



Fédération nationale des observatoires
régionaux de la santé

ORS Centre, Haute-Normandie,
Languedoc-Roussillon, Picardie,
Provence-Alpes-Côte d'Azur



La santé au travail

dans

les régions de France

Contexte socio-économique

Répartition de l'offre de médecine du travail en France

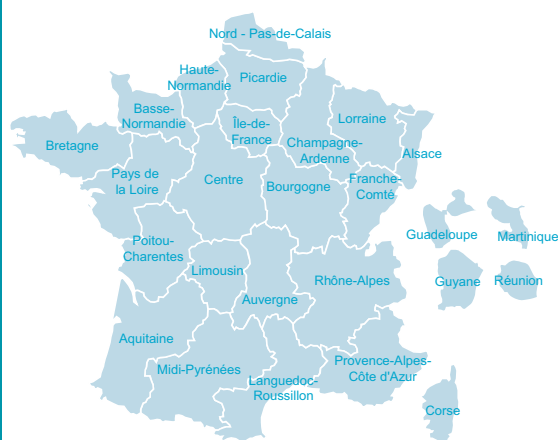
Conditions de travail

Accidents du travail

Maladies professionnelles

Risques psychosociaux au travail

Collection « Les études du réseau des ORS »





Sommaire

Introduction	5
Contexte socio-économique	9
Répartition de l'offre de médecine du travail en France	21
Conditions de travail	29
Accidents du travail	37
Maladies professionnelles	53
Risques psychosociaux au travail	89
Synthèse	97
Annexes	103

Ce rapport a été réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2007 passée entre la Fnors et la Direction générale de la santé, par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la Fnors :

ORS Centre : Céline Cohoner, Céline Leclerc

ORS Haute-Normandie : Hervé Villet

ORS Languedoc-Roussillon : Bernard Ledésert

OR2S Picardie : Sophie Pilleron

ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur : Kamel Bezzou, Pierre Verger, Alain Viau

Fnors : André Ochoa, Alain Trugeon

Il a été mis en page par Christine Voto (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Les indicateurs et les données présentés dans ce document reposent pour une grande partie sur la base de données SCORE-santé : www.fnors.org.

Remerciements à Anne Delépine et Bernard Siano, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), Ellen Imbernon, Institut de veille sanitaire (InVS), Isabelle Niedhammer, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) pour leur relecture et leurs conseils.

Introduction

Deux des avancées les plus remarquables de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 sont d'avoir remis la prévention au cœur des priorités de santé publique et redonné à la santé au travail la dimension de santé publique qui lui manquait en France. Cette loi s'est ainsi traduite par l'inscription d'objectifs quantifiés spécifiques concernant les domaines suivants de la santé au travail : le risque routier, les risques périarticulaires, ceux liés à l'exposition des travailleurs au bruit et, enfin, ceux liés aux agents cancérigènes en milieu professionnel. Dans les suites de la promulgation de la loi et en articulation avec le Plan national santé environnement, un travail collectif associant divers ministères a permis d'élaborer un Plan santé au travail, pour la période 2005-2009. Ce plan vise à l'amélioration des connaissances sur les conditions de travail en général et propose un cadre d'organisation ainsi que des actions généralistes et transversales afin de contribuer à la prévention de divers types de risques au travail. Il comporte 23 actions prioritaires organisées autour de quatre objectifs structurants :

- 1) développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel ;
- 2) renforcer l'effectivité du contrôle ;
- 3) refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail ;
- 4) encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail.

Même s'il est encore tôt pour en tirer un bilan, il a permis d'enclencher une dynamique aux niveaux national et territorial afin d'améliorer les conditions de travail, en partenariat avec les entreprises et les services de santé au travail et de renforcer la prévention dans un objectif à la fois sanitaire et social (maintien dans l'emploi).

Dans ce contexte, le présent document a été réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et la Direction générale de la santé. Il rassemble et met en perspective les données et indicateurs statistiques produits par différentes institutions et actuellement disponibles au niveau national ou régional, relatifs aux conditions de travail, aux accidents de travail et de trajet, aux maladies professionnelles reconnues ou à certains risques tels que les risques psychosociaux qui émergent en milieu professionnel. Ce document vise à fournir des éléments permettant d'éclairer les pouvoirs publics mais aussi les acteurs œuvrant dans le champ de la santé au travail ainsi que toute personne s'intéressant à cette problématique. Il est réalisé à un moment où des démarches sont entamées, notamment par le Haut Conseil de la santé publique, pour évaluer la mise en œuvre des plans lancés à la suite de la loi de 2004 et leur impact.

Ce travail à visée descriptive et basé sur l'outil SCORE-santé met en évidence la grande diversité, pour les maladies professionnelles et les accidents du travail notamment, des situations et des évolutions dans les régions françaises. Il présente, chaque fois que possible, non seulement la situation des régions métropolitaines mais également celle des départements d'outre-mer (Dom).

Contexte socio-économique

Contexte socio-économique

Au quatrième trimestre 2007, la France métropolitaine compte 28,0 millions d'actifs dont 25,9 millions ont un emploi et 2,1 millions sont chômeurs.

En moyenne, sur le quatrième trimestre de 2007, 28,0 millions de personnes sont actives en France métropolitaine. Parmi ces actifs, 25,9 millions ont un emploi, soit un taux d'activité de 56,5 % des personnes de 15 ans et plus (et de 70,1 % parmi les 15-64 ans). Ce taux d'activité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (62,0 % contre 51,4 %) mais il a augmenté chez ces dernières depuis de nombreuses années alors qu'il est resté stable chez les hommes (en 2004, le taux d'activité était de 50,2 % pour les femmes et de 62,1 % pour les hommes). Par groupe d'âge, au quatrième trimestre 2007, le taux d'activité est le plus élevé parmi les 25-49 ans (89,1 %) et le plus faible parmi les 15-24 ans (35,4 %) et chez les 50 ans ou plus (32,3 %).

En moyenne, sur le quatrième trimestre de 2007, le taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) pour la France entière s'établit à 7,8 % de la population active (et 7,5 % soit 2,1 millions de personnes pour la France métropolitaine), ce qui, malgré un changement de mode de calcul (nouvelle définition du BIT), confirme la baisse depuis le premier trimestre 2006 (9,1 %).

La baisse du chômage observée depuis le début 2006 concerne tous les groupes d'âge mais elle est plus particulièrement marquée chez les moins de 25 ans pour lesquels le taux de chômage a diminué de 4,0 % chez les jeunes hommes et de 5,6 % chez les jeunes femmes. L'amélioration constatée chez les plus jeunes est à relativiser car, c'est dans cette population que le chômage avait le plus augmenté entre 2003 et 2006. Globalement, sur les cinq dernières années, le chômage a diminué sensiblement de la

même façon pour tous les groupes d'âge (autour de 1 %).

Selon les enquêtes annuelles de recensement de 2004-2006, les modifications notables de la population active depuis 1999 sont l'élévation du niveau de diplôme (le baccalauréat est plus souvent atteint) et son vieillissement en raison d'une proportion plus importante de quinquagénaires en activité. Ceux-ci sont issus des premières générations du baby-boom.

Au quatrième trimestre de 2007, la proportion d'actifs ayant un emploi est de 64,8 % entre 15 et 64 ans. En 2006, dans 9 cas sur 10, la population active occupait un emploi salarié, soit 23,0 millions de salariés. Parmi ces emplois salariés, les contrats à durée indéterminée restent de loin la forme la plus courante de type de contrat utilisé : 77,1 % de l'ensemble des emplois. En comparaison, les contrats à durée déterminée représentent 8,2 % des emplois, les intérimaires 2,2 % et les apprentis 1,3 %. Toutefois, selon l'âge des salariés, le statut de l'emploi est variable. Les emplois intérimaires, les contrats d'apprentissage ou encore à durée déterminée sont plus fréquents chez les jeunes actifs (15 à 29 ans), les salariés de 30 à 49 ans bénéficiant plus fréquemment de contrats à durée indéterminée. Par ailleurs, au 31 décembre 2005, on comptait 1,9 million de fonctionnaires dont 89,7 % était titulaires, 7,7 % non titulaires et 2,6 % des ouvriers d'État.

De 1997 à 2007, le nombre d'intérimaires a augmenté de 120 %. Cette population se concentre dans le secteur de l'industrie (près d'un intérimaire sur deux) du fait de pratiques d'externa-

lisation fréquentes des activités pouvant notamment présenter un risque professionnel. Le secteur tertiaire concentre un intérimaire sur trois et le secteur de la construction un sur cinq. L'intérimaire est le plus souvent un homme de moins de 30 ans occupant un emploi ouvrier. Par ailleurs, le travail en intérim se caractérise par la forte proportion de missions courtes. En 2005, 23,3 % des missions confiées étaient réalisées sur une journée et 60,3 % des missions sur une semaine au plus. Les missions longues (durée dépassant deux semaines) concernaient 20,9 % des missions des intérimaires. Globalement, la durée moyenne des missions confiées s'établit à 9,8 jours.

Concernant la durée du temps de travail de l'ensemble des salariés, la durée annuelle collective pour un emploi à temps complet a fortement diminué entre 1998 et 2004, période où la durée légale du travail a été réduite. Cette durée annuelle est passée de 1 742 heures (en 1998) à 1 616 heures (en 2004) dans les entreprises de 10 salariés ou plus. Parallèlement, le taux d'actifs ayant un emploi à temps partiel a augmenté chez les femmes comme les hommes : il représente 17,1 % des actifs ayant un emploi en 2005. Cependant, l'écart important entre les deux sexes se maintient : 5,7 % des emplois masculins sont à temps partiel contre 30,2 % des emplois féminins. En outre, en 2004, 4,8 % des actifs ayant un emploi à temps partiel auraient souhaité augmenter leur durée hebdomadaire de temps de travail. Cette situation de sous-emploi concerne dans huit cas sur dix des femmes et plus généralement des jeunes entre 20 et 24 ans, des personnes non-diplômées ou encore celles relevant des catégories socioprofessionnelles « employé » et « ouvrier ».

La répartition au niveau national des emplois selon la catégorie socio-professionnelle parmi les actifs occupés de 15 ans ou plus en 2005, montre que les employés sont les plus représentés (29,0 % des actifs) et que dans plus de trois quarts des cas, il s'agit de femmes. Viennent ensuite les ouvriers occupant 24,0 % des emplois, les professions intermédiaires (23,1 %), les cadres ou les professions intellectuelles supérieures (14,7 %), les artisans (2,9 %), les agriculteurs (2,6 %), les commerçants (2,6 %) et les chefs d'entreprises (0,5 %).

Le secteur tertiaire représente 72,9 % des emplois occupés en 2005. Il reste de loin le secteur le plus dynamique de ces dernières années, notamment dans les activités de l'éducation, la santé, l'action sociale et des administrations, sans oublier l'intérim. A *contrario*, le secteur industriel ne cesse de perdre des emplois depuis maintenant plusieurs décennies et ne représente que 16,6 % des actifs occupés en 2005. Les sous-secteurs les plus touchés sont les industries des biens de consommation et des biens intermédiaires et, plus récemment, de l'industrie automobile. Tout comme le secteur tertiaire, le secteur de la construction est en expansion, avec 6,4 % des emplois salariés ou non en 2005. Enfin, 3,8 % des emplois sont comptabilisés dans le secteur de l'agriculture. Depuis 2004, le nombre d'emplois dans ce secteur d'activité est passé sous la barre du million.

En 10 ans, pour la France entière, le taux de demandeurs d'emploi, au sens du Bureau international du travail (BIT), dans la population active est passé de 11,2 % (septembre 1997) à 8,3 % (septembre 2007). Le recul du chômage a enregistré de fortes variations au cours de cette période. Après une diminution importante jusqu'en 2001, le taux de demandeurs d'emploi a connu une envolée jusqu'à la fin de l'année 2005. Depuis, il diminue régulièrement

Comparaisons européennes

En 2006, dans l'Union européenne des 27, le taux d'emploi des 15-64 ans était de 64,5 %, la France étant proche de cette moyenne, avec un taux d'activité de 63,8 %. Parmi les autres États, c'est en Pologne que cette part était la plus faible (54,5 %) et au Danemark la plus élevée (77,4 %). En revanche, concernant l'emploi des jeunes (15-24 ans), la France est très en deçà des chiffres de l'Union européenne des 27 : 29,3 % des jeunes avaient un emploi en France métropolitaine, la moyenne étant de 36,3 % dans l'ensemble des États membres.

Concernant le chômage, dans l'Union européenne des 27, une nette diminution du taux de chômage est amorcée depuis la fin de l'année 2005, comme en France métropolitaine. En 2007, ce taux est de 7,1 % pour l'ensemble des 27 États de l'Union européenne. Les taux les plus bas sont observés aux Pays-Bas (3,2 %) et au Danemark (3,7 %) et les plus élevés en Slovaquie (11,1 %) et en Pologne (9,6 %). Le taux en France métropolitaine (8,3 %) reste supérieur à la moyenne des 27 États membres.

et atteint de nouveau le taux observé en 2001. Toutefois, au cours des trois dernières années, le taux de chômage des personnes sans diplôme ou titulaires du seul certificat d'études a augmenté pour atteindre 14 % en 2006 alors que pour les autres actifs, ce taux est stable voire en repli pour les plus diplômés.

Un autre constat récent est la légère diminution du taux de chômage des femmes tandis que celui des hommes a stagné, sans doute en raison de l'actuel dynamisme de l'emploi dans le secteur tertiaire, secteur féminisé. Cependant, même si l'écart entre les taux de chômage masculin et féminin se réduit depuis une vingtaine d'années, les femmes sont toujours plus fréquemment au chômage que les hommes : 8,4 % contre 7,3 % au quatrième trimestre 2007.

Même si les 15-24 ans profitent du recul du chômage, la demande d'emploi à ces âges reste relativement importante comparativement aux autres classes d'âge. Fin juin 2007, 20,9 % des 20-24 ans sont inscrits à l'ANPE. En revanche, ce sont rarement des chômeurs de longue durée, alternant fréquemment entre emploi et chômage. A *contrario*, la demande d'emploi des 50 ans ou plus se différencie par une part importante

de chômeurs de longue durée. Contrairement à l'ensemble des demandeurs d'emploi, les sorties du chômage des seniors se font en premier lieu vers l'inactivité (retraite et dispense de recherche d'emploi).

Enfin, une dernière population spécifique lésée en matière d'emploi est celle des personnes handicapées. Comme pour l'ensemble des demandeurs d'emploi, le taux de chômage pour les personnes handicapées a augmenté entre 2001 et 2005 et a diminué entre 2005 et 2006. Toutefois, la hausse a été nettement plus marquée pour ces dernières que pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. De même, la baisse a été moins importante : de 4,9 % pour les personnes handicapées et de 8,5 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. Les demandeurs d'emploi handicapés sont majoritairement des hommes, souvent plus âgés et de plus faible niveau de formation et de qualification que l'ensemble des demandeurs d'emploi. Leurs demandes relèvent plus souvent d'emplois à temps partiel et ils sont davantage touchés par le chômage de longue durée (47 % des demandeurs handicapés contre 35 % pour les autres demandeurs d'emploi) voire même de très longue durée (deux ans d'inscription ou plus).

Références bibliographiques

1. Insee, Série : Insee Première, numéros 1006, 1046, 1070, 1117 et 1164, mars 2005 à novembre 2007
2. Unédic, Série : Point' statis, numéros, 18, 26 et 28, d'avril 2006 à juillet 2007

3. Dares, Série : Premières synthèses Informations, numéros 01.1 et 35.1, janvier et août 2007
4. L'Observatoire de l'ANPE, Série : L'essentiel, numéros 12 et 15, septembre et octobre 2007

Pour en savoir plus

www.insee.fr

www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/98.html

epp.eurostat.ec.europa.eu

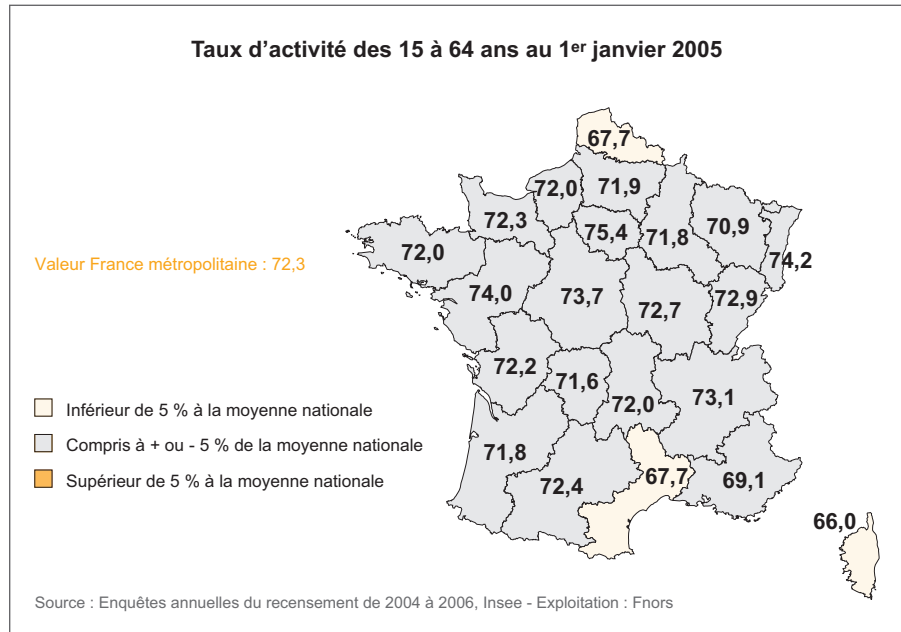
www.anpe.fr/observatoire

Le taux d'activité

En 2005, en France métropolitaine, 72,3 % de la population des 15-64 ans était en activité professionnelle (actifs ayant un emploi et chômeurs) soit 28,2 millions d'actifs.

Au 1^{er} janvier 2005, la France métropolitaine présentait un taux d'activité de 72,3 %. Bien que ce résultat ne soit pas totalement comparable avec celui du recensement de 1999, en raison d'une modification sensible des questions dans les nouvelles enquêtes de recensement depuis 2004, le taux d'activité entre 1999 et 2005 semble avoir peu progressé.

Sur un plan régional, les régions Île-de-France, Alsace, Pays de la Loire, Centre et Rhône-Alpes présentent des taux d'activité supérieurs à 73 % et donc à la moyenne nationale. Une analyse par sexe met en évidence que les Franciliennes sont les plus actives (71,6 % contre 67,5 % au niveau national) alors que le taux d'activité des hommes est le plus élevé en Alsace (près de 80 % contre 77,2 % en France métropolitaine). Les taux d'activité les plus faibles (inférieurs à 70 %) sont observés dans les régions aux extrémités nord-sud de la France : Nord - Pas-de-Calais, Corse, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces quatre régions les moins actives sont aussi celles où les taux de chômage déclarés sont les plus élevés.



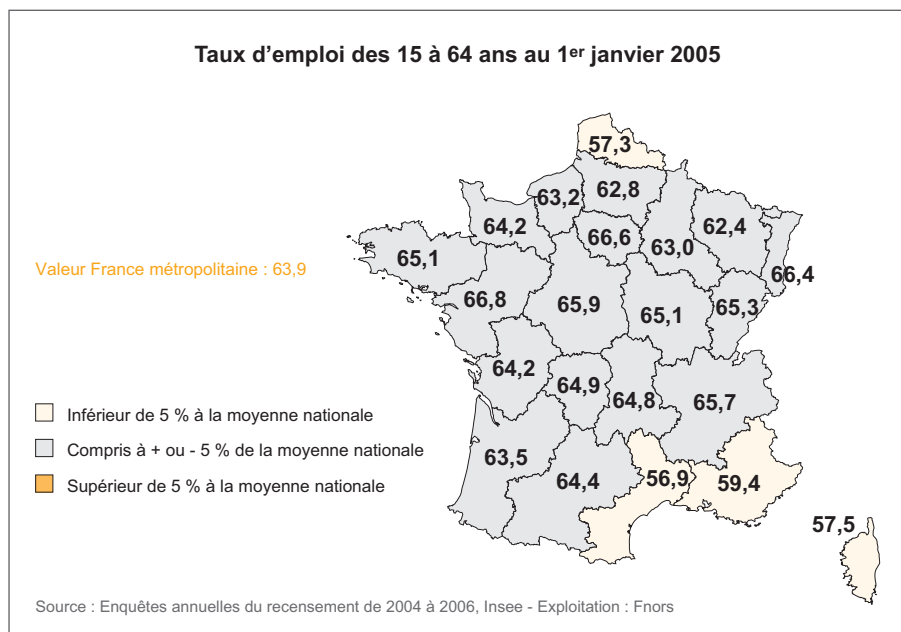
Précisions : Les résultats présentés ici sont issus d'estimations réalisées par l'Insee à partir du cumul des trois enquêtes annuelles de recensement de janvier 2004, janvier 2005 et janvier 2006. Ils décrivent une situation moyenne conventionnellement datée du début 2005. Ils portent sur la seule population des ménages ordinaires dont les membres ont atteint l'âge de 15 ans ou plus à la date de l'enquête de recensement (âge en années « révolues »).

Le taux d'emploi

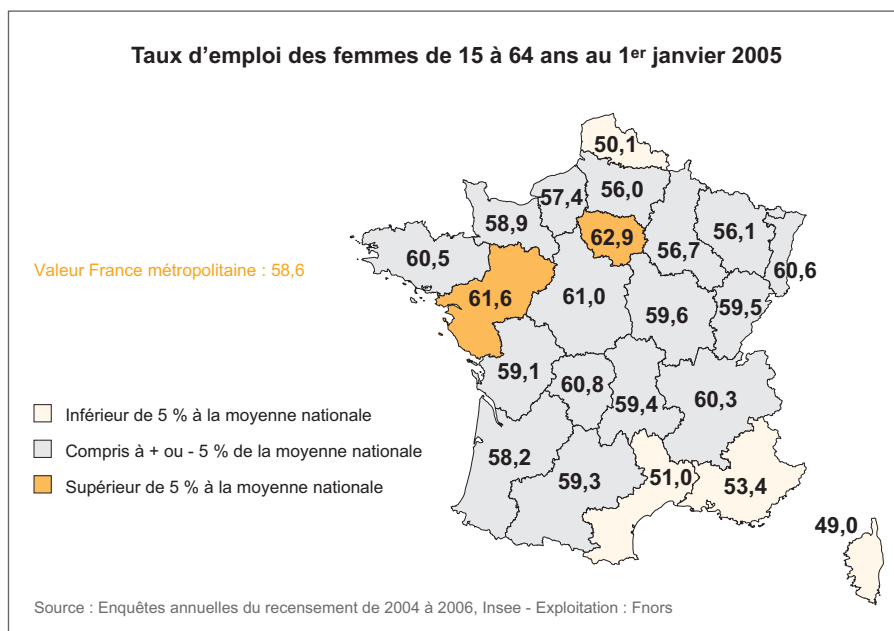
En 2005, en France métropolitaine, 63,9 % des actifs de 15-64 ans avaient un emploi, soit 24,9 millions d'habitants.

Le taux d'emploi en France métropolitaine, au 1^{er} janvier 2005 était estimé à 63,9 % à partir des enquêtes annuelles du recensement. Ce taux d'emploi est faible comparativement aux objectifs fixés par le sommet européen de Lisbonne de 2000 prévoyant un taux d'emploi de 70 % à l'horizon 2010 pour l'ensemble des 15-64 ans.

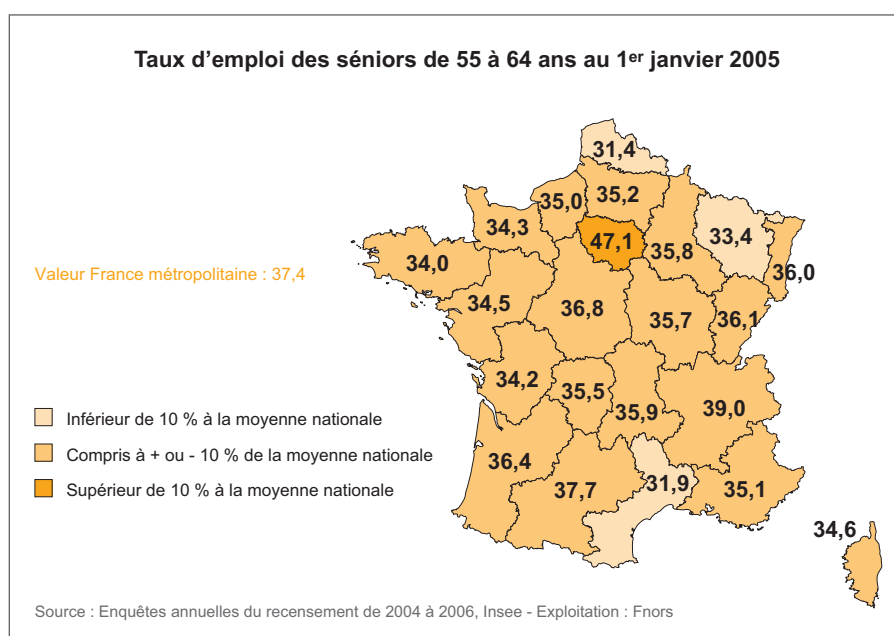
En région, les Pays de la Loire, l'Île-de-France, l'Alsace, le Centre et Rhône-Alpes présentent les taux d'emploi les plus élevés et, à l'inverse, les régions Languedoc-Roussillon, Nord - Pas-de-Calais, Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur les taux d'emploi les plus faibles.



Le taux d'emploi des femmes de 15-64 ans était estimé en 2005 à 58,6 %, un taux proche des attentes du sommet de Lisbonne de 2000 (60 %). Sept régions ont atteint et dépassé cet objectif : l'Île-de-France, le Centre, les Pays de la Loire, la Bretagne, l'Alsace, le Limousin et Rhône-Alpes. *A contrario*, les régions les plus éloignées de cet objectif de 60 % sont la Corse, le Nord - Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur.



En 2005, le taux d'emploi des séniors (55-64 ans) était de 37,4 % en France métropolitaine, ce qui reste bien en deçà de l'objectif de 50 % du sommet européen de Lisbonne pour l'ensemble des 55-64 ans en 2010. Au niveau régional, seule l'Île-de-France se distingue des autres régions avec un taux d'emploi de 47,1 %, proche de l'objectif du sommet européen. Cette situation francilienne est sans doute liée au fait que cette région concentre davantage de cadres et de professions indépendantes que l'ensemble des autres régions. Loin derrière l'Île-de-France, c'est la région Rhône-Alpes qui présente le taux d'emploi des séniors le plus élevé (39,0 %), puis Midi-Pyrénées, le Centre, l'Aquitaine et la Franche-Comté. La Lorraine, le Nord - Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon ont les taux d'emploi des séniors les plus faibles.



Précisions : Les résultats présentés ici sont issus d'estimations réalisées par l'Insee à partir du cumul des trois enquêtes annuelles de recensement de janvier 2004, janvier 2005 et janvier 2006. Ils décrivent une situation moyenne conventionnellement datée du début 2005. Ils portent sur la seule population des ménages ordinaires dont les membres ont atteint l'âge de 15 ans ou plus à la date de l'enquête de recensement (âge en années « révolues »).

Le sommet de Lisbonne

En mars 2000, un sommet des chefs d'État et de gouvernement de l'Union européenne ayant eu lieu à Lisbonne a fixé un objectif particulièrement ambitieux afin de donner une inflexion nouvelle aux politiques de l'Union en matière d'innovation et d'appui au secteur privé : il s'est notamment attaché à promouvoir le lancement d'initiatives pratiques visant à renforcer les capacités de l'Union européenne dans le domaine de la recherche, à encourager l'esprit d'entreprise et à faciliter le progrès rapide des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Les enjeux principaux concernant la réalisation des objectifs de Lisbonne d'ici à 2010 sont :

- un accroissement des investissements en recherche et développement (niveau minimum : 3 % du PIB) ;
- une réduction des formalités administratives afin de faciliter l'entrepreneuriat ;
- un taux d'emploi de 70 % de la population active (60 % pour les femmes et 50 % pour les séniors).

Les professions et catégories socioprofessionnelles

En France en 1999, les hommes étaient le plus souvent ouvriers (24,4 % d'entre eux) et les femmes le plus souvent employées (23,9 % d'entre elles).

Hommes

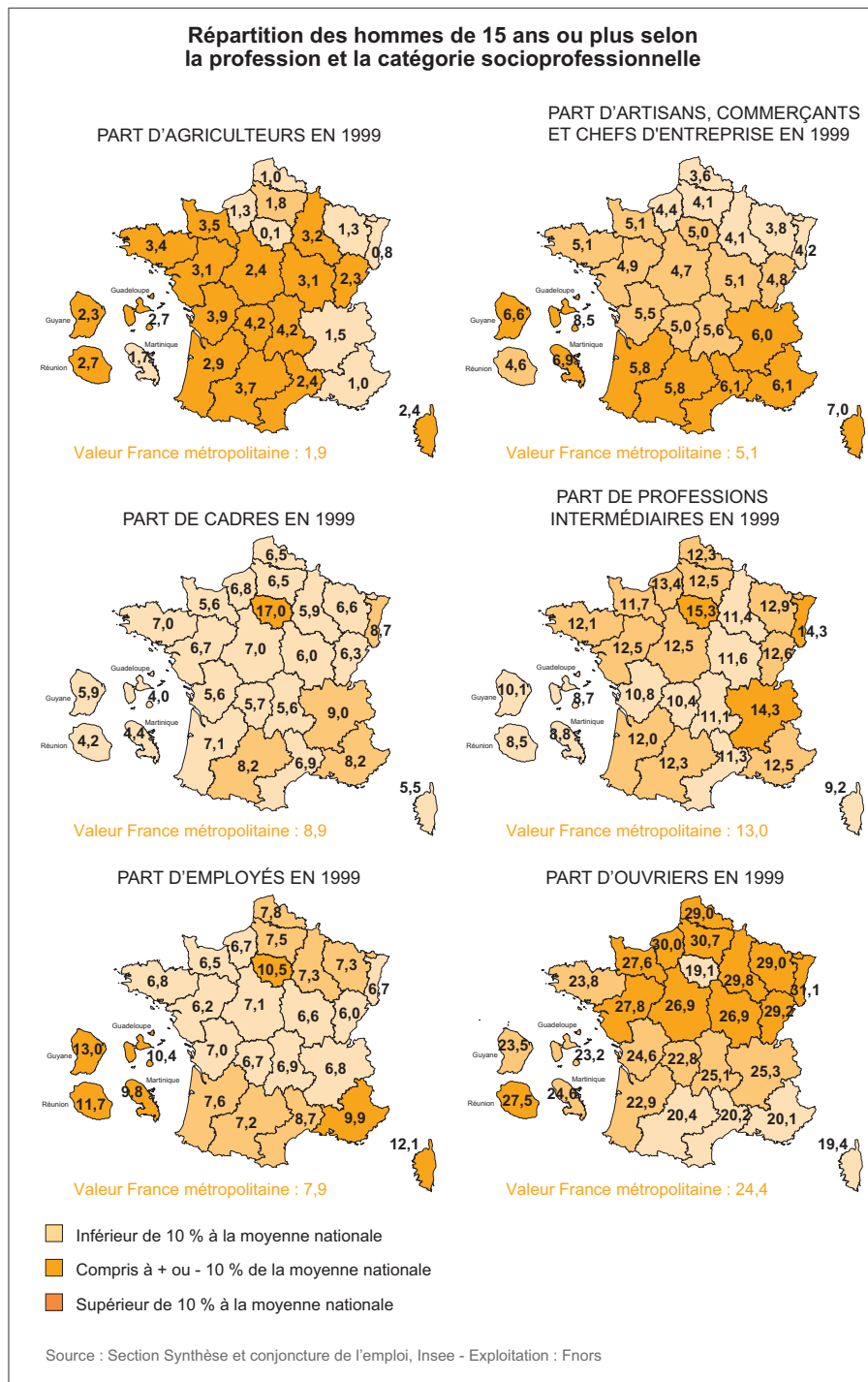
En 1999, selon le recensement général de la population, pour l'ensemble de la France (France métropolitaine et Dom) 24,4 % des hommes âgés de 15 ans ou plus étaient ouvriers, 12,9 % appartenaient aux professions intermédiaires, 8,8 % étaient cadres, 8,0 % employés, 5,1 % artisans, chefs d'entreprise ou commerçants et 1,9 % agriculteurs.

Depuis la fin des années quarante et jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, l'emploi agricole a été divisé par 13. L'emploi agricole dans la population masculine varie de 0,1 % en Île-de-France à 4,2 % en Limousin et en Auvergne. La proportion est plus élevée dans les régions de l'ouest et du centre de la France ainsi qu'en Guadeloupe et à la Réunion. À l'inverse, elle est la plus faible en Île-de-France, ainsi qu'au nord, au nord-est et au sud-est de la métropole.

Les catégories non salariées telles que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ont également connu de profondes mutations en cinquante ans. Sur un plan régional, la part d'artisans, commerçants ou chefs d'entreprises varie de 3,6 % de la population masculine dans le Nord-Pas-de-Calais à 8,5 % en Guadeloupe (7,0 % en Corse). La carte des taux de ces actifs en métropole montre un gradient nord/sud avec au nord les plus faibles taux et au sud les plus élevés.

Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont de façon globale concentrés dans les grands centres urbains ce qui explique leur proportion très élevée en Île-de-France. Le taux de cadres dans la population des franciliens âgés de 15 ans ou plus est de 17,0 %. La région Rhône-Alpes présentait la deuxième proportion la plus élevée avec un taux de 9,0 %. C'est dans les Dom que ce taux était le plus faible (Guadeloupe 4,0 %, Réunion 4,2 % et Martinique 4,4 %) et en Corse avec 5,5 %.

Les professions intermédiaires se définissent par leur technicité ou leur responsabilité d'encadrement. Leur nombre a considérablement augmenté dès les années cinquante, notamment dans les



fonctions d'étude, puis les professions de santé et du travail social, enfin par le développement rapide des grandes surfaces. En 1999, parmi les actifs de 15 ans ou plus, la part des professions intermédiaires était de 12,9 % en France entière (13,0 % en France métropolitaine) au niveau national avec des taux en région allant de 8,5 % pour la Réunion à 15,3 % pour l'Île-de-France.

Le poids des employés (deux sexes

confondus) a doublé en cinquante ans. Cette progression est en partie liée à la tertiarisation de l'économie française. En 1999, la part des employés dans la population masculine était de 8,0 % sur la France entière (valeur voisine en France métropolitaine), avec des taux variant de 6,0 % en Franche-Comté à 13,0 % en Guyane. La part d'employés était la plus importante dans les départements d'outre-mer ainsi que dans le sud-est de la métropole (Provence-Alpes-Côte

d'Azur et Corse) et en Île-de-France. Près d'un quart des hommes sur le territoire national était des ouvriers en 1999. Cependant, cette proportion varie de façon importante d'une région à l'autre : de 19,1 % en Île-de-France à 31,1 % en Alsace. Les ouvriers sont les plus représentés dans les régions du Nord dans lesquelles l'emploi dans le secteur industriel est prépondérant. À l'inverse, la part d'ouvriers dans les régions du Sud (Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées) et en Île-de-France est inférieure à la moyenne nationale.

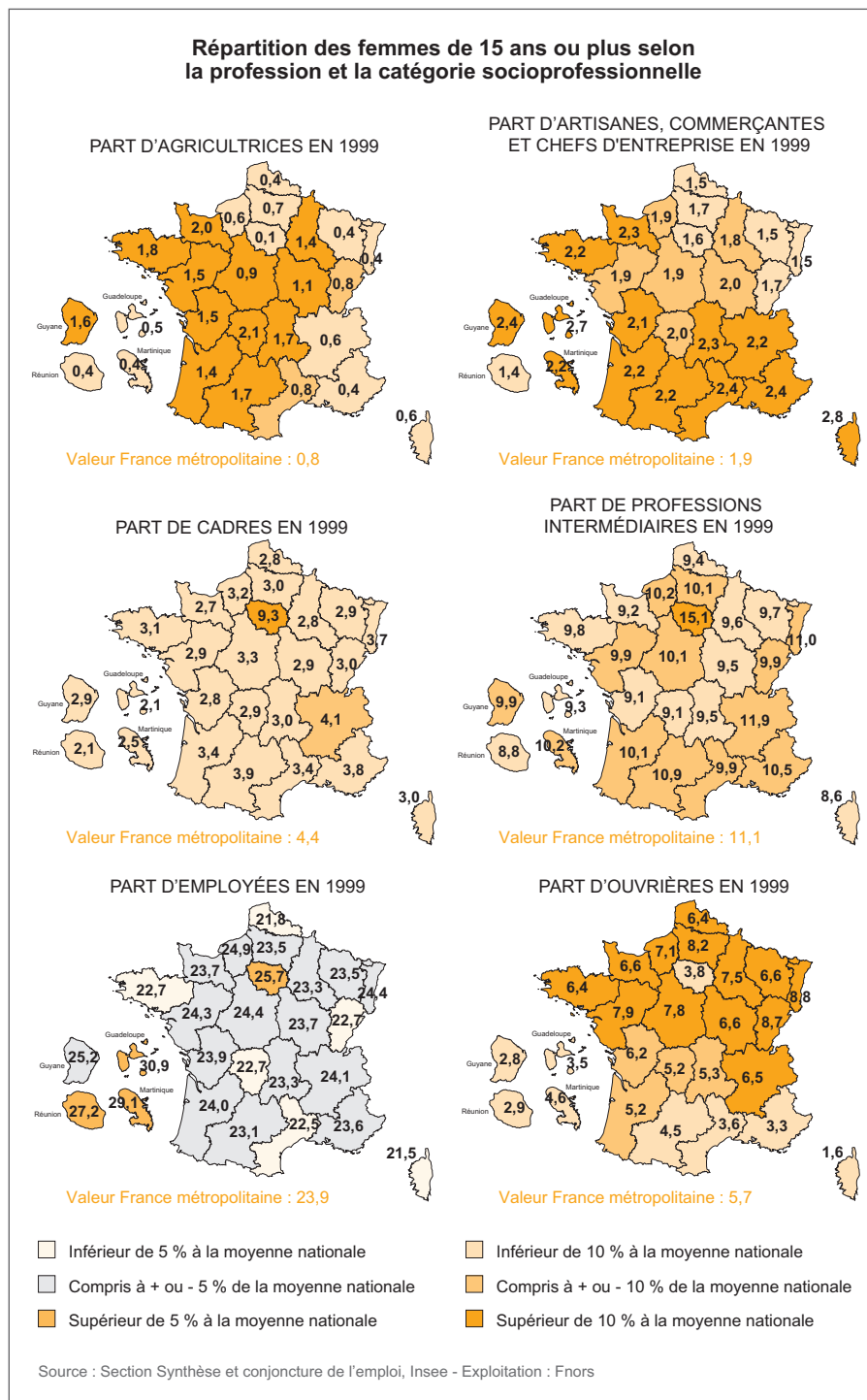
Femmes

En 1999, selon le recensement général de la population, 24,0 % des femmes âgées de 15 ans ou plus étaient employées en France entière (23,9 % en France métropolitaine), 11,1 % appartenaient aux professions intermédiaires, 5,7 % étaient ouvrières, 4,4 % cadres, 1,9 % artisanes, chefs d'entreprise ou commerçantes et 0,8 % agricultrices. Cette répartition des professions et catégories socioprofessionnelles met en évidence le poids nettement plus important des employés parmi les femmes comparativement aux hommes. Elles sont, par ailleurs, moins souvent ouvrières ou cadres. Cependant, les disparités régionales sont quasi comparables à celles observées parmi les hommes.

En effet, bien que le poids de l'activité agricole parmi les femmes soit nettement inférieur à celui des hommes, les régions présentant les plus forts taux sont situées à l'ouest et au centre de la France métropolitaine tout comme pour les hommes. À l'inverse, les régions pour lesquelles la présence d'agricultrices est inférieure à la moyenne nationale sont au nord, au nord-est, au sud-est et dans les Dom à l'exception de la Guyane. Les taux régionaux varient entre 0,1 % en Île-de-France à 2,1 % en Limousin.

Les artisanes, commerçantes ou chefs d'entreprise sont plus représentées dans les régions du sud de la métropole, notamment la Corse (2,8 %) et également dans les Dom à l'exception de la Réunion (plus faible taux avec 1,4 %).

