pour 1 000 salariés
Construction et entretien de tunnels	3	514	5,8
Fabrication de serrures et de ferrures	1	222	4,5
Fabrication de papier et de carton	1	267	3,7
Installation de structures métalliques, chaudronnées et de tuyauterie	13	7 505	1,7
Transformation et conservation de poisson, de crustacés et de mollusques	1	600	1,7
Fabrication de produits réfractaires	3	1 810	1,7
Sidérurgie	15	9 153	1,6
Fabrication de carton ondulé	1	708	1,4
Fabrication de carrosseries et remorques	2	1 449	1,4
Fabrication de fibres de verre	1	780	1,3

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Hors compte spécial

** Données par code APE (activité principale exercée), pour les secteurs comptabilisant au moins 100 salariés

*** Les données par code APE n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses. Dans la version précédente du tableau de bord santé sécurité et conditions de travail, les données étaient disponibles par code risque et non par code APE, ce qui rend la comparaison impossible

**TABLEAU 14BIS. TAUX D'INDEMNISATION* POUR 1000 SALARIÉS
DES SURDITÉS PROFESSIONNELLES POUR LES 10 ACTIVITÉS
LES PLUS REPRÉSENTÉES** DANS LA RÉGION
SUR LA PÉRIODE 2012-2014*****

Libellé code APE	Effectif surdités	Effectif salariés	Taux de surdité pour 1 000 salariés
Administration publique générale	0	176 316	0
Activités hospitalières	0	165 438	0
Activités des agences de travail temporaire	9	151 821	0,06
Restauration traditionnelle	0	115 991	0
Hôtels et hébergement similaire	1	88 376	0,01
Travaux de maçonnerie générale et gros œuvre de bâtiment	31	82 007	0,38
Hypermarchés	0	72 459	0
Ingénierie, études techniques	4	66 954	0,06
Nettoyage courant des bâtiments	2	65 470	0,03
Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire	0	63 806	0

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Hors compte spécial

** Données par code APE (Activité Principale Exercée) : les dix secteurs représentent environ 25 % des salariés

*** Les données par code APE n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses

**CARTE 2. TAUX DE SURDITÉS PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES* POUR 100 000 SALARIÉS
PAR ZONE D'EMPLOI**, EN RÉGION PACA, DE 2012 À 2015*****

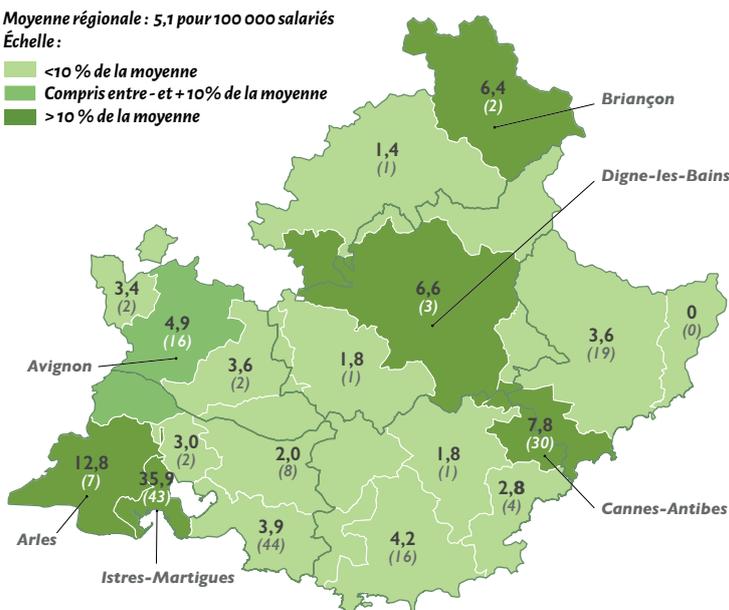
Moyenne régionale : 5,1 pour 100 000 salariés

Échelle :

<10 % de la moyenne

Compris entre - et + 10 % de la moyenne

> 10 % de la moyenne



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

(Les effectifs de surdités professionnelles indemnisées figurent entre parenthèses)

* Dans le TBST 2010, les données utilisées concernaient les surdités professionnelles reconnues ; on ne peut donc pas faire de comparaison avec les cartes correspondantes des précédentes éditions du TBST

** Les zones d'emploi correspondent au lieu de travail et non au lieu de domicile du salarié

*** Données disponibles pour les années 2012 à 2015 au moment des analyses

7 LES ALLERGIES PROFESSIONNELLES

En 2014, les deux tiers des indemnisations pour maladies liées aux mécanismes allergiques en région PACA-Corse concernent les allergies cutanées (eczéma allergique principalement). De nombreux agents chimiques ou produits d'origine végétale ou animale sont responsables de lésions impliquant un mécanisme allergique suite à un contact avec la peau. La majorité de ces lésions est située sur les mains. Le contact avec la substance peut être direct ou indirect (contact des mains sur une autre partie du corps).

Viennent ensuite les allergies respiratoires (rhinites, asthme ou alvéolites). Les asthmes professionnels représentent entre 10 % et 25 % de la totalité des asthmes de l'adulte alors que les rhinites sont les pathologies respiratoires d'origine professionnelle les plus fréquentes et les moins graves. La durée d'exposition peut être très variable (de quelques semaines à plusieurs années). Plus de 350 substances peuvent être en cause [1].

7.1. Évolution des indemnisations

Entre 2008 et 2014, 428 cas d'allergies ont été indemnisés en région PACA-Corse (dont 245 cas d'allergies cutanées et 132 cas d'allergies respiratoires) soit 2,3 % des maladies professionnelles indemnisées par la CARSAT S-E sur cette période. Le taux d'allergies cutanées est resté supérieur au taux d'allergies respiratoires au cours de la période 2008 à 2014, avec des fluctuations temporelles marquées et sans nette tendance à la baisse. Sur la même période, le taux d'allergies respiratoires professionnelles a globalement décru en région PACA-Corse, passant de 2,2 à 1,2 allergies pour 100 000 salariés, malgré, là aussi des fluctuations.

Les taux d'allergies professionnelles indemnisées en France (départements et territoire d'outre-mer compris), ont peu évolué entre 2010 et 2014 et sont restés supérieurs à ceux enregistrés en région PACA-Corse pour les allergies respiratoires et les autres causes d'allergies professionnelles.

Concernant les allergies d'autres types, leur taux est très faible (0,5 pour 100 000 en 2008-2014) : il s'agit de conjonctivites (aigües, blépharo-conjonctivite récidivante) ou de réactions allergiques systémiques (choc anaphylactique, urticaire géant, œdème de Quincke) GRAPHIQUE 37.

7.2. Allergies indemnisées selon les secteurs d'activité

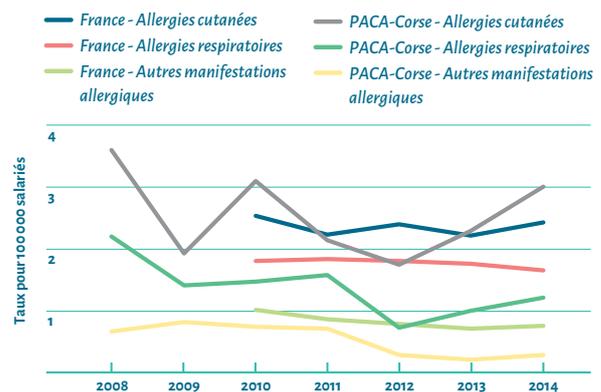
NB : 11 maladies professionnelles liées aux mécanismes allergiques sur 150 ont été affectées au compte spécial entre 2012 et 2014 soit 7,3 %. En 2005-2008, 11,3 % des MP étaient affectées au compte spécial, contre 12,1 % en 2001-2004.

Pour la période 2012-2014, les maladies professionnelles d'origine allergique indemnisées, qu'elles soient cutanées ou respiratoires, ont été observées principalement dans le secteur « bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux

et pierres et terres à feu ». En second lieu, sont concernées les entreprises du secteur de l'alimentation. Viennent ensuite les activités de services II, les métiers de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie, le secteur du bâtiment et des travaux publics, et le secteur de la métallurgie GRAPHIQUE 38. En 2005-2008, c'est dans le secteur du bâtiment et des travaux publics que le taux d'allergies professionnelles indemnisées était le plus élevé (15,9 pour 100 000 salariés).

Sur la période 2012-2014, les 10 activités (repérées par le code APE) ayant les taux les plus importants d'allergies professionnelles indemnisées, de 6,5 à 0,6 pour 1 000 salariés, concernaient la préparation de fibres textiles, les services d'aménagement paysager, la fabrication (d'articles de robinetterie, de produits en plastique, d'appareils d'éclairage électrique, d'éléments en béton), la coiffure, la boulangerie, l'entretien corporel et la charcuterie TABLEAU 15. Ces 10 activités représentaient 38,7 % des allergies indemnisées en région PACA-Corse sur cette période.

GRAPH. 37. ÉVOLUTION DU TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DE MALADIES PROFESSIONNELLES LIÉES À UN RISQUE ALLERGIQUE INDEMNISÉES* EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE ENTRE 2008 ET 2014**

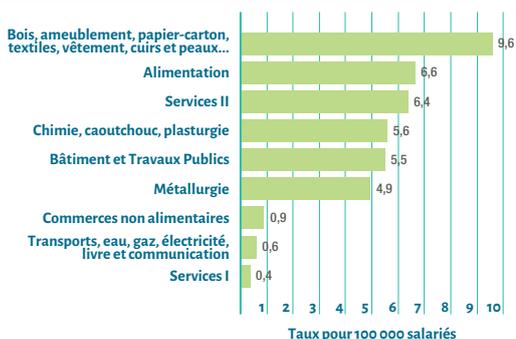


Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Y compris compte spécial

** Les données de l'année 2015, et les années antérieures à 2010 au niveau national n'étaient pas disponibles au moment des analyses

GRAPH. 38. TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES LIÉES AU RISQUE ALLERGIQUE EN RÉGION PACA-CORSE, ENTRE 2012 ET 2014*, PAR BRANCHE D'ACTIVITÉ (HORS COMPTE SPÉCIAL)



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Les données par secteur n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses

**TABLEAU 15. TAUX D'INDEMNISATION* POUR 1 000 SALARIÉS
DES ALLERGIES PROFESSIONNELLES POUR LES 10 ACTIVITÉS
LES PLUS CONCERNÉES** SUR LA PÉRIODE 2012-2014***,
EN RÉGION PACA-CORSE**

Libellé code APE	Effectif allergies	Effectif salariés	Taux d'allergies pour 1 000 salariés
Préparation de fibres textiles et filature	1	153	6,5
Services d'aménagement paysager	1	1008	1,0
Fabrication d'autres articles de robinetterie	1	1078	0,9
Coiffure	25	27984	0,9
Fabrication de produits de consommation courante en matières plastiques	1	1254	0,8
Boulangerie et boulangerie-pâtisserie	23	31904	0,7
Fabrication d'appareils d'éclairage électrique	1	1447	0,7
Fabrication d'éléments en béton pour la construction	2	2953	0,7
Entretien corporel	2	2991	0,7
Charcuterie	1	1550	0,6

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

*Hors compte spécial

** Données par code APE (activité principale exercée), pour les secteurs comptabilisant au moins 100 salariés.

*** Les données par code APE n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses. Dans la version précédente du tableau de bord santé sécurité et conditions de travail, les données étaient disponibles par code risque et non par code APE, ce qui rend la comparaison impossible

**TABLEAU 15 BIS. TAUX D'INDEMNISATION* POUR 1 000 SALARIÉS
DES ALLERGIES PROFESSIONNELLES POUR LES 10 ACTIVITÉS**
LES PLUS REPRÉSENTÉES SUR LA PÉRIODE 2012-2014,
EN RÉGION PACA-CORSE**

Libellé code APE	Effectif allergies	Effectif salariés	Taux d'allergies pour 1 000 salariés
Administration publique générale	0	176 316	0
Activités hospitalières	7	165 438	0,04
Activités des agences de travail temporaire	2	151 821	0,01
Restauration traditionnelle	1	115 991	0,01
Hôtels et hébergement similaire	0	88 376	0
Travaux de maçonnerie générale et gros œuvre de bâtiment	8	82 007	0,10
Hypermarchés	2	72 459	0,03
Ingénierie, études techniques	0	66 954	0
Nettoyage courant des bâtiments	2	65 470	0,03
Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire	1	63 806	0,02

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

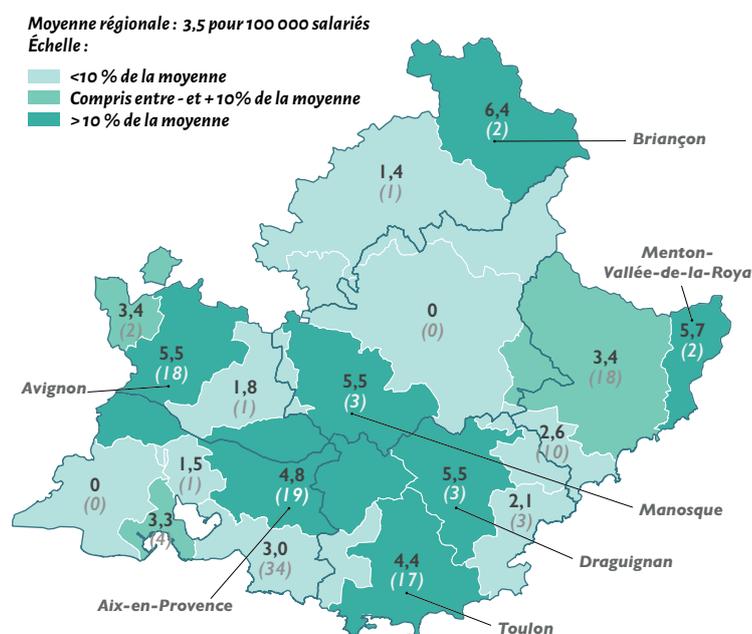
*Hors compte spécial

** Données par code APE : les dix secteurs représentent environ 25 % des salariés

*** Les données par code APE n'étaient disponibles que pour les années 2012 à 2014 au moment des analyses.

Pour les activités les plus représentées dans la région (i.e. représentant 25 % de l'effectif salarié total à elles seules) les taux d'indemnisation étaient très faibles voire nuls TABLEAU 15 BIS.