Les femmes cadres et celles exerçant une profession intellectuelle supérieure sont, comme pour les hommes, surreprésentées en Île-de-France, leur proportion étant



de 9,3 % contre 4,4 % au niveau national. De même que pour les hommes, la part des femmes cadres dans la population est la plus faible dans les Dom (Guadeloupe 2,1 %, Réunion 2,1 %, Martinique 2,5 %) et en Basse-Normandie 2,7 %.

Seules les régions Île-de-France (15,1 %) et Rhône-Alpes (11,9 %) présentent une proportion de professions intermédiaires supérieure au taux national. À *contraire*, les régions du Nord et celles dessinant une bande allant de la Lorraine - Champagne-Ardenne à la région Poitou - Charentes ou, encore, la Corse présentent les plus faibles proportions de cette catégorie socioprofessionnelle.

La catégorie « employées » est représentée de façon très homogène sur l'ensemble du territoire, à l'exception de la Corse qui présente la plus faible proportion et des Dom où les taux sont les plus élevés (30,9 % en Guadeloupe).

Enfin, comme pour les hommes, le poids des ouvrières dans la population féminine est plus important dans les régions situées dans la moitié nord de la France que dans le reste du territoire national. Toutefois, les proportions d'ouvrières, qui varient de 1,6 % en Corse à 8,8 % en Alsace, sont nettement plus faibles que celles observées pour les hommes (de 19,1 % en Île-de-France à 31,1 % en Alsace).

Les secteurs d'activité

Au 31 décembre 2005, sur les 24,9 millions d'emplois salariés ou non salariés que comptait la France métropolitaine, 74,5 % de l'activité relevaient du secteur tertiaire : 60,9 % dans les services et 13,6 % dans le commerce.

Au 31 décembre 2005, les emplois salariés ou non, comptabilisés en France métropolitaine, se répartissent comme suit : 60,9 % relèvent des services (14,9 millions d'emplois), 15,7 % de l'industrie (3,9 millions), 13,6 % du commerce (3,3 millions), 6,3 % de la construction (1,5 million) et 3,4 % de l'agriculture (0,8 million). Toutefois, sur un plan régional, cette répartition est très variable.

Le secteur de l'agriculture est celui pour lequel les écarts entre régions sont les plus grands. En effet, en Basse-Normandie, ce secteur représente 7,1 % de l'ensemble des emplois de cette région contre seulement 0,3 % en Île-de-France. Les régions dans lesquelles le poids de l'emploi dans l'agriculture est le plus important sont la Basse-Normandie, la Champagne-Ardenne, le Limousin, le Poitou-Charentes ou encore l'Auvergne. À l'inverse, l'emploi dans ce secteur est très peu présent en Île-de-France et en Alsace.

Bien que perdant depuis plusieurs décennies des emplois, le secteur industriel représente encore près d'un emploi sur quatre en Franche-Comté et près d'un emploi sur cinq dans bon nombre de régions situées plutôt à l'est et au nord de la métropole, comme par exemple, l'Alsace, la Champagne-Ardenne, la Lorraine, la Picardie ou encore la Haute-Normandie. En revanche, ce secteur a nettement moins de poids dans les régions méditerranéennes comme la Corse, le Languedoc-Roussillon ou encore Provence-Alpes-Côte d'Azur : ces régions comptabilisent moins de 10 % des emplois dans ce secteur.

Le secteur de la construction est le plus représenté dans la partie ouest de la France, ainsi qu'en Corse. Le poids de ce secteur dans cette région est le plus important par rapport aux autres régions (10,4 % de l'ensemble des emplois de la Corse contre 6,3 % au niveau national). Seule l'Île-de-France présente une part

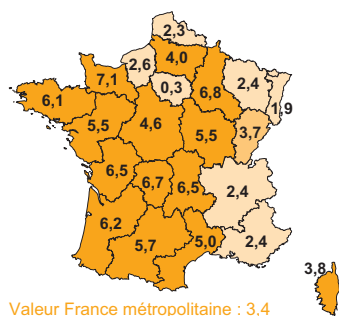
d'emploi dans ce secteur inférieure à la moyenne nationale (4,6 % des emplois franciliens).

Concernant les emplois relevant du commerce, seules les trois régions méditerranéennes (Languedoc-Roussillon, Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur) ont un taux d'emploi dans ce secteur supérieur à 15 %. À contrario, la Franche-Comté se distingue par une part inférieure à la moyenne nationale (11,6 %).

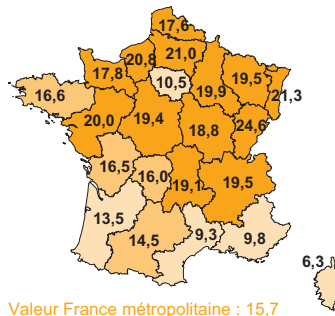
Enfin, en Île-de-France, 71,6 % des actifs ayant un emploi travaillent dans le secteur des services contre 60,9 % au niveau national. À l'inverse, pour les régions Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Basse-Normandie où les secteurs de l'industrie, de la construction ou encore de l'agriculture sont prépondérants, la part de l'emploi dans les services est très nettement inférieure à la moyenne nationale.

Répartition des emplois selon les secteurs d'activité au 31 décembre 2005

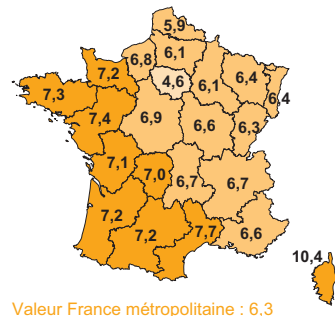
PART D'EMPLOIS DANS L'AGRICULTURE



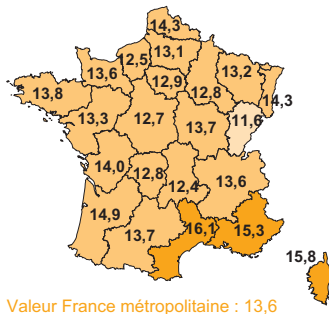
PART D'EMPLOIS DANS L'INDUSTRIE



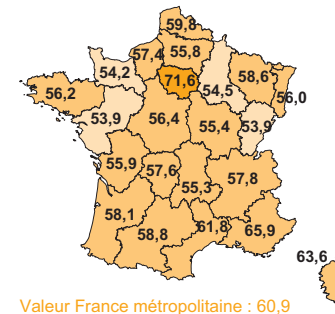
PART D'EMPLOIS DANS LA CONSTRUCTION



PART D'EMPLOIS DANS LE COMMERCE



PART D'EMPLOIS DANS LES SERVICES



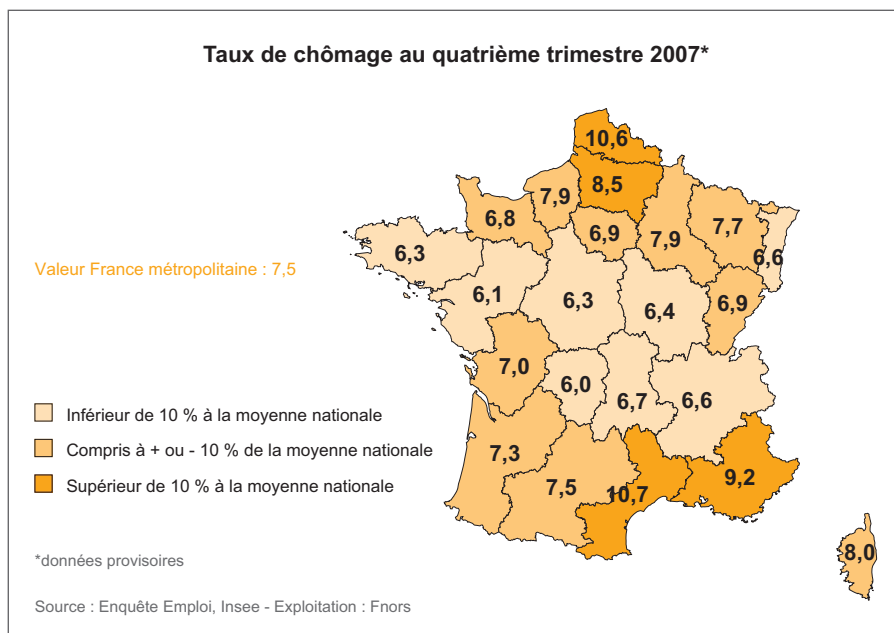
- Inférieur de 10 % à la moyenne nationale
- Compris à + ou - 10 % de la moyenne nationale
- Supérieur de 10 % à la moyenne nationale

Source : Section Synthèse et conjoncture de l'emploi, Insee - Exploitation : Fnors

Le chômage

Au quatrième trimestre 2007, le taux de chômage en France entière était de 7,8 %*.

Au quatrième trimestre 2007, le taux de chômage, au sens du Bureau international du travail, selon la nouvelle définition permettant des comparaisons européennes, s'élevait à 7,8 % en France entière et à 7,5 % en France métropolitaine. En métropole, les régions Languedoc-Roussillon (10,7 %), Nord - Pas-de-Calais (10,6 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,2 %), Picardie (8,5 %) et Corse (8,0 %) présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale. À l'opposé, les régions les plus épargnées dessinent une bande allant de la Bretagne aux régions Alsace et Rhône-Alpes. Le Limousin présente le taux de chômage le plus faible (6,0 %) suivi des Pays de la Loire (6,1 %).

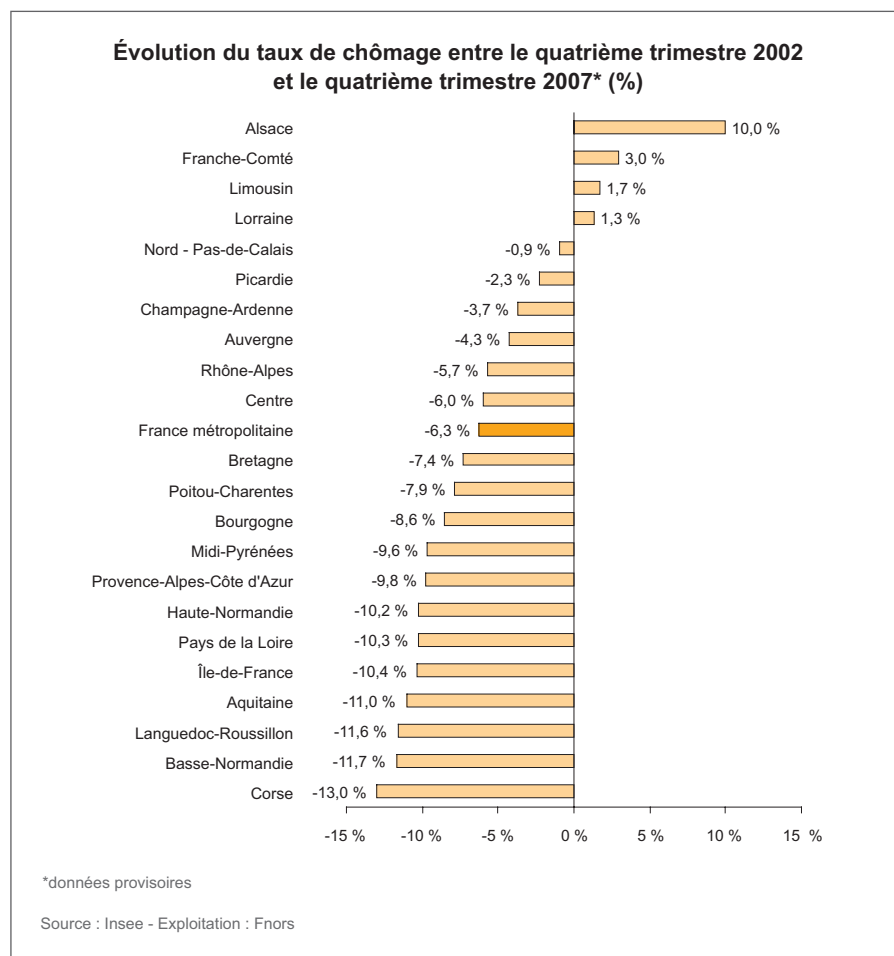


Précisions :

Du fait du report à l'automne 2007 du calage national annuel sur les résultats de l'enquête emploi, les séries régionales de chômage au sens du BIT publiées ici restent provisoires. En 2006 et 2007, ces séries traduisent essentiellement les variations du nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois, de catégorie 1, 2 et 3, hors activité réduite, inscrits à l'ANPE.

Entre décembre 2002 et décembre 2007, le taux de chômage a diminué de 6,3 % en France métropolitaine, avec, toutefois, une augmentation très nette entre 2002 et 2005, la taux passant de 8,0 % de la population active à 9,0 % et un recul depuis fin 2005.

Entre 2002 et 2007, les évolutions régionales en matière d'emploi sont différentes. Les régions situées dans le nord-est de la France (Alsace, Franche-Comté et Lorraine) ont vu leur taux augmenter. Toutefois, l'Alsace présentait l'un des plus faibles taux de chômage en 2002. Le secteur industriel, très présent dans ces régions ainsi que dans le Nord - Pas-de-Calais peut expliquer des pertes importantes d'emploi. En revanche, le dynamisme de l'emploi dans le bassin méditerranéen, notamment dans les activités de services a permis d'observer les plus fortes diminutions du taux de chômage notamment en Corse (13,0 %), et Languedoc-Roussillon (11,6 %).



*Pas de données régionales du taux de chômage au quatrième trimestre 2007 dans les Dom.

Définitions

BIT

Le bureau international du travail

Les enquêtes annuelles du recensement

La nouvelle méthode de recensement substitue au comptage traditionnel organisé tous les huit ou neuf ans une technique d'enquêtes annuelles. Elle distingue les communes en fonction d'un seuil de population fixé par la loi à 10 000 habitants : les communes de moins de 10 000 habitants sont recensées une fois tous les 5 ans par roulement ; dans les communes de 10 000 habitants ou plus, un échantillon d'adresses regroupant environ 8 % de la population est recensé chaque année. Les résultats présentés ici, issus de ces enquêtes annuelles de recensement, proviennent d'estimations réalisées à partir du cumul des trois enquêtes annuelles de recensement janvier 2004, janvier 2005 et janvier 2006. Ils décrivent une situation moyenne conventionnellement datée du début 2005. Ils portent sur la seule population des ménages ordinaires ayant atteint l'âge de 15 ans ou plus à la date de l'enquête de recensement (« âge en années révolues »).

L'enquête emploi

L'enquête Emploi est une enquête trimestrielle et sa collecte a lieu en continu sur toutes les semaines de l'année. Chaque trimestre, environ 35 000 ménages (c'est à dire 35 000 logements), soit environ 75 000 personnes de 15 ans ou plus répondent à l'enquête. Au total chaque année, environ 54 000 ménages différents répondent à l'enquête, c'est à dire 115 000 personnes différentes de 15 ans ou plus.

L'enquête Emploi en continu constitue la seule source permettant de mettre en œuvre la définition du chômage préconisée par le Bureau international du travail (BIT) et également de faire le lien entre chômage au sens du BIT et le recensement des demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE). Ainsi, parmi les 2 717 000 chômeurs au sens du BIT de 2005, 453 000 déclarent ne pas être inscrits à l'ANPE. À l'inverse, 1 705 000 personnes déclarent être inscrites à l'ANPE, mais ne sont pas comptabilisées comme chômeurs au sens du BIT : 993 000 d'entre elles sont classées actives occupées et 712 000 inactives selon le BIT.

La population active

La population active est composée des actifs ayant un emploi et des chômeurs. Sont considérés comme actifs ayant un emploi les personnes qui ont une profession et l'exercent au moment du recensement (y compris les personnes en congé maladie ou maternité) quelle que soit la durée de l'emploi (y compris les emplois occasionnels ou de très courte durée). Les apprentis sous contrat, les stagiaires rémunérés et les personnes qui exercent une activité professionnelle tout en poursuivant leurs études font également partie de la population active ayant un emploi. De même, les personnes ayant une activité réduite et les retraités conservant un emploi (anciens militaires notamment) sont considérés comme actifs ayant un emploi.

Sont considérées comme chômeurs selon les enquêtes de recensement, les personnes qui sont déclarées comme telles (qu'elles soient inscrites ou non à l'ANPE) et qui n'ont pas déclaré par ailleurs qu'elles ne cherchent pas d'emploi. Les personnes qui se sont déclarées « en études », « en retraite ou préretraite », « femme ou homme au foyer » mais qui ont déclaré par ailleurs chercher un emploi sont également considérées comme chômeurs. Cette définition du chômage est plus large que celle du BIT, qui contrôle plus strictement la disponibilité pour travailler et la réalité de la démarche de recherche d'emploi de la personne interrogée.

Chômage au sens du BIT

Un chômeur au sens du BIT est une personne en âge de travailler (conventionnellement 15 ans ou plus) qui 1) n'a pas travaillé au cours de la semaine de référence, 2) est disponible pour travailler dans les deux semaines et 3) a entrepris des démarches effectives de recherche d'emploi ou a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois.

Taux d'activité

Le taux d'activité est le rapport entre la population active et la population totale de même sexe et de même âge. Conventionnellement, le taux d'activité d'ensemble est estimé sur la population de 15 à 64 ans.

Taux d'emploi

Le taux d'emploi est le rapport entre la population active ayant un emploi et la population totale de même sexe et de même âge. Conventionnellement, le taux d'emploi d'ensemble est estimé sur la population de 15 à 64 ans.

Taux de chômage

Le taux de chômage est le rapport entre la population au chômage et la population active de même sexe et de même âge. Le taux de chômage d'ensemble est estimé sur la population de 15 ans ou plus.

Le sous-emploi

La définition des personnes en sous-emploi préconisée par le BIT englobe « toutes les personnes pourvues d'un emploi, salarié ou non, qu'elles soient au travail ou absentes du travail, qui travaillent involontairement moins que la durée normale du travail dans leur activité et qui étaient à la recherche d'un travail supplémentaire ou disponibles pour un tel travail durant la période de référence » (IOT 1998).

Sur la base de cette définition du sous-emploi, l'enquête Emploi de l'Insee distingue trois types de personnes en sous-emploi : celles qui travaillent à temps partiel tout en recherchant un emploi pour travailler davantage, celles qui travaillent à temps partiel sans rechercher un autre emploi mais en souhaitant travailler davantage, et enfin celles travaillant à temps complet ayant involontairement travaillé moins que d'habitude c'est-à-dire ayant subi une situation de chômage technique, partiel ou de grève. Cette dernière catégorie étant assez particulière, les résultats présentés dans ce document ne portent que sur les deux premières formes de sous-emploi.

Le taux de sous-emploi

Le taux de sous-emploi se définit comme le nombre de personnes en sous-emploi rapporté à l'ensemble des actifs ayant un emploi.

Répartition de l'offre de médecine du travail en France

Répartition de l'offre de médecine du travail en France

La médecine du travail a été mise en place en France après la dernière guerre mondiale. Elle vise à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail. Elle est organisée en services autonomes au sein des grandes entreprises et services interentreprises permettant aux entreprises de taille réduite de mettre en œuvre cette obligation légale. La loi de modernisation sociale (2002) a réformé ce système en transformant les services précédents en services de santé au travail et en introduisant la pluridisciplinarité. Le décret de 2004 facilite l'intervention du médecin directement sur le lieu de travail en modifiant la périodicité des visites médicales et renforce son indépendance.

C'est au cours du XIX^e siècle qu'une attention particulière à la santé des travailleurs a émergé en France. L'attention s'est alors portée sur la question des accidents du travail : les accidents liés à l'utilisation de nouvelles machines ou aux catastrophes minières ont été peu à peu perçus comme inacceptables. Dans un deuxième temps, l'attention a également porté sur les maladies professionnelles.

Dans ce cadre, l'idée d'une intervention de la médecine pour aider à orienter les populations afin de préserver la force de travail a émergé. Elle est apparue dans le contexte hygiéniste du début du XX^e siècle et également dans celui d'une approche scientifique de l'organisation du travail. Les médecins, en s'inscrivant dans ce courant, souhaitaient alors apporter leurs connaissances spécifiques dans ce domaine et contribuer ainsi à l'organisation de la société. Les premiers médecins « d'usine » apparaissent au cours de la première guerre mondiale dans l'industrie de l'armement.

Les premiers services de médecine du travail ont été créés initialement

par une loi de 1942. La loi du 11 octobre 1946 confirme la mise en place de la médecine du travail. Le médecin du travail a alors « un rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (Code du travail Art.L241-2). Cependant, cette mission est difficile à mettre en œuvre au regard des moyens d'action dont les médecins du travail disposent en entreprise. La médecine du travail va alors essentiellement intervenir dans l'orientation de la main d'œuvre sur des critères d'aptitude au travail. À la fin des années quatre-vingt, l'action des médecins du travail s'est enrichie de l'étude du milieu de travail (tiers temps).

L'obligation de la mise en œuvre d'une médecine du travail concerne l'ensemble des entreprises de droit privé, quelle que soit leur taille et incombe à l'employeur. Dans les grandes entreprises, des services dits autonomes de médecine du travail sont mis en place. Dans les entreprises de taille plus réduite, ne nécessitant pas la mise en place permanente d'un tel service, la mise en œuvre de cette obligation se fait par le biais de services interentreprises de médecine du travail. Ces services sont

mis en place sous forme d'associations régies par la loi de 1901, placées sous la responsabilité des employeurs et contrôlées par les salariés via les comités d'entreprises ou les commissions de contrôle. Ils sont soumis à la tutelle administrative des services du ministère du Travail.

La loi de modernisation sociale de janvier 2002 a modifié ce système. Les services de médecine du travail sont transformés en services de santé au travail et la pluridisciplinarité dans la prévention des risques professionnels est introduite. L'organisation en services autonomes et services interentreprises n'est pas modifiée tout comme la responsabilité des employeurs dans leur mise en œuvre. Par contre, l'organisation de l'activité des médecins du travail évolue. Le Code du travail fixe maintenant le nombre de salariés et d'entreprises que peut suivre un médecin du travail exerçant à temps plein, à un maximum de 3 300 salariés, de 450 entreprises et de 3 200 examens cliniques annuels. En l'absence de risque particulier, les examens périodiques passent à un rythme biennuel afin de dégager le temps nécessaire à la mise

en œuvre effective d'une activité en milieu de travail, à hauteur d'un tiers de leur temps (150 demi-journées par an), pour connaître et analyser les conditions de travail. Ce « tiers-temps » sur les lieux de travail était déjà prévu dans les textes mais son application était restée extrêmement limitée. Dans le cadre de cette activité, les médecins sont tenus d'élaborer et de mettre à jour une fiche pour toutes les entreprises et d'émettre des recommandations sur les mesures de prévention nécessaires à la préservation de la santé des salariés. Une commission médico-technique est mise en place dans les services employant au moins trois médecins du travail. Elle a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire à mener. Ces propositions sont notamment reprises par les médecins du travail pour l'élaboration de leur plan d'activité annuel (ou pluriannuel). Celui-ci intègre des axes prioritaires autour des questions de prévention, d'éducation à la santé en lien avec les risques professionnels et de recherche.

La réforme de 2002 a également introduit le concept de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Ainsi, dans l'étude des conditions de travail et des facteurs pouvant influencer la santé des travailleurs, les approches pluridisciplinaires sont favorisées, soit par l'intervention d'autres catégories de professionnels - ergonomes, psycholo-

Comparaisons européennes

L'organisation de la médecine du travail est très variable d'un pays à l'autre. Au Royaume-Uni, la médecine du travail n'est pas nécessairement pratiquée par un médecin spécialiste et aucun texte n'impose d'examen médical d'embauche ou périodique. Si, en Espagne ou au Luxembourg, le médecin du travail est salarié, comme en France, dans un service autonome ou un service inter-entreprise, il peut avoir un statut libéral dans d'autres pays de l'UE comme l'Allemagne ou la Belgique. Ainsi en Allemagne, une entreprise n'ayant pas de service autonome et n'ayant pas adhéré à un service inter entreprise peut recourir à un médecin du travail exerçant en libéral. L'intervention des autres professionnels de santé, notamment des infirmières, est également très variable d'un pays à l'autre.

Pour toutes ces raisons, les statistiques sur les effectifs de professionnels de la santé au travail sont très éparses et peu comparables d'un pays à l'autre.

gues, toxicologues, ... - présents au sein des services de santé au travail, soit en faisant appel à des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

En France, l'exercice de la médecine du travail est réservé aux seuls médecins spécialistes en médecine du travail reconnus par l'Ordre des médecins. Cette spécialité nécessite de détenir un diplôme d'études spécialisées depuis la réforme de l'internat en médecine mis en œuvre en 1984. Cependant, au cours des années quatre-vingt-dix, dans le cadre des mesures visant à limiter le nombre de médecins libéraux, un certain nombre de médecins généralistes s'est orienté vers la médecine du travail en acquérant une « compétence » en médecine du travail reconnue par l'Ordre des médecins. Leur autorisation d'exer-

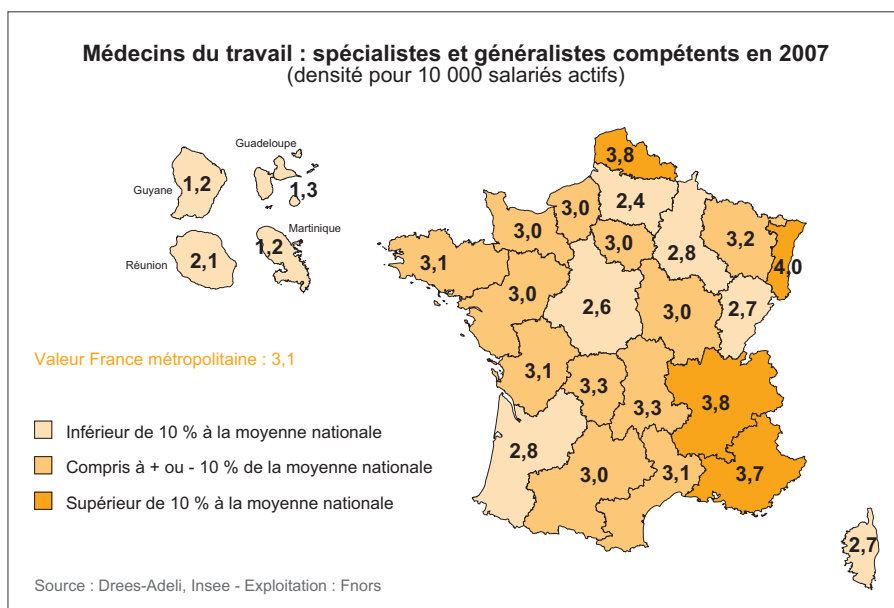
cer dans un service de médecine du travail est contrôlée par les services du ministère chargé du travail.

La médecine du travail est actuellement touchée par une crise démographique importante : le nombre de médecins du travail qui vont cesser leur activité dans les prochaines années est élevé alors que le nombre de nouveaux médecins formés est limité. Seules une soixantaine de places pour la France entière sont offertes chaque année en médecine du travail à l'issue du deuxième cycle des études médicales alors qu'un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales estime les besoins à 170 postes par an pour simplement maintenir la part des médecins du travail parmi l'ensemble des médecins, à son niveau actuel.

Références bibliographiques

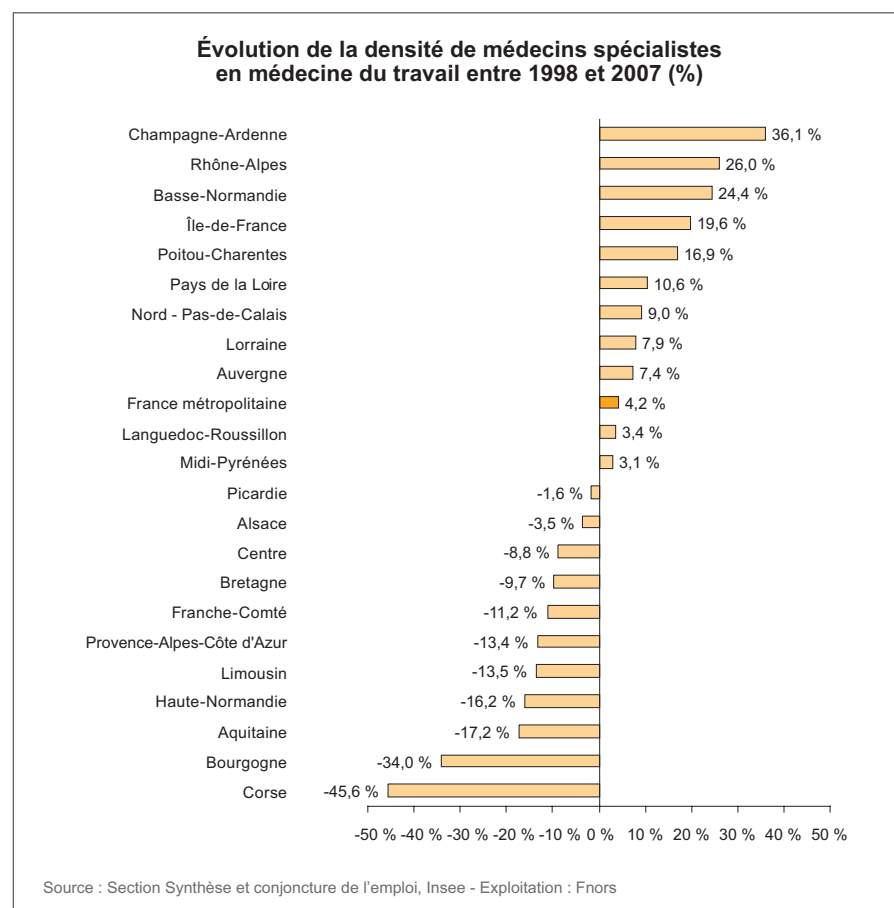
1. Davezies Ph. Tensions et orientations du système français de santé au travail. Santé, société et solidarité, 2006;2:23-32.
2. Abecassis P, Sandert N. Le dispositif français de prévention et de réparation des risques professionnels. Actualité et dossier en santé publique, 2006;57:31-9.
3. Inspection générale des affaires sociales - Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche. Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail, octobre 2008;pp:140.
4. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Spécialistes en médecine du travail. In : Les professionnels de santé : compte-rendus des auditions, 2005, tome 3, La Documentation Française, p.155-8.

La prise en compte simultanée des médecins spécialistes et des généralistes compétents en médecine du travail dessine une image différente du territoire. Ainsi, quatre régions apparaissent mieux dotées que la moyenne : Alsace, Nord - Pas-de-Calais, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. À l'opposé, outre les départements d'outre-mer où les densités observées sont toujours moindres que celles notées en métropole, plusieurs régions présentent des densités particulièrement faibles : Picardie, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Corse et Aquitaine.



Au cours des dix dernières années (1998-2007), la densité de médecins spécialistes en médecine du travail recensés par le ministère a augmenté faiblement en métropole : 4,2 %. C'est en Champagne-Ardenne que la progression la plus forte a été observée : 36,1 %. Alors qu'elle était la région de métropole ayant la densité la plus basse, elle s'est rapprochée maintenant de la moyenne nationale. Dans deux autres régions, on observe une progression de près de 25 % : Rhône-Alpes et Basse-Normandie ; alors que ces deux régions étaient proches de la moyenne nationale en 1998, elles se placent maintenant parmi les régions les mieux dotées. La moitié des régions de France métropolitaine a subi une baisse de leur densité en médecins du travail, la Corse ayant été la plus affectée : diminution de 46 %. Elle se situe maintenant dans la moyenne nationale alors qu'elle était, en 1998, la région de métropole présentant la plus forte densité. La baisse en Bourgogne a été d'un tiers faisant passer cette région dans le groupe de celles les moins bien dotées. Les données détaillées pour les régions d'outre-mer ne sont pas disponibles pour 1998. Seule une évolution globale peut être observée. Ainsi, sur l'ensemble des départements d'outre-mer, la densité en médecins spécialistes du travail a pro-

gressé de 14,4 %, les situant dans le peloton de tête des régions françaises où la densité de médecins du travail a le plus augmentée. Cette progression ne leur permet cependant pas de rattraper leur retard par rapport à la métropole.



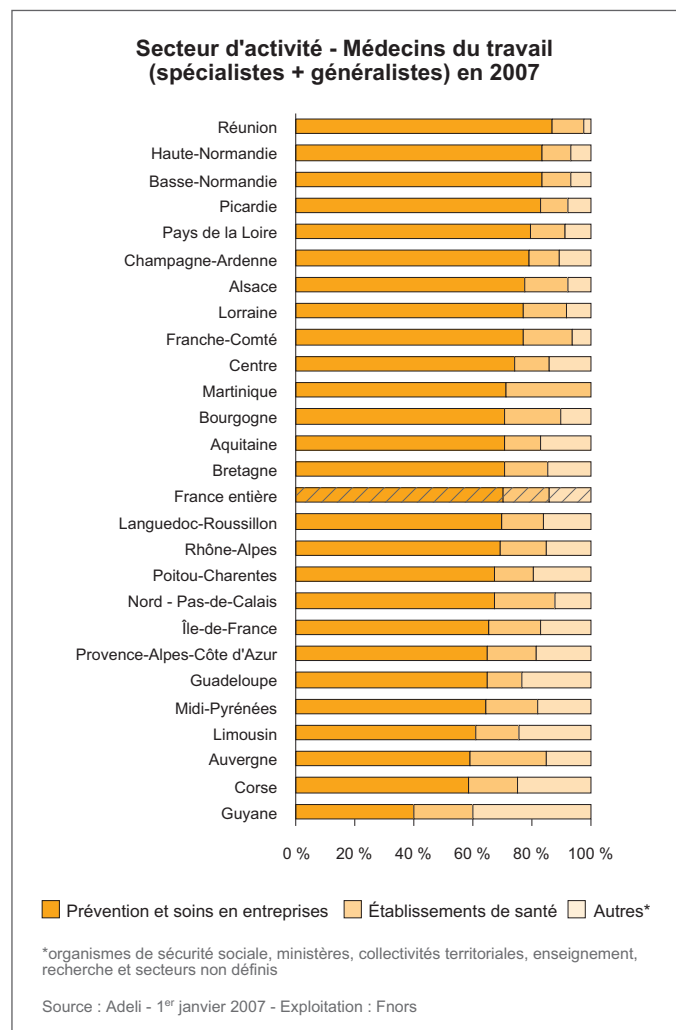
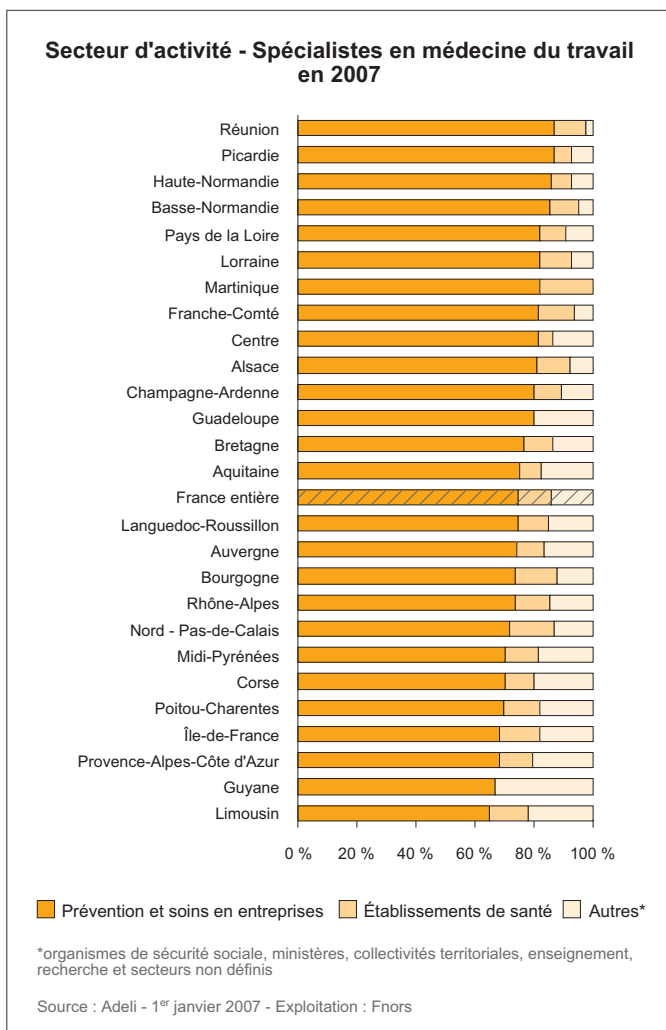
Les secteurs d'exercice des médecins du travail

Les trois quarts des spécialistes en médecine du travail exercent dans les services de santé au travail

Au niveau national, près de 75 % des médecins spécialistes en médecine du travail exercent dans les services de santé au travail interentreprises et au sein des services autonomes de médecine du travail du secteur privé. Cette proportion est plus faible (70,2 %) lorsqu'on tient compte également des médecins généralistes compétents en médecine du travail. En effet, un cinquième de ceux-ci ont une activité principale en cabinet libéral de médecine

générale. Les autres spécialistes en médecine du travail exercent en établissement de santé (11,1 %) et dans les autres secteurs (14,2 %) comme les ministères et les organismes de sécurité sociale. Dans ce dernier groupe sont regroupés les médecins du travail exerçant auprès du personnel de la fonction publique d'État et territoriale, les médecins du travail exerçant auprès de la fonction publique hospitalière étant recensés dans le groupe précédent.

La plus forte proportion de médecins spécialistes exerçant en service de santé au travail est observée à la Réunion et dans des régions du nord de la France (Picardie, Haute et Basse-Normandie). À l'opposé, les proportions les plus faibles, voisines de deux tiers, sont observées en Limousin, Guyane, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France.



Conditions de travail

Conditions de travail

L'environnement de travail génère des contraintes et des effets sur l'état de santé physique et mental des travailleurs. Parallèlement à la diminution de la durée de travail et des tâches répétitives, une augmentation des contraintes organisationnelles et de la pénibilité au travail est observée. En dix ans, l'exposition aux agents biologiques est restée stable mais celle aux agents chimiques a augmenté. Selon l'enquête Sumer, 14 % des salariés étaient exposés en 2003 à des agents cancérigènes, 1 % à des agents mutagènes et autant à des agents reprotoxiques. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fixé comme objectif, dans le domaine de la santé au travail, la réduction de l'exposition des salariés aux agents cancérigènes, au bruit et aux postures pénibles et fatigantes. Le Plan santé au travail et le Plan national santé environnement ont inscrit, au rang de leurs priorités, la réduction des expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques.

En France, deux grandes enquêtes nationales étudient les conditions de travail : l'enquête Conditions de travail et l'enquête Sumer (Surveillance médicale des risques professionnels, cf. Annexes). Toutefois, ces études ne permettent pas des analyses au niveau régional. Par contre, l'enquête décennale santé de 2002-2003 (cf. Annexes) fournit, pour la première fois, certaines informations sur la santé au travail ce, au niveau national et dans cinq régions où elle a fait l'objet d'une extension : Champagne-Ardenne, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Picardie.

L'enquête Sumer renseigne sur les évolutions des conditions de travail entre 1994, date de la première enquête et 2003. Elle montre que l'exposition à la majorité des contraintes auxquelles sont soumis les salariés a augmenté entre 1994 et 2003.

Selon cette enquête, l'exposition au bruit à plus de 85 décibels est passée de 13,0 % des travailleurs en 1994

à 18,2 % en 2003. Globalement, les expositions supérieures à 20 heures par semaine sont restées stables (6 % de salariés exposés les deux années) sauf pour les salariés de l'agriculture et ceux de la construction : ceux-ci sont davantage exposés en 2003 qu'en 1994 (respectivement 6,2 % et 7,6 % en 1994 et 12,4 % et 10,5 % en 2003).

La proportion de salariés qui travaillent sur écran plus de 20 heures par semaine a pratiquement doublé en huit ans passant de 11,9 % en 1994 à 22,1 % en 2003. Ceci est observé dans tous les secteurs d'activité et pour toutes les professions et catégories socioprofessionnelles. Néanmoins, cette forme de travail, qui touche majoritairement les femmes, se retrouve essentiellement parmi les cadres, chez qui l'augmentation a été la plus importante (18,3 % en 1994 et 43,7 % en 2003).

La manutention de charges lourdes concernait 37,6 % des salariés en 1994 et 42,8 % en 2003. L'exposition à la manutention manuelle de char-

ges lourdes plus de 10 heures par semaine a légèrement diminué passant de 12,5 % des salariés à 11,8 % entre 1994 et 2003. Cependant, toutes durées confondues, les femmes étaient plus exposées à ces contraintes en 2003 (33,4 %) qu'elles ne l'étaient en 1994 (26,0 %).

La proportion de salariés ayant déclaré rester en position debout ou piétiner pendant plus de 20 heures par semaine était de 28,3 % en 1994 et de 26,7 % en 2003. Elle a augmenté dans les secteurs de l'agriculture (24,0 % en 1994 et 29,5 % en 2003) et de la construction (35,0 % en 1994 et 39,0 % en 2003) et diminué dans le secteur tertiaire (25,4 % en 1994 et 22,8 % en 2003). Plus de la moitié des salariés des services personnels et domestiques ou des hôtels et restaurants y est exposée. Cette exposition est aussi fréquente chez les employés du commerce et des services (17,2 % en 1994 et 16,8 % en 2003) et les ouvriers (25,0 % en 1994 et 26,6 % en 2003). Les résultats de l'enquête Conditions de travail indiquaient

une proportion d'actifs déclarant rester longtemps debout de 51,8 % en 2005 mais la formulation de la question est moins restrictive que celle de l'enquête Sumer (critère de durée hebdomadaire).

En 2003, selon l'enquête Sumer, 16,9 % des salariés sont soumis aux gestes répétitifs, contribuant entre autres facteurs, à l'apparition des troubles musculo-squelettiques. La proportion de salariés répétant un même geste plus de 10 heures par semaine a diminué entre 1994 et 2003, passant de 12,5 % à 9,5 %. Les gestes répétitifs concernent autant les hommes que les femmes ; les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés.

L'exposition aux agents biologiques concernait 10,2 % des salariés en 1994 et 14,8 % en 2003. Cependant, dans les secteurs les plus exposés comme celui de la santé et de l'action sociale ou encore de l'agriculture, l'exposition à ces agents paraît stable. Ce n'est pas le cas des secteurs de l'industrie (essentiellement dans l'agroalimentaire) ou de la construction (exposition essentiellement liée au traitement des eaux et à l'assainissement), dans lesquels l'exposition aux agents biologiques est passée de 4,3 % à 7,6 % et de 1,8 % à 6,0 % respectivement, entre 1994 et 2003.

Alors qu'en 1994, 33,8 % des salariés étaient exposés à au moins un produit chimique, ils étaient 37,0 % en 2003. Ce sont les secteurs de la construction, de l'industrie et de l'agriculture qui ont subi la plus forte augmentation (de 7 % à 11 %). La proportion de salariés exposés à au moins trois produits chimiques est passée de 13,0 % en 1994 à 16,0 % en 2003. L'augmentation concerne principalement le secteur de la construction (13 points) et celui

de l'agriculture (9 points). La proportion de salariés exposés à au moins un solvant est passée de 12,3 % à 14,5 % et, en ce qui concerne l'exposition à des agents tensio-actifs, la proportion est passée de 6,0 % à 8,2 %.

Les expositions « longues » aux produits chimiques, plus de deux heures par semaine, ont augmenté de 1,6 % chez l'ensemble des salariés, de 8,6 % chez les ouvriers non qualifiés et de 7,2 % chez les ouvriers qualifiés.

En ce qui concerne les ouvriers qualifiés, 22,1 % étaient déjà exposés à au moins trois produits chimiques en 1994 et cette proportion est passée à 30,8 % en 2003. L'aggravation est du même ordre pour les ouvriers non qualifiés : de 17,6 % en 1994 à 25,8 % en 2003.

La part des salariés exposés aux produits repérés en 1994 comme cancérogènes a très légèrement augmenté : +1 point. Les expositions de courte durée sont plus fréquentes en 2003 qu'en 1994 : 43 % et 40 % respectivement. En revanche, les protections collectives se sont développées. Les situations d'exposition sans aucune protection collective ont diminué passant de 47 % en 1994 à 39 % en 2003 et la protection par aspiration à la source est devenue plus fréquente : 17 % des salariés exposés ont pu en bénéficier en 2003 contre 13 % en 1994. Les protections individuelles sont plus souvent mises à disposition : 34 % des salariés exposés avaient accès à une protection cutanée en 1994 et 43 % en 2003 ; 11 % avaient à disposition des protections oculaires en 1994 et 22 % en 2003. Selon l'enquête de 2003, 1 % des salariés ont été exposés aux agents mutagènes et 1 % aux agents reprotoxiques. Pour ces deux types d'exposition, les salariés ayant des fonctions de pro-

duction ou de maintenance sont les plus touchés (2,7 % sont exposés aux agents mutagènes et 2,5 % aux agents reprotoxiques) suivis des salariés exerçant des fonctions de recherche.

Concernant l'exposition à l'amiante, principal facteur de risque du mésothéliome, 27,6 % des salariés ont été exposés au moins une fois dans leur vie selon l'enquête Espaces de l'InVS. L'enquête Sumer 2003 montre la persistance des expositions professionnelles à l'amiante, malgré l'interdiction de son utilisation en France depuis 1996 : 6 salariés sur 1 000 étaient exposés à l'amiante en 2003 et, parmi eux, 10 % à un niveau élevé. L'exposition professionnelle à l'amiante est encore possible lors des travaux de démolition de locaux ou de machines amiantés, lors de travaux d'enlèvement de l'amiante ou lors d'interventions sur des matériaux contenant de l'amiante.

Selon l'enquête Sumer, la proportion de salariés en contact direct avec le public, de vive voix ou par téléphone, est passée de 63,3 % en 1994 à 70,9 % en 2003. Avec 83,3 % de salariés concernés en 2003, le secteur tertiaire reste particulièrement exposé. C'est néanmoins dans l'agriculture et dans la construction que la progression a été la plus marquée (20 %). Les ouvriers étaient plus fréquemment confrontés au public en 2003 qu'ils ne l'étaient en 1994 (14 %) et l'inverse était observé chez les cadres (-9 % entre ces deux années). Parmi les salariés en contact avec le public, le risque d'agression physique était ressenti par 18 % d'entre eux en 1994 et 23 % en 2003. L'enquête Conditions de travail estimait à 41,9 % en 2005 la proportion d'actifs déclarant vivre des situations de tension avec le public parmi ceux en contact avec le public, proportion plus faible qu'en 1998 (47,7 %).

Comparaisons européennes

Selon la quatrième enquête sur les conditions de travail (2005), 30,1 % des actifs de l'Union européenne (UE) des 27 sont exposés au bruit. La proportion la plus élevée est observée en Pologne (41,6 %) et la plus faible en Hollande (20,0 %). En France, la proportion est de 31,9 %. Dans l'UE des 27, la proportion d'actifs exposés à la manipulation des substances chimiques est de 14,5 %. Elle est la plus élevée en Finlande (23,3 %) et la plus faible en Hollande (8,7 %). La proportion en France est supérieure au niveau européen (16,6 %). Le port de charges lourdes concerne 35,0 % des actifs de l'UE des 27. Le pays le plus touché est la Roumanie (45,1 %) et le moins touché est la Hollande (22,0 %). En France, la proportion est supérieure au niveau européen (39,2 %). Les mouvements répétitifs des membres supérieurs touchent 62,3 % de la population active de l'UE des 27. Le pays dans lequel cette proportion est la plus élevée est la Finlande (79,6 %), la proportion la plus faible étant observée à Malte (51,1 %). La France présente une proportion inférieure à la valeur européenne (60,7 %). La durée moyenne de travail hebdomadaire est de 38,6 heures dans l'UE des 27. Elle est la plus élevée en Grèce (45,4 heures) et la plus faible en Hollande (33,0 heures). Les actifs français travaillent, en moyenne, moins que les actifs de l'UE des 27 (35,5 heures).

Références bibliographiques

1. Dares. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. Premières synthèses, décembre 2004;52-1.
2. Dares. Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail. Premières synthèses, janvier 2007;01-2.
3. Enquête Pilote Espaces. Identification et suivi médical post-professionnel des salariés retraités ayant été exposés à l'amiante. InVS, avril 2001.
4. Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, Assemblée nationale, 22 février 2006.
5. http://www.travail.gouv.fr/etudes_recherche_statistiques/statistiques/sante_au_travail/enquetes/sumer-2013.html
6. Caron N, Rousseau S. Correction de la non réponse et calage de l'enquête santé 2002. Documents de travail. Insee, nov. 2005;pp:51.
7. InVS. Conditions de travail selon l'activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Santé Travail, octobre 2007;pp:56.
8. Dares. Les expositions aux produits cancérigènes. Premières synthèses, juillet 2005;28-1.
9. Dares. Les expositions aux produits mutagènes et reprotoxiques. Premières synthèses, août 2005;32-1.
10. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. 4^e enquête sur les conditions de travail. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf> (2005).

Les conditions de travail en 2003 dans cinq régions françaises : les données de l'enquête décennale santé

Les contraintes horaires liées au travail sont plus fréquentes dans les régions du nord que dans celles du sud de la France

En 2003, d'après l'enquête décennale santé, en moyenne, en France métropolitaine, 22,9 % des actifs subissent au moins une des contraintes liées à des horaires atypiques. Celles-ci concernent davantage les hommes que les femmes (27,6 % *versus* 17,9 %). Les proportions sont plus importantes en Picardie et dans le Nord - Pas-de-Calais et notamment chez les hommes, vraisemblablement en raison de l'importance de leur population ouvrière : celle-ci représente plus d'un actif sur quatre en Picardie (28,9 %) et dans la région Nord - Pas-de-Calais (28,0 %) alors que dans les autres régions, les proportions sont comprises entre 20,1 % et 22,7 %. Cette différence nord-sud est constatée pour toutes les contraintes horaires et dans les deux sexes.

À âge identique, c'est le travail posté avec alternance des horaires auxquels les actifs sont le plus souvent exposés, ce dans toutes les régions (16,1 %

des hommes et 13,1 % des femmes en France métropolitaine). Le travail de nuit représente la contrainte la moins répandue mais il concerne tout de même 7,8 % des hommes et 2,8 % des femmes (Tableau 1).

Un actif sur dix est exposé à des contraintes organisationnelles au travail

Les contraintes organisationnelles documentées dans l'enquête décennale santé incluent le travail répétitif sous contrainte de temps et la rémunération au rendement. En 2003, après standardisation sur l'âge, l'exposition à au moins une de ces contraintes concerne 11,2 % des actifs en France métropolitaine, les hommes étant plus exposés que les femmes (13,6 % *versus* 8,7 %). Dans le Nord - Pas-de-Calais les hommes sont les plus fréquemment soumis à au moins une contrainte organisationnelle (20,5 % *versus* 10,6 % à 16,2 % pour les quatre autres régions). En Picardie, les femmes

sont les plus nombreuses à subir ces contraintes avec 12,3 % de femmes actives exposées alors que dans les quatre autres régions, les pourcentages varient de 6,7 % à 8,0 %.

À âge identique, l'exposition des salariés à un travail répétitif sous contrainte de temps est plus fréquente dans les deux régions du nord de la France (Picardie et Nord - Pas-de-Calais) que dans les autres régions. C'est en Picardie que les pourcentages observés sont les plus élevés : 10,6 % des hommes et 7,7 % des femmes sont soumis à cette contrainte. En Provence-Alpes Côte d'Azur, ces pourcentages sont les plus bas : 4,7 % des hommes et 3,1 % des femmes.

Concernant la rémunération au rendement, les femmes de la région Picardie sont plus souvent rémunérées au rendement que les femmes des autres régions (5,9 % *versus* 2,5 % à 4,4 %). Les hommes de la région Nord - Pas-de-Calais sont plus fréquemment rémunérés au rendement que les hommes des autres régions (11,3 % *versus* 6,5 % à 8,2 %) (Tableau 2).

Tableau 1 : Exposition de la population active aux horaires atypiques, selon la région d'habitation et le sexe, en 2003

	Île-de-France		Champagne-Ardenne		Picardie		Nord - Pas-de-Calais		Provence-Alpes-Côte d'Azur		France métropolitaine	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Travail posté en horaire alternant	13,5*	10,2*	16,7	10,9	23,3*	15,0	26,1*	15,8	12,8	11,9	16,1	13,1
Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent :												
à se coucher après minuit	11,7	4,5	14,0	4,7	16,0*	4,8	15,6	2,7	10,2	3,8	11,8	4,2
à se lever avant 5 heures du matin	12,7*	4,7*	17,8	7,0	24,0*	11,0*	20,7*	8,1	12,8	5,6	16,4	7,2
à ne pas dormir la nuit	5,3*	2,2	8,3	2,7	11,5*	4,9*	10,7*	2,9	6,8	2,7	7,8	2,8
Au moins une contrainte liée aux horaires atypiques	25,6	14,5*	28,8	16,5	34,4*	22,3*	35,6*	19,6	24,4	16,3	27,6	17,9

* comparaison entre région et France métropolitaine significative au seuil de 5 %.

Source : Enquête décennale santé, 2003 - Exploitation Fnors

Tableau 2 : Exposition de la population active aux contraintes organisationnelles, selon la région d'habitation et le sexe, en 2003

	Île-de-France		Champagne-Ardenne		Picardie		Nord - Pas-de-Calais		Provence-Alpes-Côte d'Azur		France métropolitaine	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Travail répétitif sous contrainte de temps	5,9*	4,4	8,1	5,4	10,6*	7,7	11,3*	5,4	4,7*	3,1*	7,8	5,8
Rémunération au rendement	6,9	4,4	6,5	2,5	8,2	5,9	11,3	3,5	7,0	3,9	7,2	3,9
Au moins une contrainte organisationnelle	12,0	7,7	12,8	7,2	16,2	12,3	20,5*	8,0	10,6	6,7	13,6	8,7

* comparaison entre région et France métropolitaine significative au seuil de 5 %.

Source : Enquête décennale santé, 2003 - Exploitation Fnors

Tableau 3 : Exposition de la population active aux contraintes physiques, selon la région d'habitation et le sexe, en 2003

	Île-de-France		Champagne-Ardenne		Picardie		Nord - Pas-de-Calais		Provence-Alpes-Côte d'Azur		France métropolitaine	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Postures pénibles ou fatigantes	22,3*	21,1*	32,8	27,1	34,3*	26,6	32,9	29,7	29,6	28,0	28,3	26,6
Port de charges lourdes	19,3*	11,3*	30,7	18,8	30,1*	16,7	25,6	17,3	23,7	16,1	25,9	16,7
Bruit intense	12,0*	5,6	17,3	8,2	25,6*	6,3	15,9	5,0	15,9	3,8*	17,3	6,3
Travail sur écran informatique	58,2*	59,1*	38,5*	44,3*	37,1*	43,6	44,5	42,3*	46,4	49,4	45,6	48,3
Températures extrêmes	12,8*	4,9*	23,5*	12,0	24,0*	10,1	21,0	10,3	18,9	5,0*	19,1	8,6
Intempéries	11,3*	2,8	22,5	3,9	23,2*	3,1	14,7*	3,3	21,1	3,7	17,9	3,5
Climatisation	32,1*	26,0*	20,6	13,6*	17,3*	15,3*	15,5*	13,7*	32,5*	35,7*	23,5	21,5
Au moins une contrainte physique	85,2*	79,5*	80,7	75,1*	81,1	73,3	80,6	69,5*	85,8	77,4	82,2	76,0

* comparaison entre région et France métropolitaine significative au seuil de 5 %.
Source : Enquête décennale santé, 2003 - Exploitation Fnors

Près de huit actifs sur dix subissent une contrainte physique au travail

En 2003, selon l'enquête décennale santé, après standardisation sur l'âge, 79,3 % des actifs subissent au moins une contrainte physique, davantage les hommes que les femmes (82,2 % *versus* 76,0 %) (Tableau 3). Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France présentent les proportions de salariés soumis à au moins une contrainte physique les plus élevées (respectivement 81,5 % et 82,4 %, deux sexes confondus) ; les trois régions du Nord présentent des proportions comprises entre 75 % et 78 %. Avec 45,6 % des hommes et 48,3 % des femmes exposés, le travail sur écran informatique est la contrainte physique la plus répandue en France métropolitaine. En Île-de-France, plus de la moitié des salariés est exposée au travail sur écran informatique : 58,2 % des hommes et 59,1 % des femmes. Les pourcentages observés chez les actifs des trois régions du Nord (deux sexes confondus, entre 40,2 % et 42,3 %) sont les plus faibles du fait de la forte population ouvrière de ces dernières. En Île-de-France et en Provence-Alpes Côte

d'Azur, les salariés sont plus exposés à la climatisation (respectivement, 29,1 % et 34,2 %, deux sexes confondus) que dans les trois régions du nord de la France (de 14,6 % à 16,7 %, deux sexes confondus). La région Picardie se distingue des autres régions par un plus fort pourcentage d'actifs exposés au bruit intense, à des températures extrêmes et aux intempéries que les autres régions qui ont bénéficié d'une extension. La région Île-de-France se caractérise par une proportion faible d'actifs exposés aux postures pénibles et fatigantes (21,7 % contre 28,7 % à 30,9 % dans les autres régions, deux sexes confondus).

Plus d'un actif sur trois est exposé à une contrainte chimique

En 2003, selon l'enquête décennale santé, après standardisation sur l'âge, 34,4 % des actifs sont exposés à au moins une contrainte chimique sur leur lieu de travail, les hommes plus que les femmes (42,6 % *versus* 25,2 %) (Tableau 4). La région Picardie se démarque des autres régions par un pourcentage plus élevé d'actifs exposés à au moins une contrainte chimique (42,1 %) que dans les autres

régions ayant bénéficié d'une extension (de 33,6 % à 37,9 %, deux sexes confondus).

À âge identique, en France métropolitaine, l'exposition au tabac sur le lieu de travail est la contrainte chimique la plus répandue en 2003 puisqu'elle touche 20,1 % des actifs contre 16,6 % pour l'exposition aux poussières et 11,1 % pour l'exposition aux produits chimiques. La Champagne-Ardenne est la région où la proportion d'actifs exposés au tabac est la plus faible (18,4 % contre 19,5 % à 23,6 % dans les autres régions). L'exposition professionnelle aux produits chimiques est plus fréquemment répandue en Picardie (15,9 %) que dans les autres régions (de 8,0 % à 11,8 %).

Au total, l'enquête décennale santé indique que les contraintes les plus répandues sont les contraintes physiques avec près de 80 % des actifs exposés. Elle met aussi en évidence un contraste nord-sud des conditions de travail, vraisemblablement lié à une plus forte présence des ouvriers dans les régions du Nord que dans celles du Sud de la France métropolitaine.

Tableau 4 : Exposition de la population active aux contraintes chimiques, selon la région d'habitation et le sexe, en 2003

	Île-de-France		Champagne-Ardenne		Picardie		Nord-Pas-de-Calais		Provence-Alpes-Côte d'Azur		France métropolitaine	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Poussières ou fumées	17,0*	8,6	28,4*	9,6	33,4*	9,2	24,1	11,1	24,6	6,6	23,9	8,5
Produits chimiques	10,0*	5,9	16,1	6,5	21,1*	9,7*	15,2	5,8	16,6	6,2	15,2	6,5
Tabac	25,5	21,8*	22,8	11,9	26,2	16,8	28,2*	16,7	21,7	17,5	23,4	16,4
Au moins une contrainte chimique	37,3*	29,7*	44,2	22,3	54,1*	27,7	46,0	26,9	43,9	24,2	42,6	25,2

* comparaison entre région et France métropolitaine significative au seuil de 5 %.
Source : Enquête décennale santé, 2003 - Exploitation Fnors

Accidents du travail

Accidents du travail

Les accidents du travail, qui peuvent être à l'origine d'invalidités, de handicaps voire de décès, constituent un enjeu de santé publique. En 2005, en France, 750 000 accidents du travail ont été recensés par les régimes général et agricole. L'importance des accidents routiers dans le travail a été soulignée dans la loi relative à la politique de santé publique de 2004 et inscrite comme priorité dans le Plan santé au travail 2005-2009. Malgré une nette diminution des accidents du travail ces dernières années, des efforts de prévention sont encore nécessaires.

L'accident du travail est défini par le Code de la sécurité sociale comme un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause. Les accidents du travail comptabilisés comprennent les accidents avec arrêt, les accidents entraînant une incapacité permanente partielle et les accidents mortels. Sont également considérés comme accidents du travail et indemnisés comme tels, les accidents survenus pendant le trajet entre le lieu de travail et le domicile (ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial) ou le lieu du repas.

En 2005, 750 000 accidents du travail avec arrêt, dont 59 000 ayant entraîné une incapacité permanente partielle et 550 accidents mortels ont été dénombrés parmi les salariés du régime général (qui ne couvre pas les fonctionnaires) et du régime agricole (cf. Annexes pour les aspects méthodologiques). S'y ajoutent 34 000 accidents avec arrêt indemnisés chez les exploitants agricoles. Les trois branches d'activité les plus touchées par les accidents du travail, pour le régime général, sont les activités de service et le travail temporaire (24 % des accidents avec arrêt en 2004), l'alimen-

tation (18 %), le bâtiment et travaux publics (17 %). Mais ce dernier secteur est celui où le taux d'accidents pour 1 000 salariés est le plus élevé et il totalise 28 % des accidents mortels. Le nombre d'accidents du travail, accidents de trajet compris, a été divisé par trois depuis les années cinquante, sous l'effet combiné d'une amélioration de l'organisation et des conditions de travail ainsi que des mutations de secteurs (automatisation, transformations de la structure de l'emploi, fermeture de sites dangereux dans le secteur de l'industrie...) ou bien encore des efforts de prévention réalisés. On observe cependant un fort ralentissement de cette décroissance depuis le milieu des années quatre-vingt. L'augmentation significative du nombre de salariés, l'introduction de nouveaux risques ou encore la dégradation des conditions de travail (rythme de travail et cadences astreignants, période d'adaptation réduite et formation à la sécurité négligée dans le cadre de la sous-traitance...) sont des éléments pouvant expliquer cette détérioration. Il faut aussi souligner l'importance des accidents routiers du travail : ils comprennent les accidents de mission et les accidents du trajet entre le domicile et le lieu de travail. Ils représentent, hors accidents du trajet,

la première cause d'accidents du travail mortels (25 %). Le risque routier constitue donc une dimension à part entière du risque professionnel et sa prévention devient une priorité pour les organismes sociaux, en partenariat avec la Sécurité routière et pour les employeurs qui sont désormais de plus en plus impliqués et responsabilisés. « Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail » est l'un des 100 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004. De plus, cet objectif a été repris par le Plan santé au travail 2005-2009 qui vise notamment à « promouvoir le développement de la prévention des accidents du travail routiers en entreprise et lui donner de la visibilité pour contribuer au programme interministériel de lutte contre l'insécurité routière en ce domaine ».

Ce chapitre aborde, de manière séparée, les accidents du travail et les accidents du trajet (domicile - travail)* en distinguant les données issues du régime général de celles issues du régime agricole. Il présente les accidents avec arrêt, ceux ayant entraîné une incapacité permanente partielle et les accidents mortels.

*Les données d'accidents routiers (accidents du trajet et accidents de mission) ne sont pas traitées dans ce chapitre car les données d'accidents de mission n'étaient pas disponibles au moment de la réalisation de ce document.

Comparaisons européennes

En 2005, dans l'Union européenne des 15, le taux standardisé d'incidence d'accidents du travail entraînant plus de trois jours d'arrêt de travail et incluant les accidents mortels (définis comme ceux ayant entraîné le décès dans l'année suivant l'accident), est de 31,0 pour 1 000 travailleurs. Le taux en France est supérieur au niveau européen avec une valeur de 44,5 accidents du travail pour 1 000 travailleurs. La France se situe juste après l'Espagne, pays européen où le taux d'accidents du travail est le plus élevé (57,2 accidents du travail pour 1 000 travailleurs). À l'opposé, la Suède est le pays le moins touché par les accidents du travail (11,3 pour 1 000 travailleurs). Toutefois, il convient de rester prudent sur ces comparaisons, des différences existant entre les pays, dans les systèmes d'enregistrement des accidents du travail.

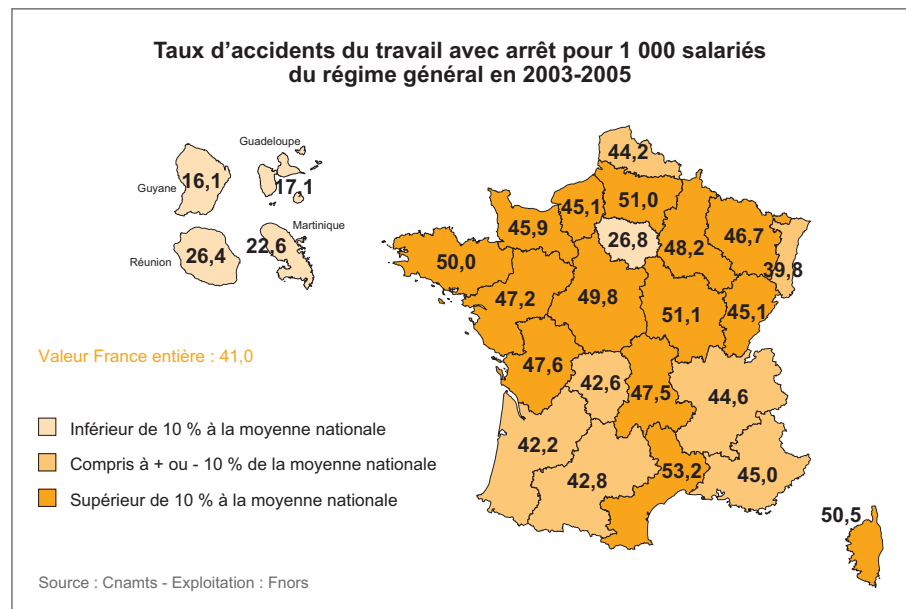
Références bibliographiques

1. INRS. Les maladies professionnelles : guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de sécurité sociale. Paris: 2004.
2. Bouvay M, Yahou N. Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique. MES-Dares, août 2001;31-1.
3. Cezard M, Hamon-Cholet S. Efforts et risques au travail en 1998. MES-Dares, juillet 1999;16-1.
4. Cezard M, Hamon-Cholet S. Travail et charge mentale. MES-Dares, juillet 1999;27-1.
5. Daubas-Letourneux V, Thebaud-Mony A. Organisation du travail et santé dans l'Union européenne. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Office des publications officielles des communautés européennes, 2002.
6. Goldberg M, Goldberg S, Luce D. Disparités régionales de la reconnaissance du mésothéliome de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993). Resp, 1999;47:421-31.
7. Guigon N, Sandret N. Les expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. INRS, Documents pour le médecin du travail, 4^e trimestre 2005;104.
8. Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS-DSE, avril 2003.
9. Merllier D, Paoli P. Dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Office des publications officielles des communautés européennes, 2001.
10. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. L'inspection du travail en France 2000, Les chiffres Clés. Rapport au Bureau international du travail.
11. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Dares. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail en 1994 à 2003. Première synthèse information, décembre 2004;52-1.
12. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale. Plan santé au travail 2005-2009, février 2005.
13. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de l'Écologie et du Développement durable, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche. Plan national santé environnement 2004-2008.
14. epp.eurostat.ec.europa.eu

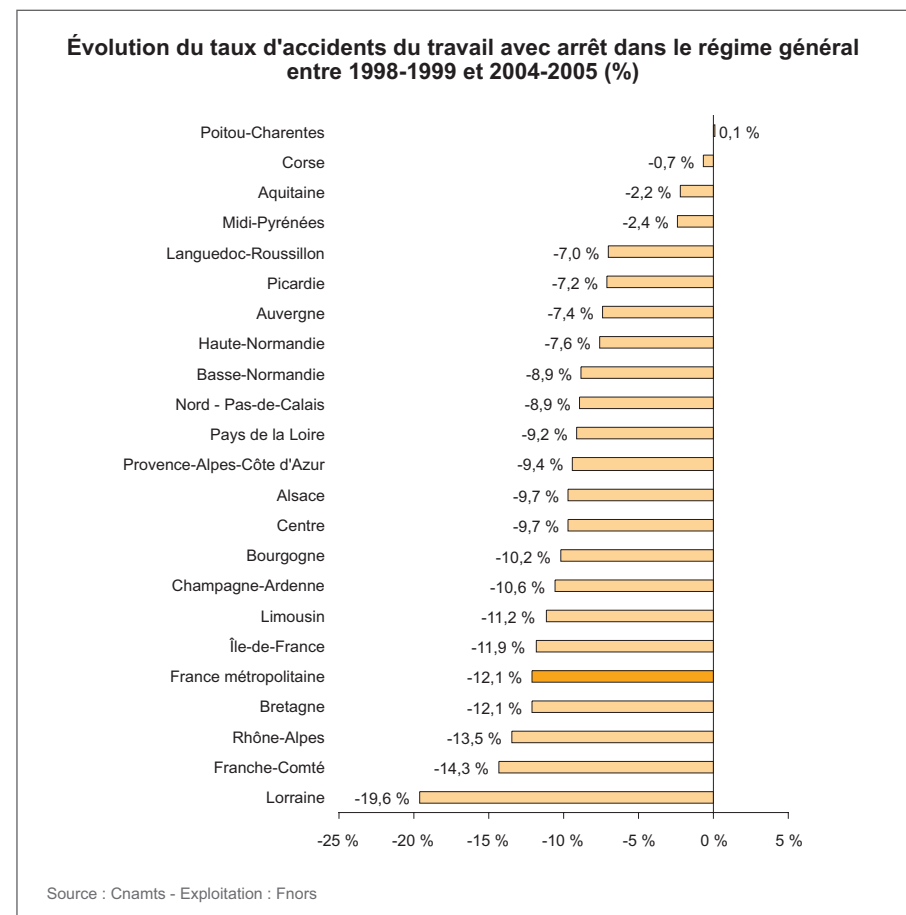
Les accidents du travail avec arrêt dans le régime général

En 2005, 707 375 accidents du travail avec arrêt ont été enregistrés chez les salariés du régime général en France entière.

En 2003-2005 en France entière, le taux d'accidents du travail avec arrêt est de 41,0 pour 1 000 salariés du régime général. En région, il varie de 16,1 pour 1 000 salariés en Guyane à 53,2 en Languedoc-Roussillon. La Bretagne, la Corse, la Picardie et la Bourgogne présentent des taux élevés, supérieurs à 50 pour 1 000 salariés. À l'opposé, les Dom et la région Île-de-France ont des taux faibles, inférieurs à 27 pour 1 000 salariés.



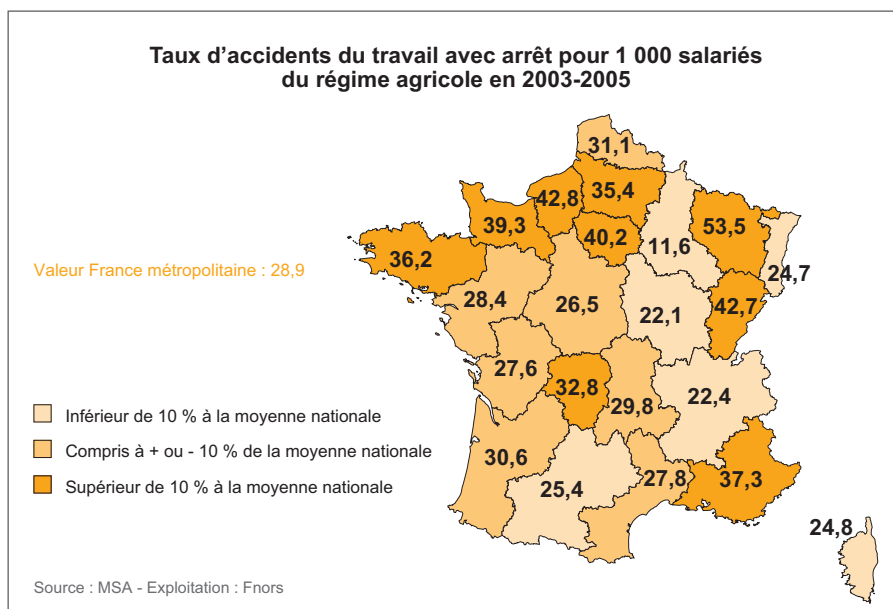
Entre 1998-1999 et 2004-2005, les taux d'accidents du travail avec arrêt ont diminué de 12,1 % en France métropolitaine. Cette baisse est observée dans toutes les régions de France métropolitaine, à l'exception de la région Poitou-Charentes. La diminution s'échelonne de 0,7 % à 19,6 %. La baisse la plus importante concerne la région Lorraine qui connaissait le taux d'accidents du travail le plus élevé en 1998-1999. Les régions Franche-Comté, Rhône-Alpes et Bretagne qui ont connu également une forte diminution avaient des taux supérieurs à 50,0 pour 1 000 en 1998-1999. Le taux d'accidents du travail en Île-de-France, le plus faible en 1998-1999, a baissé de 11,9 % durant la période étudiée. Malgré une diminution d'environ 7 %, les régions Languedoc-Roussillon et Picardie ont conservé des taux d'accidents du travail avec arrêt élevés.



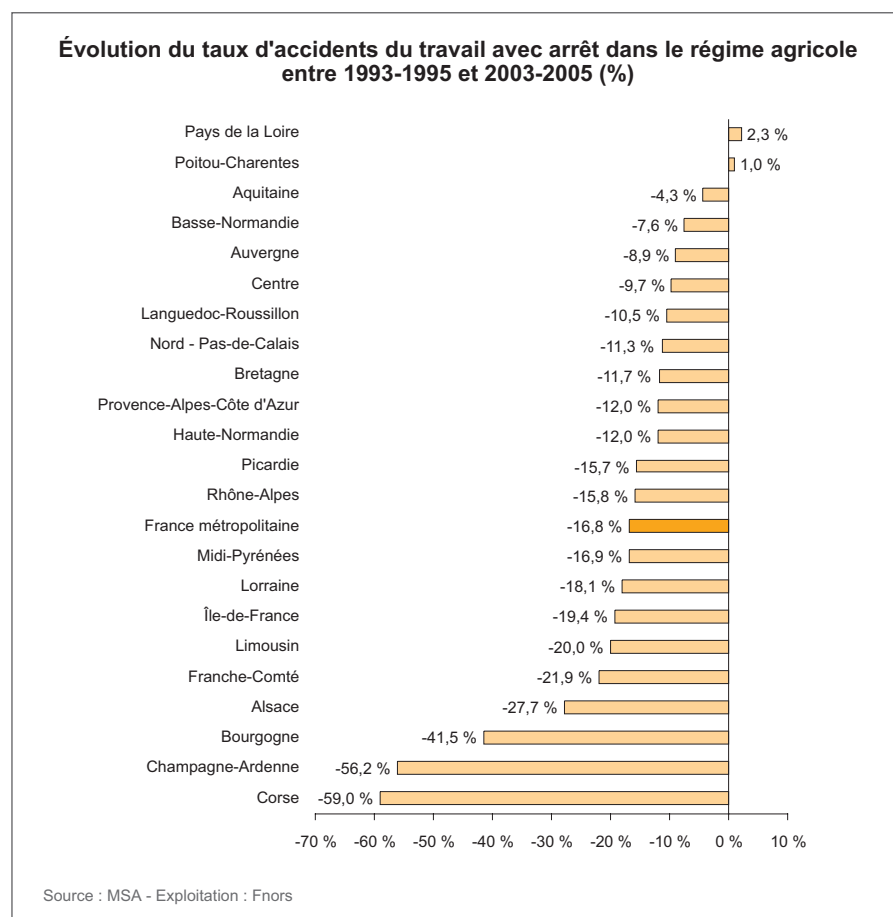
Les accidents du travail avec arrêt dans le régime agricole

En 2005, 45 266 accidents du travail avec arrêt ont été indemnisés par le régime agricole en France métropolitaine*.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux d'accidents du travail avec arrêt est de 28,9 pour 1 000 salariés du régime agricole. Ce taux ne peut être comparé à celui du régime général, notamment du fait du nombre important de saisonniers couverts par le régime agricole et du risque de sous-déclaration des accidents dans cette population. Dans les régions, les taux s'échelonnent de 11,6 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés pour la Champagne-Ardenne à 53,5 pour la Lorraine. Les régions Bourgogne et Rhône-Alpes suivent la Champagne-Ardenne avec des taux plus faibles que la moyenne en métropole. À l'opposé, les régions Franche-Comté et Haute-Normandie présentent les taux les plus élevés après la Lorraine.



En France métropolitaine, le taux d'accidents du travail avec arrêt dans le régime agricole a diminué de 16,8 % entre 1993-1995 et 2003-2005. À l'exception des régions Pays de la Loire et Poitou-Charentes, l'ensemble des régions a connu une baisse allant de 4,3 % pour la région Aquitaine à 59,0 % en Corse. Alors que cette dernière connaissait un taux élevé en 1993-1995 (65,2 accidents pour 1 000 salariés), la forte diminution du nombre d'accidents a permis à cette région d'atteindre un taux faible (24,8 accidents pour 1 000 salariés), inférieur à la moyenne de la métropole. En revanche, la Lorraine, dont le taux d'accidents du travail était le plus élevé en 1993-1995 (65,2 accidents pour 1 000 salariés du régime agricole), conserve le taux le plus élevé en 2003-2005. À l'opposé, la région Champagne-Ardenne, qui était la région la moins touchée par les accidents du travail avec arrêt en 1993-1995, avec 26,6 accidents pour 1 000 salariés, l'est restée en 2003-2005 avec 11,6 accidents pour 1 000 salariés, grâce à une diminution de son taux de 56,2 %.

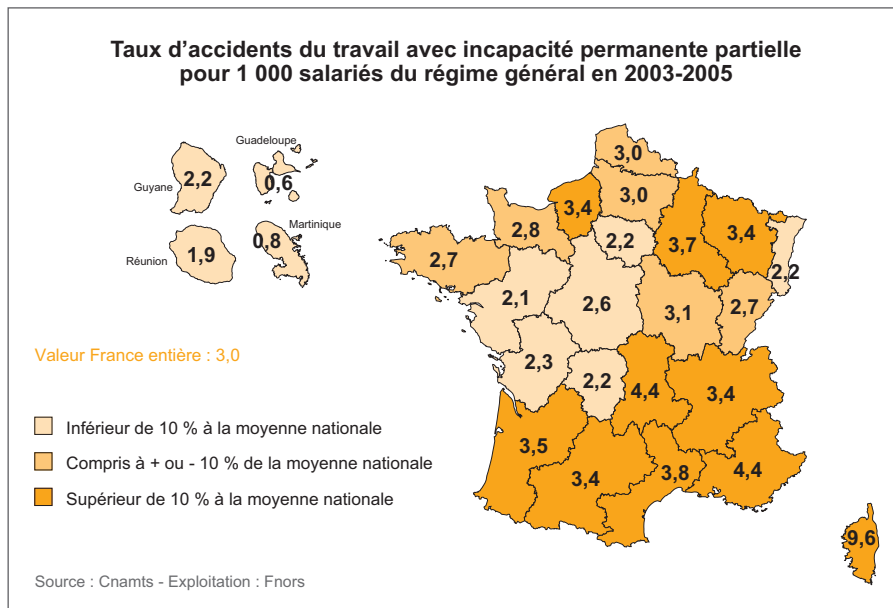


*Pas de données d'accidents du travail dans les Dom pour le régime agricole.

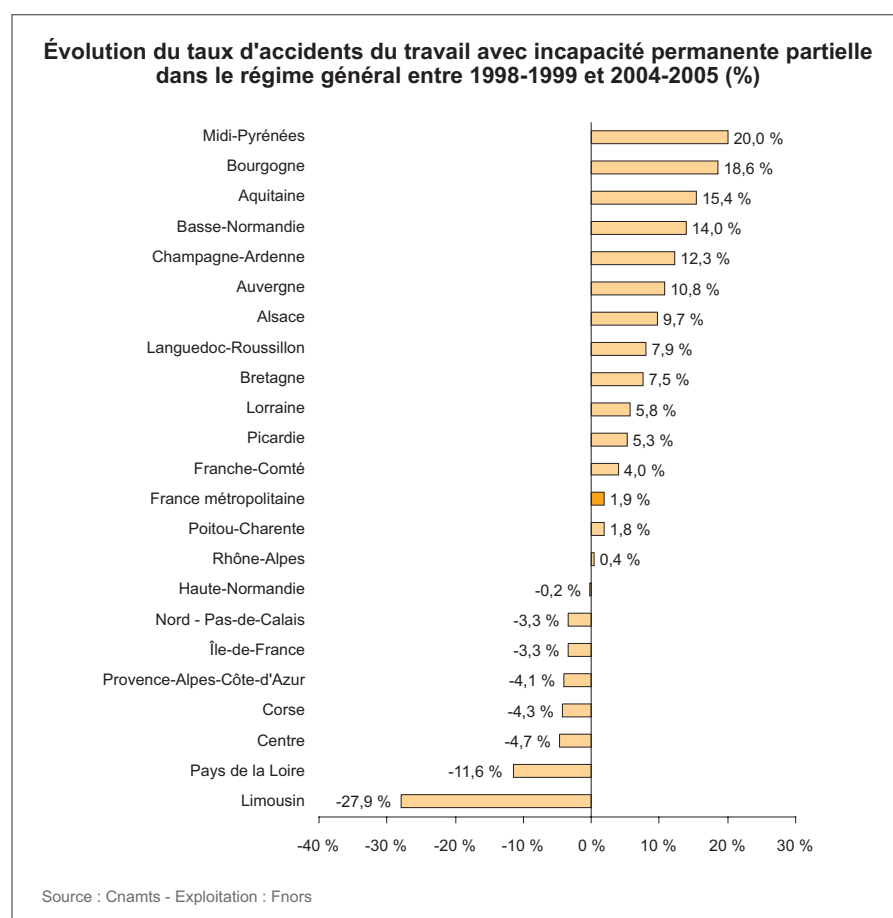
Les accidents du travail avec incapacité permanente partielle dans le régime général

Le taux d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente partielle a augmenté de 2 % en France métropolitaine entre 1998-1999 et 2004-2005.