**CARTE 3. TAUX D'ALLERGIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES*
POUR 100 000 SALARIÉS PAR ZONE D'EMPLOI**, EN RÉGION PACA,
DE 2012 À 2015*****



Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

(Les effectifs d'allergies professionnelles indemnisées figurent entre parenthèses)

* Dans le TBST 2010, les données utilisées concernaient les allergies professionnelles reconnues ; on ne peut donc pas faire de comparaison avec les cartes correspondantes des précédentes éditions du TBST

** Les zones d'emploi correspondent au lieu de travail et non au lieu de domicile du salarié

*** Données disponibles pour les années 2012 à 2015 au moment des analyses

7.3. Allergies professionnelles indemnisées selon la zone d'emploi

Le taux d'allergies professionnelles indemnisées pour 100 000 salariés varie selon la zone d'emploi entre 0 et 6,4. Les zones d'emploi présentant les taux les plus importants d'allergies indemnisées sont celles de Briançon, Menton-Vallée de la Roya, avec respectivement 6,4, et 5,7 allergies pour 100 000 salariés CARTE 3.

RÉFÉRENCE :

1. INRS, Le point des connaissances sur l'asthme professionnel – ED5025, 2015, 4p.

8 LES CANCERS PROFESSIONNELS

Les cancers représentent la première cause de décès en France ; 4,0 à 8,5 % d'entre eux seraient d'origine professionnelle [1]. Selon l'enquête Sumer, menée par la Direction générale du travail et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), 10 % des salariés étaient exposés à des produits cancérigènes en France métropolitaine et à la Réunion en 2010, dont plus des deux tiers étaient des ouvriers. Une origine professionnelle des cancers n'est pas fréquemment évoquée lors de leur prise en charge médicale, ce qui conduit, avec d'autres facteurs, à leur sous-déclaration. Sur la période 2008-2014, 690 cancers professionnels ont été indemnisés chez les salariés du régime général en région PACA-Corse.

8.1. Les cancers professionnels et environnementaux : une préoccupation nationale

Depuis 2004, les cancers représentent la première cause de décès en France métropolitaine (33,7 % des décès en 2010) devant les affections cardiovasculaires [2]. Leur incidence est en augmentation : ils touchaient en 2012 environ 355 000 nouveaux patients contre environ 170 000 en 1980 [2]. Cependant, entre 2005 et 2012, le taux d'incidence annuel (taux de nouveaux cas par an) a diminué d'en moyenne 1,3 % par an chez les hommes, tandis qu'il s'est stabilisé chez les femmes, avec une légère augmentation de 0,2 % en moyenne par an [2]. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers de la prostate et du sein, cancers les plus fréquents.

L'âge médian au diagnostic est estimé à 68 ans chez l'homme et à 67 ans chez la femme [2]. Des écarts importants de mortalité entre régions sont observés en France : surmortalité au nord et mortalité moindre au sud [3]. Dans la région PACA, les cancers constituent également la première cause de mortalité (28,1 % des décès sur la période 2009-2013) et de mortalité prématurée (avant 65 ans). En 2014, environ 223 000 personnes ont été prises en charge par l'assurance maladie dans la région pour un cancer actif ou sous surveillance.

Entre 4 à 8,5 % des cancers seraient d'origine professionnelle en France, d'après les estimations, certes anciennes, de l'Institut de veille sanitaire (InVS) [1]. Mais la part attribuable aux agents cancérigènes en milieu de travail fait encore l'objet de discussions entre experts [4]. La lutte contre le cancer est une priorité nationale. Le plan cancer 2014-2019 préconise une série d'actions en vue de :

- ▶ renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques) ;
- ▶ renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels ;
- ▶ améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle ;

- ▶ soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.

Le troisième Plan National Santé Environnement (PNSE 3), de son côté, a réaffirmé, en 2015, la prévention des cancers professionnels comme une de ses priorités [5].

Une revue de la littérature a été effectuée par B. Charbotel et al., fournissant une synthèse des facteurs de risques professionnels associés aux cancers dits « rares » (c'est à dire, avec une incidence annuelle inférieure à 6 pour 100 000 personnes) [6]. D'après le réseau d'information sur les cancers rares (RARECARENet), ceux-ci représentent 22 % de l'incidence annuelle de l'ensemble des cancers, soit environ 70 000 nouveaux cancers par an en France. Certaines expositions professionnelles sont aujourd'hui bien identifiées comme étant à l'origine de certains de ces cancers : l'amiante pour le mésothéliome, les poussières de bois pour le cancer du nasopharynx, ou encore le chlorure de vinyle pour l'angiosarcome du foie **TABLEAU 16**.

Il existe de fortes inégalités sociales d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) : les ouvriers, qualifiés ou non, employés à des postes de travail dans lesquels ils procèdent à des tâches de type installation, réglage et maintenance sont les plus touchés. Les travailleurs de nuit ont également plus de risques d'être exposés à au moins un agent CMR [6].

De plus, dans la région PACA en 2004-2013, les employés et les ouvriers avaient un risque 3,5 fois plus élevé de décéder d'un cancer (taux comparatif de mortalité de 61,6 pour 100 000) que les cadres supérieurs (taux comparatif de 17,4 pour 100 000). Les inégalités de mortalité entre ces catégories socio-professionnelles se sont creusées dans la région entre 2000-2009 et 2004-2013 (Source : *SirséPACA*).

8.2. Estimation du nombre de salariés exposés à des risques cancérigènes

L'enquête Sumer permet d'estimer le nombre de salariés exposés aux principaux cancérigènes professionnels en France métropolitaine et à la Réunion [7]. Selon cette enquête, en 2010, près des 3/4 des salariés exposés à des cancérigènes (2,5 millions) l'étaient aux huit produits suivants : gaz d'échappement diesel, huiles minérales entières, poussières de bois, silice cristalline, formaldéhyde, plomb et dérivés, goudrons de houille et dérivés, et hydrocarbures aromatiques **TABLEAU 17**.

TABLEAU 16. FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNEL ÉTABLIS OU SUSPECTÉS ASSOCIÉS AUX CANCERS RARES

Localisations	Facteurs de risque établis. Groupe I du CIRC (preuves suffisantes)	Facteurs de risque suspectés. Classés par le CIRC avec un niveau de preuve limité, ou par des méta-analyses (*), et des études épidémiologiques
Cancers de la tête et cou (tumeurs épithéliales)		
Cancer de la cavité nasale et des sinus	Poussières de bois Nickel Poussières de cuir Alcool isopropylique	Formaldéhyde Chrome Charpenterie et menuiserie Fabrication de textile
Cancer du nasopharynx	Formaldéhyde Poussières de bois	
Cancer de l'hypopharynx		Amiante
Cancer du larynx	Amiante Brouillards acides	Industrie du caoutchouc Tabagisme passif au travail Ypérite (gaz moutarde) Échappement de moteur° Poussière de silice° Hydrocarbures aromatiques polycycliques° Poussière de textile°
Cancer de la lèvre		Travail en extérieur (radiations solaires)
Cancers gastro-intestinaux		
Carcinome hépatocellulaire du foie et des voies biliaires intra-hépatiques	Chlorure de vinyle monomère Plutonium Thorium Aflatoxine Hépatite B, C	Polychlorobiphényles Trichloroéthylène Arsenic Radon dans les mines souterraines°
Angiosarcome du foie	Chlorure de vinyle monomère	
Cancers thoraciques		
Carcinome à grandes cellules du poumon	Amiante Échappement diesel	
Mésothéliome	Amiante Érionite Peinture	
Cancers de l'appareil reproducteur		
Cancer de l'ovaire	Amiante	
Cancers uro-génitaux		
Organes de l'appareil urinaire hors vessie (bassinets du rein, urètre, urètre)	Acide aristolochique	Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques (HAP)
Tumeurs neuro-ectodermique et mésodermique		
Tumeur épithéliale de l'œil et de ses annexes, Tumeur maligne de l'uvéa	Soudure	Rayonnement solaire
Sarcome des tissus mous		Polychlorophénol 2,3,7,8-tétrachloro-dibenzo-p-dioxine
Sarcome des os	Radiations ionisantes	
Maladies lymphoïdes		
Leucémie Lymphoïde aiguë		Benzène
Lymphome diffus à grandes cellules B, Lymphome folliculaire B		Benzène Trichloroéthylène
Myélome multiple		Benzène Oxyde d'éthylène Pesticides°
Autres lymphomes non-Hodgkiniens, lymphome à cellules B matures		
Leucémie lymphocytaire chronique / Lymphome à petits lymphocytes		Benzène Oxyde d'éthylène
Leucémie myéloïde aiguë	Benzène Formaldéhyde	
Leucémie myéloïde chronique	Formaldéhyde Rayonnement	
Cancers de l'enfant		
Leucémie de l'enfant		Exposition parentale à des peintures et à des pesticides°
Lymphome de l'enfant		
Tumeur cérébrale de l'enfant		Exposition parentale à des pesticides°
Sarcome d'Ewing		

Les cancers pour lesquels les données scientifiques sont dites «insuffisantes» (données montrant des résultats divergents) ne sont pas intégrés dans ce tableau.
 Source : Charbotel et al., « Occupational exposures in rare cancers : a critical review of the literature » (« Les expositions professionnelles dans les cancers rares : revue critique de la littérature »), Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2014

Depuis 2003, la proportion de salariés exposés à au moins un produit chimique cancérigène a diminué, passant de 13 % à 10 %, parmi les salariés du secteur concurrentiel et des hôpitaux publics en France métropolitaine [7]. Cette diminution concerne notamment l'exposition au trichloréthylène, le nombre de salariés exposés ayant quasiment été divisé par 3 entre 2003 et 2010.

Cette baisse concerne toutes les catégories de salariés, à l'exception des apprentis et stagiaires. Cette baisse peut être notamment expliquée par des changements de procédés de production ou par la substitution des produits cancérigènes par des produits moins cancérigènes. La mise à disposition de protections individuelles a progressé elle aussi.

TABLEAU 17. DONNÉES D'EXPOSITION AUX CANCÉROGÈNES D'APRÈS L'ENQUÊTE SUMER 2010, EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET À LA RÉUNION

Classement 2012*		Produit	Nombre de salariés exposés	Taux d'exposition pour 1 000 salariés
Européen	CIRC			
	I	Gaz d'échappement diesel	798 000	37
	I	Huiles minérales entières	537 500	25
I	I	Poussières de bois	369 600	17
	I	Silice cristalline	294 900	14
3	I	Formaldéhyde	139 400	7
	2A	Plomb et dérivés	115 300	5
I	I	Goudrons de houille et dérivés, bitume et brais de pétrole	111 000	5
2	2B	Hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés	106 400	5
I	I	Chrome et dérivés	96 100	4
I	I	Nickel et dérivés	93 200	4
I	I	Amiante	81 400	4
2	2B	Fibres céramiques réfractaires	79 000	4
	I	Fumées dégagées par les procédés dans la métallurgie et l'électrometallurgie	72 100	3
2	2B	Cobalt et dérivés	66 200	3
2	I	Trichloréthylène	64 200	3
I et 2	I à 3	Amines aromatiques	62 800	3
	I à 3	Cytostatiques	49 400	2
2	I	Cadmium et dérivés	39 700	2
	2A	Carbures métalliques frittés	38 800	2
I	I	Benzène (sauf carburants)	36 900	2
3	2A	Perchloréthylène	30 300	1
2	2A	Acrylamide	29 800	1
3	I	Résines formophénoliques	24 500	1
	I	Fumées de vulcanisation	16 200	1
I	I	Arsenic et dérivés	8 200	0

Source : Dares-DGT-DGAFP, enquête Sumer 2010 – Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 – Septembre 2013 – n°54

* cf. Encadré n°17 en page 49

8.3. Une sous-déclaration et une méconnaissance des cancers professionnels en France

Selon l'InCa, les cancers d'origine professionnelle bénéficient aujourd'hui d'un meilleur repérage et d'une meilleure reconnaissance, mais ils restent néanmoins largement sous-reconnus et sous-indemnisés, notamment du fait d'une connaissance parcelaire de la part des cancers attribuables aux expositions professionnelles. Ainsi, l'origine professionnelle des cancers n'est pas suffisamment évoquée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela :

1. mis à part le mésothéliome, il n'y a pas de forme anatomopathologique qui puisse faire suspecter une origine professionnelle ;
2. les cancers apparaissent souvent après la cessation de l'activité en cause (entre 2010 et 2014, dans 35 % des cas de cancers d'origine professionnelle, la maladie a ainsi été imputée au compte spécial, sans précision du secteur dans lequel a été exposée la victime) [8] ;
3. les médecins peuvent rencontrer des difficultés à conduire un interrogatoire orienté sur la recherche d'une origine professionnelle, n'étant pas suffisamment formés à cela [9, 10] et du fait d'un manque de collaboration entre médecins traitants et médecins du travail [11] ;
4. en cas de tabagisme actif, la part attribuable à l'exposition professionnelle est souvent sous-estimée et une cause professionnelle n'est alors souvent pas recherchée [12] ;
5. lorsque le salarié changeait de métier ou partait en retraite, l'information sur les expositions professionnelles n'était pas conservée [13] ; depuis 2012, le dossier médical individuel du salarié contient une copie de la fiche de prévention des expositions liée à la pénibilité et les dates et résultats des examens médicaux complémentaires : il est conservé au moins 50 ans après la fin de l'exposition ; lorsqu'il quitte l'entreprise, le travailleur doit recevoir une copie de la fiche de prévention des expositions, ainsi qu'une attestation d'exposition pour les expositions antérieures au 1^{er} février 2012 [14] ;
6. la prise en charge médicale des patients reste la première préoccupation des médecins et par manque de temps les démarches administratives de déclaration peuvent passer au second plan [15] ;
7. la réglementation française concernant la réparation et l'indemnisation des maladies professionnelles en général et des cancers professionnels en particulier est mal connue, tant par les médecins que par les salariés. La déclaration de maladie professionnelle est à l'initiative du patient ou de ses ayants droit et la procédure est complexe et longue [13]. Par ailleurs, cette réglementation ne concerne que les salariés du régime général ou du régime agricole de la Sécurité sociale.