En 2005, 52 940 accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) ont été recensés en France entière par le régime général de la sécurité sociale. Sur les années 2003-2005, le taux moyen est de 3,0 accidents du travail avec IPP pour 1 000 salariés du régime général en France entière. Dans les régions, ce taux s'échelonne de 0,6 pour 1 000 salariés en Guadeloupe à 9,6 en Corse. La Martinique a également un taux d'accident du travail avec IPP faible (0,8 pour 1 000 salariés) ainsi que les deux autres Dom dont les taux sont proches des plus bas en France métropolitaine. Les régions Auvergne et Provence-Alpes-Côte d'Azur connaissent des taux moyens supérieurs à 4,0 pour 1 000 salariés. Globalement, deux zones se distinguent : le sud de la France avec des taux élevés d'accidents du travail avec IPP et le Centre-Ouest avec des taux faibles.



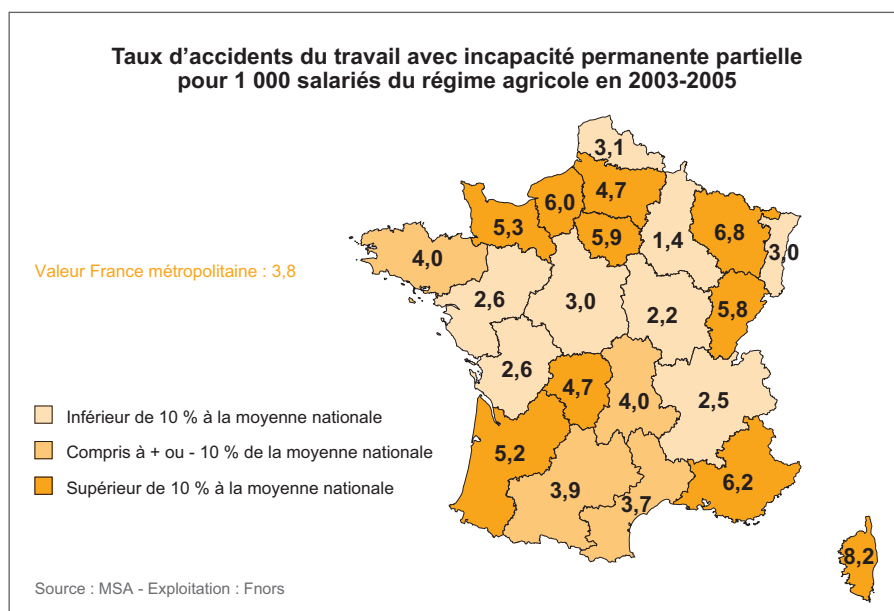
Le taux d'accidents du travail avec IPP a augmenté de 1,9 % en France métropolitaine entre 1998-1999 et 2004-2005. Cependant, certaines régions ont connu une diminution de leur taux allant de 3,3 % pour les régions Nord - Pas-de-Calais et Île-de-France à 27,9 % pour la région Limousin. La Corse, malgré une diminution de 4,3 %, reste la région dont les taux d'accidents avec IPP sont les plus élevés : 9,0 pour 1 000 salariés en 1998-1999 et 8,6 pour 1 000 salariés en 2004-2005 (9,6 pour 1 000 sur 2003-2005). Les taux des régions Rhône-Alpes et Haute-Normandie sont restés stables au cours de cette période. L'augmentation la plus importante (20,0 %) est observée dans la région Midi-Pyrénées qui passe de 2,7 accidents avec IPP pour 1 000 salariés en 1998-1999 à 3,2 en 2004-2005 (3,4 pour 1 000 sur 2003-2005). Malgré une augmentation de 9,7 %, l'Alsace reste, avec les Pays de la Loire, la région la moins touchée par les accidents du travail avec IPP.



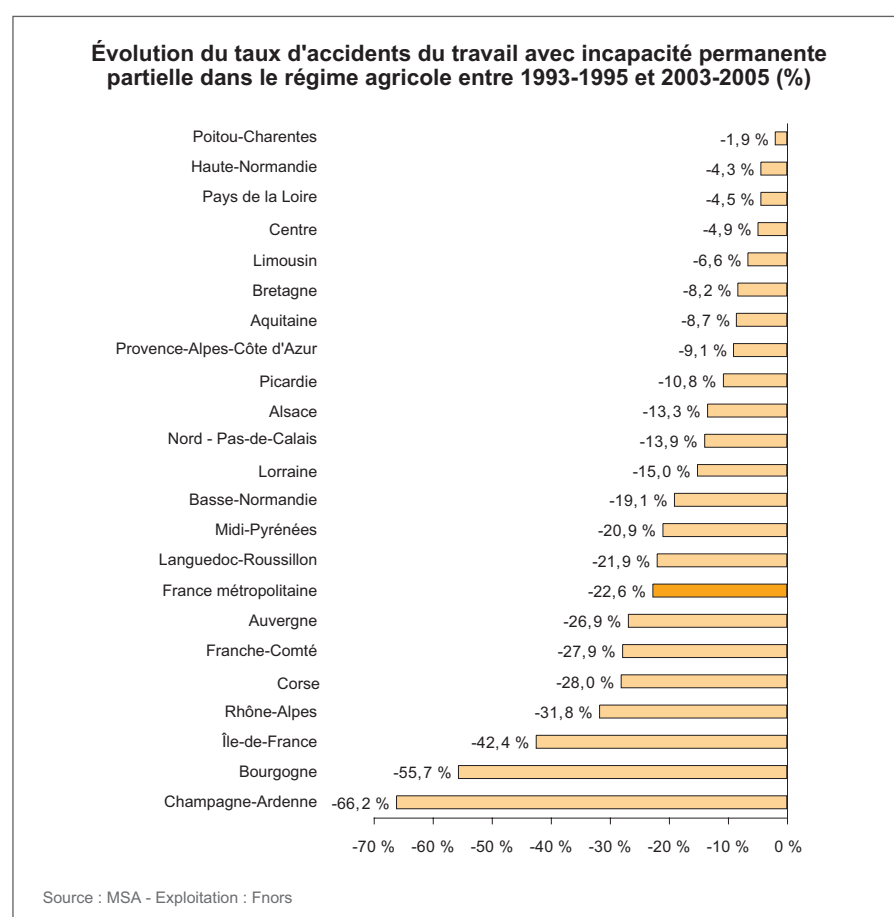
Les accidents du travail avec incapacité partielle permanente dans le régime agricole

En 2005, 5 671 accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente partielle ont été indemnisés par le régime agricole en France métropolitaine*.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) est de 3,8 pour 1 000 salariés du régime agricole. Dans les régions, ce taux s'échelonne de 1,4 accident du travail avec IPP pour la Champagne-Ardenne à 8,2 en Corse. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Lorraine ont des taux supérieurs à 6,0 pour 1 000. À l'opposé, les régions Bourgogne, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes et Pays de la Loire ont des taux inférieurs à 3,0 pour 1 000 salariés.



Entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux d'accidents du travail ayant entraîné une IPP a diminué de 22,6 % en France métropolitaine. Dans les régions, la diminution est très inégale. La région Poitou-Charentes a connu la plus faible baisse (1,9 %) de même que les régions Haute-Normandie et Pays de la Loire (4,3 % et 4,5 % respectivement). Les régions Champagne-Ardenne et Bourgogne ont connu les baisses les plus importantes (66,2 % et 55,7 %). Malgré une diminution du taux de 28,0 % en Corse, le taux observé en 2003-2005 dans cette région reste le plus élevé de métropole.

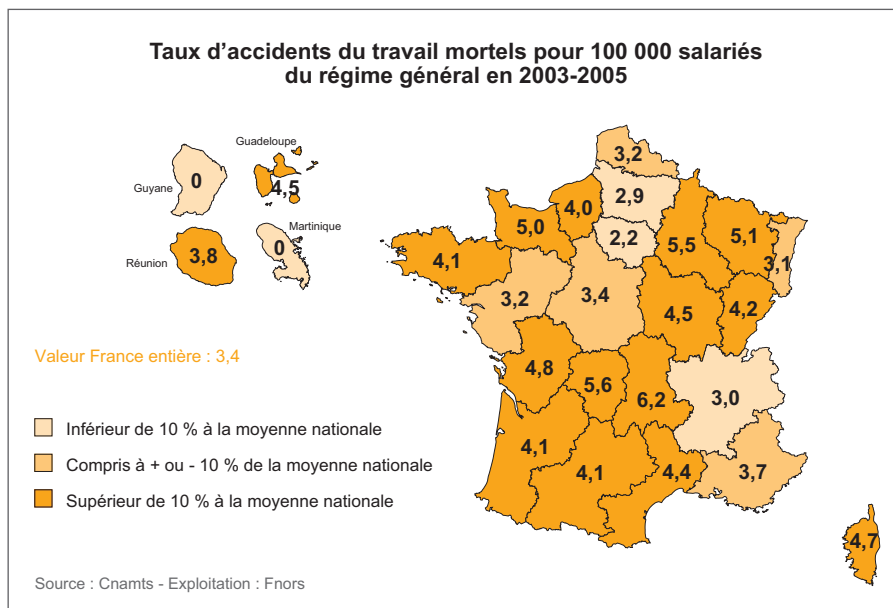


*Pas de données d'accidents du travail dans les Dom pour le régime agricole.

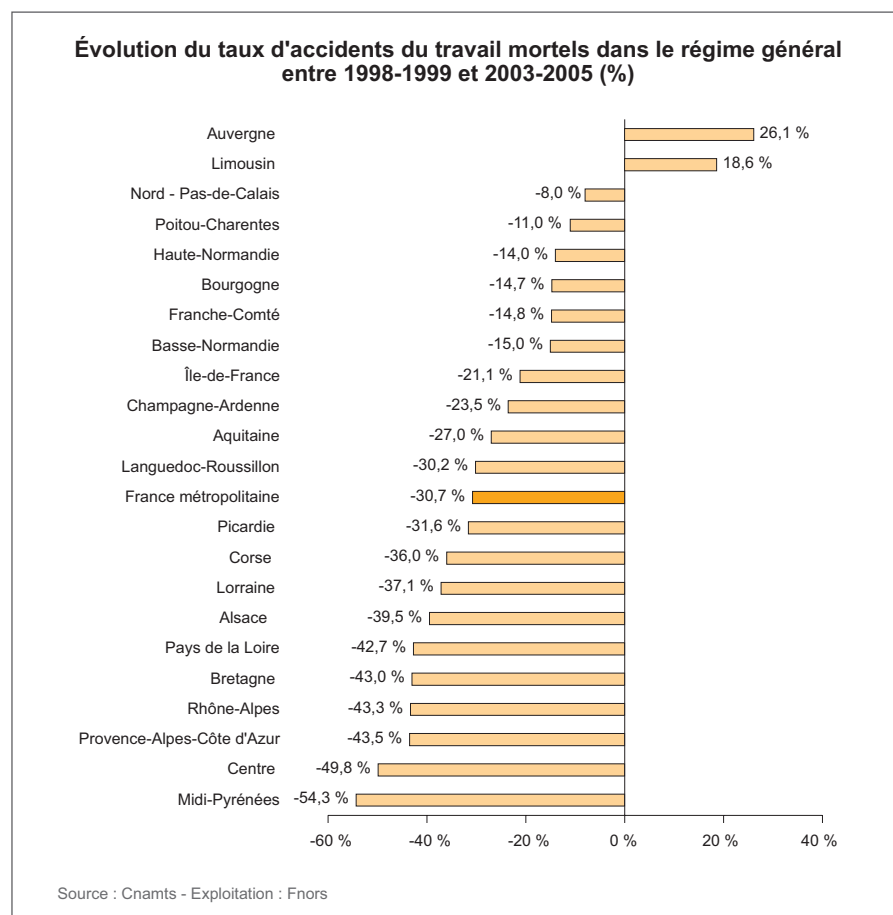
Les accidents du travail mortels dans le régime général

En 2005, 481 accidents du travail mortels ont été dénombrés par le régime général en France entière.

En 2003-2005, en France entière, le taux d'accidents du travail mortels est de 3,4 pour 100 000 salariés du régime général. Pour les Dom, aucun accident du travail mortel n'a été enregistré sur cette période, en Guyane et en Martinique alors que la Réunion et la Guadeloupe présentent des taux respectifs de 3,8 et 4,5 accidents du travail mortels pour 100 000 salariés. Dans les autres régions, les taux varient entre 2,2 pour 100 000 salariés du régime général pour l'Île-de-France et 6,2 pour l'Auvergne. Les régions Lorraine, Champagne-Ardenne et Limousin présentent des taux supérieurs à 5,0 accidents mortels pour 100 000 salariés.



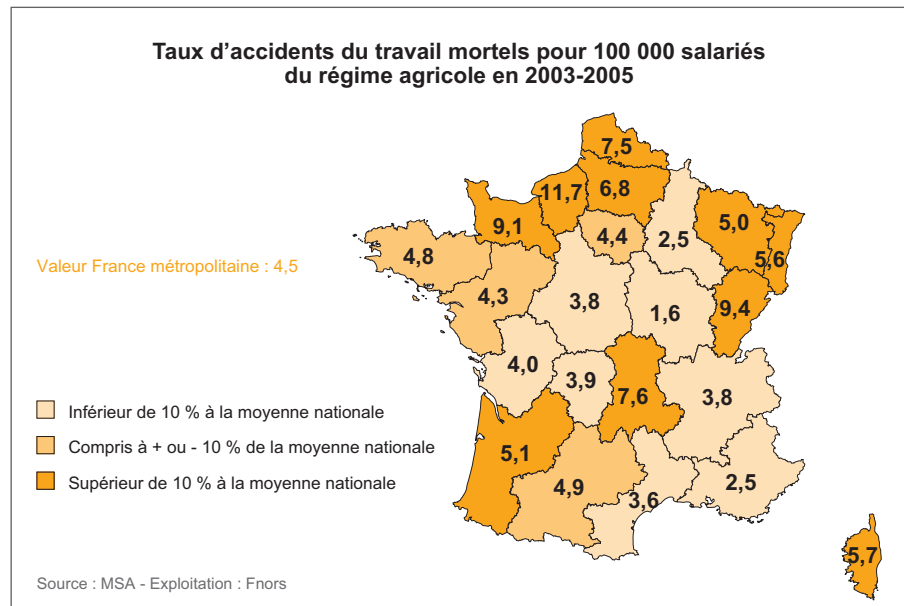
Entre 1998-1999 et 2004-2005, le taux d'accidents du travail mortels a diminué de 30,7 % en France métropolitaine. Cette baisse est de 8,0 % dans la région Nord - Pas-de-Calais et de 54,3 % dans la région Midi-Pyrénées. À l'inverse, deux régions, l'Auvergne et le Limousin, ont vu leur taux d'accidents du travail mortels augmenter respectivement de 26,1 % et de 18,6 % sur cette période.



Les accidents du travail mortels dans le régime agricole

En 2005, 71 accidents du travail mortels ont été dénombrés par le régime agricole en France métropolitaine*.

En 2003-2005, le taux d'accidents du travail mortels atteint 4,5 pour 100 000 salariés du régime agricole en France métropolitaine. Dans les régions, ce taux s'échelonne de 1,6 accident du travail mortel pour 100 000 salariés pour la Bourgogne à 11,7 en Haute-Normandie. Les régions Basse-Normandie et Franche-Comté présentent des taux supérieurs à 9,0 pour 100 000 salariés du régime agricole. Les régions Champagne-Ardenne et Provence-Alpes-Côte d'Azur ont des taux faibles de 2,5 pour 100 000 salariés.

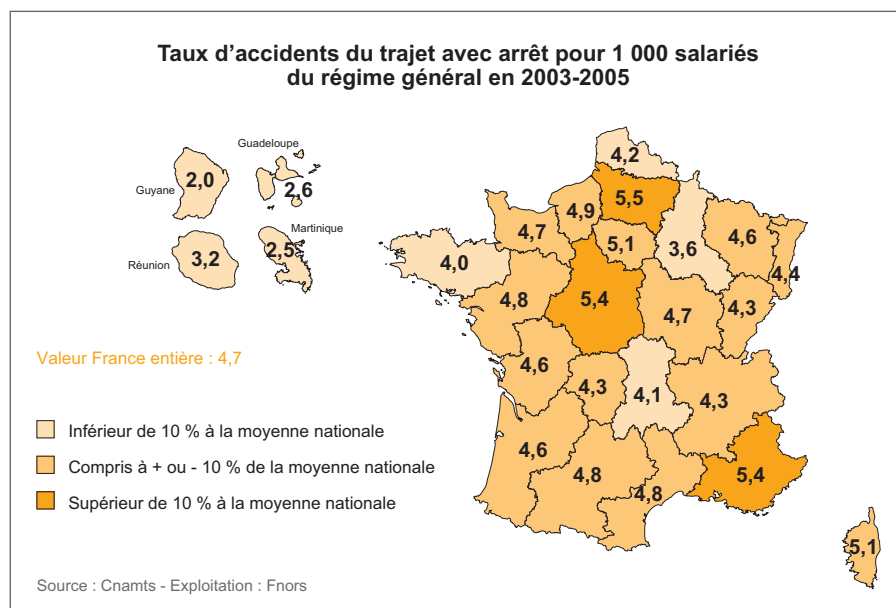


*Pas de données d'accidents du travail dans les Dom pour le régime agricole, ni données disponibles avec un recul suffisant pour faire un graphique d'évolution.

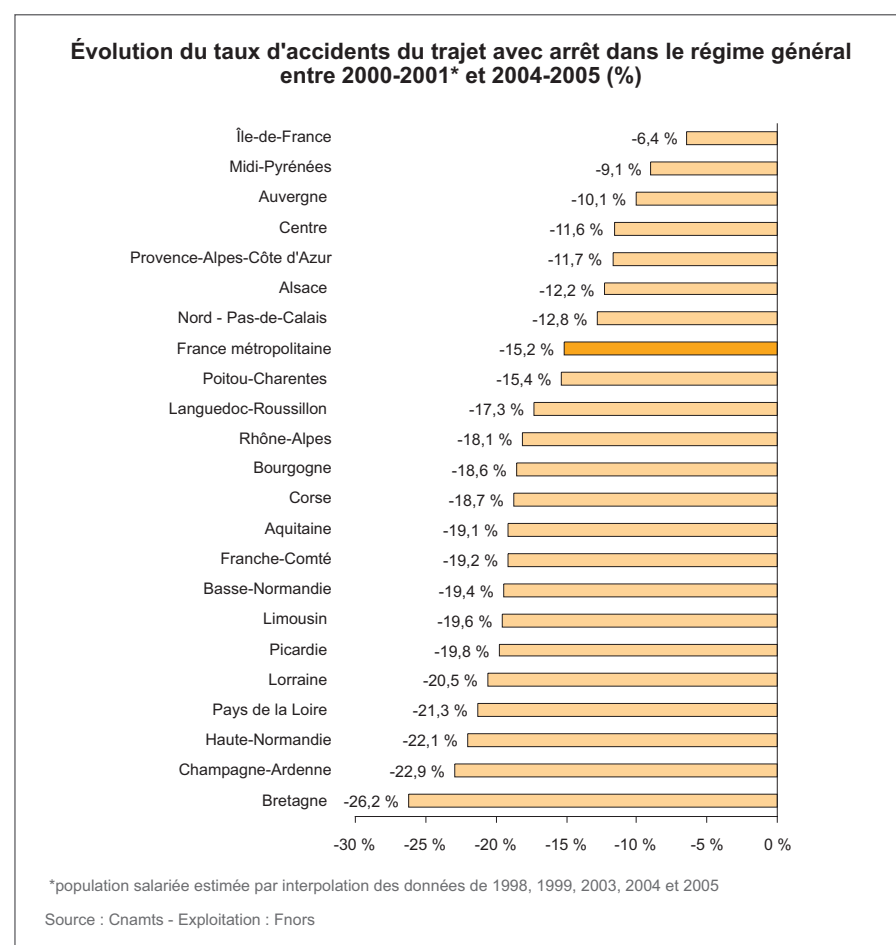
Les accidents du trajet avec arrêt dans le régime général

En 2005, 82 962 accidents du trajet avec arrêt ont été enregistrés par le régime général en France entière.

En 2003-2005, en France entière, le taux d'accidents du trajet dans le régime général est de 4,7 pour 1 000 salariés, taux s'échelonnant de 2,0 pour 1 000 en Guyane à 5,5 pour 1 000 salariés en Picardie. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Centre présentent également des taux élevés par rapport au niveau national. Les Dom présentent les taux les plus faibles.



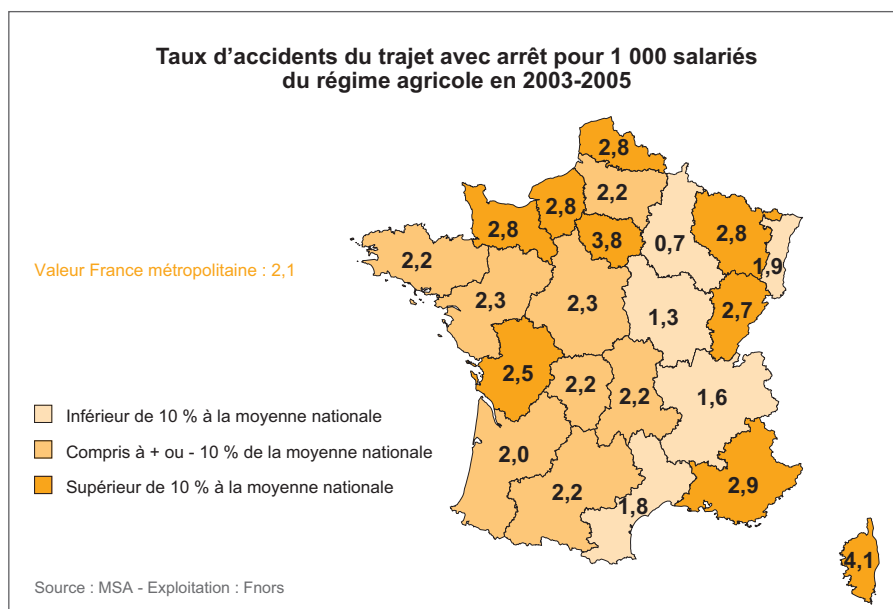
Entre 2000-2001 et 2004-2005, le taux d'accidents du trajet en France métropolitaine a diminué de 15,2 % en moyenne, baisse variant selon les régions entre 6,4 % pour l'Île-de-France et 26,2 % pour la Bretagne. La Champagne-Ardenne qui connaissait en 2000-2001 un des taux les plus faibles de France métropolitaine a vu son taux diminuer de 22,9 %. Elle présente ainsi, en 2004-2005, le taux le plus faible de France métropolitaine.



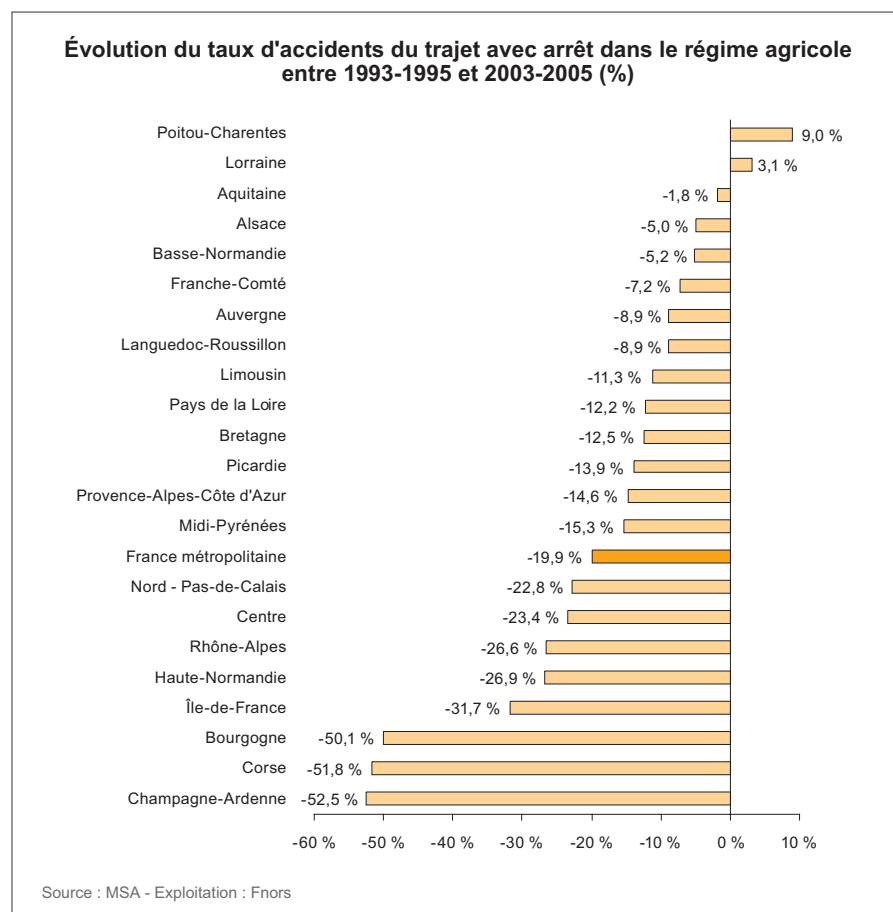
Les accidents du trajet avec arrêt dans le régime agricole

En 2005, 3 390 accidents de trajet avec arrêt ont été dénombrés dans le régime agricole en France métropolitaine*.

En 2003-2005 en France métropolitaine, le taux moyen d'accidents du trajet avec arrêt atteint 2,1 pour 1 000 salariés du régime agricole. Il varie selon les régions de 0,7 pour 1 000 en Champagne-Ardenne à 4,1 pour 1 000 en Corse. Les régions Bourgogne et Rhône-Alpes présentent des taux relativement faibles avec des valeurs respectives de 1,3 et 1,6 accident du trajet avec arrêt pour 1 000 salariés. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur a un taux proche de 3,0 accidents du trajet pour 1 000 salariés, taux inférieur à celui de l'Île-de-France (3,8 pour 1 000 salariés).



Entre 1993-1995 et 2003-2005, en France métropolitaine, le taux d'accidents du trajet avec arrêt a diminué de près de 20 % passant de 2,6 à 2,1 pour 1 000 salariés. Dans les régions, les variations sont relativement importantes. Les régions Poitou-Charentes et Lorraine ont vu leur taux augmenter respectivement de 9,0 % et 3,1 %. Dans les autres régions une diminution entre 1,8 % pour la région Aquitaine et 52,5 % pour la région Champagne-Ardenne est observée. Une forte baisse a aussi été observée en Corse (51,8 %) mais elle reste, en 2003-2005, la région avec le taux le plus élevé en France métropolitaine.

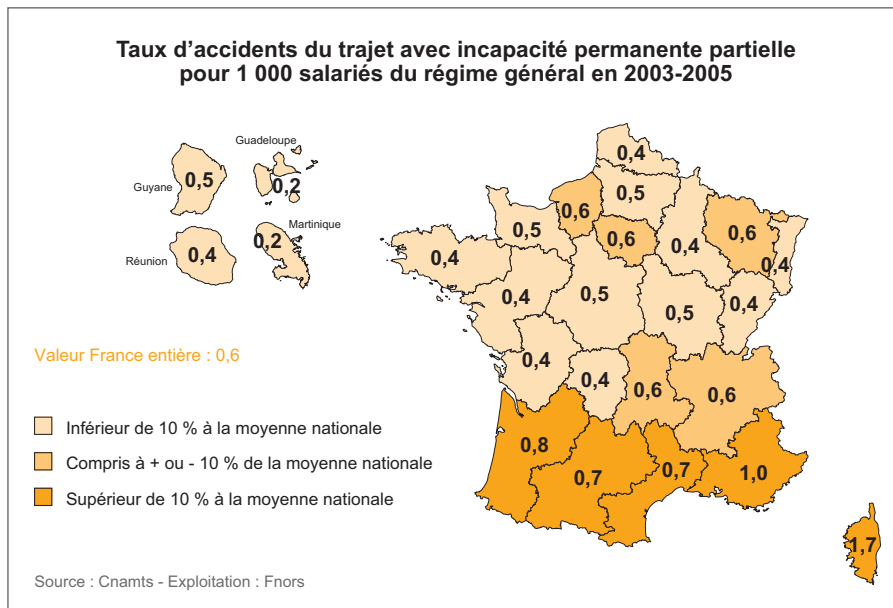


*Pas de données d'accidents du trajet dans les Dom pour le régime agricole.

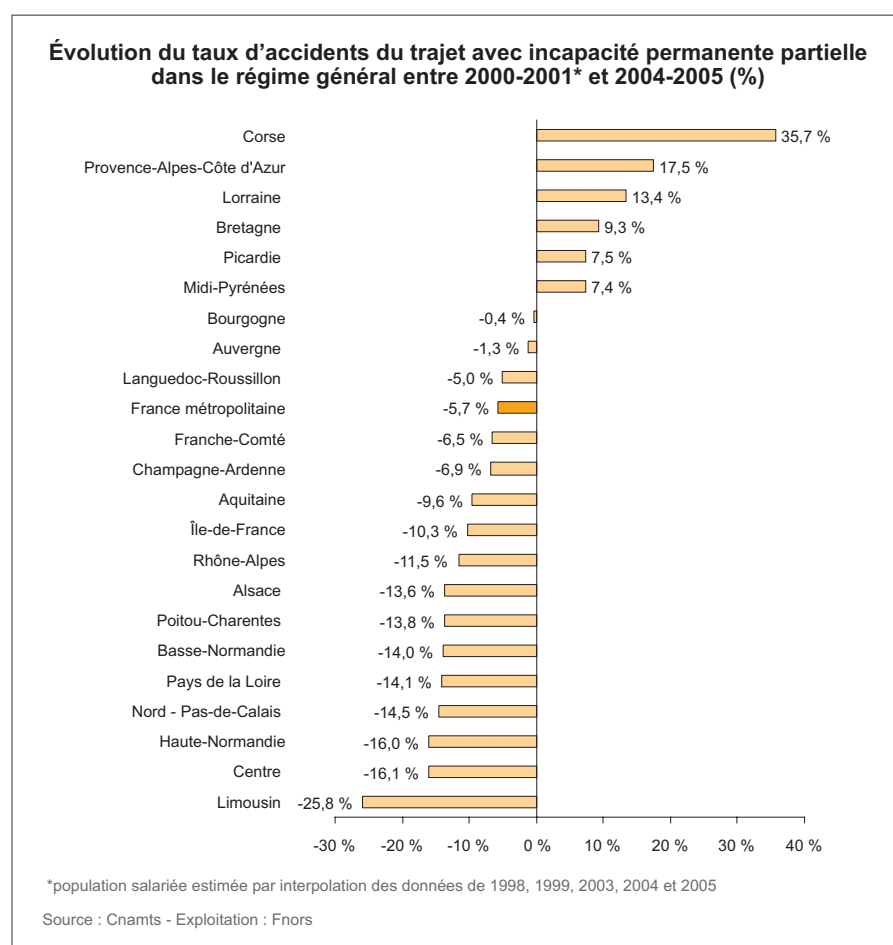
Les accidents du trajet ayant entraîné une incapacité permanente partielle dans le régime général

En 2005, 9 591 accidents du trajet ayant entraîné une incapacité permanente partielle ont été indemnisés par le régime général en France entière.

En 2003-2005, en France entière, le taux d'accidents du trajet ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) atteint 0,6 pour 1 000 salariés du régime général. Dans les régions, ce taux varie entre 0,2 pour 1 000 salariés en Guadeloupe et en Martinique et 1,7 en Corse. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur présente un taux de 1,0 pour 1 000 salariés. Les Dom font partie des régions où les taux d'accidents du trajet ayant entraîné une IPP sont les plus faibles. Un léger contraste nord-sud est observé, avec des taux plus élevés dans les régions du Sud que dans celles du nord de la France métropolitaine.



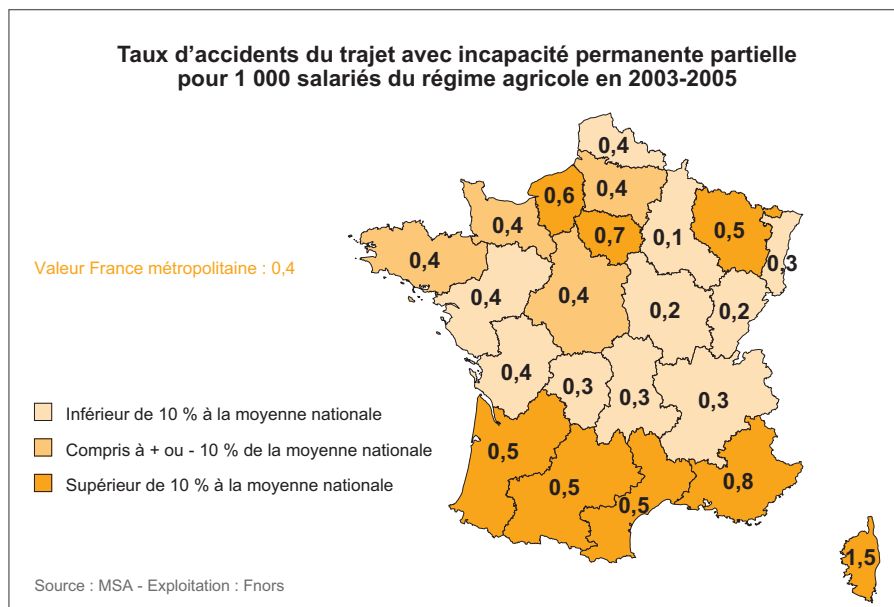
Entre 2000-2001 et 2004-2005, la France métropolitaine a connu une diminution de 5,7 % du taux d'accidents du trajet ayant entraîné une IPP. Dans les régions, l'évolution est assez hétérogène puisque certaines régions ont vu leur taux augmenter de 7,4 % pour la région Midi-Pyrénées à 35,7 % pour la Corse alors que d'autres ont vu leur taux diminuer de 5,0 % pour le Languedoc-Roussillon à 25,8 % pour le Limousin. Les taux des régions Bourgogne et Auvergne sont restés stables. Malgré une augmentation de 9,3 % en Bretagne, cette région reste l'une des moins touchées par les accidents du trajet ayant entraîné une IPP.



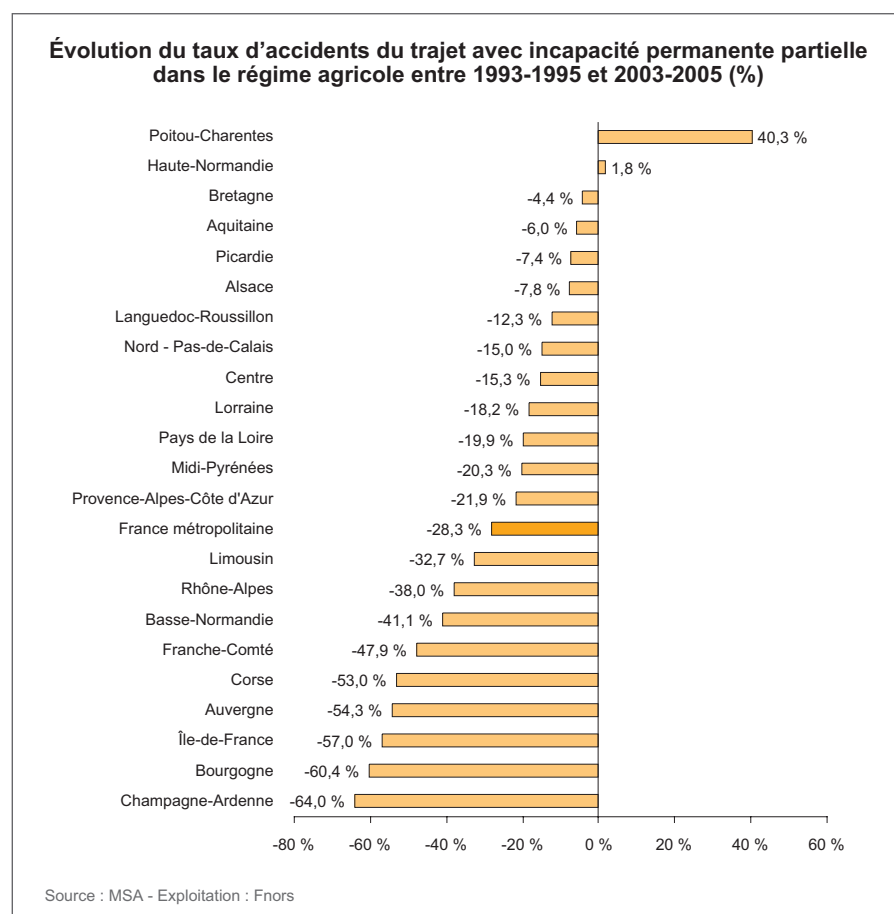
Les accidents du trajet ayant entraîné une incapacité permanente partielle dans le régime agricole

En 2005, 610 accidents du trajet ayant entraîné une incapacité permanente partielle ont été indemnisés par le régime agricole en France métropolitaine*.

Pour les années 2003 à 2005 en France métropolitaine, le taux moyen d'accidents du trajet ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) est de 0,4 accident pour 1 000 salariés du régime agricole. Dans les régions, les taux s'échelonnent de 0,1 pour 1 000 salariés en Champagne-Ardenne à 1,5 pour 1 000 salariés en Corse. La Bourgogne, la Franche-Comté et l'Alsace comptent parmi les régions où les taux sont les plus faibles (de 0,2 à 0,3 accident pour 1 000 salariés du régime agricole). L'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont des taux respectifs de 0,7 et 0,8, plus élevés que la moyenne nationale.



Entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux moyen d'accidents du trajet ayant entraîné une IPP a diminué de 28,3 % en France métropolitaine. Si la majorité des régions a connu une baisse, deux régions ont cependant vu leur taux d'accidents du trajet augmenter : Poitou-Charentes (40,3 %) et, à un degré moindre, la Haute-Normandie (1,8 %). La diminution du taux dans les autres régions varie de 4,4 % à 64,0 %. Malgré une baisse de 53,0 %, la Corse reste la région de métropole où le taux est le plus élevé en 2004-2005. Du fait de la forte diminution de son taux, la région Champagne-Ardenne est en 2004-2005 la région ayant le taux le plus faible de France métropolitaine.

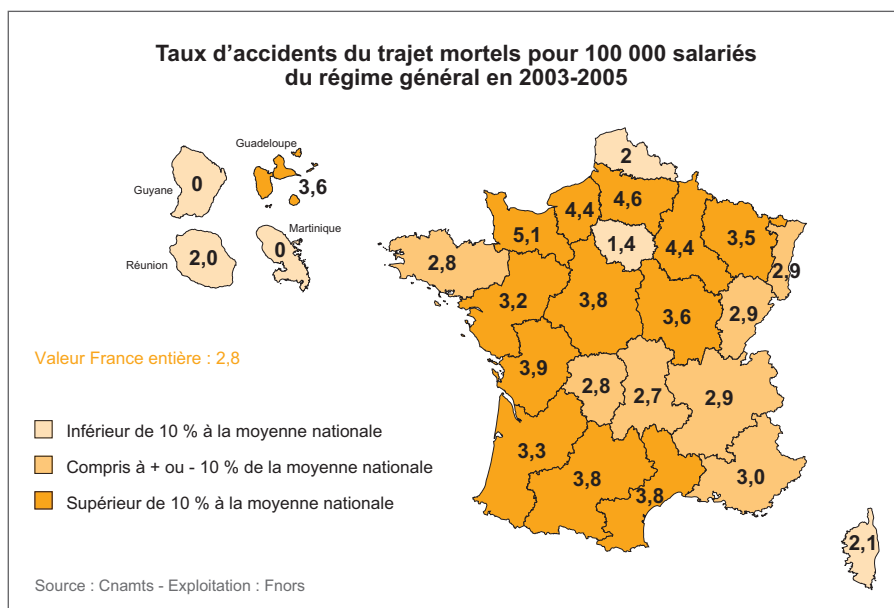


*Pas de données d'accidents du trajet dans les Dom pour le régime agricole.

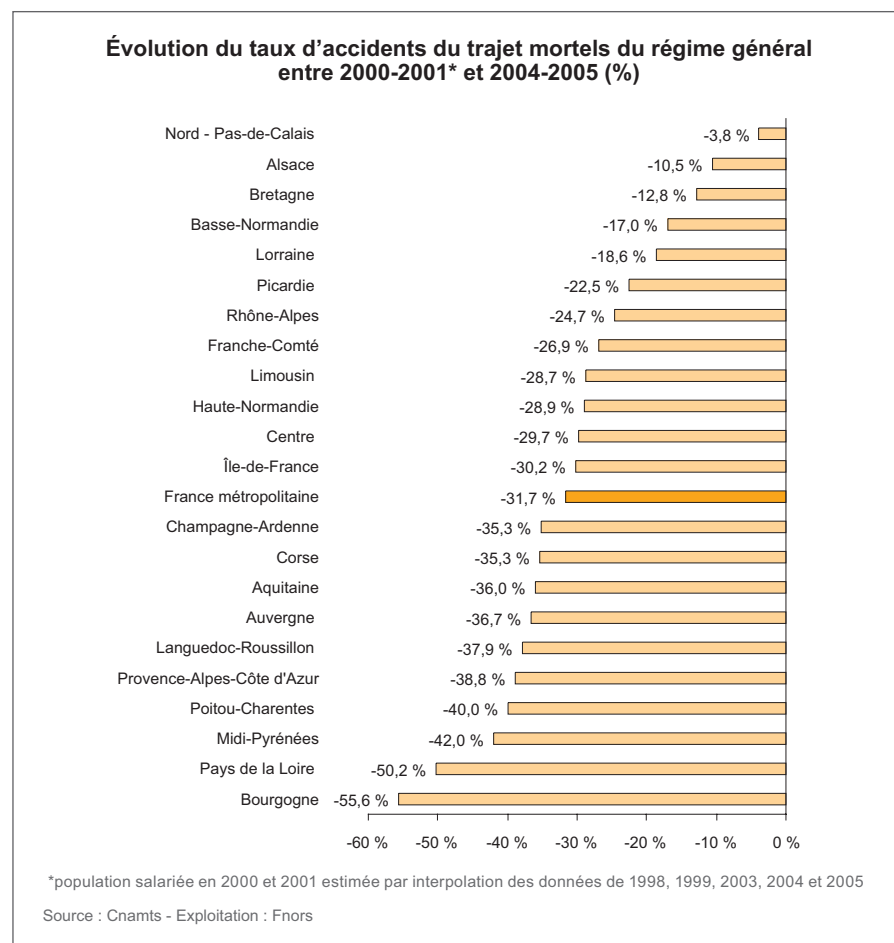
Les accidents du trajet mortels dans le régime général

Un tiers d'accidents du trajet mortel en moins en six ans en France métropolitaine.

En 2005, en France entière, 440 accidents du trajet mortels ont été dénombrés par le régime général. En 2003-2005, le taux moyen d'accidents du trajet mortels en France est de 2,8 pour 100 000 salariés du régime général, variant de 0 en Guyane et en Martinique à 5,1 pour 100 000 salariés du régime général. À la Réunion et en Guadeloupe, les taux d'accidents du trajet mortels atteignent respectivement 2,0 et 3,6 pour 100 000 salariés du régime général. La Haute-Normandie, la Champagne-Ardenne et la Picardie ont des taux élevés supérieurs à 4,0 accidents du trajet mortels pour 100 000 salariés du régime général. La région Nord - Pas-de-Calais, l'Île-de-France et la Corse ont des taux faibles par rapport au niveau nationale.



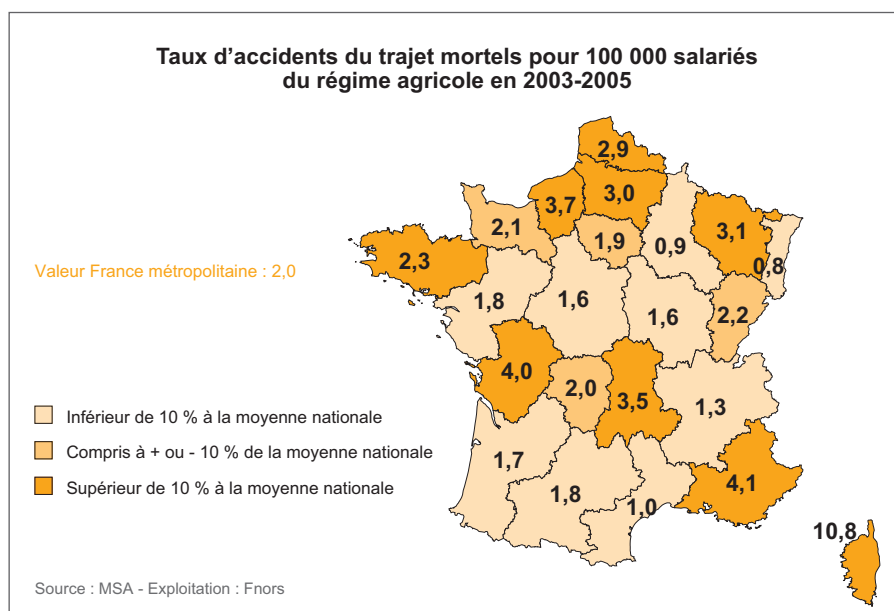
Entre 2000-2001 et 2004-2005, le taux d'accidents du trajet mortels a diminué de 31,7 % en France métropolitaine. Dans les régions, la diminution varie de 3,8 % dans le Nord - Pas-de-Calais à 55,6 % en Bourgogne. La région Pays de la Loire a également connu une forte baisse du taux d'accidents du trajet mortel, la rapprochant du niveau national. Malgré une diminution du taux en Basse-Normandie (17,0 %), son taux reste le plus élevé en 2004-2005.



Les accidents du trajet mortels dans le régime agricole

En 2005, 30 accidents du trajet mortels ont été recensés par le régime agricole en France métropolitaine*.

En 2003-2005 en France métropolitaine, le taux d'accidents du trajet mortels est de 2,0 pour 100 000 salariés du régime agricole. Dans les régions, de grandes variations existent. La région Alsace présente le taux le plus faible (0,8 pour 100 000 salariés du régime agricole). Les régions Champagne-Ardenne et Languedoc-Roussillon suivent avec des taux respectifs de 0,9 et 1,0 pour 100 000 salariés. À l'opposé, la Corse présente le taux d'accidents du trajet mortels le plus élevé (10,8 pour 100 000 salariés du régime agricole). Les régions Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur connaissent également des taux élevés, respectivement de 4,0 et 4,1 accidents du trajet mortels pour 100 000 salariés du régime agricole.



*Pas de données d'accidents du trajet dans les Dom pour le régime agricole, ni données disponibles avec un recul suffisant pour faire un graphique d'évolution.

Maladies professionnelles

Contexte général

La prise de conscience des altérations de la santé liées à l'environnement et aux conditions de travail s'est progressivement développée dès la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e, au décours de la révolution industrielle. De nos jours, la pathologie d'origine professionnelle demeure plus que jamais un problème majeur de santé publique : selon un rapport du Bureau international du travail de 2003, 160 millions de cas de maladies professionnelles seraient enregistrés chaque année dans le monde. En France, où le dispositif législatif de réparation des accidents du travail, qui existait depuis 1898, s'est étendu aux maladies professionnelles au sortir de la première guerre mondiale, on dénombrait en 2006 plus de 50 000 maladies professionnelles nouvellement reconnues et indemnisées dans les régimes général et agricole.

Contrairement à l'accident du travail, qui se caractérise par son caractère fortuit et l'identification précise du lieu et du moment de l'événement, la maladie professionnelle est la conséquence d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque inhérent à l'exercice habituel de la profession. La frontière entre accidents du travail et maladies professionnelles n'est cependant pas hermétique. Il existe des maladies qui sont reconnues en qualité d'accidents du travail, comme des intoxications aiguës ou des affections résultant d'expositions accidentelles à des radiations ionisantes. De même, une affection, comme le tétanos, faisant partie des maladies professionnelles reconnues sera indemnisée comme accident du travail si elle est consécutive à une blessure. *A contrario*, une pathologie n'entrant pas dans le cadre des maladies professionnelles comme l'infection par le VIH pourra être prise en charge comme accident du travail au titre de « *complication ou séquelle d'un accident* ».

Une maladie est « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. Mais la preuve de la relation de cause à effet entre la maladie et l'activité professionnelle est souvent difficile voire impossible à établir notamment en raison de la mul-

tiplicité des expositions professionnelles ou extra-professionnelles. Basé sur la présomption d'origine, le droit à réparation se fonde sur des critères médicaux, techniques et administratifs (symptômes et lésions pathologiques, délai de prise en charge, travaux effectués et dans certains cas durée minimale d'exposition). Ces critères sont contenus dans les « tableaux de maladies professionnelles » annexés au Code de la sécurité sociale, mis en place par la loi du 25 octobre 1919. Pour les salariés agricoles et dernièrement les exploitants agricoles, le système de tableaux a été introduit par le décret du 17 juin 1955. Depuis ces deux dates, les tableaux ont été progressivement modifiés ou créés. Ils sont au nombre de 113 au régime général ou 57 au régime agricole.

En complément de ce système des tableaux, un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles a été mis en place par la loi du 27 janvier 1993. Il fait intervenir un comité d'experts, le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), chargé d'établir l'existence d'un lien entre l'affection et l'activité professionnelle habituelle. Ceci permet l'indemnisation, d'une part, d'affections inscrites mais ne satisfaisant pas à toutes les conditions énoncées dans les tableaux et, d'autre part, de maladies non inscrites dans les tableaux. Dans le

premier cas, si les conditions médicales sont remplies mais qu'il manque une ou plusieurs des conditions administratives (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux), l'origine professionnelle de la maladie peut être reconnue s'il est établi qu'elle est directement causée par le travail de la victime. Dans le second cas, une maladie hors tableau peut être reconnue d'origine professionnelle « *lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux d'au moins 25 %* » (articles L461-1 et R461-8 du Code de la sécurité sociale).

Enfin, la réglementation fait obligation à tout médecin, du travail ou non, de déclarer tout symptôme ou maladie à caractère professionnel, c'est-à-dire « *dont l'origine professionnelle est vraisemblable mais qui n'entrent pas dans le cadre juridique strictement défini des tableaux de réparation* ». Ce dispositif de veille repose notamment sur des expériences d'observatoires mis en place dans certaines régions. Outre une amélioration sensible de la connaissance de la pathologie professionnelle et du dispositif de prévention, ces expériences débouchent, le cas échéant, sur la modification des tableaux existants ou sur la création de nouveaux tableaux.

L'augmentation régulière du nombre de reconnaissances de maladies professionnelles peut s'expliquer par une prise de conscience de plus en plus forte du problème, par des modifications de certains tableaux et par l'évolution des conditions de travail. Toutefois il existe une sous-déclaration, notamment par méconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie ou par crainte du salarié de perdre son emploi. Malgré les évolutions réglementaires destinées à élargir le champ des maladies reconnues professionnelles ou à caractère professionnel et le développement de la surveillance post-professionnelle pour les expositions à des agents cancérigènes ou pneumoconiotiques (silice, oxyde de fer, amiante), le nombre de cas reconnus est jugé trop faible par rapport à la réalité des maladies d'origine professionnelle. C'est notamment le cas des cancers professionnels dont le nombre d'indemnisations est très inférieur au nombre de cas attribuables estimé, selon l'institut de veille sanitaire.

Il existe, de plus, de fortes disparités régionales des déclarations, notamment pour les maladies à forte latence de développement comme les cancers. Le tissu économique et donc les risques professionnels spécifiques à chaque région, n'expliquent pas à eux seuls ces disparités régionales. Elles relèvent aussi de l'intérêt porté au problème par les acteurs et institutions de chaque région. Une étude de l'Inserm a estimé, par exemple, que la probabilité pour qu'un mésothéliome soit reconnu comme maladie professionnelle par la caisse régionale d'assurance maladie est, par rapport à Nantes, 2,5 fois moins élevée à Montpellier et environ 10 fois moins à Clermont-Ferrand. Rappelons que les expositions professionnelles à l'amiante sont responsables d'au moins 80 % des mésothéliomes dans les pays industrialisés.

La prévention des maladies professionnelles implique un certain nombre d'obligations légales pour les employeurs. Ceux-ci sont tenus, en vertu

de l'article L461-4 du Code de la sécurité sociale, de déclarer auprès de la caisse primaire d'assurance maladie et de l'inspection du travail les procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles. L'article L4121-1 du Code du travail fait obligation « *aux chefs d'établissements de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ». L'employeur doit procéder à l'évaluation des risques professionnels dans son entreprise et est responsable de l'application des mesures de prévention. Depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, l'évolution du Code pénal et de la jurisprudence ont aggravé les sanctions prononcées à l'encontre des employeurs en matière de risque professionnel : reconnaissance de la faute inexcusable par manquement à l'obligation de sécurité, atteinte involontaire à la vie d'autrui ou délit de mise en danger de la vie d'autrui.

Références bibliographiques

1. INRS. Les maladies professionnelles : guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de sécurité sociale. Paris: 2007.
2. Bouvay M, Yahou N. Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique. MES-Dares, août 2001;31-1.
3. Cézard M, Hamon-Cholet S. Efforts et risques au travail en 1998. MES-Dares, juillet 1999;16-1.
4. Cézard M, Hamon-Cholet S. Travail et charge mentale. MES-Dares, juillet 1999;27-1.
5. Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A. Organisation du travail et santé dans l'Union européenne. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Office des publications officielles des communautés européennes, 2002.
6. Goldberg M, Goldberg S, Luce D. Disparités régionales de la reconnaissance du mésothéliome de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993). Resp, 1999;47:421-31.
7. Guigon N, Sandret N. Les expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. INRS, Doc Méd Trav, 4^e trimestre 2005;104:471-83.
8. Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS-DSE, avril 2003.
9. Merllier D, Paoli P. Dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Office des publications officielles des communautés européennes, 2001.
10. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. L'inspection du travail en France 2000, Les chiffres Clés. Rapport au Bureau international du travail.
11. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Dares. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail en 1994 à 2003. Première synthèse information, décembre 2004;52-1.
12. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale. Plan santé au travail 2005-2009. Février 2005.
13. Ministère de la Santé et de la protection sociale, ministère de l'Écologie et du Développement durable, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche. Plan national santé environnement 2004-2008.
14. INRS. Maladies à caractère professionnel et maladies professionnelles : Bilan d'expérimentation dans quelques régions et analyse des résultats. Doc Méd Trav, 1999;79:227-33.

Ensemble des maladies professionnelles

En 2005, plus de 41 000 nouvelles indemnisations pour maladies professionnelles (MP) ont été enregistrées pour le régime général et plus de 3 400 l'ont été pour le régime agricole. Le nombre annuel de premières indemnisations dans le régime général est en 2005 presque deux fois plus élevé qu'en 2000 et presque cinq fois plus élevé qu'en 1995, sous l'effet de l'augmentation importante du nombre d'indemnisations pour affections périarticulaires et de celui pour affections dues à l'amiante, respectivement multipliés par six et neuf en dix ans. Les maladies professionnelles indemnisées ne représentent qu'une part des maladies professionnelles déclarées, constatées et reconnues.

En 2005, en France métropolitaine, 41 226 maladies professionnelles ont donné lieu à une première indemnisation auprès des salariés du régime général. Ce chiffre était de 8 992 dix ans plus tôt, soit une multiplication par plus de 4,5 (cf. Annexes pour les aspects méthodologiques).

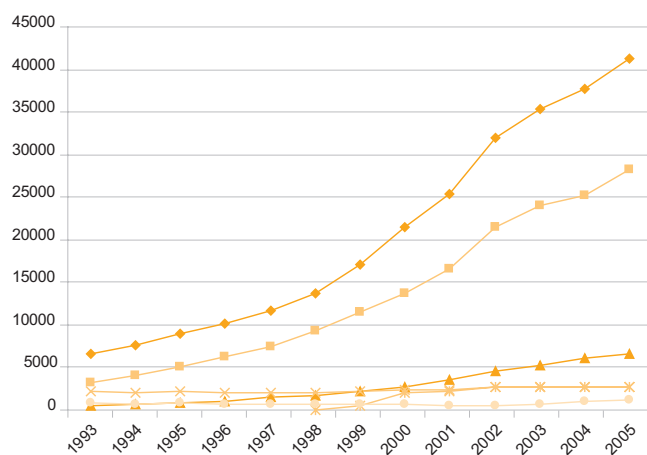
En 2005, 96,3 % des premières indemnisations enregistrées en métropole ont été prises en charge dans le cadre du système des tableaux, 3,5 % dans le cadre du système complémentaire (via les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles) pour des affections incluses dans les tableaux et 0,2 % dans le cadre du système complémentaire pour des affections hors tableaux.

Le nombre d'indemnisations pour maladies professionnelles a connu une croissance considérable en deux décennies. L'augmentation globale a été, jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, parallèle à celle des affections périarticulaires. Au cours des dix dernières années, une forte élévation des indemnisations pour maladies liées à l'amiante s'est produite. Enfin, deux nouveaux tableaux sont apparus en 1999, concernant les affections chroniques du rachis lombaires (hernies discales) provoquées par des vibrations (tableau 97) ou par la manutention de charges lourdes (tableau 98). L'ensemble des indemnisations pour ces deux nouveaux tableaux s'est rapidement stabilisé autour de 2 700 par an pour l'ensemble de la métropole. Du fait de ces différentes évolutions, les surdités pro-

fessionnelles, deuxième cause d'indemnisation pour maladies professionnelles au début des années quatre-vingt-dix, occupent maintenant la quatrième place des maladies professionnelles.

Les affections périarticulaires représentent 67,7 % des premières indemnisations enregistrées en 2003-2005 en métropole (53,0 % en 1993-1995). La part des affections liées à l'amiante est de 15,6 % (9,0 % en 1993-1995), celle des hernies discales de 7,1 % et celle des surdités de 2,5 % (10,2 % en 1993-1995). Les 107 autres tableaux ne représentent plus que 7,1 % des premières indemnisations enregistrées en France métropolitaine en 2003-2005, contre 27,8 % en 1993-1995.

Évolution des nouvelles indemnités pour maladies professionnelles dans le régime général de 1993 à 2005



- ◆ Tous tableaux de MP*
- ▲ Affections liées à l'amiante
- ✕ Hernies discales
- Affections périculaires
- ✕ Autres tableaux de MP*
- Tous tableaux de MP*

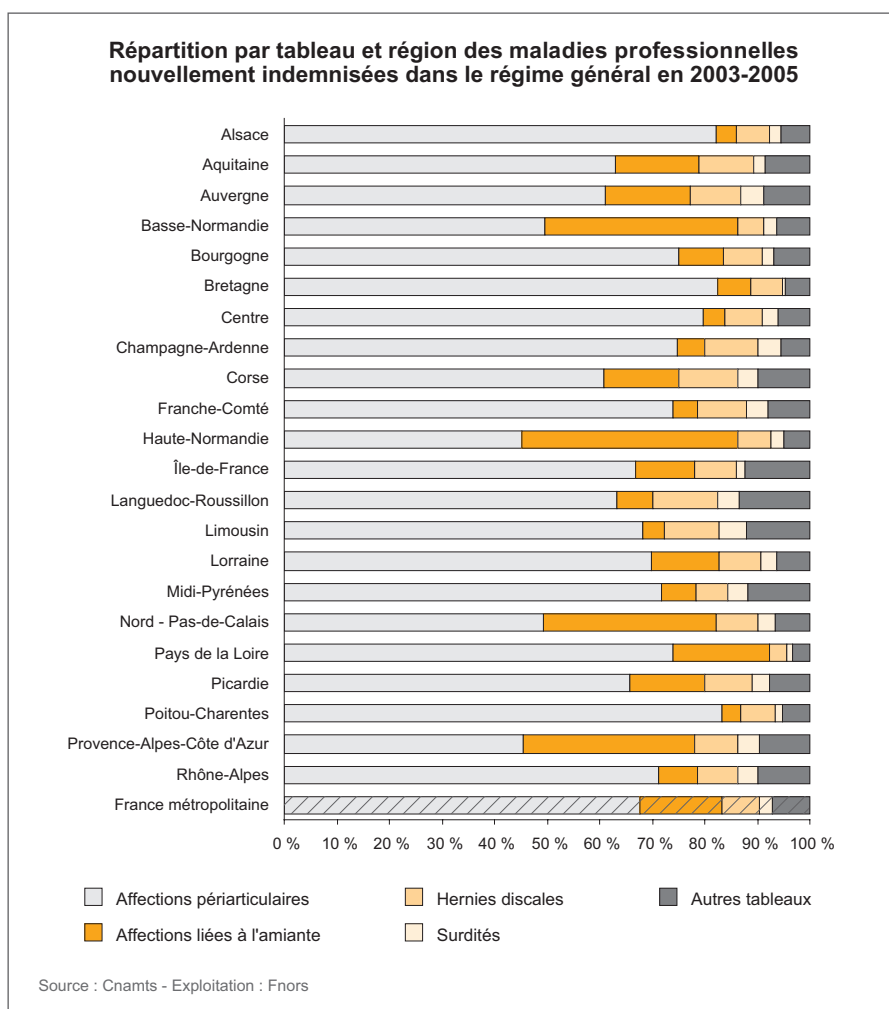
*maladies professionnelles

Source : CnamTS - Exploitation ; Fnors

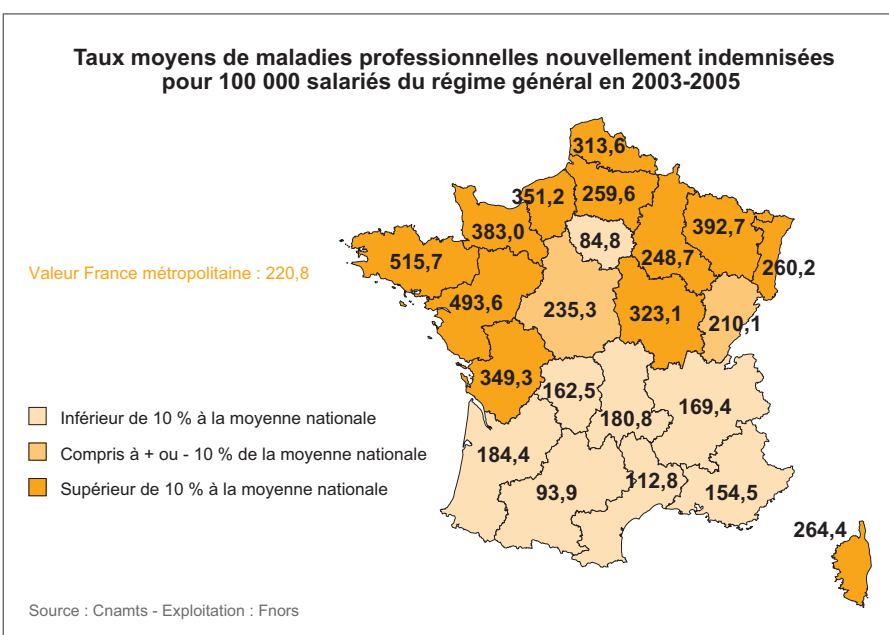
Les maladies professionnelles dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, le taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées était de plus de 200 pour 100 000 salariés du régime général.

La répartition entre les principaux tableaux est soumise à des variations interrégionales sensibles. Les affections périarticulaires occupent la première place dans toutes les régions de France métropolitaine sur les années 2003-2005. Leur part n'est inférieure à 50 % que dans quatre régions : Haute et Basse-Normandie, Nord - Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elle est en revanche supérieure à 80 % dans l'Ouest (Bretagne, Poitou-Charentes) ainsi qu'en Alsace. Le poids des affections liées à l'amiante varie dans une proportion de un à dix selon les régions. Quatre régions se détachent nettement des autres avec plus de 30 % des maladies professionnelles indemnisées liées à l'amiante : Haute-Normandie, Basse-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord - Pas-de-Calais.

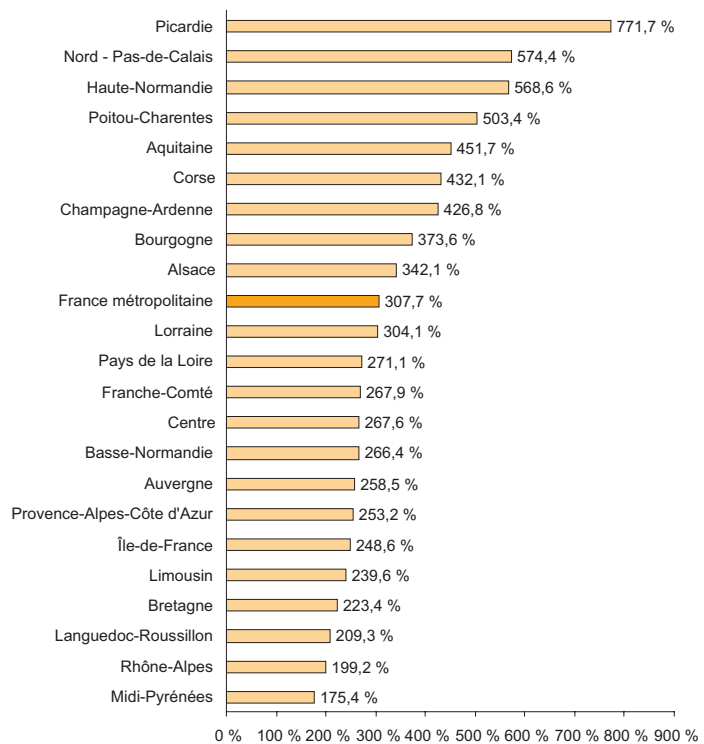


En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen de maladies professionnelles nouvellement indemnisées était de 220,8 pour 100 000 salariés du régime général. Ce taux varie dans une proportion de un à six entre l'Île-de-France et la Bretagne. La zone géographique dans laquelle les taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées sont les plus élevés se situe à l'ouest, au nord et au nord-est de la France et entoure l'Île-de-France. Les taux sont nettement plus faibles dans les régions de la moitié sud (Corse exceptée). Les quatre régions ayant les taux les plus élevés en 2003-2005 (Bretagne, Pays de la Loire, Lorraine, Basse-Normandie) étaient déjà dans cette situation dix ans plus tôt.



Le taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées dans le régime général a connu une très forte croissance entre 1993 et 2005 : 14,3 % par an en moyenne. En conséquence, le taux a été multiplié par quatre sur cette période, pour la France métropolitaine. Le taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées s'est accru dans toutes les régions françaises, avec des variations interrégionales sensibles : la plus faible augmentation (multiplication par près de trois) est observée en Midi-Pyrénées et la plus forte (multiplication par près de neuf) en Picardie.

Évolution du taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées dans le régime général entre 1993-1995 et 2003-2005 (%)



Source : Cnamts - Exploitation : Fnors

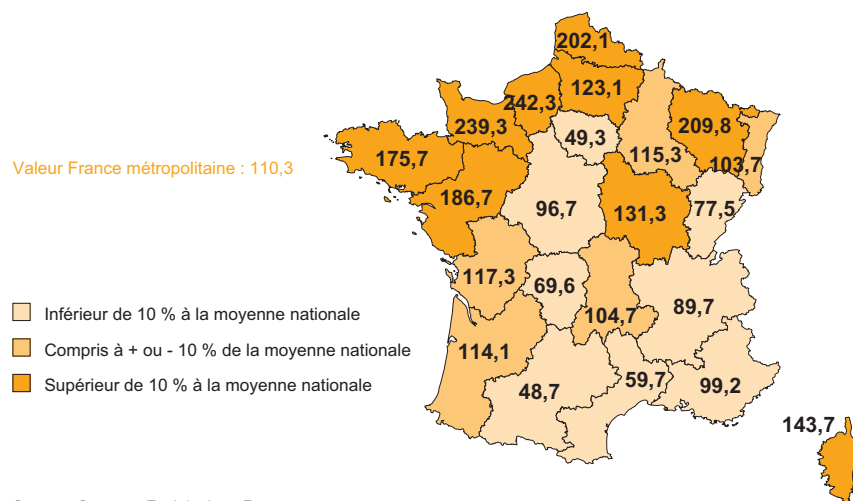
Les maladies professionnelles avec incapacité permanente partielle dans le régime général

Le taux de maladies professionnelles avec incapacité permanente partielle a augmenté de 17,4 % par an en France métropolitaine entre 2000 et 2005.

En 2005, en France métropolitaine, 21 458 maladies professionnelles ont été indemnisées avec attribution d'une incapacité permanente partielle (IPP) dont 9 900 constituaient des premières indemnisations. La moitié de ces indemnisations concernaient des affections périarticulaires, 27,9 % des affections dues à l'amiante, 9,6 % des hernies discales et 5,6 % des surdités.

Sur les années 2003-2005, le taux moyen de maladies professionnelles indemnisées avec IPP était de 110,3 pour 100 000 salariés, allant de 48,7 pour 100 000 salariés en Midi-Pyrénées à 242,3 pour 100 000 salariés en Haute-Normandie. On ne retrouve pas une opposition nord-sud aussi franche que pour les taux de maladies profession-

Taux moyens de maladies professionnelles indemnisées avec incapacité permanente partielle pour 100 000 salariés du régime général en 2003-2005



Source : Cnamts - Exploitation : Fnors

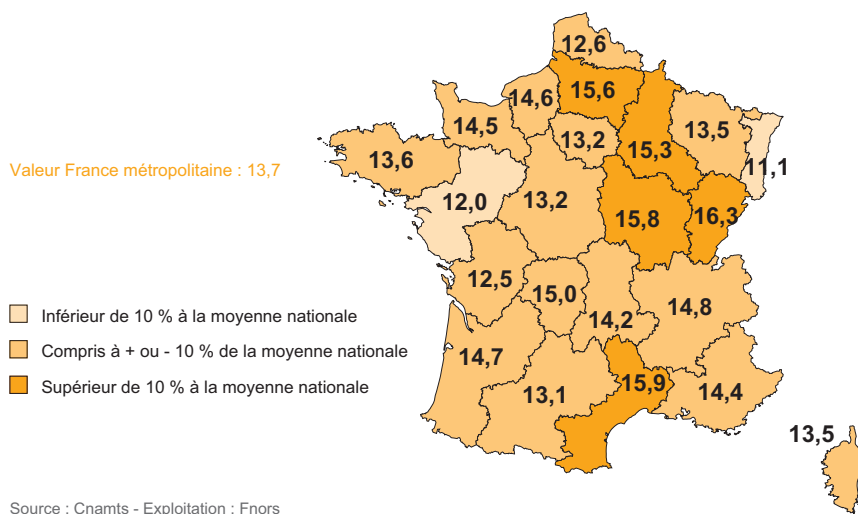
nelles nouvellement indemnisées. Les taux de maladies professionnelles avec IPP les plus élevés sont observés dans les régions du Nord et du Nord-Ouest, ainsi qu'en Lorraine, Bourgogne et Corse, régions se situant au-delà de 200 maladies professionnelles avec IPP pour 100 000 salariés. Les taux les plus faibles couvrent une aire géographique en U qui descend de l'Île-de-France aux Pyrénées, s'étend dans les régions du Sud-Est et remonte jusqu'à la Franche-Comté.

Le taux moyen d'IPP attribuées aux maladies professionnelles était de 13,7 % en France métropolitaine en 2003-2005. Ce taux moyen varie de 11,1 % en Alsace à 16,3 % en Franche-Comté. Outre cette dernière région, les taux moyens les plus élevés se retrouvent dans les régions du pourtour nord et est de l'Île-de-France.

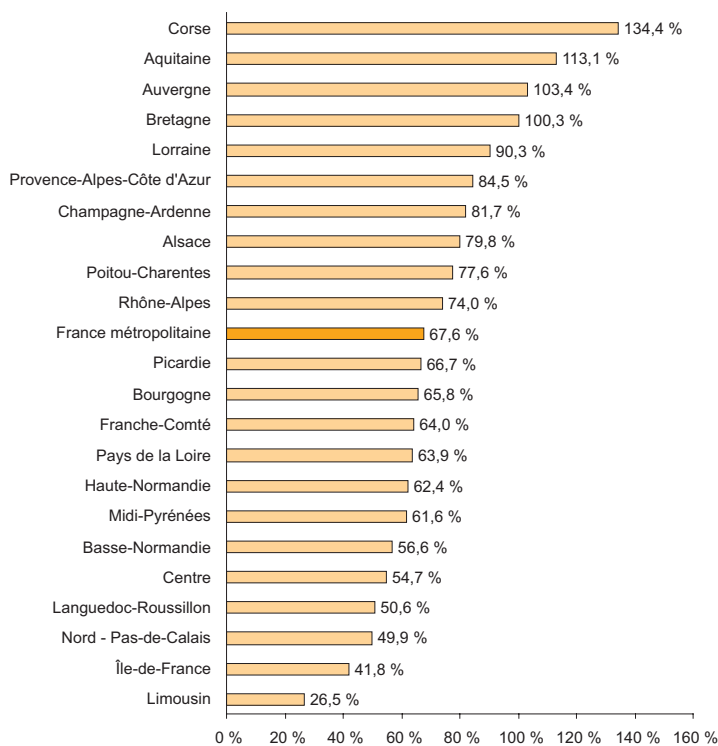
Entre les périodes 2000-2002 et 2003-2005, le taux moyen de maladies professionnelles indemnisées avec IPP a augmenté de 67,6 % en France métropolitaine. Toutes les régions ont connu une augmentation de ce taux, la plus forte étant observée en Corse (134,4 %) et la plus faible en Limousin (26,5 %). Les progressions les plus fortes se retrouvent plutôt dans les régions en position intermédiaire pour le taux d'attribution en 2003-2005.

En moyenne annuelle en France métropolitaine, le taux de maladies professionnelles avec IPP a augmenté de 17,4 % entre 2000 et 2005.

Taux moyens d'incapacité permanente partielle attribuées aux maladies professionnelles dans le régime général en 2003-2005 (%)



Évolution du taux de maladies professionnelles indemnisées avec incapacité permanente partielle dans le régime général entre 2000-2002 et 2003-2005 (%)



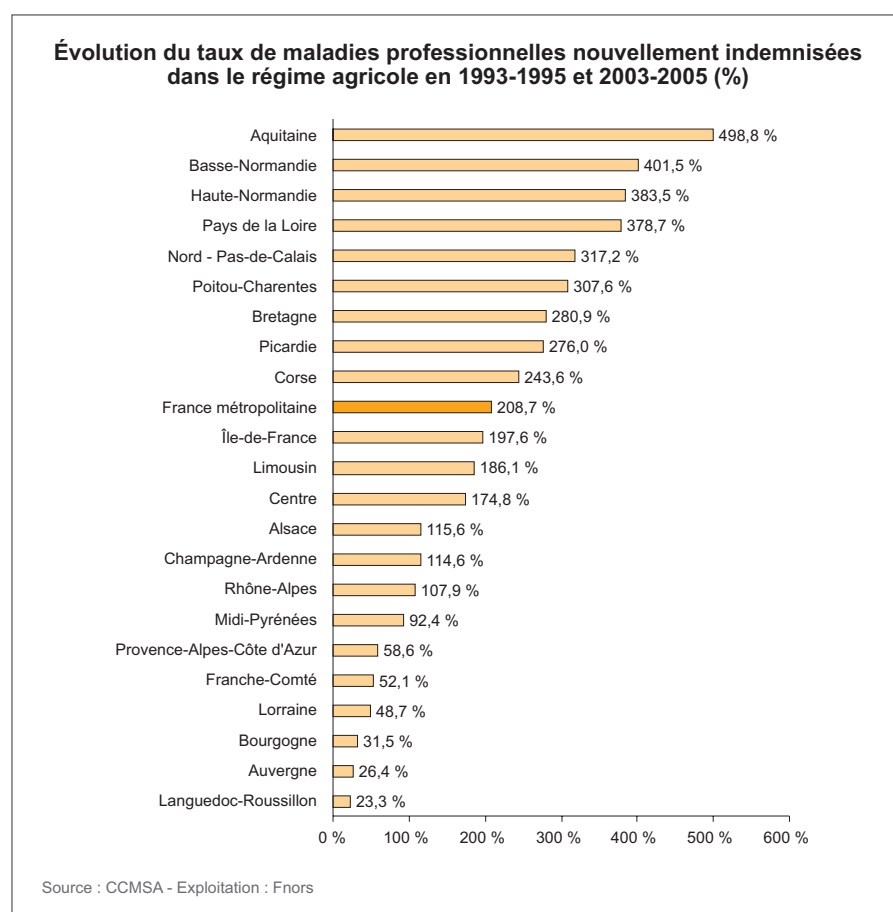
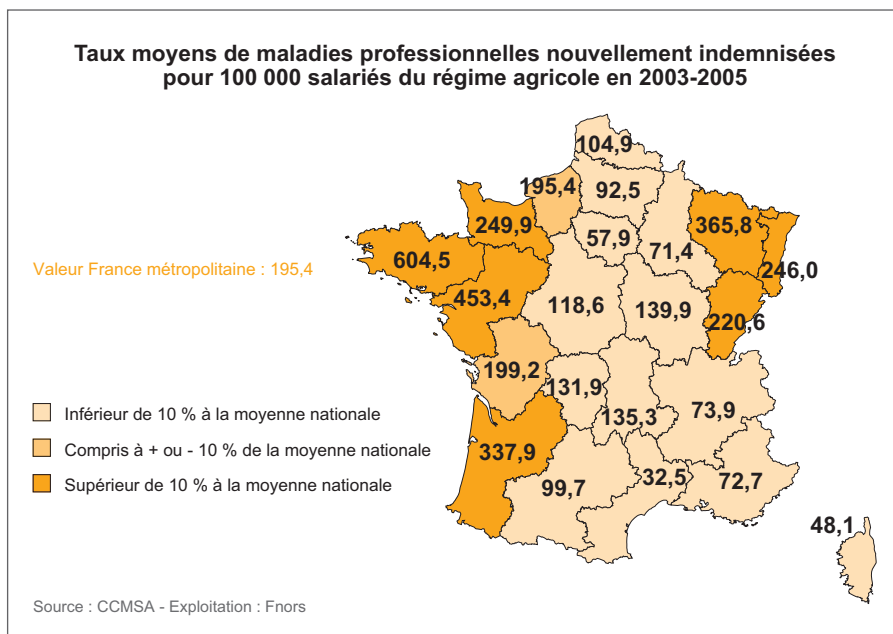
Les maladies professionnelles dans le régime des salariés agricoles

En 2005, en France métropolitaine, 3 427 maladies professionnelles nouvellement indemnisées ont été comptabilisées dans le régime agricole.

En 2005, en France métropolitaine, 3 427 maladies professionnelles ont donné lieu à une première indemnisation auprès des salariés du régime agricole. La répartition est très inégale d'une région à l'autre : trois régions (Pays de la Loire, Bretagne et Aquitaine) totalisent 56 % des premières indemnisations enregistrées au niveau national.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen de maladies professionnelles nouvellement indemnisées était de 195,4 pour 100 000 salariés. Ce taux varie dans une proportion de 1 à 20 entre le Languedoc-Roussillon et la Bretagne. Les taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées les plus élevés sont observés dans l'ouest de la France et, à un degré moindre, dans le Nord-Est.

En France métropolitaine, entre les périodes 1993-1995 et 2003-2005, le taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées a augmenté de 209 % chez les salariés agricoles. Cette augmentation se caractérise par des variations interrégionales beaucoup plus marquées que dans le régime général : de 23 % en Languedoc-Roussillon à 499 % en Aquitaine. Les régions où le taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées a le plus augmenté se situent essentiellement dans l'Ouest et sont caractérisées par des niveaux élevés, contrairement aux régions du Nord-Est (Alsace, Lorraine, Franche-Comté). Ces dernières étaient en 1993-1995 parmi les régions ayant les plus fort taux de maladies professionnelles nouvellement indemnisées et ont connu un accroissement moins marqué de ces taux.