Une expérimentation est menée depuis 2011 par les CARSAT de 6 régions de France dont la CARSAT S-E, sur le repérage de l'origine professionnelle des cancers de la vessie. L'étude consiste à systématiquement informer et proposer une recherche sur une possible origine professionnelle de la pathologie, à tout assuré nouvellement pris en charge en affection longue durée, pour tumeur de la vessie. Entre 2010 et 2014, le nombre de cancers de la vessie reconnus en maladie professionnelle a ainsi doublé (84 en 2010 et 171 en 2014, reconnaissances via l'alinéa 4 de l'article L461-1 du code de la sécurité sociale comprises) [16].

8.4. Près de 700 cancers professionnels indemnisés en région PACA-Corse sur la période 2008-2014

En région PACA-Corse, de 2008 à 2014, 3,7 % des maladies professionnelles (MP) indemnisées par la CARSAT S-E dans le cadre des tableaux de MP du régime général étaient des cancers. Les cancers indemnisés liés à une exposition professionnelle à l'amiante sont les plus nombreux, avec 508 cas indemnisés sur cette période. Les deux autres cancers indemnisés les plus fréquents sont ceux liés aux silices (51 cas) et les leucémies liées au benzène (48 cas). Hormis pour les cancers liés à l'amiante dont le nombre a diminué depuis 2010, le faible effectif des cancers professionnels indemnisés ne permet pas de se prononcer sur leur évolution pendant la période 2008-2014 TABLEAU 18.

TABLEAU 18. NOMBRE DE CANCERS PROFESSIONNELS INDEMNISÉS* (DANS LE CADRE DES TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL) EN RÉGION PACA-CORSE, POUR LA PÉRIODE 2008-2014**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008-2014	Tableaux
Acide chromique				1	1	2	1	5	10T
Amiante	77	89	91	70	66	54	61	508	30B
Amines aromatiques	1			2	2	4	6	15	15T
Arsenic			1					1	20
Benzène	8	8	3	9	8	8	4	48	4
Hépatites	3	1	3		1		1	9	45
Houille			3	4	2		5	14	16B
Huiles minérales		1						1	36B
Oxyde de fer							1	1	44B
Poussière de bois	5	2	2	3		2	3	17	47
Rayons ionisants	2	3	5	3	3	1	3	20	6
Silice	11	7	7	6	6	9	5	51	25
Total général	107	111	115	98	89	80	90	690	

Sources : CARSAT SE - Exploitation ORS PACA

* Y compris compte spécial

** Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles au moment des analyses. Dans la version précédente du tableau de bord santé sécurité et conditions de travail, les données concernaient les cancers reconnus et non pas indemnisés, donc la comparaison des résultats n'est pas possible

RÉFÉRENCES :

- Imbernon E., Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, Institut de veille sanitaire (INVS), 2002.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, L'état de santé de la population en France - Rapport 2015, 326p
- Trottet L., Lémery B., Trugeon A., Ledéret B., Martineau H., Ochoa A., Scandella N., Tron I., La France des régions 2016 - Approche socio-sanitaire. Paris : Fnors, janvier 2016, 36 p
- Les causes de cancer en France. Rapport de l'académie nationale de médecine, l'Académie des sciences, l'Institut de France, le Centre International de recherche sur le cancer et la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ; Paris, 2007
- Troisième Plan National Santé-Environnement (PNSE3) 2015-2019.
- Charbotel et al., « Occupational exposures in rare cancers : a critical review of the literature » (« Les expositions professionnelles dans les cancers rares : revue critique de la littérature »), Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2014
- DARES DGT-DGAFP, enquête Sumer 2010 – Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 – Septembre 2013 – n°54
- CNAM travailleurs salariés. Rapport de gestion 2014 d'Assurance maladie Risques Professionnels. 2015 juill p. 132-8.
- Elms J, O'Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, et al. The perceptions of occupational health in primary care. Occup Med (Lond). 2005; 55:523-7.
- Saliba ML, Iarmarcovai G, Souville M, Viau A, Arnaud S, Verger P. Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le Sud-Est de la France. Rev. Epidemiol. Sante Publique. 2007 ; 55 (5) :376-81.
- Buijs PC, van Dijk FJ, Evers M, vd Klink JJ, Anema H. Managing work-related psychological complaints by general practitioners, in coordination with occupational physicians: a pilot study. Ind Health. 2007; 45:37-43.
- Viau A, Arnaud S, Ferrer S, Iarmarcovai G, Saliba ML, Souville M, Verger P, Facteurs associés à la sous déclaration par les médecins des cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante. La Revue du Praticien. 2008; 58:9-16.
- Diricq N. Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Juillet 2008.
- Agents chimiques CMR. Réglementation - Risques - INRS [Internet]. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/cmr-agents-chimiques/reglementation.html>
- Harber P, Merz B. Time and knowledge barriers to recognizing occupational disease. J Occup Environ Med. 2001;43:285-8.
- Bijaoui A, Delépine A, Jussiaux F, Maisant S, Passeron J. Cancers professionnels : nouveaux enjeux pour la prévention. Réf En Santé Au Trav. juin 2015; (142):56.

ENCADRÉ 17 : CLASSIFICATION DES SUBSTANCES CANCÉROGÈNES

En 2010, il existait deux classifications pour les produits cancérogènes.

Évaluation du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)

Le CIRC est une agence de recherche sur le cancer de l'OMS, basée à Lyon. Ses missions sont de coordonner et de mener des recherches sur les causes du cancer chez l'être humain, sur les mécanismes de la cancérogenèse et d'élaborer des stratégies scientifiques de lutte contre le cancer.

Le CIRC examine la cancérogénicité éventuelle de produits chimiques, de mélanges complexes de substances, d'expositions professionnelles, d'agents physiques et biologiques et de facteurs comportementaux. On utilise le terme d'agent pour désigner l'ensemble.

Le CIRC définit 4 groupes (de 1 à 4) correspondant à des degrés d'indication de cancérogénicité pour l'être humain :

Groupe 1 : l'agent ou le mélange est cancérogène pour l'homme

*Groupe 2 : 2A = probablement cancérogène pour l'homme
2B = pourrait être cancérogène pour l'homme*

Groupe 3 : l'agent ou le mélange ne peut être classé du point de vue de sa cancérogénicité pour l'homme

Groupe 4 : l'agent ou le mélange est probablement non cancérogène pour l'homme

Évaluation de la directive européenne

Catégorie 1 : substances et préparations que l'on sait être cancérogènes pour l'homme

Catégorie 2 : substances et préparations pour lesquelles il existe une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances et préparations puisse provoquer un cancer ou en augmenter la fréquence

Catégorie 3 : substances et préparations préoccupantes pour l'homme en raison d'effets cancérogènes possibles, mais pour lesquelles les informations disponibles sont insuffisantes pour classer ces substances et préparations dans la catégorie 2.

Cependant, depuis le 1^{er} juin 2015, le règlement relatif à la classification, l'étiquetage et l'emballage (CLP) est la seule législation en vigueur en matière de classification et d'étiquetage des substances et des mélanges. Le CLP exige des entreprises qu'elles classifient, étiquètent et emballent leurs substances chimiques dangereuses de façon adéquate avant de les mettre sur le marché. La classification et l'étiquetage des substances chimiques dangereuses sont basées sur le système général harmonisé (SGH), qui a fait l'objet d'un accord au niveau des Nations Unies. L'objectif du SGH est de garantir un niveau élevé de protection de la santé et de l'environnement, ainsi que le libre mouvement des substances, mélanges et articles. Les obligations relevant du règlement CLP sont similaires à celles de la législation UE précédente, tout en présentant toutefois des différences importantes. Une quantité énorme de produits doivent être ré-étiquetés afin d'être conformes au CLP, y compris les produits de consommation tels que les peintures ou les détergents, ainsi que les mélanges industriels (Source : *European Chemicals Agency*).

L'article 36 (titre 5) du CLP définit trois classes de cancérogénicité :

► **Catégorie 1 (prochainement 1A) :** substances que l'on sait être cancérogènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition de l'homme à de telles substances et l'apparition d'un cancer.

► **Catégorie 2 (prochainement 1B) :** substances devant être assimilées à des substances cancérogènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption de causalité entre l'exposition de l'homme à de telles substances et la survenue d'un cancer. Cette présomption est généralement fondée sur des études appropriées à long terme sur l'animal et/ou d'autres informations appropriées. Il faut disposer, soit de résultats positifs sur deux espèces animales, ou d'éléments positifs indiscutables pour une espèce, étayés par des éléments secondaires

tels que : des données sur la génotoxicité, des études métaboliques ou biochimiques, l'induction de tumeurs bénignes, des relations structurelles avec d'autres substances cancérogènes connues ou des données tirées d'études épidémiologiques suggérant une association.

► **Catégorie 3 (prochainement 2) :** substances préoccupantes pour l'homme en raison d'effets cancérogènes possibles. Cette catégorie comporte 2 sous-catégories :

▪ **Les substances suffisamment étudiées, mais pour lesquelles il n'existe pas d'effets tumorigènes suffisants pour entraîner le classement dans la catégorie 2.** Des expériences complémentaires ne seraient pas susceptibles d'apporter d'autres informations pertinentes pour la classification.

▪ **Les substances insuffisamment étudiées :** les données disponibles sont inadéquates, mais préoccupantes pour l'homme. Cette classification est provisoire et des expériences complémentaires sont nécessaires avant de prendre une décision finale.

ENCADRÉ 18 : LA PROBLÉMATIQUE DES FUMÉES DE SOUDAGE

Lionel CHENE, Ingénieur Conseil CARSAT Sud-Est

Contexte / Objectifs

Le soudage à l'arc est un procédé de fabrication largement utilisé dans les activités de construction métallique. Il expose les salariés à des particules et des gaz contenus dans les fumées ayant des effets sur la santé (atteintes neurologiques et broncho-pulmonaires). Les fumées de soudage à l'arc sont classées par le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) « cancérogène possible pour l'homme » (2B).

La CARSAT Sud-Est mène une action sur cette problématique depuis de nombreuses années et celle-ci se poursuit sur 2014-2017. L'objectif est de réduire le risque d'exposition des soudeurs à l'arc aux fumées de soudage et tout particulièrement dans les établissements concernés par l'action impulsée par la CNAMTS.

Démarche de prévention

Cette démarche de prévention concerne l'ensemble des postes de soudage et suit les principes suivants :

- ▶ éviter les émissions (par changement de procédé) ;

- ▶ réduire les émissions (choix de procédés de soudage moins émissifs) ;
- ▶ capter les polluants à la source ;
- ▶ assurer une ventilation générale et mettre en place des équipements de protection individuelle (EPI).

La première année est consacrée à la réalisation d'un diagnostic et à la qualification de la cible, les années suivantes, au déploiement des bonnes pratiques.

Des actions de communications sont engagées afin de mobiliser la profession :

- ▶ actions collectives d'information avec les organisations professionnelles concernées ;
- ▶ diffusion d'un document de sensibilisation sur les risques et les moyens de les prévenir, notamment auprès des entreprises et des services inter-entreprises de santé au travail ;
- ▶ publication de témoignages d'entreprises sur le webzine de la CARSAT Sud-Est (<http://solutionspreventionlemag.carsat-sudest.fr>).

Pour accompagner les entreprises dans le déploiement des bonnes pratiques de prévention, une aide financière est disponible. Cette

aide, accordée aux entreprises de moins de 50 salariés dans lesquelles le risque d'exposition est présent, permet sous certaines conditions l'obtention d'une subvention jusqu'à hauteur de 25 000€ pour l'acquisition, par exemple, de systèmes de captage des polluants à la source avec rejet à l'extérieur de l'atelier, ou encore l'achat d'équipements de protection individuelle à adduction d'air ou à ventilation assistée (en complément d'une ventilation générale et uniquement lorsqu'aucun dispositif de captage localisé efficace ne peut être installé).

Résultats / en région

Fin 2016, un bilan provisoire de l'action CMR fumées de soudage montre que :

- ▶ plus de 40 % des 139 entreprises ciblées ont mis en œuvre les bonnes pratiques de prévention ;
- ▶ 32 entreprises ont pu bénéficier du dispositif d'aide financière depuis début 2014.

La dynamique de l'action se poursuit en 2017 afin de permettre une meilleure maîtrise de ce risque par les entreprises.

ENCADRÉ 19 : TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES DES PERSONNES APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CANCER

Caroline Alleaume, ORS PACA

Objectif

Le diagnostic puis le traitement d'une maladie comme le cancer constituent des épreuves difficiles. Le plus souvent, ce sont toutes les facettes de la vie sociale et privée d'une personne qui sont affectées, ainsi que la sphère professionnelle. Une étude a été réalisée par les équipes de l'ORS PACA - UMR912 SESSTIM (Marseille) pour analyser l'impact du cancer sur la vie professionnelle des individus.

Méthodologie

Cette étude est basée sur l'enquête nationale VICAN2 (Vie avec un cancer deux ans après son diagnostic), conduite en 2010 à la demande de l'Institut National du Cancer (INCa) en partenariat avec les trois principaux régimes d'Assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI). L'enquête a permis d'interroger plus de 4 000 personnes sur leurs conditions de vie, deux ans après leur diagnostic de cancer. L'étude a porté sur les personnes en emploi au moment du diagnostic et âgées de 18 à 57 ans à cette date, pour lesquelles la trajectoire professionnelle a été étudiée au cours de ces deux années.

Principaux résultats

Il s'avère que 85 % des personnes en emploi au moment du diagnostic étaient toujours en emploi deux ans après, parmi lesquelles : 84 % étaient en poste, 12 % en arrêt maladie depuis le diagnostic et 4 % en arrêt maladie au moment de l'enquête. Tandis que la grande majorité travaillait toujours dans la même entreprise qu'avant leur diagnostic, 7 % des personnes en avaient changé. Par ailleurs, plus de la moitié (53 %) des salariés en activité avait pu bénéficier d'aménagements de travail, que ce soit en termes de type de poste, de conditions de travail, d'horaires, de quotité de temps travaillé, de sécurité ou encore de lieu de travail. Parmi les personnes n'ayant pas eu d'aménagement, la grande majorité déclare ne pas en avoir souhaité.