Cancers professionnels

dans le régime général

Les cancers représentent la première cause de décès en France ; 4,0 à 8,5 % d'entre eux seraient d'origine professionnelle. Selon l'enquête Sumer, près de 14 % des salariés étaient exposés à des produits cancérigènes en France métropolitaine en 2003, dont une majorité d'ouvriers. L'origine professionnelle des cancers n'est pas fréquemment évoquée lors de leur prise en charge médicale, ce qui conduit, entre autres facteurs, à leur sous-déclaration. Sur la période 2003-2005, 4 327 indemnités pour cancers professionnels ont été enregistrées chez les salariés du régime général en France métropolitaine.

Depuis 2004, les cancers représentent la première cause de décès en France (30 % des décès) devant les affections cardiovasculaires. Des écarts importants de mortalité entre régions sont observés en France : surmortalité au nord et mortalité moindre au sud. Ces disparités reflètent en partie les différences de répartition des catégories socio-professionnelles entre régions.

La lutte contre le cancer est une priorité nationale. Après le Plan cancer et le Plan national santé environnement (PNSE), un contrat cadre a été signé entre le ministère chargé de la santé et le ministère chargé du travail (2004-2007) pour améliorer la connaissance et la prévention en matière de cancers professionnels et réduire les facteurs de risque de cancer en milieu professionnel. Le texte mentionne notamment la mise en oeuvre effective du suivi post-professionnel.

Aujourd'hui, 4,0 % à 8,5 % des cancers seraient d'origine professionnelle en France, d'après les estimations de l'institut de veille sanitaire (InVS). Mais cette estimation est débattue.

Un cancer est dit « professionnel » s'il est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Un produit cancérigène (ou cancérigène) est un agent capable de :

- 1/ provoquer le cancer,
- 2/ d'augmenter la fréquence des cancers dans une population exposée,
- 3/ de modifier la répartition de la localisation des cancers observés dans une population (sans augmentation du nombre global de cancers),
- 4/ de favoriser une survenue plus précoce de tumeurs cancéreuses dans une population.

Plusieurs classifications des agents cancérigènes existent, notamment celles de l'Union européenne et du Centre international de recherche sur le cancer (Circ / IARC). Elles permettent de connaître le « degré » de cancérigénicité d'un agent répertorié (cancérigène avéré, cancérigène probable, cancérigène possible...).

La classification du Circ, établie par des commissions d'experts internationaux en cancérigénèse, porte sur des agents (produits chimiques, agents biologiques, agents physiques), sur des situations d'exposition et sur certains procédés industriels. Elle n'a pas de caractère réglementaire, mais dresse un état des lieux des connaissances sur les produits cancérigènes.

La classification de l'Union européenne, elle, a valeur réglementaire (obligation d'information et d'étiquetage pour les fabricants et distributeurs, obligations pour l'employeur en matière de prévention). Cependant, elle ne porte que sur des substances chimiques.

Les cancers peuvent également résulter d'une interaction entre plusieurs agents cancérigènes dont certains sont d'origine professionnelle et d'autres présents dans l'environnement extraprofessionnel ou liés aux habitudes de vie (tabagisme par exemple).

La connaissance précise de la part des cancers attribuables aux facteurs professionnels est encore fragmentaire en France. Ceci tient à plusieurs raisons : apparition des cancers longtemps après l'exposition professionnelle, origine multifactorielle le plus souvent, interactions avec d'autres facteurs non professionnels (modes de vie, environnement), méconnaissance des expositions, sous-déclaration des maladies professionnelles, moyens de recherche et de surveillance épidémiologique insuffisants.

L'origine professionnelle des cancers n'est pas fréquemment évoquée lors de leur prise en charge médicale, ce qui conduit, entre autres facteurs, à leur sous-déclaration. Plusieurs raisons 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 ;
- 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 ;

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 ;

5/ Lorsque le salarié change de métier ou part en retraite, l'information sur les expositions professionnelles n'est souvent pas conservée ;

6/ La prise en charge médicale des patients reste la première préoccupation des médecins et les démarches administratives de déclaration passent au second plan.

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. De plus, l'annonce d'un cancer peut faire passer la déclaration de maladie professionnelle au second plan des préoccupations.

Au cours de la période 2003-2005 en France métropolitaine, 4 327 indemnités pour cancers professionnels ont été enregistrées chez les salariés du régime général en France métropolitaine, soit un taux annuel de 8,4 pour 100 000 salariés du régime général.

La répartition des cancers professionnels indemnisés par localisation fait apparaître une prédominance des cancers broncho-pulmonaires (65,9 %), suivis des mésothéliomes (22,4 %), des cancers de l'ethmoïde, des sinus et des cavités nasales (4,7 %), des leucémies (2,3 %), des cancers de la vessie (1,8 %) et des autres tumeurs pleurales (1,6 %).

Plus d'un salarié sur 10 est exposé à des cancérrogènes

En 2003, selon les résultats de l'enquête Sumer, 2 370 000 salariés étaient exposés à des produits cancérrogènes (13,5 %). Ces salariés étaient majoritairement des ouvriers (70 %), particulièrement des ouvriers qualifiés. Les professions intermédiaires de l'industrie et du secteur de la santé représentent 20 % des personnes exposées. Les hommes sont quatre fois plus exposés que les femmes. Les femmes exposées (4,3 %) sont plus nombreuses dans le secteur de la santé et les services personnels et domestiques.

Les expositions sont inégalement maîtrisées. Cinq produits semblent assez bien contrôlés : les amines aromatiques, l'acrylamide, les cytostatiques, les polychlorobiphényles et polybromobiphényles et l'arsenic et dérivés. Ces produits sont utilisés dans des processus ou des protocoles bien définis. Parmi les salariés exposés (190 000 soit 9 % des exposés à des cancérrogènes), l'intensité des expositions est faible dans plus de 85 % des cas. À l'autre extrême, un 2^e groupe de produits concerne 1,4 million de salariés soit 64 % des exposés à des cancérrogènes. Il s'agit en majorité de produits de dégradation : les gaz d'échappement de diesel, goudrons de houille, silice cristalline, poussières de bois, fumées de vulcanisation et fumées dégagées par les procédés de métallurgie. L'intensité des expositions est souvent forte (pour au moins 30 % des salariés) ; le principe de substitution peut difficilement être mis en œuvre et la mise en place d'une protection collective efficace est possible mais complexe.

Les cancers professionnels peuvent être causés par de nombreux agents et concerner des localisations très variées

En 2003-2005, les cancers liés à l'amiante représentaient 86,7 % des cancers professionnels indemnisés (3 753 cas dont 2 722 cancers broncho-pulmonaires, 966 mésothéliomes et 65 autres tumeurs pleurales). Les autres cancers reconnus étaient des cancers de l'ethmoïde et des sinus de la face liés aux poussières de bois (201 cas), des leucémies liées au benzène (75 cas), des cancers liés aux goudrons de houille (69 cas dont 32 cancers de la vessie, 24 cancers du poumon et 13 épithéliomas de la peau), des cancers liés aux rayonnements ionisants (53 cas dont 27 cancers du poumon, 22 leucémies et 4 sarcomes osseux), des tumeurs de vessie liées aux amines aromatiques (43 cas), des cancers broncho-pulmonaires liés à l'acide chromique et aux chromates (25 cas), des cancers broncho-pulmonaires liés au travail dans les mines de fer (13 cas), des cancers broncho-pulmonaires liés aux poussières de silice, de graphite et de houille (13 cas), des cancers broncho-pulmonaires liés à l'arsenic (6 cas), des cancers broncho-pulmonaires liés aux poussières de cobalt associées au carbure de tungstène (4 cas), des angiosarcomes du foie liés au chlorure de vinyle monomère (2 cas), des hépatocarcinomes d'origine virale (2 cas), des cancers du poumon provoqués par le grillage des matras de nickel (2 cas), des cancers cutanés liés aux huiles et graisses minérales dérivées du pétrole (2 cas), des cancers du poumon liés au bi(chlorométhyle) éther (1 cas) et 63 cancers hors tableau (dont 18 cancers du rein, 14 cancers broncho-pulmonaires, 9 cancers du larynx, 6 cancers bucco-pharyngés, 3 lymphomes, 3 cancers de vessie, 2 cancers du côlon, 2 autres tumeurs pleurales, 1 cancer de l'estomac, 1 cancer des cavités nasales, 1 cancer des organes génitaux féminins, 1 cancer du foie, 1 leucémie et 1 mésothéliome).

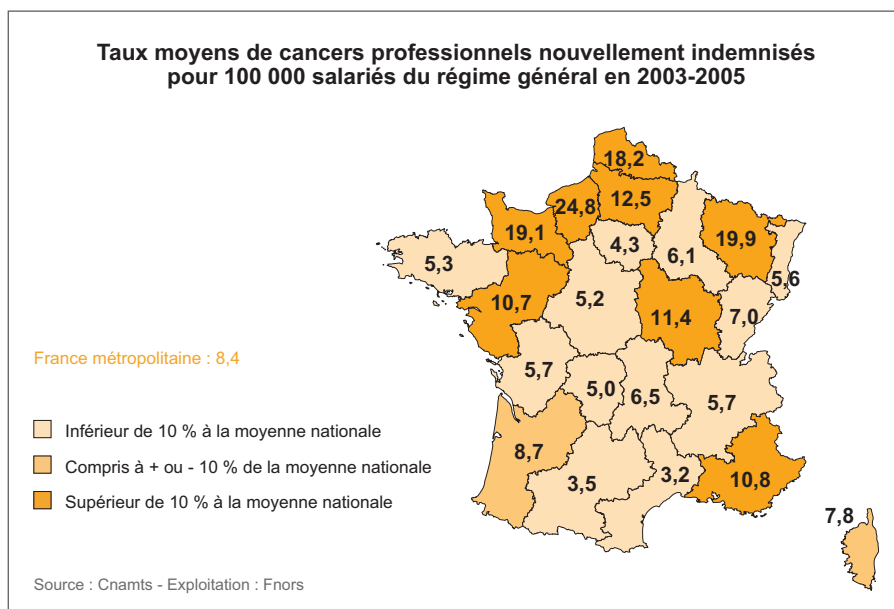
Références bibliographiques

1. Risque cancérigène en milieu professionnel. Dossier INRS (www.inrs.fr) 27/05/2005.
2. Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Institut de veille sanitaire, 2002.
3. Dares, DRT. Sumer 2003. Les expositions aux produits cancérigènes. Premières synthèses, juillet 2005;28.1.
4. Les causes des cancers 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.
5. Verger P, Arnaud S, Ferrer S, Iarmarcovai G, Saliba ML, Viau A, Souville M. *Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician's specialty, workload, and role perception.* Occup Environ Med, 2007.
6. Saliba ML, Iarmarcovai G, Souville M, Viau A, Arnaud S, Verger P. *Physicians and occupational health: a qualitative study in south-eastern France.* Resp, 2007;55:376-81.

Les cancers professionnels indemnisés

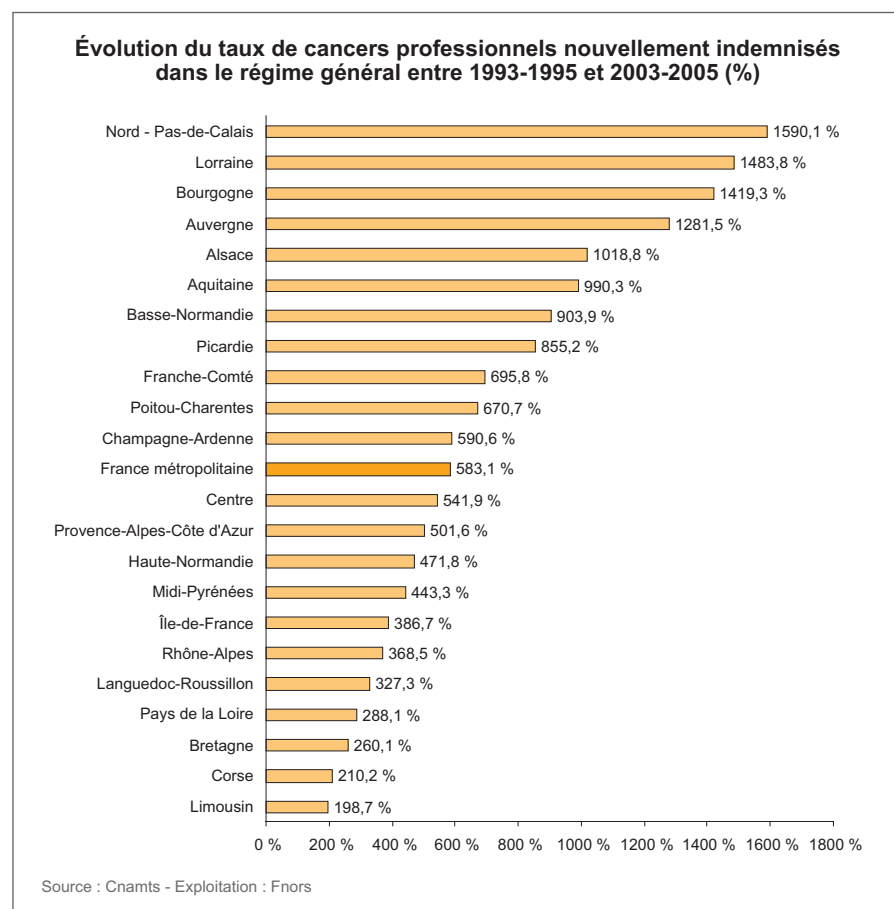
En France métropolitaine, les taux de cancers professionnels nouvellement indemnisés ont augmenté en moyenne de 20 % par an entre 1993-1995 et 2003-2005.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen de cancers professionnels nouvellement indemnisés est de 8,4 pour 100 000 salariés. Il varie, selon les régions, de 3,2 pour 100 000 salariés en Languedoc-Roussillon à 24,8 en Haute-Normandie. La Lorraine, la Basse-Normandie, le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie, la Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et les Pays de la Loire présentent des taux élevés, supérieurs à 10 pour 100 000 salariés. À l'opposé, le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et l'Île-de-France présentent des taux faibles, inférieurs à 5 pour 100 000 salariés.



Entre 1993-1995 et 2003-2005, en France métropolitaine, les taux de cancers professionnels nouvellement indemnisés ont augmenté de 583 % en France métropolitaine ce qui correspond à une augmentation moyenne de 20 % par an. Cette augmentation est observée dans toutes les régions de France métropolitaine, avec des variations s'échelonnant de 199 % à 1 590 %, soit entre 10 % par an et 34 % par an. La hausse la plus importante concerne la région Nord - Pas-de-Calais qui connaissait un taux de cancers professionnels proche de la moyenne nationale en 1993-1995.

Les régions Alsace, Auvergne et Bourgogne, qui ont connu également une forte augmentation présentaient des taux inférieurs ou égaux à 0,8 pour 100 000 en 1993-1995. La Lorraine où se produit également une forte augmentation, passe d'une situation proche de la moyenne nationale à la deuxième place pour le taux de cancers professionnels indemnisés. La région Haute-Normandie reste la région la plus concernée par les cancers professionnels avec un taux passant de 4,3 pour 100 000 salariés à 24,8 en dix ans, soit une augmentation de 20 % par an en moyenne.



Affections liées à l'amiante

L'utilisation de l'amiante est interdite en France depuis 1996. Cependant, l'enquête Sumer a établi que 6 salariés sur 1 000 étaient exposés à ce produit, notamment dans le cadre des chantiers de désamiantage, en France métropolitaine, en 2003. Depuis plus de 20 ans, en France métropolitaine, le nombre de décès par mésothéliome a doublé chez les hommes. En 2004, près d'un quart des décès par mésothéliome est survenu chez des personnes âgées de moins de 65 ans. La fraction de risque de mésothéliome attribuable à une exposition professionnelle à l'amiante est estimée à plus de 80 %.

Malgré l'interdiction de l'utilisation de l'amiante, l'exposition professionnelle à l'amiante est encore possible lors de travaux de démolition de locaux et de machines amiantés ou d'enlèvement de l'amiante ou lors d'interventions sur des matériaux contenant de l'amiante. D'autre part, de nombreux pays continuent à utiliser de l'amiante et environ deux millions de tonnes de cette substance sont encore produites chaque année dans le monde. En France, selon certaines études, un salarié retraité sur quatre et un artisan retraité sur deux auraient été exposés à l'amiante durant leur vie professionnelle.

L'amiante provoque :

- 1) des lésions bénignes (plaques pleurales, épaississements pleuraux, pleurésies, tumeurs bénignes de la plèvre et asbestose avec fibrose pulmonaire) ;
- 2) des cancers (principalement localisés au niveau des poumons, de la plèvre, du péritoine ou du péricarde).

L'amiante est également mis en cause dans la survenue de cancers du larynx. D'autres cancers, ORL (pharynx, trachée, sinus) ou digestifs (œsophage, estomac, rectum), ont été reconnus comme maladies professionnelles par des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Plusieurs études épidémiologiques suggèrent un lien entre l'exposition à l'amiante et ces cancers (à l'exception de celui de l'œsophage) sans que des preuves définitives n'aient encore été apportées.

En 2004, en France métropolitaine, 847 décès par cancer primitif de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges ont été comptabilisés chez les hommes et 313 chez les femmes¹. Sur la période 2002-2004, le taux comparatif de mortalité par cancer de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges chez les hommes était en moyenne de 3,1 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Les secteurs d'activité professionnelle présentant les risques les plus élevés de mésothéliome sont ceux de la construction, de la réparation navale, de la transformation et la fabrication de produits contenant de l'amiante, de la fabrication d'éléments de construction en métal (ponts, cuves, canalisations, échafaudages, escaliers...). Certains métiers sont particulièrement touchés, notamment les plombiers, tuyauteurs, tôliers, chaudronniers, soudeurs et oxycoupeurs.

Depuis plus de vingt ans, en France métropolitaine, le nombre annuel de décès par cancer primitif de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges a doublé chez les hommes passant de 416 à 847 entre 1982 et 2004. Le taux comparatif de mortalité a augmenté de 61,8 % chez les hommes et de 11,1 % chez les femmes durant la même période. Notons qu'avant 2000, les mésothéliomes siégeant hors de la plèvre n'étaient pas comptabilisés dans les statistiques des causes de décès. La prise en comp-

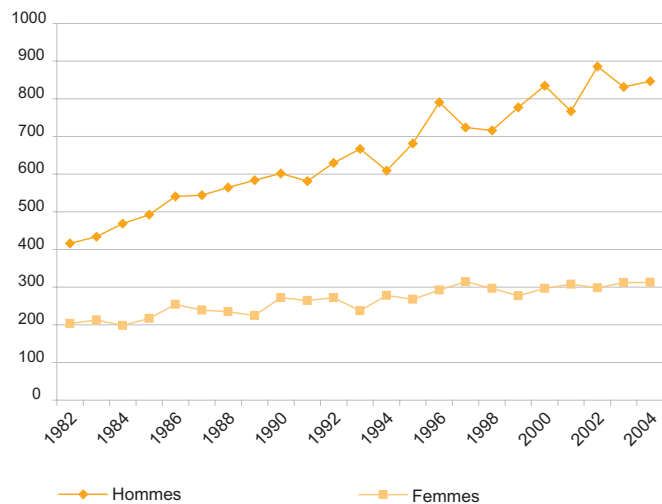
te de l'ensemble des mésothéliomes à partir de 2000 explique une part, très réduite, de l'augmentation du nombre de cas observés depuis cette date. On comptait en 2004, 38 mésothéliomes du péritoine, un mésothéliome du péricarde et 38 mésothéliomes d'autres sièges parmi les 1 160 décès par cancer de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges en France métropolitaine (hommes et femmes confondus).

Contrairement aux idées reçues, le cancer primitif de la plèvre et les mésothéliomes d'autres sièges n'épargnent pas les personnes relativement jeunes. En 2004, ils ont été à l'origine de 273 décès chez des personnes âgées de moins de 65 ans, soit 23,5 % des décès par ce type de tumeur. Selon le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM, cf. Annexes pour les aspects méthodologiques), l'âge moyen au diagnostic des mésothéliomes est de 69 ans (médiane 70 ans) chez les femmes et 70 ans chez les hommes (médiane 72 ans). Le nombre de nouveaux cas de mésothéliomes par an a été estimé par le PNSM sur la période 1998-2003 entre 500 et 611 chez les hommes et entre 148 et 188 chez les femmes. Ce nombre est stable au cours de la période étudiée. L'incidence estimée par le réseau Francim pour l'année 2000 est de 671 [IC_{95%} : 535-807] nouveaux cas chez les hommes et 200 [IC_{95%} : 123-277] nouveaux cas

¹ Les mésothéliomes siègent le plus souvent au niveau de la plèvre où ils représentent la quasi-totalité des cancers primitifs. Ils peuvent aussi se voir dans le péritoine, le péricarde et d'autres tissus mésothéliaux.

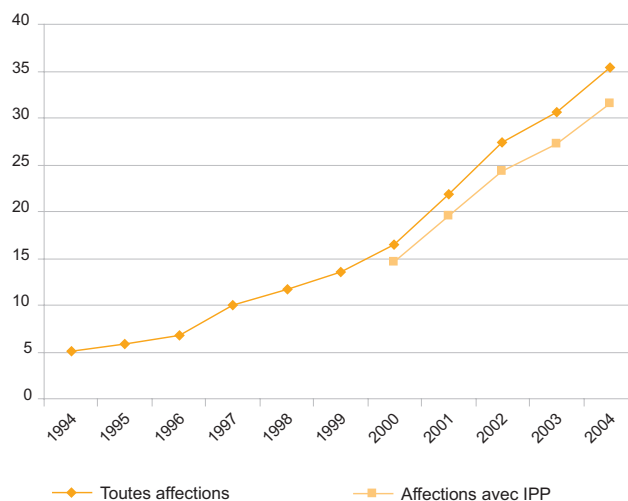
chez les femmes. Bien que ces deux réseaux ne couvrent pas les mêmes départements, leurs estimations sont proches. Ce n'est pas le cas pour les estimations du nombre de cas de cancers bronchiques liés à l'amiante qui varient chez les hommes entre 969 selon le centre international de recherche sur le cancer et 1 870 à 3 700 selon l'institut de veille sanitaire. Selon le PNSM, la fraction de risque de mésothéliomes attribuable à une exposition professionnelle à l'amiante est de 83,2 % (IC₉₅ % : 76,8-89,6) chez les hommes et 38,3 % (IC₉₅ % : 26,6-50,0) chez les femmes.

Évolution du nombre de décès par cancer de la plèvre, du mésothéliome, du péritoine, du péricarde, d'autres sièges et sans précision en France métropolitaine de 1982 à 2004 selon le sexe



Source : Cnamts - Exploitation : Fnors

Évolution des taux d'affections liées à l'amiante nouvellement indemnisées et des taux d'affections liées à l'amiante indemnisées avec incapacité permanente partielle en France métropolitaine entre 1993-1995 et 2003-2005



Source : Cnamts - Exploitation : Fnors

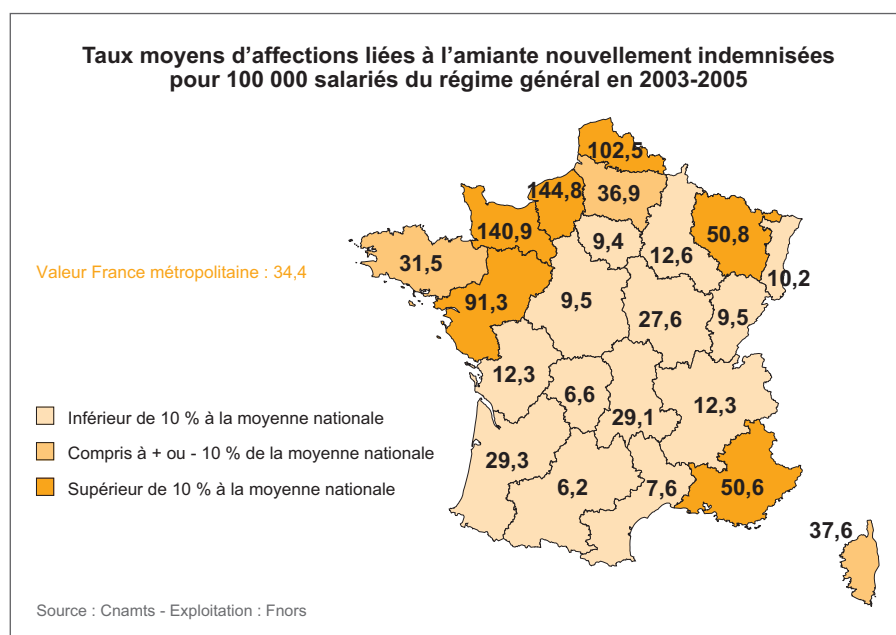
Références bibliographiques

1. Remontet L *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Resp*, 2003;51:3-30.
2. Imbernon E, Goldberg M, Spyckerell Y *et al.* Utilisation d'une matrice emplois exposition pour l'identification des expositions professionnelles à l'amiante : résultats et évaluation du projet Espaces. *Resp*, 2004;52(1):7-17.
3. Rolland P, Carton M, Homère J *et al.* Surveillance post-professionnelle : à la recherche des retraités ayant été exposés à des cancérogènes. *BEH*, 2006; 46-47:365-8.
4. Eurogip. Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe. Rapport d'enquête – réf. Eurogip-24/F – Mars 2006;pp:48.
5. Abestos: *selected cancers*, Committee on Asbestos selected Health effects, Board on Population health and Public Health Practices, Institute of medicine of the national academies, The National Academies Press, Washington DC, 2006, www.nap.edu
6. Les causes des cancers en France. Paris : 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, 2007.
7. Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Paris : Institut de veille sanitaire, 2003.

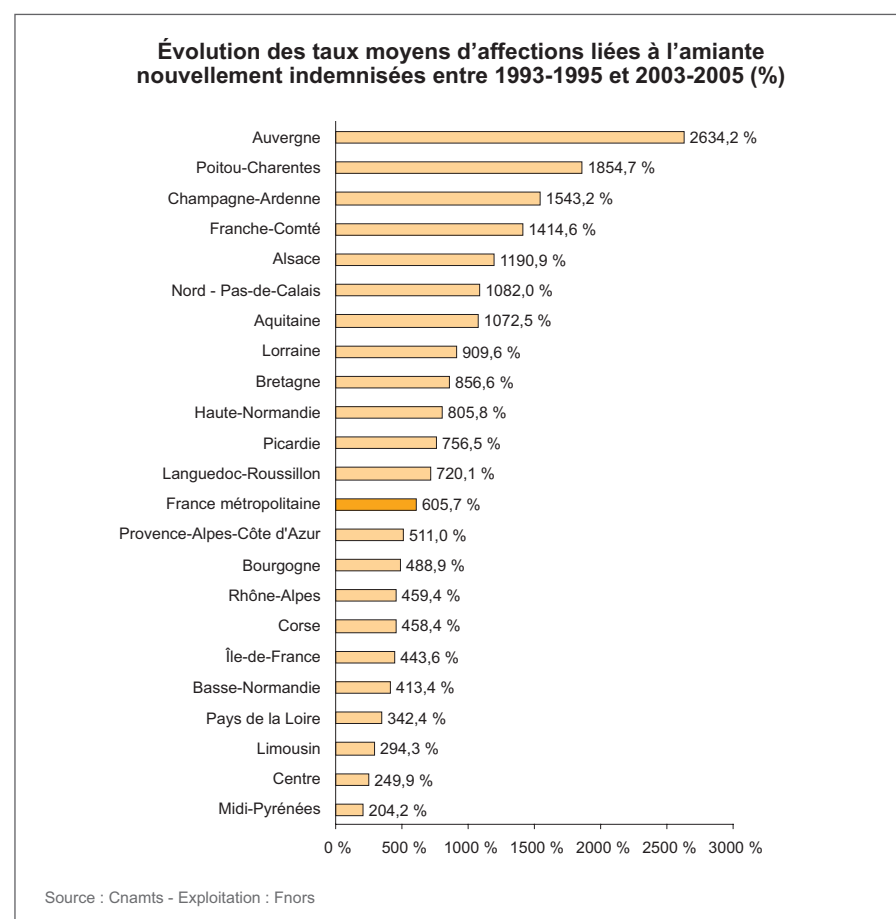
Les affections liées à l'amiante dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 6 535 affections liées à l'amiante ont été nouvellement indemnisées chez les salariés du régime général.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'affections liées à l'amiante nouvellement indemnisées est de 34,4 pour 100 000 salariés du régime général. En région, il varie de 6,2 pour 100 000 salariés en Midi-Pyrénées à 144,8 pour 100 000 en région Haute-Normandie. La Basse-Normandie, le Nord - Pas-de-Calais et les Pays de la Loire présentent des taux élevés, supérieurs à 90 pour 100 000 salariés. Des taux élevés sont aussi observés en Lorraine et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. À l'opposé, le Midi-Pyrénées, le Limousin, le Languedoc-Roussillon, l'Île-de-France, la Franche-Comté et la région Centre ont des taux faibles, inférieurs à 10 pour 100 000 salariés. La carte est proche de celle représentant les taux de mortalité par cancer de la plèvre et mésothéliome chez l'homme (voir carte p.71).



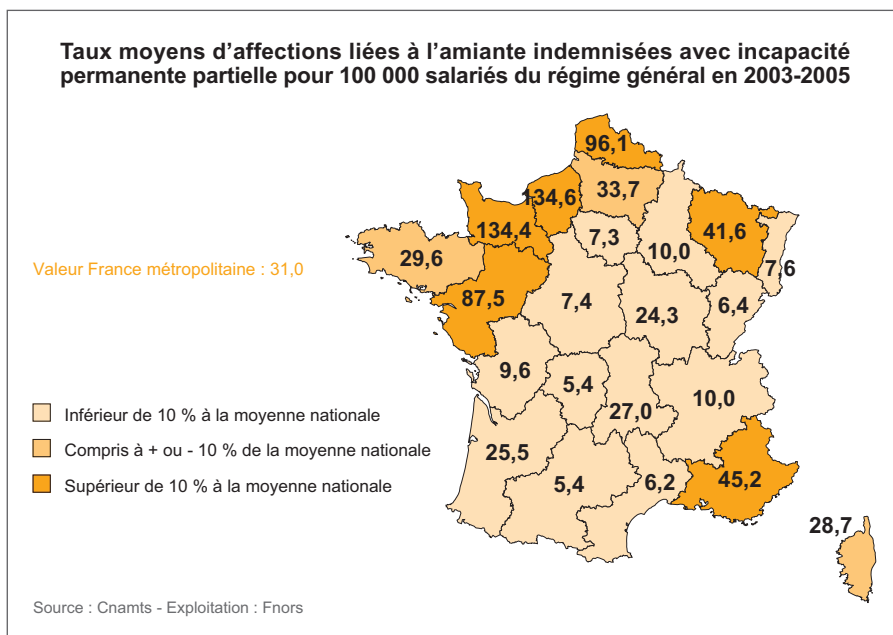
Entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux d'affections liées à l'amiante a été multiplié par sept en France métropolitaine soit une augmentation moyenne de 21 % par an. Une augmentation est observée dans toutes les régions de France métropolitaine, avec un facteur multiplicatif variant, selon les régions, entre 3 (+200 %) et 27 (+2 600 %), soit des augmentations entre 13 % et 42 % par an. La hausse la plus importante concerne la région Auvergne qui connaissait un taux d'affections liées à l'amiante parmi les plus bas en 1993-1995. Les régions Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne et Franche-Comté, qui ont connu également une forte augmentation, avaient des taux inférieurs à 1,0 pour 100 000 en 1993-1995. Le taux d'affections liées à l'amiante de la région Basse-Normandie, le plus élevé en 1993-1995, a été multiplié par plus de cinq en dix ans soit une augmentation moyenne de 18 % par an.



Les affections liées à l'amiante avec incapacité permanente partielle dans le régime général

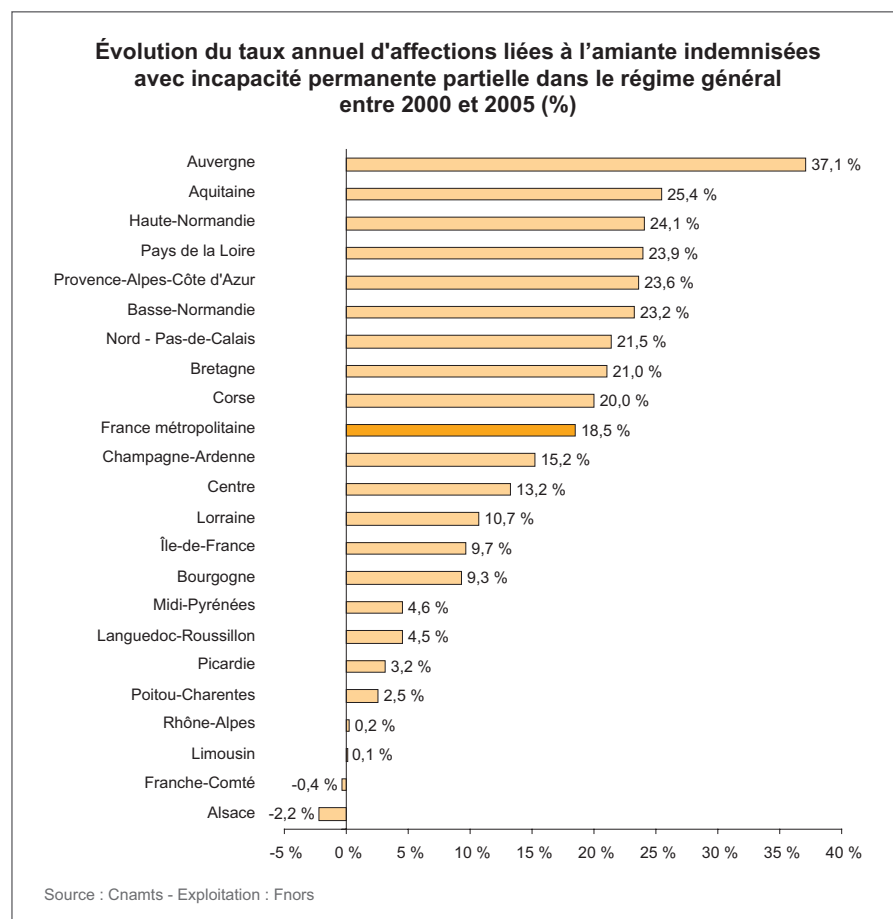
Le taux d'affections liées à l'amiante avec incapacité permanente partielle a augmenté de 18 % par an en France métropolitaine entre 2000 et 2005.

En 2005, en France métropolitaine, 5 996 affections liées à l'amiante ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) ont été recensées dans le régime général. Sur les années 2003-2005, le taux moyen correspondant est de 31,0 pour 100 000 salariés. Le nombre absolu et le taux sont proches de ceux observés pour l'ensemble des affections liées à l'amiante. Dans les régions, le taux d'affections liées à l'amiante ayant entraîné une IPP s'échelonne entre 5,4 pour 100 000 salariés pour les régions Midi-Pyrénées et Limousin et 134,6 pour 100 000 salariés pour la Haute-Normandie et 134,4 pour 100 000 salariés pour la Basse-Normandie. Dans les régions Nord - Pas-de-Calais et Pays de la Loire les taux moyens sont supérieurs à 80,0 pour 100 000 salariés. Globalement, on retrouve la même répartition que pour la carte des affections liées à l'amiante indemnisées.



La moyenne des taux d'IPP attribués pour affection liée à l'amiante était de 17,8 % en France métropolitaine en 2003-2005. Ce taux varie entre 12,2 % en Pays de la Loire et 42,5 % en Franche-Comté.

Le taux d'affections liées à l'amiante avec IPP a augmenté de 18,5 % par an en France métropolitaine entre 2000 et 2005. Seules l'Alsace et la Franche-Comté ont connu une diminution de ce taux respectivement de 2,2 % et 0,4 % par an. Ces deux régions font partie des moins touchées par les expositions à l'amiante en France métropolitaine. L'Auvergne, a connu, sur cette période, une augmentation de 37,1 % par an de ce taux, mais, sur la période 2003-2005, cette région n'est pas parmi les plus touchées. De fortes augmentations, supérieures à 20 % par an, sont aussi observées en Haute et Basse-Normandie, les deux régions ayant les taux les plus élevés en début comme en fin de période, mais aussi en Aquitaine et Bretagne, régions dans lesquelles les taux étaient inférieurs à la moyenne nationale en 2000.

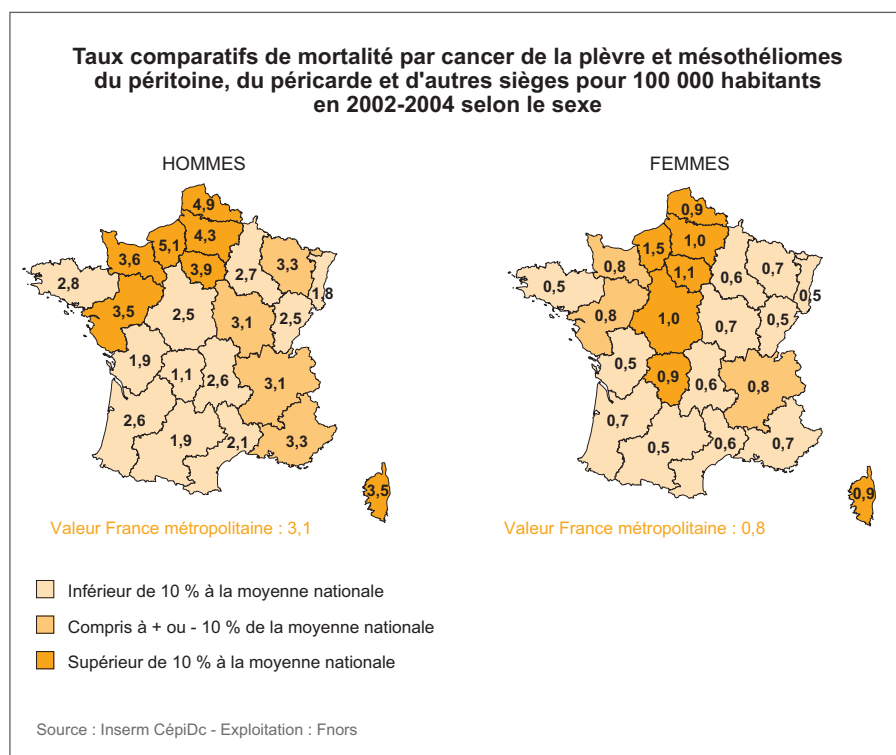


Mortalité par cancer primitif de la plèvre et mésothéliome d'autres sièges

Le taux comparatif de mortalité par cancer primitif de la plèvre et mésothéliome d'autres sièges, chez les hommes, varie d'un facteur 5 selon les régions.

Chez les hommes, en France métropolitaine, les taux comparatifs de mortalité régionaux par cancer primitif de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges varient de 1,1 pour 100 000 habitants dans le Limousin à 5,1 pour 100 000 habitants en Haute-Normandie. Six régions dans le nord et le nord-ouest du pays présentent les taux les plus élevés, supérieurs à 3,5 pour 100 000 habitants. À l'opposé, le taux est inférieur à 3,0 pour 100 000 habitants dans plusieurs régions du quart sud-ouest, du centre et du nord-est du pays. Chez les femmes, les taux de mortalité comparatifs sur la même période sont beaucoup moins élevés avec une moyenne de 0,8 décès pour 100 000 femmes en France métropolitaine. Cinq régions décrivant un axe central allant de la Picardie au Limousin auquel il faut rajouter la Corse présentent des taux de 0,9 pour 100 000 ou plus, le maximum étant observé en Haute-Normandie (1,5 pour 100 000). En Corse, les effectifs étant très faibles, les chiffres doivent être interprétés avec précaution.

Les différences observées entre les régions reflètent probablement les expositions professionnelles à l'amiante dans chaque région. Même si des migrations interrégionales se produisent, notamment du nord vers le sud de la France pour les retraités, les taux de mortalité par cancer primitif de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges des régions

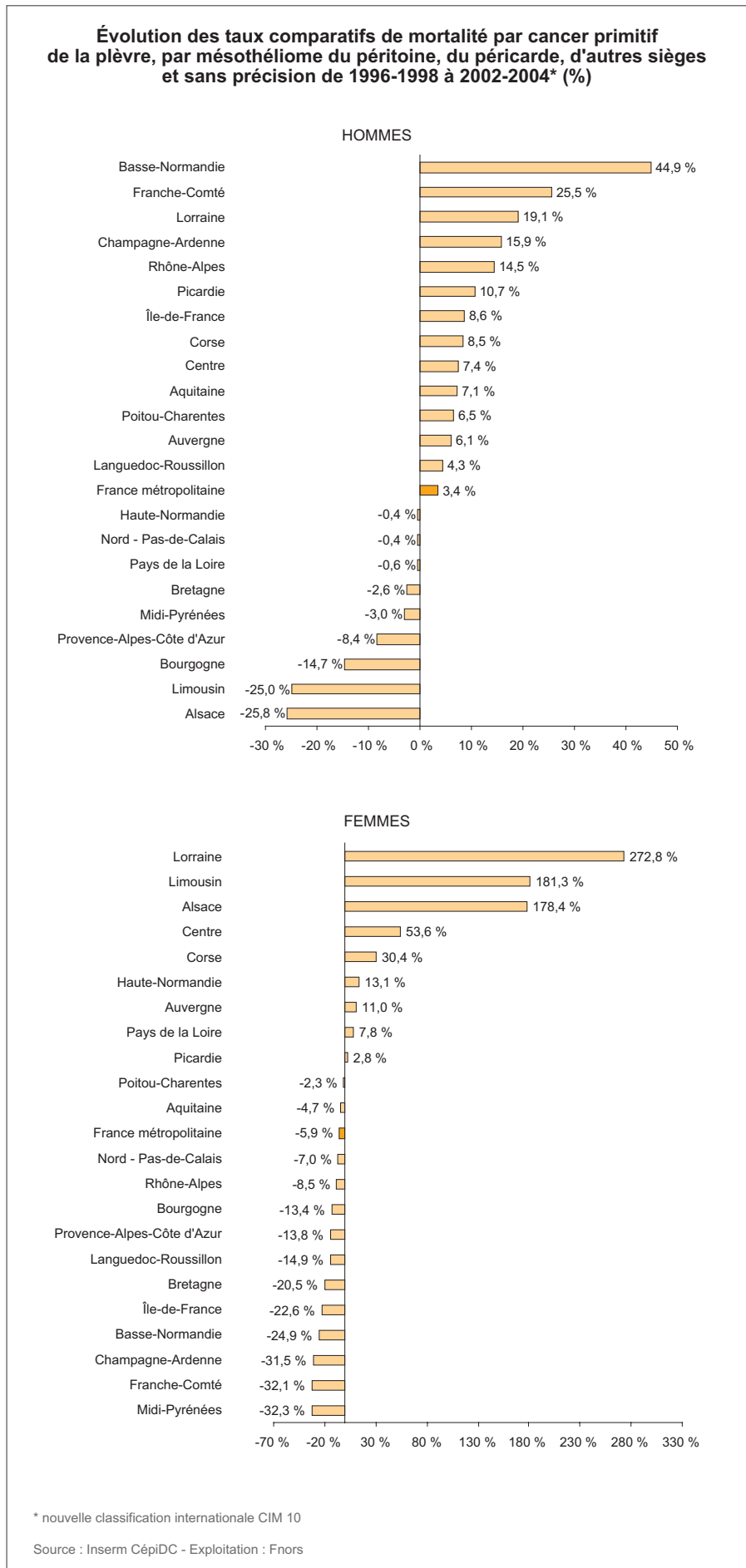


du Sud sont faibles - hormis en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. De plus, la surmortalité chez les hommes est observée dans les régions où les taux d'affections liées à l'amiante indemnisées (y compris les affections bénignes) sont les plus élevés. À noter cependant que la région Île-de-France qui présente des taux de mortalité élevés par cancer de la plèvre ne figure pas parmi les régions ayant un fort taux d'affections liées à l'amiante indemnisées.

Les évolutions ont été très différentes selon les régions, les disparités régionales ayant eu tendance à s'accroître. Ainsi, l'écart des taux comparatifs de mortalité entre les régions qui étaient de 2,1 décès pour 100 000 habitants chez les hommes en 1980-1982 est passé à 4,0 pour 100 000 habitants en 2002-2004. Chez les femmes, l'écart entre les régions est resté à peu près stable passant de 0,9 décès pour 100 000 habitants à 1,0 pour 100 000 habitants.

Chez les hommes, entre 1996-1998 et 2002-2004, certaines régions ont vu leur taux de mortalité diminuer : Bretagne, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne, Limousin et Alsace. Les plus fortes diminutions ont été observées dans ces quatre dernières régions avec un maximum de 25,0 % dans le Limousin et de 25,8 % en Alsace. Ces deux régions présentaient déjà, dans les périodes précédentes, des taux inférieurs à la moyenne nationale de même que la Bretagne et Midi-Pyrénées. Par contre, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Bourgogne présentaient entre 1996 et 1998 des taux de mortalité par cancer de la plèvre supérieurs à la moyenne nationale. L'évolution récente a ramené ces deux dernières régions à des taux proches de la moyenne. Certaines régions ont vu, par contre, leur taux de mortalité augmenter : Basse-Normandie, Franche-Comté, Lorraine et Champagne-Ardenne, ces régions étant celles dans lesquelles les augmentations étaient les plus fortes, avec un maximum de 44,9 % en Basse-Normandie.

Chez les femmes, entre 1996-1998 et 2002-2004, certaines régions ont vu leur taux de mortalité diminuer : Midi-Pyrénées, Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Basse-Normandie, avec un maximum de 32,3 % en Midi-Pyrénées. Certaines régions ont vu, par contre leur taux de mortalité augmenter de près de 200 % : les régions Lorraine, Limousin et Alsace. Le Centre, la Corse, la Haute-Normandie et l'Auvergne ont présenté une augmentation moindre des taux de mortalité respectivement de 54 %, 30 %, 13 % et 11 %.



Troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques représentent la première cause de maladie professionnelle (MP) déclarée, reconnue et indemnisée en France. Entre 2000 et 2005, leur nombre a fortement augmenté. Les facteurs à l'origine de cet accroissement sont vraisemblablement liés aux changements survenus dans l'organisation du travail durant les deux dernières décennies, intensification des rythmes de travail liée aux impératifs de production en flux tendus, à des facteurs psychosociaux, augmentation de la charge mentale au travail, mais aussi, à une amélioration des pratiques de déclaration.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des pathologies affectant les muscles, les tendons et les nerfs des membres et de la colonne vertébrale et provoquant douleur, raideur, maladresse ou perte de force. Ils résultent d'un déséquilibre entre les sollicitations biomécaniques et les capacités fonctionnelles de la personne, lesquelles dépendent de l'âge, du sexe, de l'état physiologique et psychologique ainsi que des antécédents personnels. Les sollicitations biomécaniques d'origine professionnelle concernent essentiellement les positions articulaires extrêmes, les efforts à pénibilité importante, les gestes répétitifs, le

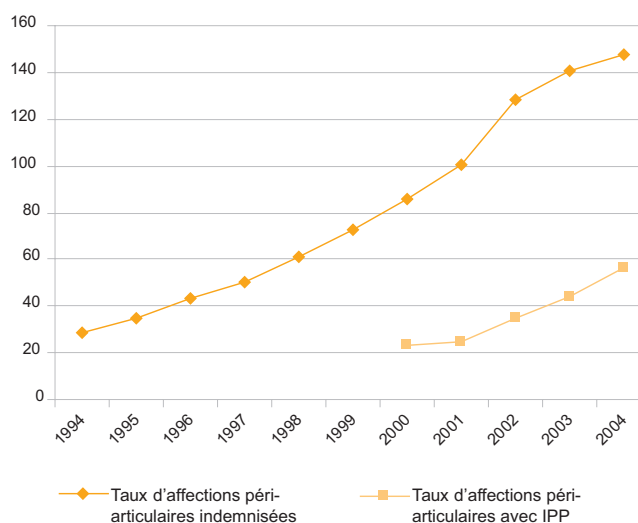
travail en position maintenue, les vibrations et les chocs.

L'organisation du travail et les facteurs psychosociaux jouent un rôle important dans la survenue des TMS. Concernant l'organisation du travail, les principaux facteurs favorisant sont le travail répétitif ou en chaîne automatisée, l'organisation en flux tendus, la réduction des temps de pause, les postes de travail mal conçus. Parmi les facteurs psychosociaux, figurent les charges de travail excessives, le faible contrôle sur le travail, le déficit d'expression sur le vécu au travail, la mise en concurrence

des salariés favorisant des situations d'isolement, l'absence de soutien social, l'inquiétude sur l'avenir (contexte défavorable de l'emploi, déconsidération des salariés âgés...).

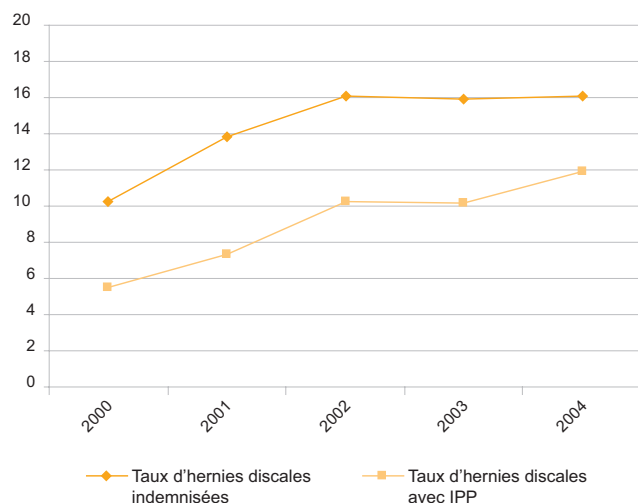
Pour l'exploitation des données d'indemnisation des TMS ont été distinguées d'une part, les affections péri-articulaires des membres correspondant au tableau numéro 57 et, d'autre part, les hernies discales et sciatiques qui figurent dans les tableaux numéros 97 et 98. Seules les données du régime général sont disponibles sur la période étudiée 1993-2005.

Évolution des taux moyens d'affections péri-articulaires nouvellement indemnisées et des taux d'affections péri-articulaires des membres indemnisés avec incapacité permanente partielle pour 100 000 salariés du régime général en France métropolitaine entre 1993-1995 et 2003-2005



Source : Cnamts - Exploitation : Fnors

Évolution des taux moyens d'hernies discales nouvellement indemnisées et des taux d'hernies discales indemnisés avec incapacité permanente partielle pour 100 000 salariés du régime général en France métropolitaine entre 1993-1995 et 2003-2005



Source : Cnamts - Exploitation : Fnors

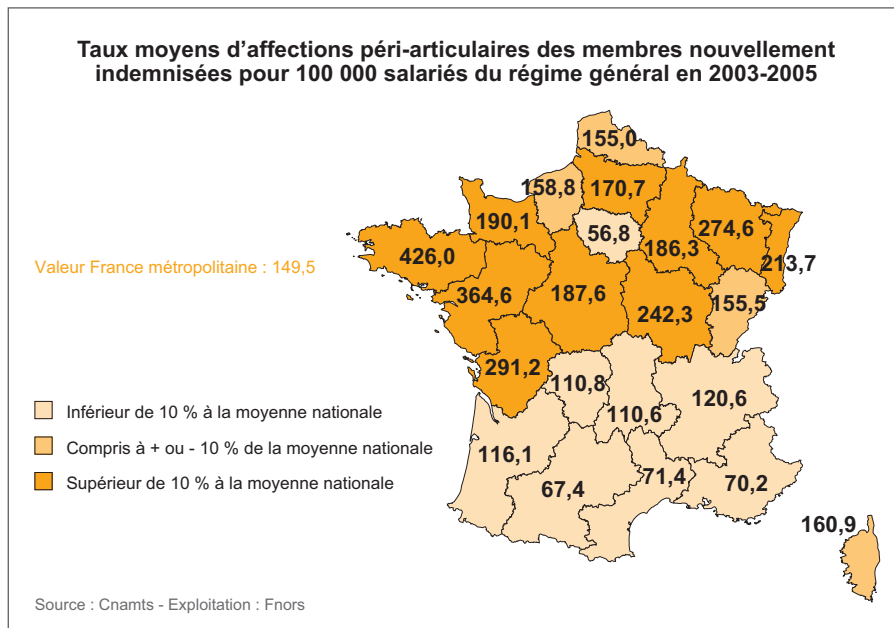
Références bibliographiques

1. Leclerc A, Ha C, Roquelaure Y, Goldberg M. La situation épidémiologique des troubles musculo-squelettiques : des définitions et des méthodes différentes, mais un même constat. BEH, 2005;44-45:218-9.

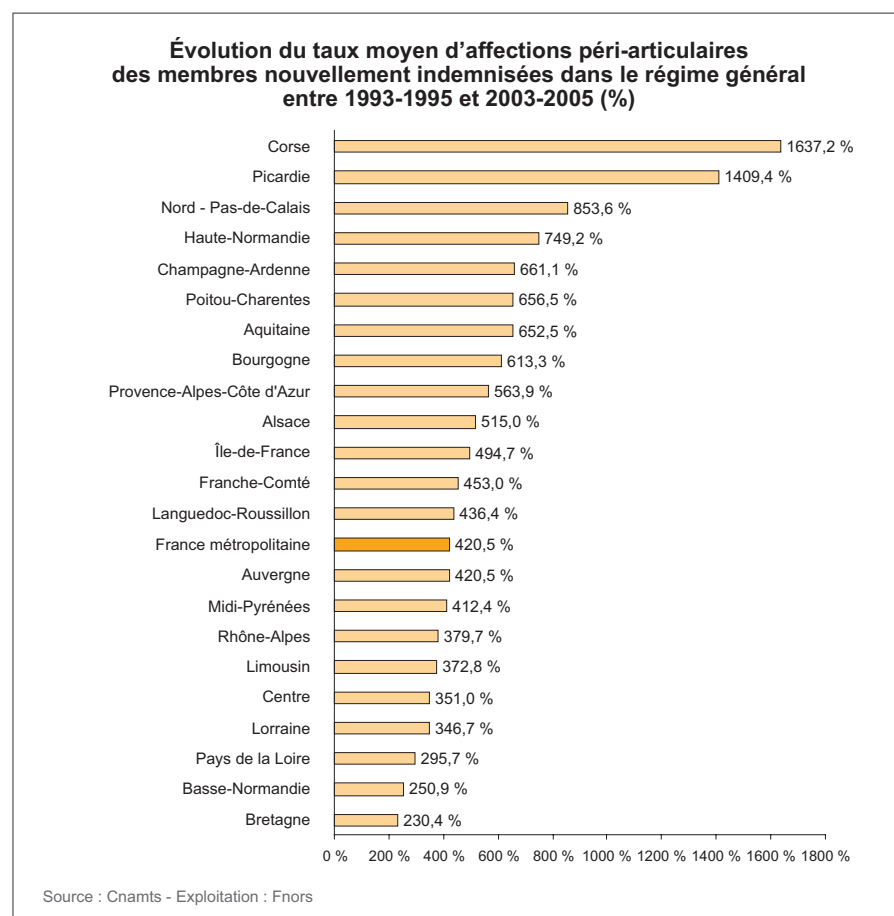
Les affections péri-articulaires des membres dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 28 194 affections péri-articulaires des membres ont été nouvellement indemnisées dans le régime général.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'affections péri-articulaires des membres nouvellement indemnisées dans le régime général est de 149,5 pour 100 000 salariés. Ce taux s'échelonne entre 56,8 pour 100 000 salariés en Île-de-France et 426,0 pour 100 000 salariés en Bretagne. Les régions Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Lorraine, Bourgogne et Alsace présentent des taux supérieurs à 200,0 pour 100 000, élevés par rapport au niveau national. La carte des régions montre que le sud de la France (hormis la Corse) et l'Île-de-France sont moins touchés que la moitié nord de la France.



Entre 1993-1995 et 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'affections péri-articulaires des membres nouvellement indemnisées a été multiplié par plus de cinq soit une augmentation moyenne de 17,7 % par an. L'augmentation, observée dans toutes les régions, varie d'un facteur 3 en Bretagne soit une moyenne de 13,1 % par an à un facteur 17 en Corse soit 29,6 % par an en moyenne. Ce sont la Corse et les régions du Nord, présentant les taux les plus faibles en 1993-1995, qui ont vu leur taux augmenter le plus. Cependant cette forte augmentation modifie peu le classement des régions.

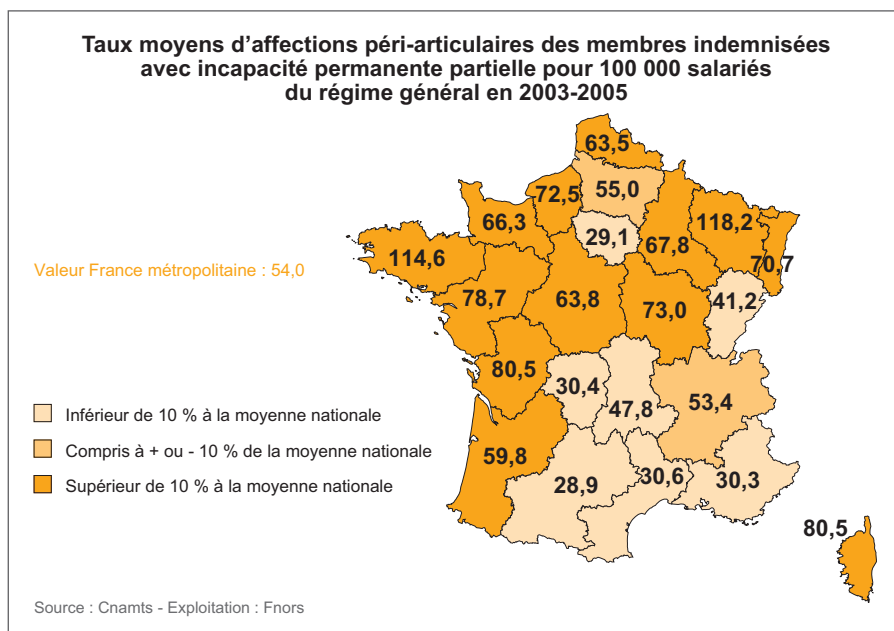


Les affections péri-articulaires des membres ayant entraîné une incapacité permanente partielle dans le régime général

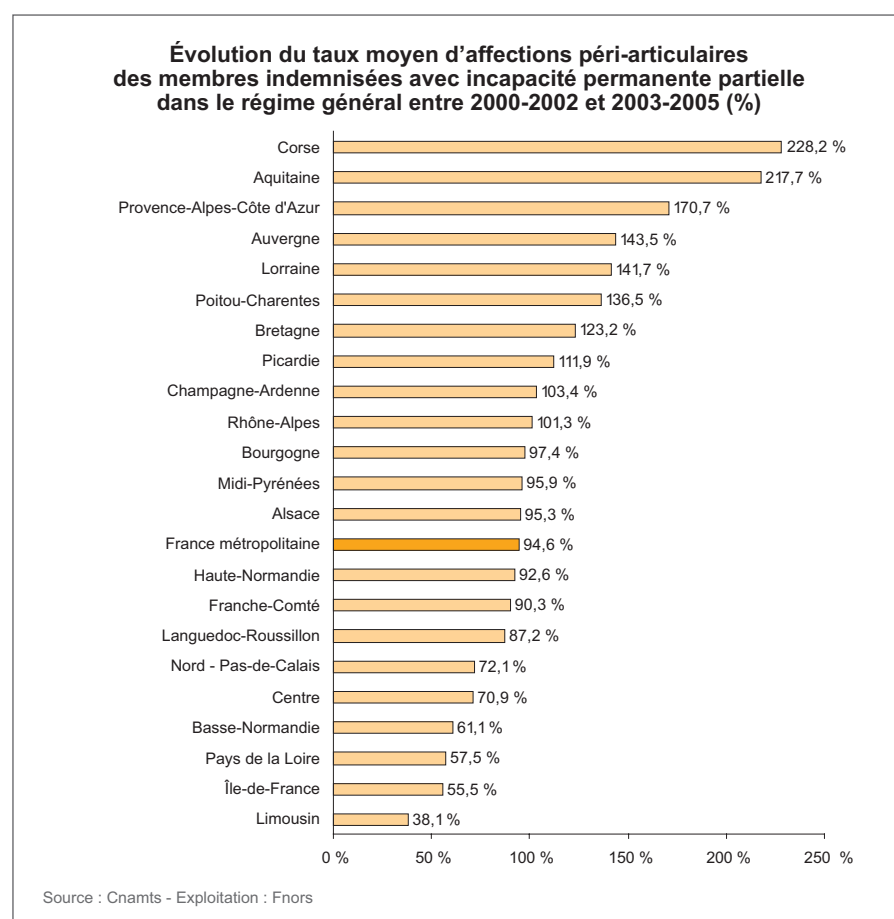
En 2005, en France métropolitaine, 10 733 affections péri-articulaires des membres indemnisées ont entraîné une incapacité permanente partielle.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'affections péri-articulaires des membres ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) est de 54,0 pour 100 000 salariés du régime général. Dans les régions, ce taux varie entre 28,9 pour 100 000 salariés en Midi-Pyrénées et 118,2 en Lorraine. Les régions du Sud et l'Île-de-France, qui présentent des taux relativement bas, s'opposent à celles de l'Ouest et du Nord-Est ayant des taux élevés.

En 2003-2005, en France métropolitaine, la moyenne des taux d'IPP attribués pour affection péri-articulaire des membres est de 9,7 % pour les salariés du régime général. Ce taux varie entre 6,5 % dans le Nord - Pas-de-Calais et 12,7 % en Bretagne.



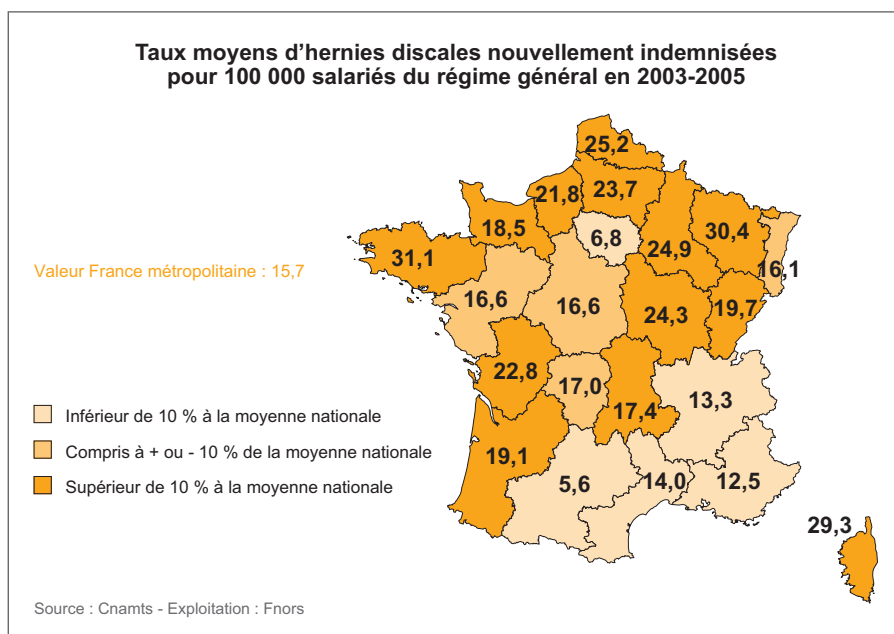
Entre 2000-2002 et 2003-2005, en France métropolitaine, le taux d'affections péri-articulaires ayant entraîné une IPP a augmenté de 94,6 %. Une augmentation est observée dans toutes les régions, moindre en Limousin (38,1 %), Île-de-France (55,5 %) et dans les Pays de la Loire (57,5 %) et plus marquée en Corse (228,2 %), Aquitaine (217,7 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (170,7 %).



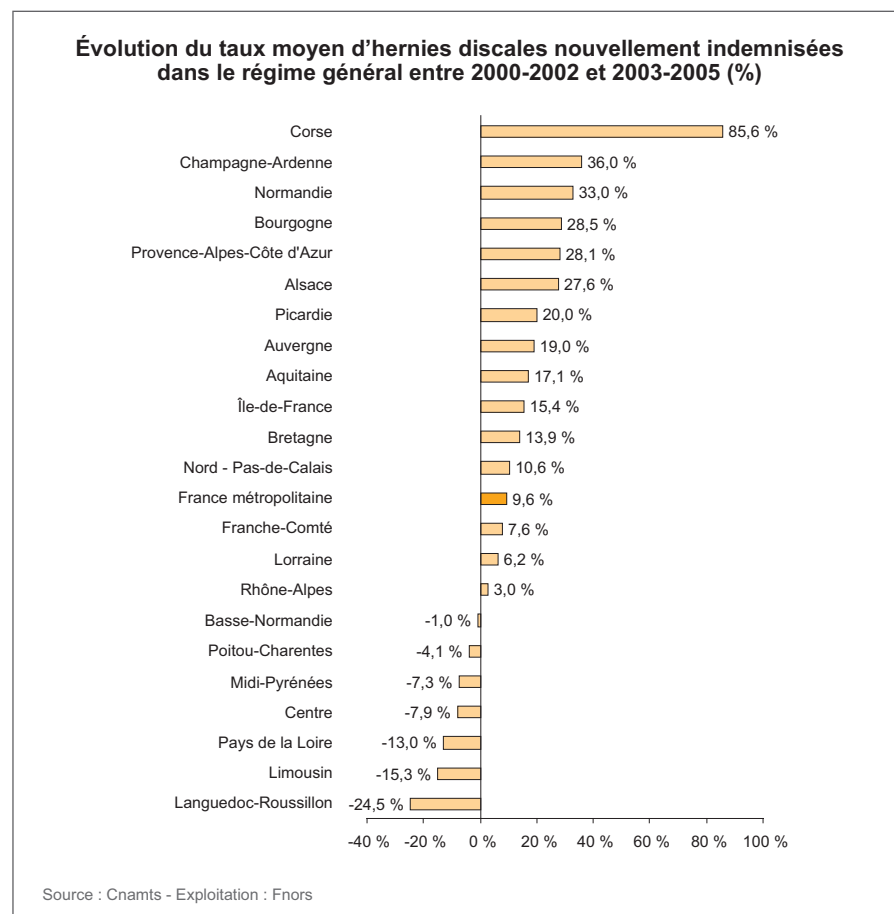
Les hernies discales dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 2 667 hernies discales ont été nouvellement indemnisées par le régime général.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'hernies discales nouvellement indemnisées est de 15,7 pour 100 000 salariés. Dans les régions, il varie entre 5,6 pour 100 000 salariés en Midi-Pyrénées et 31,1 en Bretagne. Les régions Lorraine, Corse et Nord - Pas-de-Calais présentent des taux supérieurs à 25,0 pour 100 000 alors que les régions du Sud et du Sud-Est et l'Île-de-France présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale.



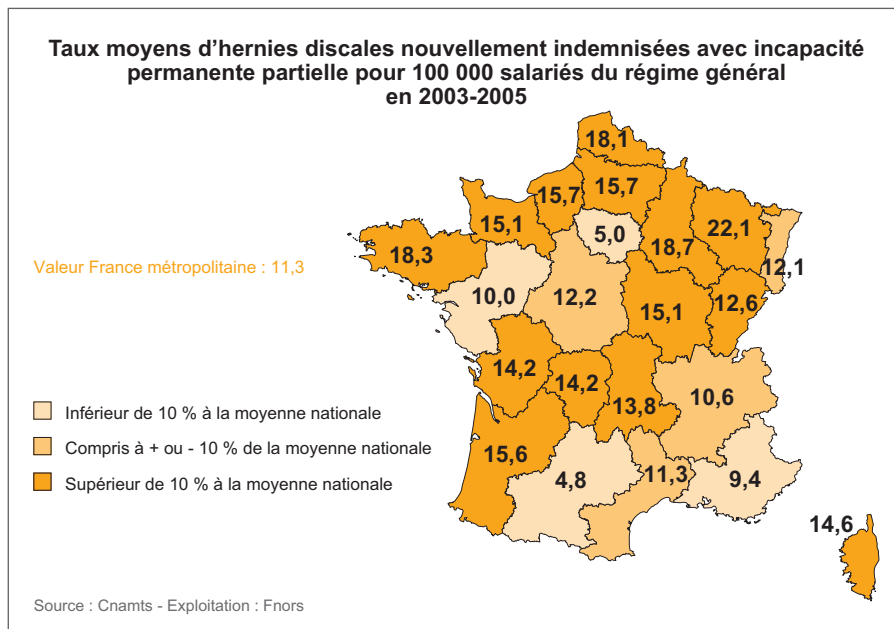
Suite à l'introduction, en 1999, des tableaux de maladies professionnelles concernant les hernies discales, le nombre de premières indemnisations pour hernie discale a augmenté de 9,6 % en France métropolitaine entre 2000-2002 et 2003-2005. Mais sept régions ont présenté une diminution entre ces deux dates : Languedoc-Roussillon (24,5 %), Limousin (15,3 %), Pays de la Loire (13,0 %), Centre (7,9 %), Midi-Pyrénées (7,3 %), Poitou-Charentes (4,1 %) et Basse-Normandie (1,0 %). Par contre, sur la même période, le nombre de premières indemnisations pour hernie discale a augmenté en Corse de 85,6 %.



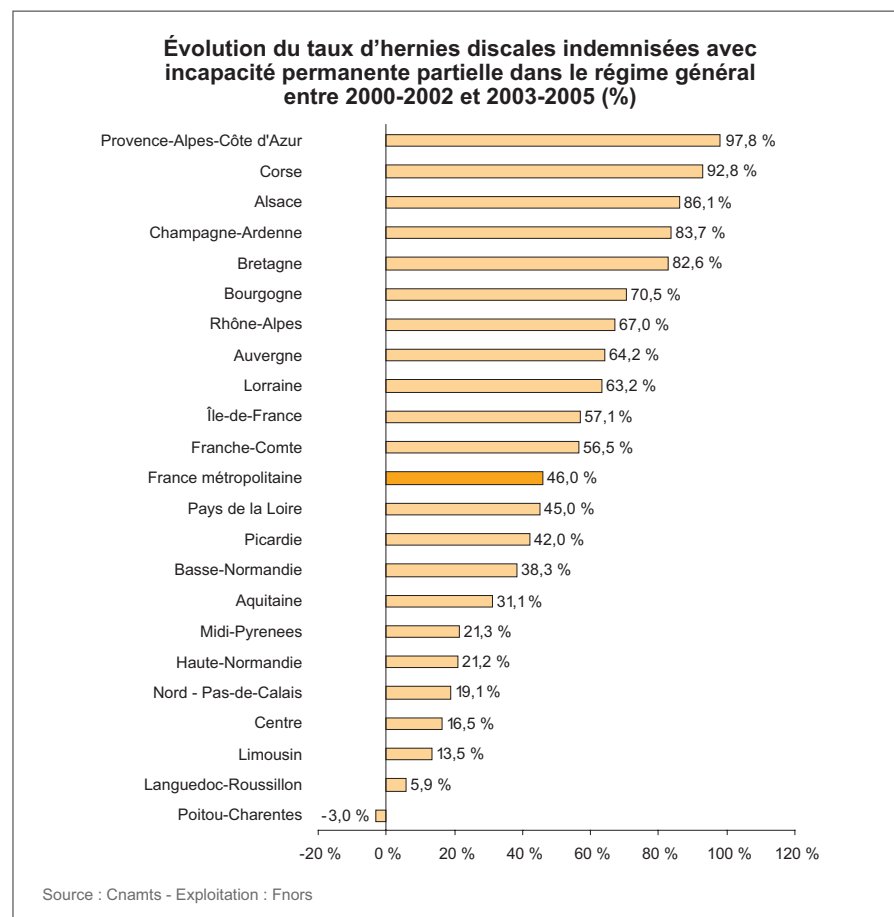
Les hernies discales avec incapacité permanente partielle dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 2 070 hernies discales indemnisées ont entraîné une incapacité permanente partielle.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'hernies discales indemnisées ayant entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) est de 11,3 pour 100 000 salariés du régime général. Dans les régions, ce taux s'échelonne entre 4,8 pour 100 000 salariés en Midi-Pyrénées et 22,1 pour 100 000 salariés en Lorraine. Les régions Bourgogne, Basse-Normandie, Aquitaine, Picardie, Haute-Normandie, Nord - Pas-de-Calais, Bretagne, Champagne-Ardenne et Lorraine ont des taux supérieurs à 15,0 pour 100 000 salariés. À l'opposé, les régions Midi-Pyrénées, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur ont des taux inférieurs à 10,0 pour 100 000 salariés.



Entre 2000-2002 et 2003-2005, le taux de hernies discales indemnisées ayant entraîné une IPP a augmenté de 46,0 % en France métropolitaine. Les variations régionales de ce taux sont importantes. La région Poitou-Charentes présente une légère diminution (3,0 %). La région Basse-Normandie présente une forte augmentation des taux d'hernies discales indemnisées avec IPP (38,3 %) alors que, parallèlement, son taux d'hernies discales indemnisées est en très légère diminution. Cinq régions présentent une augmentation des taux d'hernies discales avec IPP supérieure à 80 % : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Alsace, Champagne-Ardenne et Bretagne.



Atteintes auditives professionnelles

L'exposition professionnelle aux bruits nocifs est susceptible de porter atteinte au système auditif. Les autres bruits ont des conséquences moins lourdes, mais ils peuvent également avoir des effets sur la santé, la qualité de vie au travail, voire sur les performances auditives, notamment à long terme. En France métropolitaine, en 2005, les surdités professionnelles arrivent, en termes de fréquence, en quatrième position derrière les affections péri-articulaires des membres, celles dues à l'amiante et les hernies discales. Dans le Plan santé travail, la prévention des risques psychosociaux, celle des accidents routiers et celle des substances chimiques cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) font l'objet d'actions individualisées, inscrivant ces risques professionnels au rang de priorités. Ceci n'est pas le cas, en revanche, pour l'exposition professionnelle aux bruits nocifs, alors que la fréquence des maladies professionnelles liées à celle-ci ne diminue pas.

De nombreuses activités professionnelles sont sources d'exposition à des bruits lésionnels responsables d'atteintes auditives. Il s'agit de travaux sur métaux par abrasion, percussion ou projection, du câblage, toronnage et bobinage des fils d'acier, des marteaux pneumatiques, de la manutention de récipients métalliques, de certains travaux de verrerie, de travaux sur métiers à tisser ou sur les moteurs et de l'emploi de munitions ou d'explosifs. Bien d'autres situations sont mentionnées dans les tableaux 42 du régime général et 46 du régime agricole sans tenir compte de toutes celles qui ne sont pas listées mais où les niveaux sonores sont supérieurs à 85 dB(A). En conséquence et malgré les mesures de protection, les atteintes auditives constituent l'une des principales sources d'indemnisation au titre des maladies professionnelles.

Les bruits nocifs se cumulent avec d'autres nuisances. Les salariés soumis à des bruits nocifs pratiquent

beaucoup plus que les autres salariés la manutention manuelle de charges, travaillent plus souvent avec des machines et des outils vibrants, conduisent plus souvent des machines mobiles sur le lieu de travail et sont plus exposés aux nuisances thermiques : la quasi totalité d'entre eux a des contraintes posturales et articulaires. Les trois quarts des salariés exposés à des bruits nocifs sont aussi exposés à un ou plusieurs produits chimiques dont certains sont eux-mêmes toxiques pour l'oreille. Enfin, ces salariés ont aussi des conditions de travail plus contraignantes (travail en équipe ou de nuit, rythmes de travail plus contraignants...).

Le nombre de surdités professionnelles est passé de 838 pour les salariés du régime général en 1995 à 515 en 2001 puis à 1 197 en 2005. Cette dernière évolution est en partie liée à la révision du tableau 42 en 2003 qui a fait entrer dans son champ de nouveaux secteurs d'activité, notamment celui de

l'agro-alimentaire. En 2005, les surdités professionnelles venaient, en termes de fréquence, en quatrième position derrière les hernies discales, les affections dues à l'amiante et les affections péri-articulaires des membres.

Suite à la directive européenne sur le bruit (2003/10/CE de février 2006), la réglementation française a récemment évolué (décret n°2006-892 et arrêté du 19 juillet 2006). Les exigences de cette réglementation sont basées sur la comparaison de l'exposition sonore du salarié à différents seuils. Avant cette réglementation, deux seuils d'action existaient, l'un inférieur, l'autre supérieur, orientant les actions de prévention et de suivi médical devant être mis en œuvre. La nouvelle réglementation a abaissé ces seuils :

- le seuil d'exposition au bruit (inférieur) déclenchant les premières mesures de prévention par l'employeur est ramené de 85 à 80 dB (seuil d'alerte) ;
- le deuxième seuil d'exposition au bruit (supérieur) déclenchant des mesures

correctives par l'employeur est ramené de 90 à 85 dB (seuil de danger).

Ces mesures devraient permettre de protéger plus efficacement les salariés exposés : un abaissement du seuil de 3 dB correspond à une diminution de l'intensité sonore tolérée de moitié. L'abaissement de 5 dB est donc encore plus conséquent pour éviter une altération de l'audition.

Mais la nouvelle réglementation a aussi introduit un paramètre qui n'existait pas avant : une valeur limite d'exposition (VLE), qui correspond au bruit maximum auquel les salariés peuvent être exposés en tenant compte des

protections auditives individuelles (exposition limitée à 87 décibels). Cette nouvelle disposition a fait naître plusieurs difficultés dans l'application de la nouvelle réglementation. Elle a induit une confusion entre les différents seuils, point qui ressort des demandes d'information sur la directive : un travail pédagogique est donc nécessaire pour les présenter avec rigueur et en expliquer la nature.

Le point le plus crucial et le plus polémique est la prise en compte de l'atténuation par les protecteurs individuels contre le bruit (PICB) dans la VLE. Le principe est simple, il suffit de retrancher l'atténuation du PICB à l'exposition mesurée pour obtenir la valeur

recherchée. Mais l'atténuation des PICB, établie en laboratoire, est toujours supérieure (30 dB) à ce qu'elle est réellement sur site dans des proportions qui peuvent être très importantes : parfois seulement 5 dB, notamment si le PICB est mal utilisé.

Ainsi, la notion de VLE introduit deux effets pervers : elle occulte les seuils d'action, qui sont l'articulation principale des actions de prévention et elle met en avant le rôle des protecteurs individuels dont on sait que les performances de protection sont loin d'être connues dans les situations de travail.