Parmi les 15 % de personnes ne travaillant plus deux ans après un diagnostic de cancer : 39 % étaient au chômage, 43 % en invalidité, tandis que les autres étaient devenues inactives (avec notamment 9 % de personnes parties à la retraite). Cependant, 35 % de ces personnes ne travaillant plus se disaient prêtes, au moment

de l'enquête, à travailler si on leur proposait un emploi, ce qui suggère que la situation de non emploi était subie.

Des caractéristiques professionnelles jugées comme défavorables (telles que les métiers d'exécution ou un contrat à durée déterminée), un âge de plus de 50 ans et un état de santé dégradé (cancers de mauvais pronostic, présence d'autres maladies) apparaissent comme des facteurs déterminants d'une situation de non-emploi deux ans après le diagnostic de cancer. Ainsi, une attention particulière devrait être portée à ces personnes les plus vulnérables en termes d'emploi.

RÉFÉRENCES :

« La vie deux ans après un diagnostic de cancer – De l'annonce à l'après cancer », coll. *Études et enquêtes*, INCa, juin 2014.

Marie-Pascale Lehucher-Michel (AMU), Gauthier Bellagamba (AP-HM), Cathya Cypowyj (GIMS) et les membres du Groupe Futur (GIMS, INSERM, AMU et Institut Paoli-Calmettes)

Contexte

Chaque année en France, environ 100 000 personnes affectées par un cancer sont en situation d'emploi et travaillent au moment du diagnostic. La probabilité de survie à 5 ans de la population touchée par cette affection s'améliore constamment.

Un recul du taux d'activité professionnelle parmi les survivants à un cancer et une sur-représentation des chômeurs deux ans après le diagnostic du cancer sont observés en France. Or, le retour à l'emploi après un cancer est un facteur de qualité de vie des patients et une priorité du plan cancer 2014-2019 pour permettre une réintégration sociale du « patient-salarié ».

Certains facteurs de vulnérabilité comme un faible niveau d'études, la dépression, un traitement par chimiothérapie ou un travail physique sont connus pour allonger le délai de retour à l'emploi. Agir sur les modalités du retour à l'emploi des survivants à un cancer pourrait contribuer à faciliter ce retour.

Une étude a été conduite par le Groupe Futur (experts pluridisciplinaires) afin d'évaluer si l'implication du patient dans la préparation de son retour au travail est associée à une meilleure qualité de ce retour.

Méthode

Une étude transversale par auto-questionnaire a été menée en 2012, en région PACA, auprès de salariés suivis par le Groupement Interprofessionnel Médico-Social (GIMS) et

survivants à un cancer, dans la semaine suivant la reprise de leur activité professionnelle. Ce sont des médecins du travail des services interentreprises qui ont proposé aux salariés, lors de leur visite de reprise du travail, de participer à l'enquête en répondant à un auto-questionnaire.

Le Groupe Futur a conçu ce questionnaire afin d'identifier les facteurs qui facilitent ou freinent le retour à l'emploi des salariés atteints de cancer. L'auto-questionnaire renseignait les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles et les caractéristiques médicales des participants, les dispositions prises pour maintenir le contact avec le travail et les modalités de reprise du travail et explorait la qualité du retour à l'emploi. Les items du questionnaire ont été construits sur la base d'entretiens qualitatifs préalables auprès de 6 patients lors de leur reprise du travail et sur la base d'hypothèses formulées par le groupe d'experts.

Résultats

Au total, 105 salariés ont complété le questionnaire. La population étudiée était composée de 82 % de femmes et la moyenne d'âge était de 47 ans. L'échantillon se composait de 58 % d'employés, 22 % de cadres, 7 % d'ouvriers et 7 % d'agents de maîtrise. Concernant le site du cancer, 56 % des salariés ont été traités pour un cancer du sein, 13 % pour un cancer thoracique ou sus-abdominal, 13 % pour un cancer de la peau ou hématologique, 9 % pour un cancer de l'étage pelvien et 8 % pour un cancer de l'étage abdominal.

Parmi les facteurs favorisant le retour à l'emploi, l'annonce précoce par le salarié du diagnostic à l'employeur était associée à une demande moins fréquente du salarié de s'éloigner du travail et les visites régulières dans l'entreprise au cours de l'arrêt maladie à une reprise du travail plus précoce. La réalisation d'une visite de pré-reprise était associée à un changement d'employeur ou d'activité professionnelle moins fréquents. Lors de la reprise du travail, le fait de bénéficier d'un mi-temps thérapeutique était associé à un aménagement de poste plus fréquent. La demande par le salarié d'adapter son traitement à sa vie professionnelle était associée à un changement de conditions de travail plus fréquent.

En revanche, le traitement par chimiothérapie était associé à une reprise du travail plus tardive et à une demande par le salarié de s'éloigner du travail plus fréquente.

Les résultats de cette étude confortent l'hypothèse que l'implication du patient affecté par un cancer dans les modalités de reprise de son travail est un facteur essentiel à la bonne qualité du retour. Cette implication doit être favorisée par un accompagnement coordonné et multidisciplinaire réunissant le médecin du travail, l'oncologue, l'onco-psychologue et l'assistante sociale.

9 MALADIES PROFESSIONNELLES LIÉES À L'AMIANTE

L'utilisation de l'amiante est interdite en France depuis 1997. Cependant, l'enquête Sumer de 2010 a établi, en France métropolitaine et à la Réunion, que des expositions professionnelles à l'amiante se produisent encore. L'amiante provoque des lésions bénignes et des cancers, notamment des mésothéliomes. La fraction de risque de mésothéliome attribuable à une exposition professionnelle à l'amiante était estimée à plus de 92 % chez les hommes entre 1998 et 2013, alors que cette exposition à l'amiante n'était retrouvée que chez deux femmes atteintes de mésothéliome sur trois. Depuis 20 ans, en région PACA, la mortalité par mésothéliome s'est stabilisée.

9.1. L'amiante, un produit cancérigène redoutable

En France métropolitaine et à la Réunion, l'enquête Sumer 2010 montre que des expositions à l'amiante persistent, avec un taux d'exposition actuelle de 4 pour 1 000 salariés. En effet, l'exposition professionnelle à l'amiante est encore possible lors de travaux de démolition de locaux et de machines amiantés, lors de travaux de désamiantage et lors d'interventions sur des matériaux contenant de l'amiante. Le nombre de personnes exposées à l'amiante a toutefois baissé entre 2010 (près de 71 000 salariés exposés à l'amiante au cours de la semaine précédant l'enquête) et 2003 (environ 107 000 salariés exposés : taux d'exposition de 6 pour 1 000 salariés).

L'amiante provoque :

- des lésions bénignes (plaques pleurales, épaissements pleuraux, pleurésies, tumeurs bénignes de la plèvre et asbestoses avec fibrose pulmonaire) ;
- des cancers principalement localisés au niveau des poumons et de la plèvre mais qui peuvent aussi survenir au niveau du péricarde, du péricarde et du tissu testiculaire.

L'amiante est également reconnue responsable de cancers du larynx et des ovaires, cancers qui ne sont pas inscrits dans les tableaux des maladies professionnelles [1]. Le rôle de l'amiante dans l'apparition d'autres cancers, ORL (pharynx, trachée, sinus) ou digestifs (œsophage, estomac, rectum) est toujours controversé (pour ces organes, l'amiante est classée cancérigène de groupe 2 par le Centre international de recherche sur le cancer) (voir encadré n°17 en page 49).

Depuis 2012, le mésothéliome a été décrété par le ministère chargé de la santé comme maladie à déclaration obligatoire. Ceci devrait permettre notamment de mieux évaluer la part de ces pathologies attribuables à des expositions environnementales. Le mésothéliome et le cancer broncho-pulmonaire sont reconnus comme maladie professionnelle. Le mésothéliome est pris en charge comme maladie professionnelle au titre du tableau 30 du régime général et du tableau 47 du régime agricole. Pour la reconnaissance en maladie professionnelle du

cancer broncho-pulmonaire primitif, les tableaux correspondants (30 bis du régime général et 47 bis du régime agricole) précisent que le salarié doit avoir été exposé à l'amiante pendant au moins dix ans [1]. Il existe, de plus, deux dispositifs de réparation spécifiques de l'exposition à l'amiante : le premier est l'Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata), qui permet aux salariés exposés professionnellement à l'amiante un départ anticipé à la retraite sous certaines conditions. Le second dispositif est le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui depuis 2001, indemnise l'ensemble des personnes victimes des effets de l'amiante (que ces effets soient liés à une exposition professionnelle ou environnementale) ainsi que leurs ayants droit.

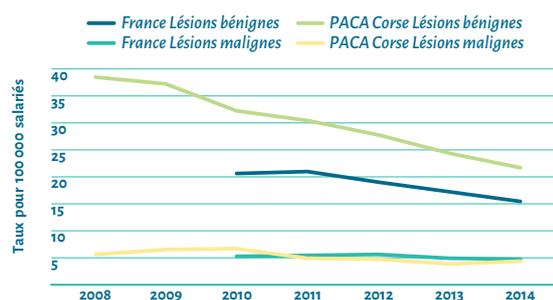
Afin de protéger les travailleurs et d'évaluer les risques, les niveaux d'empoussièrement doivent être évalués sur les postes de travail à risque. Ces niveaux permettent de déterminer, en conformité avec la réglementation, les moyens de protection collective et les équipements de protection individuelle, notamment les appareils de protection respiratoire, à utiliser lors des travaux. Les résultats des évaluations permettent également la vérification du respect de la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP). Depuis le 2 juillet 2015, cette VLEP amiante fixée dans le Code du travail a été abaissée à 10 fibres par litre en moyenne sur 8 heures, ce qui correspond à une journée de travail. Cette valeur limite réglementaire ne doit jamais être dépassée sous peine de sanction pénale. Le respect de la VLEP est vérifié par un organisme accrédité depuis le 1^{er} juillet 2012 en tenant compte des niveaux d'empoussièrement générés par les processus de l'entreprise. Les salariés exposés à l'inhalation des poussières d'amiante doivent être informés sur les risques liés à l'amiante et formés à la prévention de ces risques, conformément à l'arrêté du 23 février 2012.

9.2. Une diminution des taux de maladies professionnelles indemnisées liées à l'amiante

Selon les données de la CARSAT S-E, les maladies professionnelles (MP) liées à l'amiante représentaient 17,2 % des MP indemnisées (compte spécial compris) en région PACA-Corse entre 2009 et 2014 soit 2 823 cas soit un taux de 34,1 cas pour 100 000 salariés. Ce taux a régulièrement baissé (49,9 cas pour 100 000 salariés entre 2005 et 2008 et 42,0 cas pour 100 000 salariés entre 2001 et 2004).

Concernant les lésions bénignes liées à l'amiante, le taux pour 100 000 salariés de MP indemnisées en région PACA-Corse a diminué de 44 % entre 2008 et 2014 tout en restant supérieur à celui observé en France (départements et territoires d'outre-mer compris) ; mais l'écart s'est réduit depuis 2011 **GRAPHIQUE 39**. Concernant les lésions malignes, sur la période 2008-2014, 508 cancers professionnels liés à l'amiante ont été indemnisés en région. Le taux de cancers indemnisés a augmenté jusqu'en 2010, puis après une diminution en 2011, il s'est stabilisé un peu en dessous de 5 cas pour 100 000 salariés, restant légèrement inférieur au taux constaté en France depuis 2011 **GRAPHIQUE 39**.

GRAPH. 39. ÉVOLUTION DU TAUX POUR 100 000 SALARIÉS DE MALADIES PROFESSIONNELLES LIÉES À L'AMIANTE INDEMNISÉES* EN RÉGION PACA-CORSE ET EN FRANCE ENTRE 2008 ET 2014



Sources : CNAMTS et CARSAT SE - Exploitation ORS PACA
* Y compris compte spécial

9.3. Des maladies rencontrées presque exclusivement chez les hommes de plus de 50 ans

Entre 2012 et 2015, en région PACA, 15,9 % des MP liées à l'amiante étaient indemnisées chez des salariés âgés de 51 à 60 ans, 36,2 % dans la tranche d'âge 61-70 ans et 46,0 % après 70 ans. Par ailleurs, 98,4 % des MP indemnisées liées à l'amiante concernaient des hommes.

9.4. Les secteurs d'activité concernés

L'ancienneté des expositions (35 à 40 ans) accroît la difficulté de retrouver les entreprises auxquelles le risque peut être imputé. Elles ont souvent disparu comme c'est le cas, dans la région, pour les entreprises de réparation et de construction navale. Ainsi, 93,6 % des indemnisations de MP liées à l'amiante entre 2012 et 2015 ont été affectées au compte spécial, créé en 1996 (contre 95,1 % entre 2005 et 2008). Cependant, certains cas concernent des entreprises encore en activité. Entre 2012 et 2015, les principaux secteurs concernés sont ceux de l'industrie de la chimie, de l'industrie du bois, de la métallurgie et du bâtiment et travaux publics et se trouvent principalement dans les zones d'emploi d'Istres-Martigues, de Digne-les-Bains et de Marseille-Aubagne.

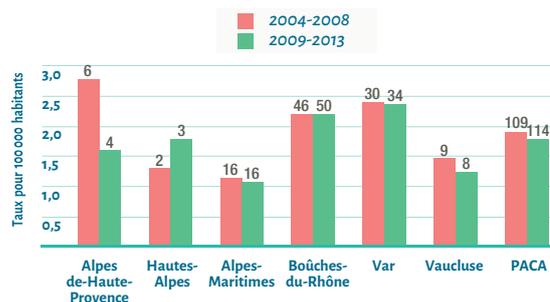
9.5. Une surmortalité par mésothéliome en région PACA

Le nombre de décès par mésothéliome (tous sièges confondus) est en augmentation dans la région depuis 2004, mais de manière plus importante depuis 2009. Entre 2009 et 2013, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'INSERM a enregistré 572 décès par mésothéliome en région PACA, soit une moyenne de 114 décès par an, alors que sur la période 2004-2008 cette moyenne était de 109 décès par an. Cependant, le taux comparatif de mortalité (qui supprime l'effet du vieillissement de la population) est passé de 1,9 à 1,8 cas pour 100 000 habitants entre ces deux périodes. Il est plus élevé dans les départements du Var et des Bouches-du-Rhône

GRAPHIQUE 40.

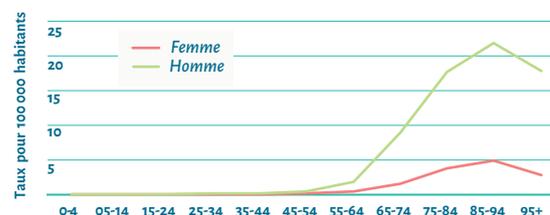
Sur ces 572 décès, 443 se sont produits chez des hommes (taux comparatif de 3,5 décès pour 100 000 habitants) et 129 chez des femmes (0,7 pour 100 000 habitants) GRAPHIQUE 41. Les taux observés sur la période 2004-2008 étaient quasi identiques

GRAPH. 40. ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ* PAR MÉSOTHÉLIOME POUR 100 000 HABITANTS, DANS LES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION PACA ENTRE 2004-2008 ET 2009-2013



Sources : Sirsepaca (www.sirsepaca.org) - Exploitation ORS PACA
* Les nombres annuels moyens respectifs de décès par mésothéliome dans chaque département figurent en haut de chaque barre

GRAPH.41. TAUX MOYEN ANNUEL DE MORTALITÉ PAR MÉSOTHÉLIOME SELON LE SEXE ET L'ÂGE, EN RÉGION PACA, 2009-2013



Sources : INSERM, CépiDc, INSEE - Exploitation ORS PACA

(respectivement 3,5 pour les hommes et 0,8 pour les femmes). Sur l'ensemble de ces décès, 61 (10,6 %) se sont produits chez des personnes âgées de moins de 65 ans.

Toujours sur la période 2009-2013, une surmortalité significative (+10 %) par mésothéliome (tous sièges confondus) était observée en région PACA par rapport à la France, cependant moindre à celle qui existait sur 2001-2007 (+13 %). Les zones d'emploi dans lesquelles la surmortalité par rapport à la France était la plus importante sur 2009-2013 étaient, par ordre décroissant, celles d'Istres-Martigues (+178 %), Toulon (+49 %) et Marseille-Aubagne (+38 %) CARTE 4. Ces mêmes zones étaient aussi les plus touchées au cours de la période 2001-2007.

9.6. L'incidence du mésothéliome reste stable

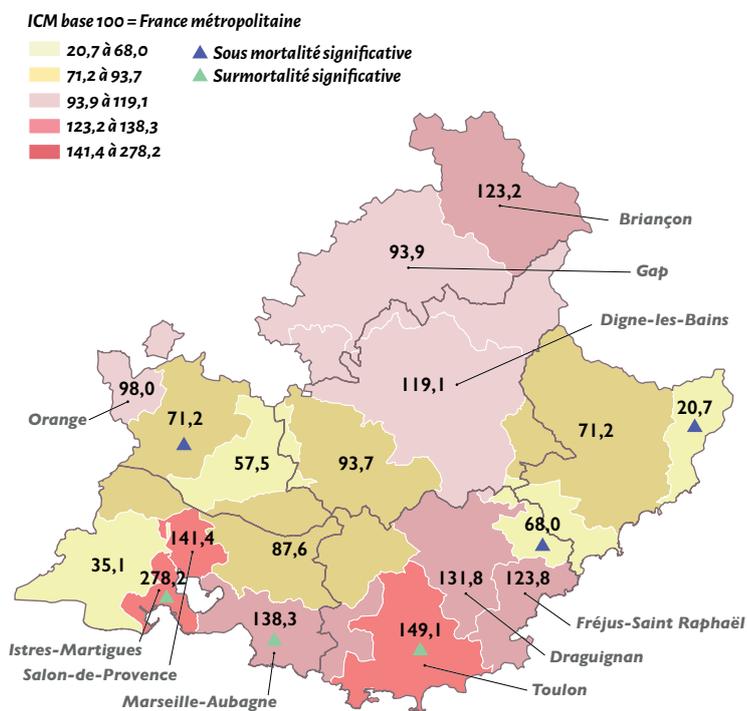
Au niveau national, l'incidence (nouveaux cas) des mésothéliomes pleuraux a augmenté entre 1998 et 2011 [2]. En effet, selon le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM, voir encadré n°22 en page 55), le nombre moyen de nouveaux cas annuels estimé en 2009-2011 était de 1 073 cas, contre 736 sur la période 1998-2000. En 2009-2011, les taux comparatifs étaient de 2,65 pour 100 000 pour les hommes et de 0,89 pour 100 000 pour les femmes, contre respectivement 2,3 et 0,52 en 1998-2000.

Entre 2009 et 2015, le nombre annuel de nouveaux cas sur l'ensemble des trois départements de la région PACA couverts par le PNSM (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var) est d'environ 100 (voir encadré n°23 en page 55).

CARTE 4. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR

MÉSOTHÉLIOME, SELON LES ZONES D'EMPLOI

DE LA RÉGION PACA, POUR LA PÉRIODE 2009-2013



Sources : Sirsepaca (www.sirsepaca.org) - Exploitation ORS PACA

Au 31 décembre 2013, la part des mésothéliomes attribuable à une exposition professionnelle à l'amiante chez les hommes a été estimée à 92,4 %. Chez les femmes atteintes de cette pathologie, aucune exposition n'a été retrouvée dans 28 % des cas. L'âge moyen au diagnostic était de 73,6 ans chez les hommes et de 74,6 ans chez les femmes [2].

Sur la période 2005-2011, 58 % des sujets atteints de mésothéliome ont recouru au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA [3]). Parmi les sujets relevant du régime général de la sécurité sociale, 47 % avaient fait conjointement une déclaration en maladie professionnelle (DMP) et une demande d'indemnisation auprès du FIVA, 14 % avaient effectué une demande auprès du FIVA exclusivement et 13 % une DMP uniquement ; 26 % des sujets n'avaient effectué aucune démarche [3].

RÉFÉRENCES :

- <http://www.cancer-environnement.fr/86-Amiante.ce.aspx>
- Gilg Soit Ilg A, Ducamp S, Gramond C, Audignon S, Chamming's S, de Quillacq A, et al., Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM). Actualisation des principaux résultats. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(3-4):28-37. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/3-4/2015_3-4_1.html
- Chamming's S, Matrat M, Gilg Soit Ilg A, Astoul P, Audignon S, Ducamp S, et al. Suivi médico-social des mésothéliomes pleuraux inclus dans le Programme national de surveillance du mésothéliome entre 1999 et 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(3-4):37-46. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/3-4/2015_3-4_2.html

ENCADRÉ 21: LA PRÉVENTION DU RISQUE D'EXPOSITION À L'AMIANTE : LE RÔLE DE LA DIRECCTE PACA

DIRECCTE PACA

Les affections liées à l'amiante (plaques pleurales, asbestose, mésothéliome, cancer broncho-pulmonaire) ont représenté en PACA, pour l'année 2015, 14 % des maladies professionnelles indemnisées (15 % en 2014, 16 % en 2013, 17 % en 2012 et 16 % en 2011) (Source : CARSATS-E).

Les principaux secteurs concernés sont la chimie, la métallurgie et le secteur du bâtiment et travaux publics (BTP). Les activités de second œuvre du BTP (peintres, plombiers, électriciens, etc) apparaissent aujourd'hui particulièrement exposées (environ 35 % des cas de mésothéliomes).

Cette situation, ainsi que les nombreux écarts constatés dans l'application de la réglementation « amiante » justifient la poursuite d'un fort investissement de l'inspection du travail dans la prévention de ce risque en matière de contrôle.

La stratégie d'action de la DIRECCTE PACA pour la prévention du risque d'exposition à l'amiante, mise en place en 2016 et qui sera

poursuivie en 2017, mobilise plusieurs leviers d'action afin de prendre en compte le large éventail des situations d'exposition rencontrées et d'avoir un impact auprès des différents acteurs concernés :

- ▶ En amont des opérations portant sur des bâtiments existants, contrôle des obligations des maîtres d'ouvrage sur l'existence et la qualité des repérages des matériaux amiantés ;
- ▶ Analyse des plans de démolition, de retrait ou d'encapsulage (PDRE) selon une stratégie par priorisation s'appuyant sur plusieurs critères (importance des opérations, antériorité des intervenants, degré de complexité...);
- ▶ Renforcement des contrôles sur chantier, en lien avec les PDRE examinés, afin de vérifier la mise en œuvre effective et la pertinence des mesures prévues dans les PDRE ;
- ▶ Poursuite des contrôles des sièges des entreprises de retrait certifiées, après mutualisation des constats opérés sur les différents chantiers de ces entreprises ;
- ▶ Contrôle de l'application de la réglementation applicable aux opérations « sur

des matériaux susceptibles de contenir de l'amiante » (dites opération de sous-section 4) à travers l'examen des modes opératoires reçus et par la conduite d'actions à destination de quelques donneurs d'ordre particuliers (bailleurs sociaux, collectivité territoriales...);

- ▶ Contrôle des organismes de formation « sous-section 4 » ; action transversale au sein des 3 pôles de la Direccte, destinée principalement à vérifier la qualité des formations dispensées et l'adéquation des moyens pédagogiques mis en œuvre.

À l'interne, cette stratégie régionale associe un important volet d'accompagnement destiné à assurer un appui aux agents de contrôle sur cette thématique particulièrement complexe, à assurer leur propre protection face à ce risque et à mettre à leur disposition différents outils méthodologiques d'aide au contrôle.

ENCADRÉ 21 SUITE :

À l'externe, elle s'articule avec une démarche partenariale CARSAT S-E / Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT) afin de favoriser son application et de renforcer son impact, notamment par une plus grande cohérence des actions et par la prise de positions communes dans les situations pour lesquelles la réglementation laisse plusieurs interprétations possibles. Elle intègre également

plusieurs mesures d'accompagnement telles que des actions d'information-sensibilisation associant notamment les organisations professionnelles.

Plusieurs indicateurs ont été mis en place afin de permettre le suivi de la stratégie régionale. À titre indicatif au 30 septembre 2016, 460 interventions de l'inspection du travail sur la thématique « amiante » ont été réalisées, dont 165 relatives au contrôle sur site du PDRE.

Ces premiers résultats attestent d'une forte mobilisation des services de l'inspection du travail dans la mise en œuvre de la stratégie d'action. Les évolutions réglementaires et les attentes de la Direction Générale du Travail conduiront à très court terme, à renforcer encore l'animation et l'appui des agents de contrôle sur cette thématique.

ENCADRÉ 22 : LE PROGRAMME NATIONAL DE SURVEILLANCE DU MÉSOThÉLIOME (PNSM)

Cyrielle Orénès, Cire Sud Est Marseille ; Annabelle Gilg Soit Ilg, Santé Publique France Saint-Maurice

Mis en place en 1998 à la demande de la Direction générale du travail et de la Direction générale de la santé, le Programme National de Surveillance du Mésothéliome (PNSM) est coordonné par la Direction santé travail (DST) de Santé Publique France et associe des équipes pluridisciplinaires. Le PNSM est un système de surveillance épidémiologique des effets de l'amiante sur la santé de la population à travers le suivi permanent du mésothéliome pleural, considéré comme « marqueur » de l'exposition à l'amiante au niveau populationnel. La couverture géographique du PNSM est de 21 départements en 2016, dont 3 départements de la région PACA : les Bouches-du-Rhône et le Var depuis 1999, et les Alpes-Maritimes depuis 2006.

Objectifs

Ses objectifs sont :

1. Estimer l'incidence nationale du mésothéliome pleural et son évolution ;
2. Améliorer le diagnostic de ce cancer ;
3. Estimer la part attribuable à l'amiante, et contribuer à la recherche d'autres facteurs étiologiques ;
4. Évaluer le processus de reconnaissance en maladie professionnelle (régime général de sécurité sociale) et de recours auprès du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) ;
5. Contribuer à la recherche par une centralisation des données au niveau national.

Méthodes

- ▶ Chaque nouveau cas de suspicion de mésothéliome pleural fait l'objet d'une procédure standardisée d'enregistrement et de confirmation du diagnostic. Une expertise anatomopathologique est réalisée par le groupe Mésopath (Pr Galateau Sallé) et, en cas d'incertitude, une expertise clinique (Pr Astoul) est menée par trois médecins spécialistes (radiologue, pneumo-oncologue, chirurgien thoracique) ;
- ▶ Les données sur les expositions vie entière à l'amiante et celles aux autres facteurs étudiés (rayonnements ionisants, fibres synthétiques...) sont recueillies auprès des patients ;
- ▶ Une évaluation du processus d'indemnisation est réalisée (maladie professionnelle et FIVA). Une information individuelle sur les démarches de demande d'indemnisation est apportée par l'enquêteur aux patients lors leur rencontre. Une aide à la constitution des dossiers d'indemnisation peut également lui être proposée.

ENCADRÉ 23 : INCIDENCE DU MÉSOThÉLIOME PLEURAL DANS LES TROIS DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION PACA PARTICIPANT AU PNSM : NOMBRE DE CAS CONFIRMÉS ET INCERTAINS MAIS SUSPECTS.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alpes-Maritimes	27	20	17	16	23	16	17
Bouches-du-Rhône	49	46	39	47	51	49	54
Var	27	29	39	35	35	35	39
Totaux	103	96	95	98	109	100	110

Entre 2009 et 2015, le nombre annuel de cas incidents sur l'ensemble des trois départements est d'environ 100. Parallèlement, le nombre annuel de cas, domiciliés dans un de ces trois départements et hospitalisés pour un mésothéliome pleural (dont un des motifs de séjour est codé C45.0 - données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) pour la première fois entre 2010 et 2013, varie de 115 à 120. La différence entre les deux sources de données peut refléter des erreurs de codage du motif d'hospitalisation et / ou un diagnostic de mésothéliome non certifié dans le PMSI et / ou un léger défaut d'exhaustivité du PNSM.

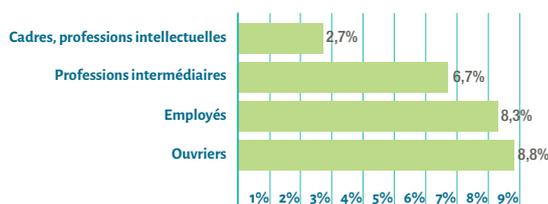
Les principales expositions professionnelles à l'amiante ont été retrouvées parmi les ouvriers du bâtiment, de la construction et de la réparation navale, de la mécanique automobile, de la fabrication de produits moulés et des usines utilisant de l'amiante comme isolant sur leurs infrastructures (chimie, pétrochimie, sidérurgie...).

10 MAINTIEN DANS L'EMPLOI

10.1. Sept pour cent des salariés à risque pour le maintien dans l'emploi en 2013-2014

En région PACA, en 2013-2014, les professionnels de santé-travail du réseau EVREST (voir encadré n°11 en page 31) déclaraient un risque pour le maintien dans leur emploi actuel non négligeable ou élevé pour 7,3 % (IC95 % = 6,4-8,3 ; 10,4 % en 2007-2008) des salariés, sans différence significative selon le sexe. Le risque était deux fois plus élevé chez les salariés de plus de 45 ans (9,8 %, IC95 % = 8,1-11,8) que chez les plus jeunes (5,7 %, IC95 % = 4,7-6,8). Le pourcentage de salariés concernés diminue avec la qualification professionnelle, le risque étant trois fois moindre chez les cadres et intellectuels que chez les ouvriers **GRAPHIQUE 42**. Le risque pour le maintien dans l'emploi varie peu selon les secteurs d'activité **GRAPHIQUE 43**. Il est légèrement plus faible dans le secteur des activités financières et plus élevé dans les secteurs de l'industrie et du commerce.

GRAPH. 42. POURCENTAGE DE SALARIÉS AVEC UN RISQUE POUR LE MAINTIEN DANS LEUR EMPLOI ACTUEL ESTIMÉ NON NÉGLIGEABLE OU ÉLEVÉ PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
*Seules les catégories concernant plus de 50 salariés sont présentées

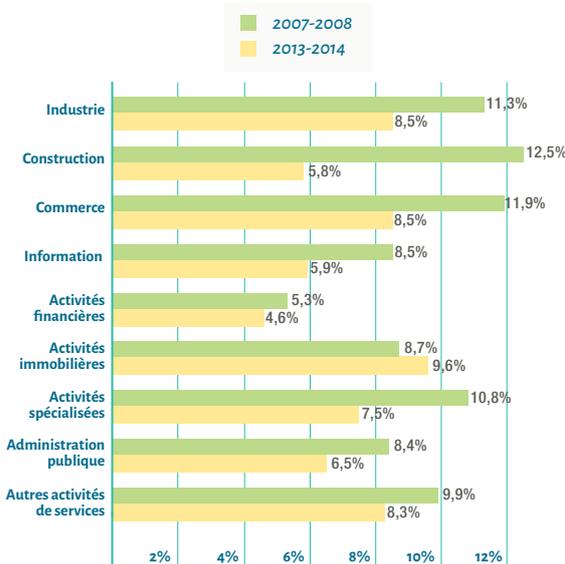
C'est dans le commerce de détail en magasin non spécialisé que le risque pour le maintien dans l'emploi était le plus élevé en 2013-2014 : 14 % (IC95 % = 9,3-20,5) des salariés présentaient un risque estimé non négligeable ou élevé **GRAPHIQUE 43BIS**.

Depuis 2007-2008, le risque pour le maintien dans l'emploi a diminué dans tous les secteurs d'activité, mais ces baisses ne sont pas significatives.

En 2013-2014, la proportion de salariés à risque pour le maintien dans l'emploi est 4 fois plus élevée chez les salariés avec une plainte ou un signe clinique ostéo-articulaire estimé sans lien avec le travail, par le professionnel santé-travail. Si la plainte ou le signe clinique ostéo-articulaire est estimé en lien avec le travail, cette proportion est multipliée par 8 **GRAPHIQUE 44**.

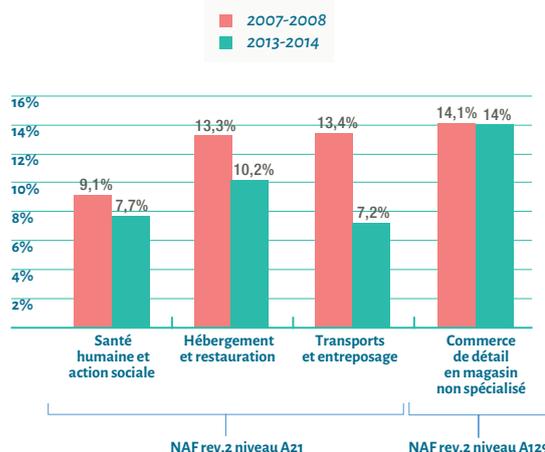
Les proportions de salariés déclarés à risque pour le maintien dans l'emploi par le professionnel santé-travail d'EVREST varient un peu en fonction de la localisation de la plainte ou du signe clinique ostéo-articulaire **GRAPHIQUE 44**.

GRAPH. 43. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS AVEC UN RISQUE POUR LE MAINTIEN DANS LEUR EMPLOI ACTUEL ESTIMÉ NON NÉGLIGEABLE OU ÉLEVÉ PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL ENTRE 2007-2008 ET 2013-2014, SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES



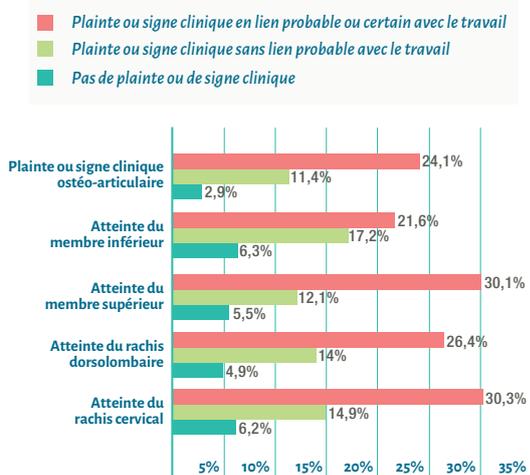
Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
*Seuls les secteurs concernant plus de 50 salariés sont présentés

GRAPH. 43BIS. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS AVEC UN RISQUE POUR LE MAINTIEN DANS LEUR EMPLOI ACTUEL ESTIMÉ NON NÉGLIGEABLE OU ÉLEVÉ PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL ENTRE 2007-2008 ET 2013-2014, SELON CERTAINS SECTEURS D'ACTIVITÉ « CLÉS »*, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA
*Les secteurs les plus représentés à la fois en région PACA et dans les données EVREST

GRAPH. 44. VARIATION DU POURCENTAGE DE SALARIÉS AVEC UN RISQUE POUR LE MAINTIEN DANS LEUR EMPLOI ACTUEL ESTIMÉ NON NÉGLIGEABLE OU ÉLEVÉ PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL, SELON L'ABSENCE OU LA PRÉSENCE DE PLAINTES OU DE SIGNES CLINIQUES OSTÉO-ARTICULAIRES (EN LIEN OU NON AVEC LE TRAVAIL), RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014



Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

La proportion, en 2013-2014, de salariés à risque pour le maintien dans l'emploi est multipliée par 2,6 lorsqu'ils présentent des symptômes psychiques estimés sans lien avec le travail, par le professionnel de santé-travail, par 5,7, (de 4,2 %, IC95 % = 3,5-5,2, à 24,1 %, IC95 % = 19,3 - 29,6) lorsque les symptômes psychiques sont estimés en lien avec le travail, cette proportion est multipliée par 5,7 (de 4,2 %, IC95 % = 3,5-5,2, à 24,1 %, IC95 % = 19,3 - 29,6), en 2013-2014. Cette proportion augmente encore avec le nombre de symptômes psychiques en lien probable avec le travail TABLEAU 19.

TABLEAU 19. POURCENTAGE DE SALARIÉS AVEC UN RISQUE POUR LE MAINTIEN DANS LEUR EMPLOI ACTUEL ESTIMÉ NON NÉGLIGEABLE OU ÉLEVÉ, SELON L'ABSENCE OU LA PRÉSENCE DE SYMPTÔMES PSYCHIQUES ESTIMÉS PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ-TRAVAIL EN LIEN PROBABLE AVEC LE TRAVAIL, RÉSEAU EVREST EN RÉGION PACA, DONNÉES REDRESSÉES 2013-2014

Symptômes	Risque pour le maintien estimé non négligeable ou élevé	
	%	IC95 %
Pas de symptôme psychique	4,2	3,5 - 5,2
Symptômes psychiques sans lien avec le travail	10,9	7,8 - 15,1
1 symptôme psychique en lien probable avec le travail	20,7	15,3 - 27,5
2 symptômes psychiques en lien probable avec le travail	25,5	16,5 - 37,2
3 symptômes psychiques en lien probable avec le travail	40,6	26,1 - 56,8

Sources : EVREST en région PACA – Exploitation ORS PACA

Parmi les salariés ayant participé à l'enquête EVREST en 2011-2012 et en 2013-2014, 44 salariés présentaient, en 2011-2012, un risque pour le maintien dans l'emploi estimé non négligeable ou élevé par les professionnels de santé-travail, et 769 présentaient un risque estimé faible ou nul à la même période. Parmi eux, en 2013-2014, 37 salariés ont nouvellement présenté un risque pour le maintien dans l'emploi non négligeable ou élevé, soit une incidence de 4,8%. De plus, parmi les 44 qui présentaient un risque de maintien dans l'emploi, le risque était devenu faible ou nul pour 28 d'entre eux (63,6%).

10.2. Coopérations institutionnelles pour le maintien dans l'emploi en région PACA

En juillet 2006, l'État, la CNAMTS, la MSA et l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) signaient un protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Cet accord faisait écho à plusieurs initiatives régionales, dont celle de la région PACA. Celle-ci avait, en effet, mis en œuvre, en décembre 2005, une charte de coopération régionale avec ces mêmes partenaires. Les parties signataires s'étaient données pour objectif commun de favoriser le maintien dans l'emploi et de réduire le nombre de licenciements pour inaptitude médicale prononcés chaque année en région PACA. Cette volonté commune a été renouvelée par la signature de la charte régionale de coopération sur le maintien dans l'emploi en région PACA 2015-2017, qui poursuit la démarche de coopération initiée en 2005 et intègre de nouveaux signataires : le Régime des salariés indépendants (RSI) et le Service social maritime (SSM). Le maintien dans l'emploi est une démarche complexe puisqu'elle implique un grand nombre d'acteurs ayant des logiques, des niveaux et des temps d'intervention différents. Une grande diversité d'acteurs médicaux, sociaux et professionnels peut être amenée, en effet, à intervenir pour favoriser le maintien dans l'emploi. Les démarches de maintien dans l'emploi doivent permettre aux personnes de conserver leur emploi dans des conditions de travail compatibles avec leur état de santé.



Le plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) est élaboré en lieu et place des plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH). Il comprend trois éléments : un diagnostic régional (réalisé en région PACA en 2011 sur les quatre axes d'intervention du PRITH : accès à l'emploi, accès à la formation, sensibilisation des entreprises et maintien dans l'emploi), un plan d'actions régional pour l'insertion des personnes handicapées comportant des axes d'intervention et des objectifs précis, et des indicateurs régionaux de suivi et d'évaluation des actions menées au niveau régional.

Pour le PRITH en région PACA, les priorités d'intervention identifiées afin d'améliorer le maintien dans l'emploi étaient de :

- valoriser les dynamiques engagées de collaboration et de coordination : par un appui sur la Charte régionale de coopération pour le maintien dans l'emploi pour pérenniser les dispositifs et les bonnes pratiques mises en œuvre, par une prolongation du dispositif d'observation / capitalisation des connaissances, et par le maintien d'une dynamique partenariale ;
- favoriser le déclenchement le plus en amont possible du processus de maintien : par la promotion et le développement des outils de détection précoce et de remobilisation du salarié, la facilitation des outils de reconversion, la connexion des actions de maintien avec les dispositifs de prévention et de sensibilisation avec l'ensemble des partenaires de la Charte, et par la mutualisation des démarches de communication.

10.3. Analyse du tableau de bord maintien dans l'emploi de l'Observatoire régional des métiers

Appuyant la réflexion des membres du comité de pilotage de la Charte régionale de coopération sur le maintien dans l'emploi, un tableau de bord maintien dans l'emploi est réalisé annuellement par l'Observatoire régional des métiers (voir encadré n°24 en page 62).

Un recul des licenciements pour inaptitude

Durant l'année 2014, 4 293 personnes (reconnues handicapées ou non) se sont inscrites à Pôle emploi suite à un licenciement pour inaptitude physique. L'inaptitude physique du salarié se définit comme l'incapacité physique d'exercer tout ou partie des fonctions rémunérées par l'employeur.

DONNÉES DE CONTEXTE

Population

- 1 408 445 salariés du régime général en 2014. (Source : CARSAT S-E)

- 40 496 salariés et non-salariés du régime agricole au 1^{er} janvier 2015. (Source : MSA)

Inscriptions au chômage suite à un licenciement pour inaptitude

Source : Pôle emploi – Traitement ORM

	2014
Nombre d'inscrits à Pôle emploi suite à un licenciement pour inaptitude physique	4 293

Cependant, ces données ne recouvrent pas toutes les situations de perte d'emploi pour raison de santé ou d'inaptitude. En effet, les personnes se trouvant dans ces situations ont pu démissionner, négocier leur licenciement pour un autre motif ou sortir du marché du travail.

Une prise en charge précoce nécessaire

Pour anticiper tout risque d'inaptitude au moment de la reprise d'emploi, les échanges d'informations précoces entre les acteurs médicaux, sociaux et professionnels chargés du maintien dans l'emploi sont importants. Par exemple, la visite de pré-reprise, effectuée pendant l'arrêt de travail, permet de faciliter la recherche de mesures utiles pour un maintien dans l'emploi. Cependant, cette mesure reste peu connue et sous-utilisée. Les examens de pré-reprise représentent 2,3 % de l'ensemble des examens réalisés par les médecins du travail des services de santé au travail interentreprises (régime général).

Un arrêt de travail de longue durée peut être l'indicateur d'une situation susceptible d'avoir un impact sur le retour à l'emploi. Pour éviter tout risque d'inaptitude lors de la reprise d'emploi, il est nécessaire d'identifier ces arrêts de travail et de les signaler aux médecins du travail, aux assistants sociaux, aux services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth), etc...

En 2014, 49 511 assurés sociaux en arrêt de travail de plus de 90 jours ont été signalés au service social de la CARSAT S-E (soit 3,5 % des salariés du régime général). Ces signalements étant nombreux et tous ne nécessitant pas une solution relevant du dispositif de maintien, le service social organise des interventions collectives. Ainsi, depuis janvier 2008, il co-anime, avec les Sameth, des séances d'informations sur le thème du maintien dans l'emploi, auprès de personnes en arrêt de travail depuis plus de 90 jours et des nouvelles personnes invalides. Les Sameth interviennent dans ce cadre, soit ponctuellement soit régulièrement, selon les départements de la région PACA. Il y a eu 1 652 participants en 2014. Dans le cadre d'une intervention individuelle, 6 452 personnes ont bénéficié d'une aide des assistants sociaux de la CARSAT S-E.

Le service d'action sociale de la MSA est également impliqué dans les démarches de maintien dans l'emploi, mais nous ne disposons pas d'éléments chiffrés sur cette activité pour l'année 2014.

En 2014, 202 marins de l'Établissement national des invalides de la Marine (ENIM) en arrêt de travail de plus de 60 jours ont été signalés au service social maritime (SSM), et 84 d'entre eux ont bénéficié d'une intervention individuelle du SSM, soit respectivement 4,1 % et 1,7 % des marins actifs.

Une augmentation des situations potentielles de maintien dans l'emploi

3 946 signalements des médecins conseils vers le service social de la CARSAT S-E ont été effectués en 2014, soit 1 % de plus qu'en 2013. Le nombre de signalements auprès des médecins du travail a connu une augmentation bien plus forte, de 13 % entre 2013 et 2014 : 4 875 signalements ont été faits par les médecins conseils en 2014. Le service social maritime a reçu 22 signalements en 2014, le même nombre qu'en 2013.

Il y a eu 6 720 avis d'inaptitude définitive délivrés en 2014 par les médecins du travail des services de santé au travail interentreprises (régime général), soit 0,9 % des avis délivrés en 2014. En 2013, cette proportion était très proche, 6 653 avis ayant été délivrés. Les médecins du travail MSA (régime agricole) ont quant à eux délivré 323 avis d'inaptitude en 2014 et 275 en 2013, soit respectivement 1,7 % et 1,1 % des avis délivrés. De plus, 38

marins ont été reconnus définitivement inaptes à la navigation en 2014, soit 0,8 % des marins actifs. Enfin, les services médicaux du Régime Social des Indépendants (RSI) ont prononcé 809 accords d'invalidité ou d'incapacité au métier pour les artisans ou commerçants en 2014, soit 0,4 % des cotisants.

La part des avis d'aptitude avec restrictions et d'inaptitude temporaire a augmenté plus fortement, passant de 7,9 % des avis prononcés en 2013 à 8,7 % en 2014. Le nombre de ces avis était de 62 271 en 2014, dans les services de santé au travail interentreprises. Dans le régime agricole, ils ont été moins nombreux et ont connu une augmentation plus lente : 378 avis de demandes d'aménagement du poste de travail et d'inaptitude temporaire en 2014. Les personnes ayant reçu ces types d'avis peuvent nécessiter un accompagnement dans le cadre d'un maintien dans l'emploi.

LES SITUATIONS À RISQUE (POTENTIEL DE MAINTIEN)

Accidents du travail et maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente

Source : CARSAT S-E

En 2014, 3 670 accidents du travail, 864 maladies professionnelles et 962 accidents du trajet ont entraîné une incapacité permanente chez les assurés du régime général.

Arrêts de travail de plus de 90 jours

Source : CARSAT S-E service social

En 2014, 49 511 assurés sociaux en arrêt de travail de plus de 90 jours ont été signalés au service social de la CARSAT S-E par les CPAM.

Arrêts de travail de plus de 60 jours

Source : ENIM, service social maritime (SSM)

En 2014, 202 marins en arrêt de travail de plus de 60 jours ont été signalés au service social maritime par l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM).

Avis prononcés par les médecins du travail

Sources : DIRECCTE PACA – MSA – Service de santé des Gens de mer – Traitement ORM

	2012	2013	2014
Services de santé au travail interentreprises*			
Aptes	708 283	650 311	628 871
Aptes avec réserve	50 277	44 485	52 743
Inaptes temporaires	9 808	12 771	9 528
Inaptes définitifs	7 526	6 653	6 720
Visites de pré-reprise	-	14 776	16 074
MSA			
Aptes	24 239	22 506	17 887
Inaptitudes temporaires	196	178	206
Inaptitudes	337	275	323
Aménagements ou changements de poste	314	284	172
Études de poste	452	403	327
Visites de pré-reprise	395	425	395
Gens de mer			
Inaptes définitifs à la marine	39	31	38

* L'activité des services de santé au travail autonomes n'est pas prise en compte

Accords d'invalidité et d'incapacité au métier prononcés par les services médicaux du RSI

Source : Régime social des indépendants (RSI)

	2012	2013	2014
Artisans			
Invalidité totale	94	118	116
Invalidité partielle ou incapacité au métier	242	302	346
Commerçants			
Invalidité totale	126	123	143
Invalidité partielle ou incapacité au métier	149	187	204
Total invalidité ou incapacité (artisans et commerçants)	611	730	809
Nombre total de cotisants	218 013	217 707	212 113

Les médecins du travail ont vocation à être au centre du dispositif de maintien, mais manquant de moyens et de temps, il leur est difficile d'être plus présents dans la construction d'une solution. Leur part parmi les personnes à l'origine des signalements faits aux Sameth a diminué depuis 2013 (elle est passée de 43 % à 38 % pour les médecins du secteur privé en 2014).

Une intensification de l'activité des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth)

En 2014, 1 956 dossiers ont été ouverts (+19,9 % en un an). L'origine des signalements faits aux Sameth provient essentiellement des médecins du travail, de l'entreprise concernée, du salarié lui-même, et des services sociaux de la CARSAT S-E. La part des signalements provenant de l'entreprise a légèrement augmenté. À l'origine de cette amélioration, un ensemble d'explications est probablement en jeu : une meilleure information et sensibilisation sur les démarches de maintien dans l'emploi (les acteurs impliqués, les outils disponibles...), l'ancienneté des Sameth qui s'accompagne d'une meilleure identification du service et de ses missions, et dans les entreprises, une meilleure connaissance des obligations légales et des pénalités liées à la loi « Handicap » du 11 février 2005, qui a pu conduire à une plus grande volonté des employeurs d'y répondre.

Les entreprises ayant fait appel aux Sameth sont pour la plupart de petits établissements (54 % d'entre eux ont moins de 50 salariés, et 28 % en comptent moins de 10) et appartiennent aux secteurs du commerce, de la santé et de l'action sociale, de la construction et de l'industrie manufacturière (chacun de ces secteurs représente au moins 10 % des parcours Sameth en 2014).

Les caractéristiques des travailleurs handicapés nouvellement pris en charge diffèrent selon le type de service mobilisé. Les personnes ayant un handicap moteur, ainsi que celles ayant une maladie invalidante sont plutôt surreprésentées parmi les travailleurs ayant eu recours au service d'ingénierie, tandis que celles ayant une déficience auditive sont en surreprésentation très marquée parmi les travailleurs ayant eu recours au service facilitation. (voir encadré « Actions des Sameth »).

Au regard de l'écart entre le nombre de dossiers ouverts par les Sameth (1 956) et le nombre d'avis d'aptitude avec restrictions ou demandes d'aménagement du poste de travail et les avis d'inaptitude temporaire prononcés par les médecins du travail (62 649 dans le régime général et agricole), il se peut qu'il y ait une sous-utilisation des Sameth. Cependant, elle est difficilement quantifiable. Parmi les explications les plus probables qui peuvent être avancées, on peut noter que :

- ▶ toutes ces situations ne nécessitent pas forcément un accompagnement extérieur. Il peut s'agir d'un simple aménagement ;
- ▶ le réseau de maintien dans l'emploi demeure globalement mal connu ;
- ▶ le champ d'intervention des Sameth n'est pas toujours bien identifié (service d'information, facilitation et ingénierie) ;

- ▶ l'accompagnement par les Sameth s'adresse aux travailleurs reconnus handicapés ou en voie de reconnaissance (ie. Les bénéficiaires du champ d'intervention de l'Agefiph) ;
- ▶ les employeurs appliquant un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement, en faveur des travailleurs handicapés ne peuvent actuellement faire appel aux Sameth que s'ils répondent à l'obligation d'emploi de 6 % au moins de travailleurs handicapés.

LES PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE

DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

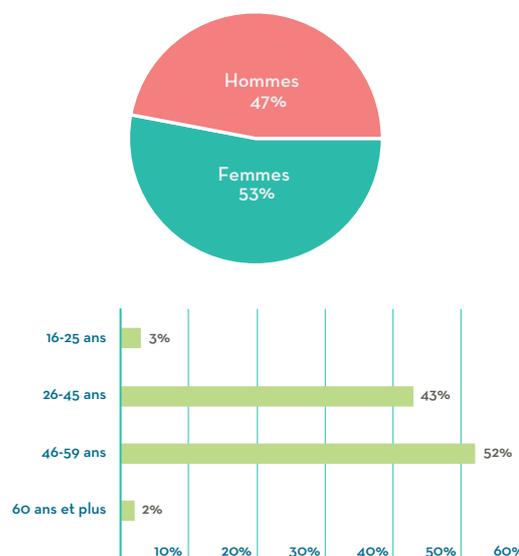
Accompagnement du service social de la CARSAT S-E (domaine : prévention de la désinsertion professionnelle)

Source : CARSAT S-E – Traitement ORM

	2011	2012	2013	2014	Évolution 2013-2014
Nombre de bénéficiaires d'une intervention individuelle	6 936	6 188	6 606	6 452	- 2 %
Nombre de participants à une action collective	995	1 204	1 623	1 652	+ 2 %

Caractéristiques des bénéficiaires d'intervention individuelle en 2014

Source : CARSAT S-E – Traitement ORM



Accompagnement du service social maritime (SSM)

Source : Service social maritime – Traitement ORM

	2014	Part sur l'ensemble des marins actifs
Nombre de marins en arrêt de travail de 60 jours et plus ayant bénéficié d'une intervention individuelle du SSM	84	1,7 %
Nombre de marins actifs	4 876	

Source : Sameth, DR Agefiph – Traitement ORM

Nombre de dossiers ouverts 2013-2014

Nombre de parcours initiés suite à l'ouverture de services	2013	2014
Service facilitation	501	704
Service ingénierie	1 131	1 252
Total	1 632	1 956

Service facilitation : la mission du Sameth consiste à faciliter la mise en œuvre de la solution de maintien dans l'emploi préalablement identifiée.

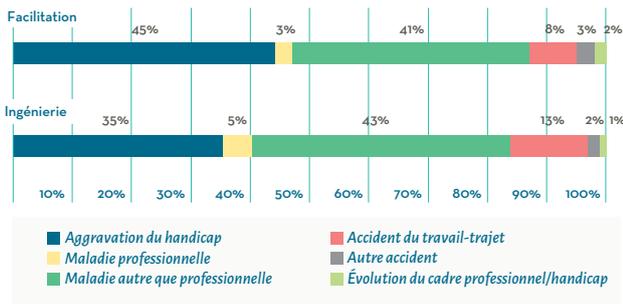
Service ingénierie : la mission du Sameth est d'aider à la recherche puis à la mise en œuvre d'une solution de maintien dans l'emploi.

Pour les dossiers traités en 2014	Facilitation	Ingénierie
Nombre de parcours traités dans l'année*	982	2 132
Part des femmes	46 %	49 %
Part des moins de 25 ans	2 %	2 %
Part des 50 ans et plus	43 %	39 %
Niveau de qualification (parts)		
Manœuvres, ouvriers spécialisés	2 %	2 %
Ouvriers qualifiés	7 %	8 %
Employés non qualifiés	9 %	11 %
Employés qualifiés	71 %	69 %
Techniciens, agents de maîtrise et cadres	11 %	10 %
Handicap principal		
Déficience motrice	44 %	54 %
Maladie invalidante	18 %	27 %
Déficience visuelle ou auditive	32 %	11 %
Multi-handicap	3 %	5 %

* Les dossiers traités en 2014 peuvent avoir été ouverts précédemment.

Fait générateur à l'ouverture d'un parcours (pour les parcours traités en 2014)

Source : Sameth, DR Agefiph – Rapport d'activité de l'année 2014 – Traitement ORM



Nombre de maintiens réalisés par les Sameth	2013	2014
Pour le service facilitation	451	492
Pour le service ingénierie	737	797
Total	1 188	1 289*

* Lecture : Parmi les parcours traités en 2014, 1 289 ont permis un maintien en emploi du salarié

Caractéristiques des maintiens réalisés en 2014

	Facilitation	Ingénierie	Ensemble des services
Durée de prise en charge			
Moins de 6 mois	58 %	34 %	43 %
De 6 mois à moins de 12 mois	31 %	39 %	36 %
De 12 mois à moins de 18 mois	7 %	15 %	12 %
18 mois et plus	4 %	12 %	9 %
Situation de la personne suite au maintien réussi			
Même métier exercé	94 %	82 %	86 %
Métier différent	6 %	18 %	14 %

Un faible recours à la formation pour pallier une problématique de maintien en emploi

En 2014, 1 289 maintiens en emploi ont pu être réalisés avec l'appui des Sameth, soit un taux de maintiens réalisés de 86 %, par rapport à l'ensemble des parcours clos dans l'année (hors causes exogènes, telles que décès, déménagement, démission, retraite ou préretraite du salarié, etc.). Parmi ces maintiens réalisés, 86 % ont permis aux salariés d'exercer le même métier. Pour le service ingénierie, la proportion de personnes exerçant un métier différent est plus importante, et la prise en charge est plus longue que dans le service facilitation.

Le service social de la CARSAT S-E a quant à lui permis un maintien en emploi pour 28 % des bénéficiaires d'un accompagnement, et un maintien sur le marché du travail pour 34 %, en fin d'action 2014.

Différents outils peuvent être mobilisés pour réussir un maintien dans l'emploi. Selon la problématique, une simple adaptation du poste de travail conviendrait. Mais dans certains cas, lorsque la qualification acquise n'est plus adaptée ou suffisante pour conserver son emploi, la formation peut être une solution.

Cependant, le recours à la formation est faible parmi les mesures ayant contribué au maintien dans l'emploi, l'aide à la formation représentait 8 % des mesures mobilisées dans le cadre d'un parcours en 2014. Ceci peut s'expliquer, entre autres, par le fait que les personnes concernées ne sont pas forcément dans une logique de formation, rebutées par une vision trop scolaire de celle-ci ou jugeant qu'il est trop tard pour entreprendre une reconversion ou encore freinées par un faible niveau de qualification.

RÉFÉRENCES :

ORM Provence-Alpes-Côte d'Azur, Tableau de bord régional Maintien dans l'emploi en Provence – Alpes – Côte d'Azur 2016 (données 2014)

ENCADRÉ 24: LE TABLEAU DE BORD RÉGIONAL MAINTIEN DANS L'EMPLOI EN PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR ET SON ÉVOLUTION

Depuis 2009, la Mission Handicap de l'Observatoire régional des métiers – ORM (*), soutenue conjointement par la délégation régionale de l'Agefiph, la DIRECCTE - pôle 3E et la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, a en charge de collecter, traiter et mettre en forme des données statistiques sur le maintien dans l'emploi, rassemblées dans un tableau de bord régional publié chaque année.

Ce chantier s'enrichit de coopérations régulières avec les membres du comité de pilotage de la Charte régionale de coopération sur le maintien dans l'emploi : ceux-ci contribuent à la réalisation du support, en l'alimentant (données fournies par la Délégation régionale de l'Agefiph, la CARSAT S-E, la DIRECCTE PACA, la Mutualité sociale agricole, les Gens

de mer, l'INSEE, les Maisons départementales des personnes handicapées de notre région, Pôle emploi et le Régime social des indépendants), voire pourquoi pas en formulant des propositions de nouveaux indicateurs.

Dans le cadre du programme d'activités 2016 de sa Mission Handicap, l'ORM conduit une enquête sur l'évolution du tableau de bord régional maintien dans l'emploi. Cette étude a pour objectifs d'une part de caractériser les bases des principaux fournisseurs de données sur le maintien dans l'emploi ; d'autre part d'évaluer les possibilités d'enrichissement de ce support, notamment au regard des orientations du PRST3 - Plan régional de santé au travail - ; et enfin d'envisager de nouvelles perspectives de diffusion de ces données, en

synergie avec l'Observatoire régional de la santé et le tableau santé, sécurité, conditions de travail.

Pour en savoir plus :

<http://www.orm-PACA.org/Tableau-de-bord-regional-Maintien-dans-l-emploi-en-Provence-Alpes-Cote-d-Azur-721>

() Les travaux de la Mission Handicap ORM, tant statistiques que qualitatifs, ont donné lieu à une cinquantaine de publications depuis 2000 : notes conjoncturelles, bilans statistiques annuels, études monographiques sur le maintien dans l'emploi, le contrat d'apprentissage des travailleurs handicapés ou encore sur des publics comme les jeunes, les demandeurs d'emploi ou les seniors en situation de handicap.*

ENCADRÉ 25: LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES SALARIÉS ATTEINTS DE TROUBLES MUSCULOQUELETTIQUES (TMS)

ORS PACA

Introduction

Le maintien dans l'emploi (MDE) vise à permettre aux personnes présentant des difficultés sur leur poste de travail en raison de problèmes de santé et/ou de limitations fonctionnelles, de conserver leur emploi. Cette démarche pluridisciplinaire mobilise différents acteurs : médecin du travail dont le rôle est central, médecin conseil, médecin de soin, Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi de l'AGEFIPH, assistante sociale, etc... Elle s'articule autour de la détection et l'analyse de situations problématiques et de la recherche et mise en place de solutions appropriées. Une étude a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé PACA à la demande de la DIRECCTE PACA et de la Région PACA afin de documenter, chez les acteurs de l'entreprise (employeurs et salariés), les connaissances, perceptions et usages des dispositifs dédiés au MDE lorsque les problèmes de santé sont liés à des troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine professionnelle ou non. L'objectif était également d'identifier les freins et leviers à la mobilisation de ces dispositifs et de faire émerger des pistes pour en améliorer l'utilisation et l'efficacité globale.

Méthodes

Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi dirigés auprès de salariés du secteur privé d'une part et d'employeurs et cadres en ressources humaines d'autre part. Les participants ont été recrutés en région PACA entre 2012 et 2013, dans les secteurs d'activité les plus touchés par les TMS. Les salariés inclus

étaient eux-mêmes porteurs de TMS entraînant des difficultés sur leur poste de travail. Le contenu des entretiens a été analysé selon une méthode de type thématique.

Résultats

Les salariés ont évoqué les stratégies qu'ils développent afin de poursuivre une activité professionnelle : elles sont basées essentiellement sur la gestion médicamenteuse de la douleur induite par les TMS. Ils n'avaient que rarement recours aux dispositifs institutionnels de MDE qu'ils connaissaient mal et percevaient comme peu efficaces. La plupart d'entre eux associaient, dans leur système de représentation, statut de travailleur handicapé et difficultés d'insertion et d'évolution professionnelle. Tous ont exprimé une volonté de se maintenir dans l'emploi et une majorité d'entre eux percevait la reconversion professionnelle comme inaccessible. Les axes d'amélioration qu'ils proposaient concernaient la prévention des TMS (mise à disposition d'équipements adaptés aux tâches professionnelles, apprentissage des gestes et postures adéquats...) et le développement de solutions de MDE autour du handicap au travail (parcours de reconversion, facilitation d'accès à la formation, implication de l'employeur dans le maintien dans l'emploi, communication sur le handicap, etc.).

Les employeurs, s'ils percevaient la fréquence élevée des TMS dans leur entreprise, se montraient fatalistes sur cette problématique. Ils développaient, souvent, des stratégies

informelles d'aménagement des conditions de travail, sans recourir aux outils existants, là encore, mal connus et/ou perçus comme inefficaces. Seules les grandes entreprises pouvaient témoigner d'expériences fructueuses de MDE. L'employabilité des salariés atteints de TMS (et des travailleurs handicapés) était remise en question par les employeurs, du fait de la primauté des activités manuelles dans leur secteur d'activité. Les employeurs ne considéraient pas la formation comme une disposition favorisant le MDE et leurs préconisations en vue d'améliorer le maintien dans l'emploi faisaient en grande partie écho à celles des salariés.

Conclusion

L'étude explore les perceptions du MDE auprès des salariés et employeurs, notamment dans les petites et moyennes entreprises. Ce sont celles qui recourent le plus irrégulièrement aux dispositifs institutionnels dédiés. L'information des acteurs du monde de l'entreprise sur le fonctionnement des procédures, leur sensibilisation à l'anticipation des situations de handicap, tout comme l'accompagnement spécifique des petites et moyennes entreprises apparaissent comme une nécessité pour favoriser l'utilisation des dispositifs de maintien dans l'emploi. Il paraît également important de mieux coordonner les acteurs de la chaîne du MDE et de simplifier les procédures de saisie, afin de rendre ces dispositifs plus lisibles et efficaces.

Dr Elsa DREYFUS, Association Interprofessionnelle de Santé et Médecine de Travail (AISMT13)

Contexte

Afin de mieux comprendre les causes des inaptitudes et ainsi mieux cibler et prioriser les actions de prévention, les médecins du travail de l'AISMT13, service de santé au travail inter-entreprises ne comportant pas de secteur BTP, ont participé à un recueil des données issues de leurs consultations de 2014.

Méthode

Un questionnaire portant sur les inaptitudes réalisées en 2014 a été envoyé aux 62 médecins du service. Quarante-six médecins (74 %) ont répondu, permettant de recueillir un échantillon de 841 inaptitudes médicales avec un questionnaire exploitable.

Résultats

Les inaptitudes touchent 60 % de femmes, alors qu'elles ne représentent que 40 % des salariés suivis à l'AISMT13.

La fréquence des inaptitudes augmente globalement avec l'âge : 30 % des inaptitudes sont réalisées après 55 ans, 32 % entre 45 et 54 ans, 23 % entre 35 et 44 ans, 14 % entre 24 et 34 ans, 1 % avant 25 ans.

Deux types de pathologies prédominent largement : d'une part, les pathologies du système ostéo-articulaire (39 %) et d'autre part, les troubles de santé mentale et du comportement (32 %) : troubles compris ici

au sens large, allant de la simple anxiété aux dépressions, jusqu'aux troubles graves de la personnalité.

Ensuite viennent les polyopathologies (7 %), les pathologies du système nerveux (5 %), les pathologies de l'appareil circulatoire (3 %) et les tumeurs malignes (2 %).

Parmi les pathologies ostéo-articulaires, les pathologies du rachis sont les plus fréquentes (20 % des inaptitudes) devant les pathologies du membre supérieur (9 %) et du membre inférieur (9 %).

Les salariés reconnus inaptes sont dans 36 % des cas en invalidité 2^e catégorie de la sécurité sociale et dans 7 % en invalidité 1^{re} catégorie.

Les causes non professionnelles représentent 82 % des inaptitudes ; 15 % des inaptitudes sont liées à un accident du travail (AT) et 3 % à une maladie professionnelle (MP).

Parmi les inaptitudes pour troubles de santé mentale, 9 % sont liées à un AT, 0,4 % à une MP, et 20 % sont en lien probable avec le travail. Parmi les inaptitudes pour troubles musculosquelettiques (TMS), 32 % sont liées à un AT, 6 % à une MP, et 4 % en lien probable avec le travail.

Pour les secteurs d'activité : c'est la grande distribution qui tient la tête avec 8 % des

inaptitudes. Viennent ensuite le secteur du nettoyage (5 %) et des aides à domicile (5 %).

Les professions les plus concernées sont les nettoyeurs (9 % des inaptitudes), les aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales (5 %), les employés de libre-service du commerce et magasiniers (4 %), les employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers (4 %), et les caissiers de magasin (4 %). Paradoxalement ces professions ne sont actuellement pas concernées par le dispositif de la loi de prévention de la pénibilité, l'évaluation réalisée par les employeurs retrouvant une exposition très en deçà des seuils réglementaires. La loi de prévention prévoit des seuils pour l'évaluation de la pénibilité. Pour le travail répétitif par exemple, le seuil défini est d'au moins 900 heures de travail répétitif par an (décret du 30 décembre 2015), avec deux seuils d'intensité :

- ▶ un temps de cycle inférieur ou égal à 30 secondes : 15 actions techniques ou plus ;
- ▶ temps de cycle supérieur à 30 secondes, temps de cycle variable ou absence de temps de cycle : 30 actions techniques ou plus par minute.

Ces seuils ne sont en pratique quasiment jamais atteints.



© Édition Mai 2017 - ORS PACA

Faculté de Médecine
27 boulevard Jean Moulin - 13385 Marseille cedex 5
Tél : 04 91 32 48 00
Site web : www.sistepaca.org

Conception graphique : Ariane Souvannavong sous la supervision de Bilel Mebarki



Ce document est la quatrième réactualisation du tableau de bord régional santé, sécurité, conditions de travail. Etat des lieux des données sur les maladies professionnelles et les accidents du travail en PACA, son objectif est de décrire et de suivre divers indicateurs de santé au travail afin de guider les actions des préventeurs et les acteurs de l'entreprise. Cette mise à jour a été réalisée en 2016 par l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) à la demande de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et des membres du Comité Régional d'Orientations des Conditions de Travail.

Nous tenons à remercier les organismes qui ont participé à la réalisation de ce document :

- ▶ L'Association interprofessionnelle de santé et médecine du travail des Bouches-du-Rhône (AISMT 13)
- ▶ L'Association des services de santé au travail du BTP des Bouches-du-Rhône (ASTBTP 13)
- ▶ La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail du Sud-Est (CARSAT S-E)
- ▶ Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la Timone
- ▶ Le Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA)
- ▶ La Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE PACA)
- ▶ Le groupe de travail Évolutions et relations en santé au travail (EVREST) en région PACA
- ▶ La Mutualité sociale agricole Provence-Azur (MSA)
- ▶ L'Observatoire régional des métiers Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORM PACA)
- ▶ L'Union régionale CFDT PACA
- ▶ L'Union régionale CGT PACA
- ▶ L'Union régionale FO PACA



**Direction régionale des entreprises,
de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi**

25 rue Borde
13008 Marseille

paca.direccte.gouv.fr



**Observatoire régional de la santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Faculté de Médecine
27 Boulevard Jean Moulin
13385 Marseille cedex 5

www.orspaca.org



**Mutualité sociale agricole
Provence-Azur**

152 Avenue de Hambourg
13008 Marseille

www.msaprovenceazur.fr



**Observatoire régional des métiers
Provence-Alpes-Côte d'Azur**

41 La Canebière,
13001 Marseille

www.orm-paca.org



**Évolutions et relations en santé
au travail en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur**

7 Cours des Arts et Métiers
13100 Aix en Provence

evrest.istnf.fr



**Caisse d'assurance retraite
et de la santé au travail du Sud-Est**

35 Rue George, 13005 Marseille

www.carsat-sudest.fr