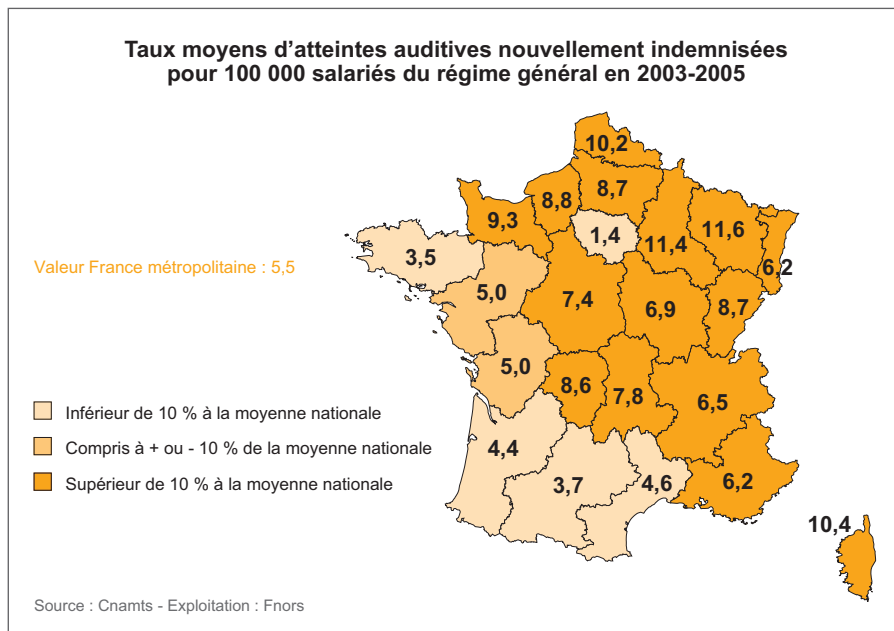
Références bibliographiques

1. Bernon J, Rogez I. Prendre en compte l'activité réelle de travail pour prévenir efficacement des problèmes de bruit au travail. Lille : Forum européen sur les solutions efficaces pour maîtriser les risques du bruit au travail, réseau Anact, juillet 2007.
2. Canetto P. Une nouvelle réglementation sur le bruit au travail. Doc Méd Trav, 2006;107:297-307
3. Le bruit au travail en 2003 : une nuisance qui touche trois salariés sur dix. Doc Méd Trav, 2005;103:327-34

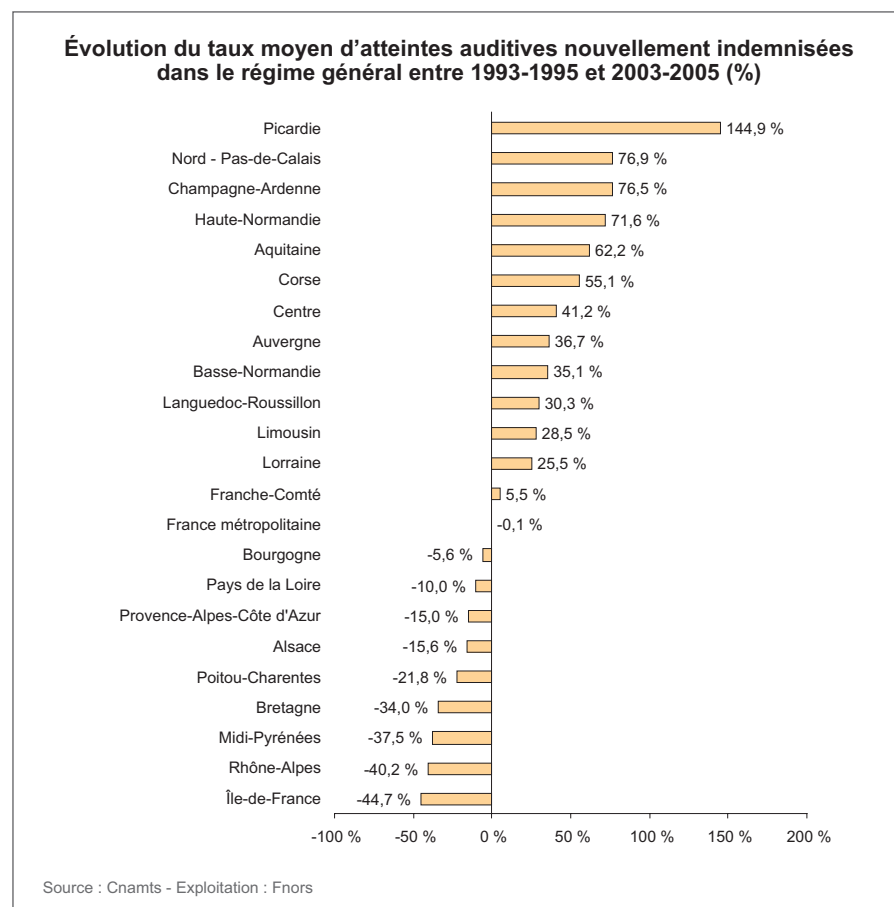
Les premières indemnisations pour atteintes auditives professionnelles dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 1 197 atteintes auditives provoquées par des bruits lésionnels ont été nouvellement indemnisées dans le régime général.

En 2005, en France métropolitaine, 1 197 atteintes auditives provoquées par des bruits lésionnels (tableau 42) ont donné lieu à une première indemnisation auprès des salariés du régime général. Ce chiffre était de 838 dix ans plus tôt. Le taux moyen correspondant en 2003-2005 était de 5,5 pour 100 000 salariés du régime général. Ce taux varie dans une proportion de 1 à 8 entre respectivement l'Île-de-France et la Lorraine. Les régions de l'Ouest et du Sud-Ouest sont caractérisées par des taux plus faibles que dans le reste du pays.



Le taux d'atteintes auditives professionnelles nouvellement indemnisées dans le régime général est resté pratiquement stable au plan national entre les périodes 1993-1995 et 2003-2005 : diminution de 0,1 %. Mais entre ces deux périodes, une baisse a eu lieu jusqu'en 2001 suivie d'une remontée des taux. En outre, la stabilité observée au niveau national cache des variations régionales importantes : treize régions ont connu une augmentation du taux de surdités indemnisées (la Picardie se détachant de celles-ci avec une augmentation de 145 %) et neuf une diminution.



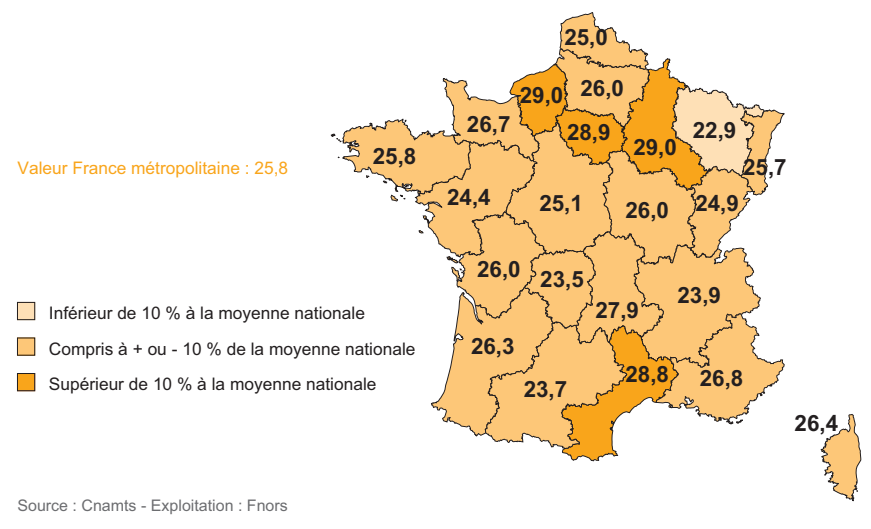
Les atteintes auditives professionnelles avec incapacité permanente partielle dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 1 195 atteintes auditives professionnelles indemnisées ont entraîné une incapacité permanente partielle.

En 2005, en France métropolitaine, 1 195 atteintes auditives professionnelles ont été indemnisées avec attribution d'une incapacité permanente partielle (IPP). La quasi-totalité de ces indemnisations (1 179) correspond à des premières indemnisations. Les atteintes auditives professionnelles font en effet quasi systématiquement l'objet d'une attribution d'IPP.

La moyenne des taux d'IPP attribués pour les atteintes auditives professionnelles était de 25,8 % en France métropolitaine en 2003-2005. Ce taux moyen varie dans une faible proportion entre les régions : de 22,9 % en Lorraine à 29,0 % en Haute-Normandie et Champagne-Ardenne.

Moyenne des taux d'incapacité permanente partielle attribués pour les atteintes auditives professionnelles dans le régime général en 2003-2005



Affections respiratoires et cutanées professionnelles de mécanisme allergique

Les affections respiratoires professionnelles de mécanisme allergique comportent, pour l'essentiel, des rhinites, des asthmes et des alvéolites. En 2005, en France métropolitaine, plus de 400 cas de ces affections ont été indemnisés pour des salariés du régime général, soit environ 1 % de l'ensemble des premières indemnités. Quant aux affections cutanées professionnelles d'origine allergique, il s'agit principalement d'eczémas allergiques. En France métropolitaine en 2005, 731 cas ont été nouvellement indemnisés dans le régime général alors que seuls 10 urticaires ont été reconnus et indemnisés.

L'appareil respiratoire est particulièrement touché par les affections d'origine professionnelle. En plus des cancers, des affections aiguës ou chroniques d'origine allergique et de gravité plus ou moins importante sont rencontrées : il s'agit pour l'essentiel de rhinites, d'asthme et d'alvéolites. Ces pathologies sont liées à des substances d'origine chimique, végétale ou animale.

Les rhinites sont les pathologies respiratoires d'origine professionnelle les plus fréquentes et les moins graves. Les principaux secteurs d'activité concernés sont la boulangerie, l'industrie alimentaire, la santé, la coiffure, l'entretien et le nettoyage et la transformation du bois.

Les asthmes professionnels représentent, selon les estimations, entre 9 % et 10 % de la totalité des asthmes de l'adulte. Selon les données de l'Observatoire national des asthmes professionnels (Onap), les principales professions exposées sont les boulangers et pâtisseries (20 % des cas), les professions médicales et paramédicales (10 %), les peintres (8 %), les coiffeurs (7 %) et les travailleurs du bois (5 %).

En 2005, en France métropolitaine, 433 cas d'allergies respiratoires ont donné lieu à une première indemnité auprès des salariés du régime général, dont 117 rhinites et 273 asthmes. Ceci représente 1,1 % des premières indemnités. Ce chiffre était de 308 dix ans plus tôt. Un peu plus des deux tiers (69,3 %) de ces allergies respiratoires ont été indemnisées en 2005 au titre des tableaux 66 « rhinites et asthmes professionnels » et 66 bis « pneumopathies d'hypersensibilité ». On trouve ensuite le tableau 62 « affections provoquées par les isocyanates organiques », qui représente 13,2 % des cas.

Les dermatoses sont une des principales causes de maladie liées au travail en Europe. De nombreux agents chimiques et produits d'origine végétale utilisés en milieu de travail sont responsables de lésion par contact avec la peau. Certaines de ces affections sont de mécanisme allergique : eczéma de contact allergique, le plus souvent et, plus rarement, urticaire de contact. La majorité des lésions est localisée aux mains. Les mécanismes en cause sont soit le contact direct, soit le contact in-

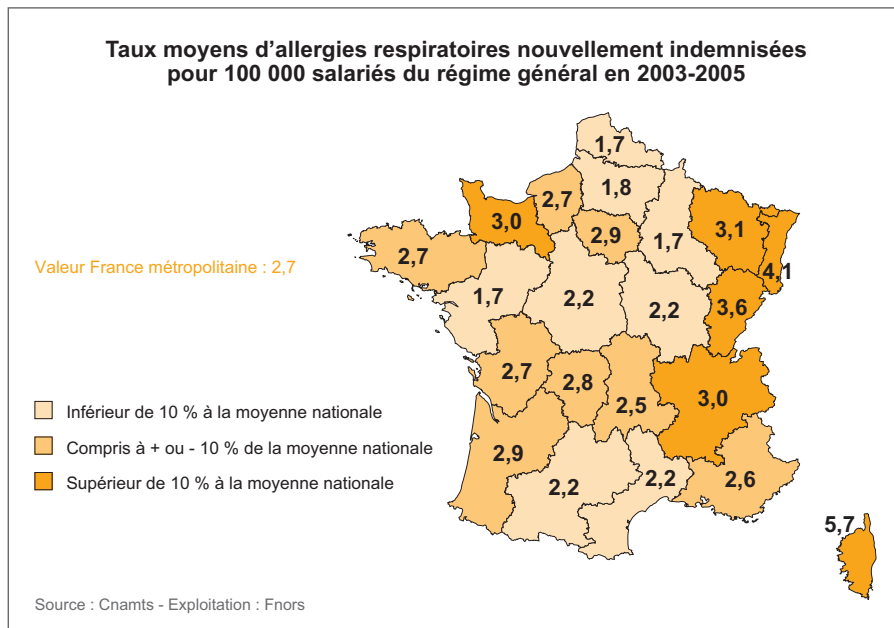
direct (des mains sur d'autres parties du corps). Les professions exposées sont les métiers de la coiffure, les personnels de santé, les métiers du bâtiment et travaux publics (plombiers, couvreurs, carreurs, peintres...), les métiers de la métallurgie (galvanoplastie, soudure), les métiers de l'alimentation (cuisiniers, boulangers, confiseurs...), les fleuristes, les jardiniers et les agriculteurs.

En 2005, en France métropolitaine, 741 cas d'eczémas allergiques et urticaires ont donné lieu à une première indemnité auprès des salariés du régime général, dont 731 eczémas et 10 urticaires. Ceci représente 1,8 % des premières indemnités. Ce chiffre était de 787 dix ans plus tôt. Un peu moins de la moitié (46,7 %) de ces dermatoses allergiques sont indemnisées en 2005 au titre du tableau 65 « lésions eczématiformes de mécanisme allergique ». Le reste des dermatoses indemnisées de mécanisme allergique se répartissait dans 20 autres tableaux et en particulier le tableau 8 « affections causées par les ciments », qui représentent 18 % du total des dermatoses allergiques indemnisées.

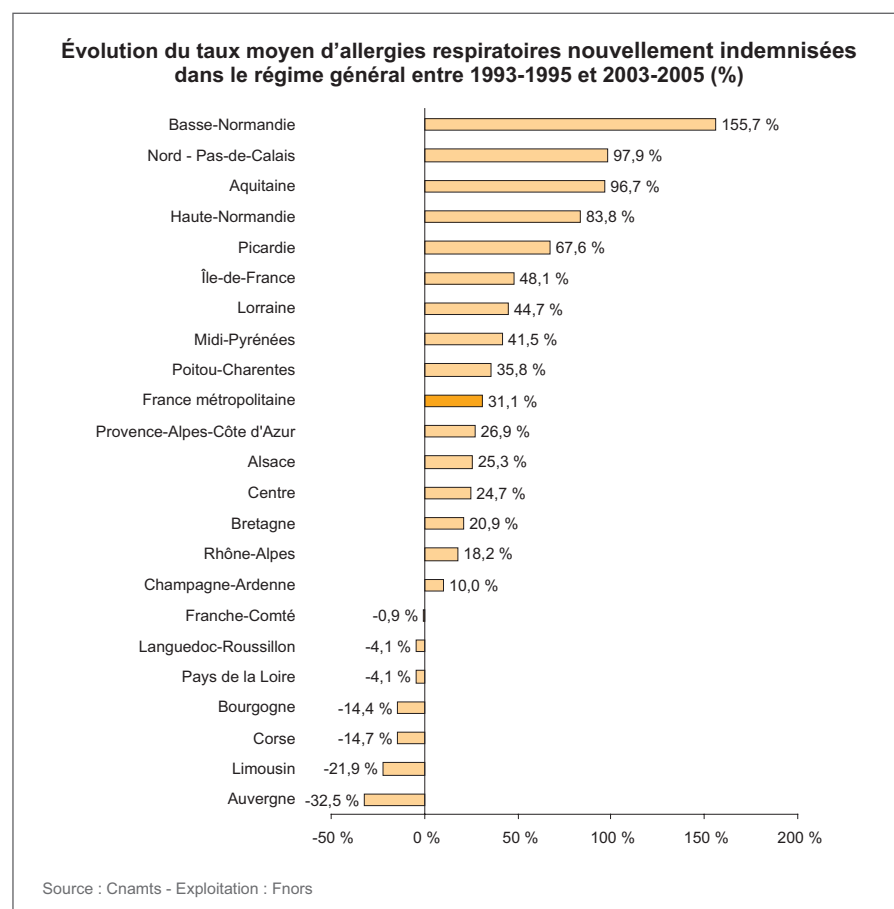
Les premières indemnisations pour allergies respiratoires dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 433 allergies respiratoires ont été nouvellement indemnisées dans le régime général, dont 117 rhinites et 273 asthmes.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'allergies respiratoires nouvellement indemnisées est de 2,7 pour 100 000 salariés du régime général. Ce taux varie de 1,7 à 5,7 entre la Champagne-Ardenne, le Nord - Pas-de-Calais et les Pays de la Loire, d'une part, et la Corse, d'autre part. En dehors de la Corse, les taux les plus élevés s'observent en Basse-Normandie et dans l'est de la France.



En France métropolitaine entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux d'allergies respiratoires nouvellement indemnisées dans le régime général a augmenté de 1,7 % par an en moyenne. Entre les périodes 1993-1995 et 2003-2005, on observe une augmentation globale de 31,1 % pour la métropole. Cette augmentation moyenne recouvre des évolutions de sens et d'amplitude variables d'une région à l'autre : sept régions connaissent une diminution et quinze une augmentation.



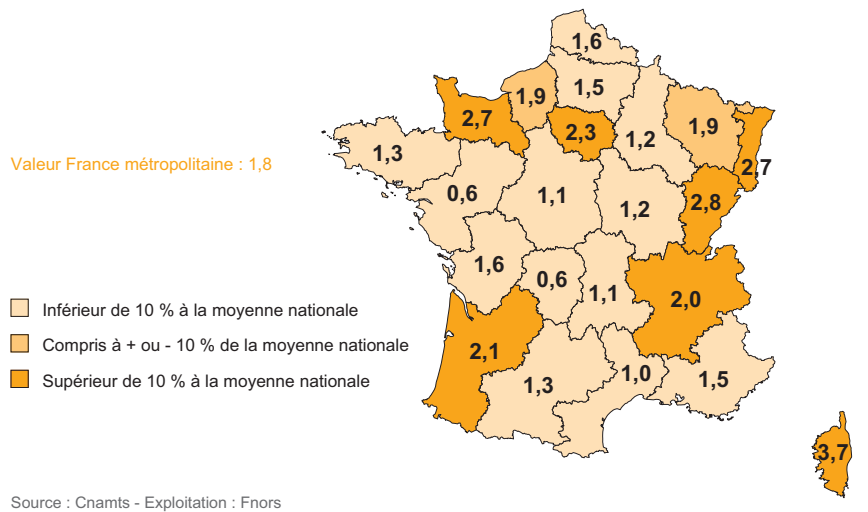
Les allergies respiratoires avec incapacité permanente partielle dans le régime général

Entre 2000-2002 et 2003-2005, en France métropolitaine, le taux d'allergies respiratoires avec incapacité permanente partielle a augmenté de 16,1 % par an.

En 2005, en France métropolitaine, 300 allergies respiratoires ont été indemnisées avec attribution d'une incapacité permanente partielle (IPP), dont 117 constituaient des premières indemnisations. Plus de la moitié de ces indemnisations avec attribution d'IPP (184) concernait des asthmes.

Sur les années 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'allergies respiratoires avec IPP était en moyenne de 1,8 pour 100 000 salariés. Ce taux s'échelonne entre 0,6 pour 100 000 salariés en Limousin et dans les Pays de la Loire et 3,7 pour 100 000 salariés en Corse.

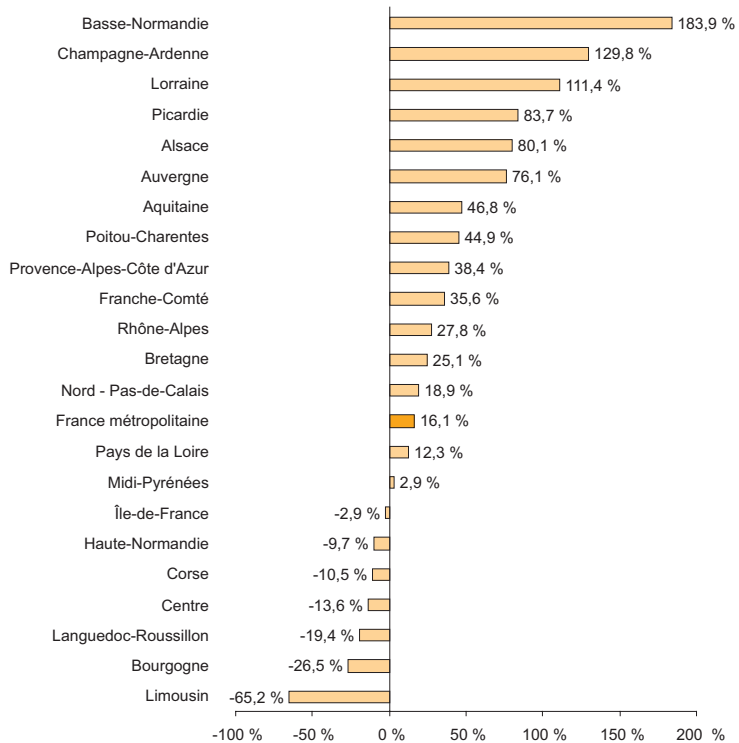
Taux moyens d'allergies respiratoires indemnisées avec incapacité permanente partielle pour 100 000 salariés du régime général en 2003-2005



La moyenne des taux d'IPP attribués pour les allergies respiratoires était de 13,4 % en France métropolitaine en 2003-2005. Ce taux moyen varie de 7,7 % en Midi-Pyrénées à 18,7 % en Champagne-Ardenne et en Limousin.

Le taux d'allergies respiratoires ayant entraîné une IPP a augmenté de 16,1 % en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2003-2005. Quinze régions ont connu une augmentation de ce taux, la plus forte étant observée en Basse-Normandie (183,9 %) tandis que sept régions ont présenté une diminution de ce taux, la plus forte étant observée en Limousin (65,2 %).

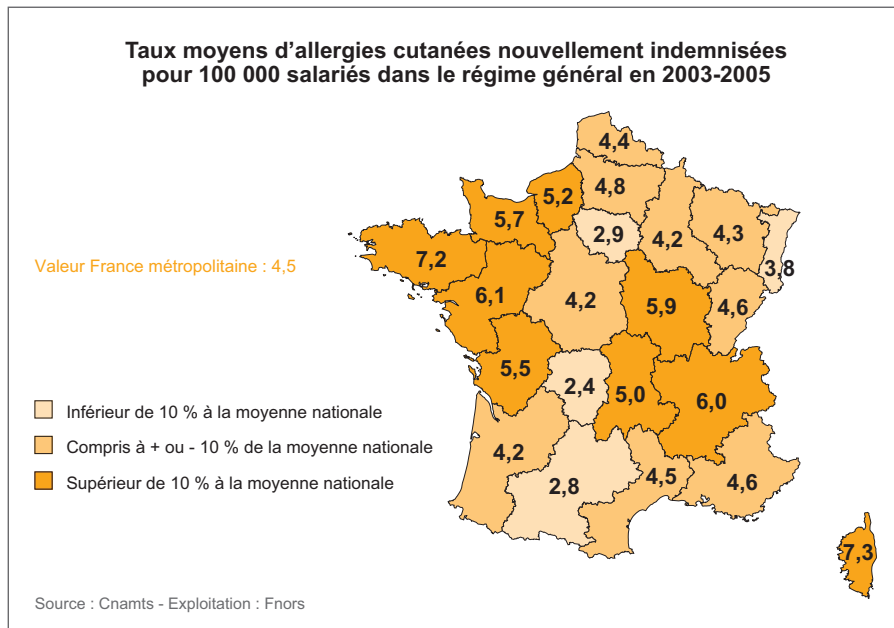
Évolution du taux moyen d'allergies respiratoires indemnisées avec incapacité permanente partielle dans le régime général entre 2000-2002 et 2003-2005 (%)



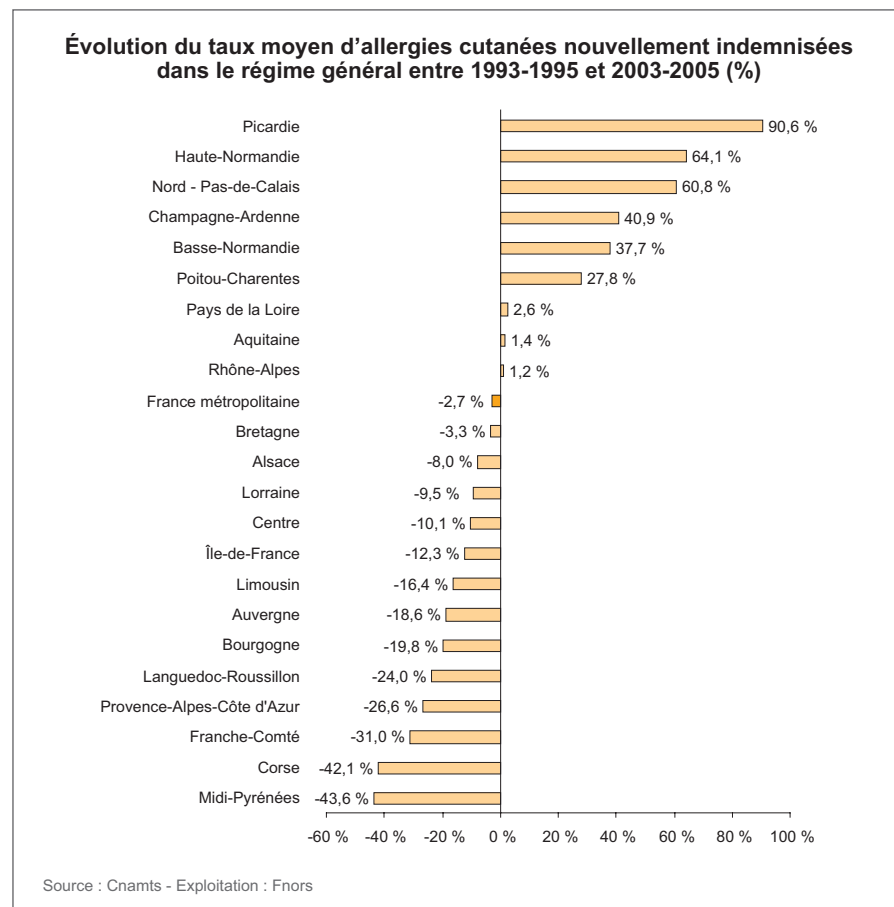
Les premières indemnisations pour eczémas et urticaires allergiques dans le régime général

En 2005, en France métropolitaine, 741 premières indemnisations pour eczémas et urticaires allergiques ont été enregistrées dans le régime général.

En 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'eczémas et urticaires allergiques nouvellement indemnisés était de 4,5 pour 100 000 salariés du régime général. Ce taux varie dans une proportion de un à trois entre le Limousin, d'une part, la Bretagne et la Corse, d'autre part. Les taux les plus élevés s'observent dans l'Ouest et le Centre-Est.



Entre 1993-1995 et 2003-2005 et en dehors de quelques fluctuations, le taux d'eczémas et urticaires allergiques nouvellement indemnisés dans le régime général est resté pratiquement stable au plan national, dans une fourchette de 4 à 5 pour 100 000 salariés. Cependant, les taux dans les régions varient de -44 % à +91 % : neuf régions ont connu une augmentation et treize une diminution. Les augmentations les plus fortes s'observent dans les régions du Nord et le Nord-Ouest.

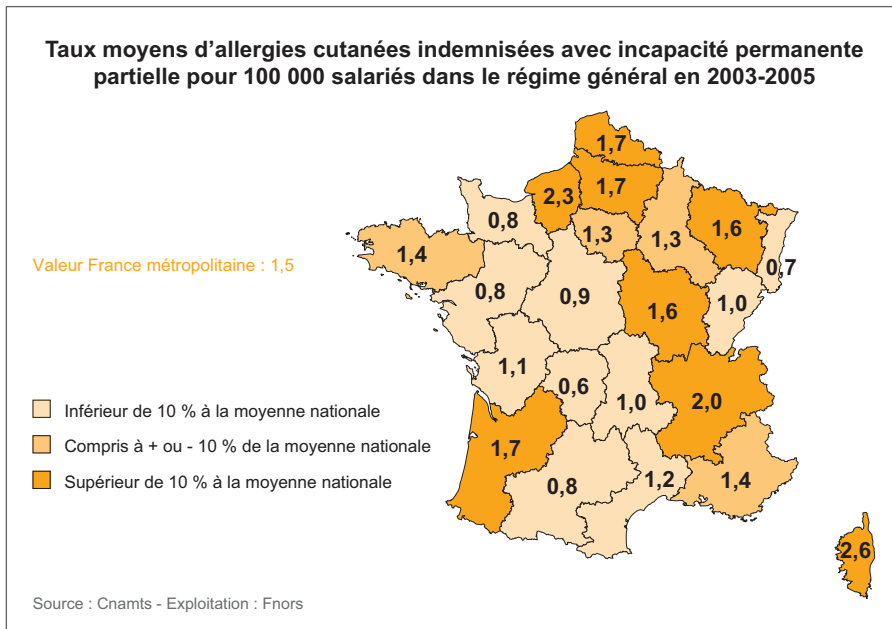


Les eczémas et urticaires allergiques avec incapacité permanente partielle dans le régime général

Entre 2000-2002 et 2003-2005, le taux d'eczémas et urticaires allergiques ayant entraîné une incapacité permanente partielle a augmenté de 12,9 % par an en France métropolitaine.

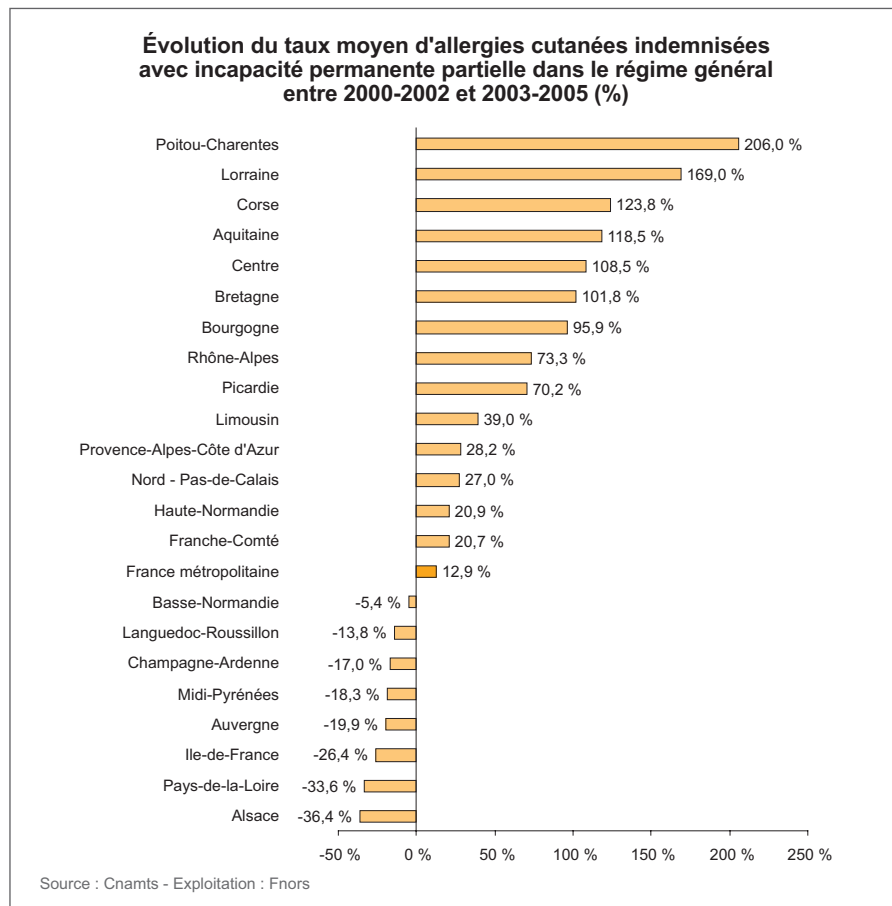
En 2005, en France métropolitaine, 228 eczémas et urticaires allergiques ont été indemnisés avec attribution d'une incapacité permanente partielle (IPP), dont 67 (29,4 %) constituaient des premières indemnités. La quasi-totalité de ces indemnités avec attribution d'IPP concernait des eczémas.

Sur les années 2003-2005, en France métropolitaine, le taux moyen d'eczémas et urticaires allergiques avec IPP était de 1,5 pour 100 000 salariés. Ce taux varie entre 0,6 pour 100 000 salariés en Limousin et 2,6 pour 100 000 salariés en Corse. La moitié ouest du pays, Aquitaine et Bretagne exceptées, se caractérise par des taux plus faibles que dans la plupart des régions de l'Est.



La moyenne des taux d'IPP attribués pour les eczémas et urticaires allergiques est de 7,5 % en France métropolitaine en 2003-2005. Ce taux moyen varie de 3,7 % en Champagne-Ardenne à 13,0 % en Haute-Normandie. Les taux moyens d'IPP sont un peu plus élevés dans les régions de la moitié ouest.

Le taux d'eczémas et urticaires allergiques ayant entraîné une IPP a augmenté de 12,9 % en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2003-2005. Quatorze régions ont connu une augmentation de ce taux, la plus forte étant observée en Poitou-Charentes (206,0 %) puis en Lorraine (169,0 %). Huit régions ont présenté une baisse du taux d'indemnisation avec IPP, la plus importante se produisant en Alsace (36,4 %).



Risques psychosociaux au travail

Risques psychosociaux au travail

Les risques psychosociaux liés au travail représentent un des principaux problèmes émergents en santé au travail. La France a renforcé sa législation dans le cadre de la loi de modernisation sociale (2002), définissant le harcèlement moral au travail et prévoyant des sanctions pénales contre ce dernier. Le Plan santé au travail prévoit également de mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir ces risques.

Depuis plusieurs années, un nouveau risque professionnel a été identifié aux côtés des risques physiques, chimiques et biologiques : les risques psychosociaux. Ce terme, qui en englobe de multiples autres (voir Définitions p.94), désigne un ensemble de facteurs (« *stressors* » en anglais) liés aux conditions de travail. Il est ainsi source d'une grande ambiguïté. Or, il est essentiel de bien distinguer les contraintes organisationnelles, qui appellent des réponses collectives, des aspects individuels pour lesquels la nature des réponses diffère, par exemple, d'ordre juridique. Une autre difficulté dans l'analyse de ces risques est de tenir compte des facteurs liés à l'individu et à son environnement en dehors du travail, sans pour autant négliger les facteurs collectifs. Alors que la recherche sur les risques psychosociaux a débuté il y a une trentaine d'années maintenant, la prise de conscience politique est récente. Ainsi, la loi de modernisation sociale de 2002 prévoit des sanctions pénales contre le harcèlement moral et le plan santé au travail 2005-2009 prévoit de mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir ces risques. Plus récemment (mars 2008), un rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail a été remis au ministre du Travail et des Relations sociales et de la Solidarité.

Les risques psychosociaux sont devenus une préoccupation des acteurs de prévention des risques professionnels d'autant plus que certaines études montrent l'intérêt d'interventions dans ce domaine, comme celle de Renée Bourbonnais *et al.* en milieu hospitalier.

Les risques psychosociaux sont également une préoccupation des acteurs de santé puisqu'ils peuvent avoir des conséquences somatiques (maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques), mentales (dépression) et sociales. Leur impact économique est également important, estimé entre 1,2 et 2,0 milliards d'euros en France en 2000. Cependant, les conséquences des risques psychosociaux au travail ne sont actuellement pas reconnues dans les tableaux de maladies professionnelles.

En France, très peu de données sur les risques psychosociaux existent au niveau régional.

L'enquête Sumer menée en 2003 est la seule étude qui aborde les risques psychosociaux sur un échantillon national représentatif de près de 80 % des salariés en France (voir Annexes).

Dans cette enquête, la prévalence du *job strain* (combinaison d'une faible latitude décisionnelle à de fortes demandes psychologiques au travail) était de 23,2 % pour l'ensemble de l'échantillon, les femmes (28,2 %) étant plus fréquemment concernées que les hommes (19,6 %). La prévalence de l'*iso strain* (combinaison du *job strain* à un faible soutien de la part de la hiérarchie et des collègues) observée sur cette même population était de 14,5 %, les femmes (17,2 %) étant également plus concernées que les hommes (12,5 %) (*données non publiées*). Les prévalences du *job strain* et de l'*iso strain* augmentaient fortement lorsque l'on descendait dans la hiérarchie socioprofessionnelle, les plus

faibles étant observées dans le secteur de la construction. De plus, elles étaient associées à l'insatisfaction au travail, à la perception d'un travail stressant et à l'intention de changer de poste. L'enquête Sumer indique aussi que les femmes étaient confrontées à une plus faible latitude décisionnelle que les hommes et à une demande psychologique plus élevée. Les scores de latitude décisionnelle étaient faibles chez les employés et ouvriers et élevés chez les cadres et ingénieurs. Quel que soit le genre, le soutien social diminuait avec l'âge.

La recherche sur les facteurs psychosociaux au travail et la santé a également été menée depuis 1995 sur la cohorte Gazel, constituée d'employés d'EDF-GDF, âgés à l'inclusion, de 40 à 50 ans pour les hommes et de 30 à 50 ans pour les femmes. La prévalence des contraintes mentales au travail atteignait 20,7 % en 1997 dans l'ensemble de la cohorte et elle était plus élevée chez les femmes (29,1 %) que chez les hommes (17,7 %). Plus le niveau d'étude était élevé, plus la prévalence des contraintes mentales au travail était faible quel que soit le sexe. La prévalence de l'*iso strain* était de 15,1 % dans l'ensemble de la cohorte, plus élevée chez les femmes (20,5 %) que chez les hommes (13,1 %).

Dans l'enquête décennale santé 2003, la charge mentale au travail a été évaluée (voir Annexes) et définie comme le coût d'un certain enrichissement du travail, n'étant pas nécessairement le signe d'une dégradation des conditions de travail. Sa mesure subjective a été utilisée pour évaluer la « charge mentale

positive », c'est-à-dire les avantages liés au poste et la « charge mentale négative », c'est-à-dire les inconvénients liés au poste. Ces questions ont été inspirées en partie du questionnaire de Karasek¹ et en partie des enquêtes « conditions de travail » menées par la Dares.

La grande majorité de la population active a déclaré bénéficier « tout à fait » ou « plutôt » de conditions psychologiques positives dans son travail. En moyenne, en France métropolitaine, 83,9 % des actifs ont déclaré avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité, 81,3 % un travail permettant d'apprendre des choses, 80,7 % des possibilités d'entraide et de coopération suffisantes, 80,7 % la possibilité de choisir leur façon de procéder et, enfin, 80,6 % ont déclaré avoir un travail varié.

Les conditions psychologiques négatives du travail étaient moins fréquemment déclarées que les conditions positives, mais les pourcentages de réponses étaient tout de même importants : en moyenne, en France métropolitaine, 29,0 % des actifs ont déclaré être souvent dans l'obligation de se dépêcher, 27,1 % être dans l'obligation de faire plusieurs choses à la fois, 26,2 % devoir fréquemment s'interrompre dans le travail, 22,3 % devoir supporter les exigences du public et enfin 9,4 % être dans l'impossibilité de quitter leur travail des yeux ou de s'interrompre.

L'exposition à la violence psychologique n'a pas encore été étudiée au niveau national en France. Une équipe de l'Inserm a étudié ces aspects en utilisant la définition de Leymann, à partir d'un échantillon de salariés de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en collaboration avec 143 médecins du travail. La prévalence de l'exposition à la violence psychologique au travail a été estimée à 11,0 % chez les hommes et à 12,8 % chez les femmes. Ailleurs, seule une étude suédoise de 1996 fournit une estimation de la prévalence de l'exposition à la violence psychologique en population générale en utilisant la définition de Leymann : elle était estimée à 3,5 %.

Certaines études ont établi un lien entre l'exposition aux contraintes professionnelles ou aux violences psycholo-

Comparaisons européennes

Selon la quatrième enquête sur les conditions de travail, dans l'Union européenne à 27, en 2005, 22,3 % des salariés ont déclaré être stressés par leur travail. Cette proportion variait de 11,8 % au Royaume-Uni à 55,3 % en Grèce, la France se situant à un niveau inférieur à la moyenne européenne (18,3 %). Plus d'un quart des salariés européens (28,6 %) considérait que leur santé et leur sécurité étaient à risque du fait de leur emploi. Les pourcentages s'échelonnaient de 18,0 % en Allemagne à 50,8 % en Grèce, la France se situant également à un niveau inférieur à la moyenne de l'Union européenne (23,1 %). En outre, sur l'ensemble des salariés européens, 82,3 % s'estimaient satisfaits voire très satisfaits de leurs conditions de travail. Au Danemark, cette proportion était la plus élevée (93,4 %) et en Roumanie, la plus faible (58,8 %), tandis qu'en France elle était proche du niveau européen (82,1 %). Par ailleurs, la proportion de salariés européens qui pensaient perdre leur emploi dans les six mois suivant l'enquête était de 13,7 % en moyenne mais atteignait près d'un tiers des salariés tchèques (32,2 %) et seulement 6,8 % des salariés du Royaume-Uni. En France, la proportion était de 7,7 %.

giques au travail et la santé physique et mentale.

De nombreuses études internationales ont montré que les facteurs psychosociaux sont à l'origine de maladies cardiovasculaires. Dans une méta-analyse, Kivimaki estime à 50 % en moyenne l'excès de risque de maladies coronariennes parmi les employés stressés au travail. Netterstorm a montré qu'une forte demande psychologique au travail était un facteur de risque de maladies cardiaques ischémiques. Selon Ohlin, de fortes contraintes psychologiques au travail prédiraient l'augmentation de la pression artérielle chez les hommes d'âge moyen, la demande psychologique étant plus largement corrélée avec la pression artérielle que la latitude décisionnelle. Une étude de cohorte québécoise, portant sur 6 719 « cols blancs » suivis pendant 7,5 années en moyenne, a montré que l'exposition cumulée au stress au travail conduisait à une augmentation significative de la pression artérielle systolique chez les hommes et notamment chez ceux ayant un faible soutien social au travail. Chez les femmes, les mêmes effets ont été observés, mais de façon moindre.

Les facteurs psychosociaux au travail sont également associés aux risques de troubles musculo-squelettiques. Hannan *et al.* ont montré, dans une étude prospective, que les travailleurs qui déclaraient un niveau élevé de contraintes au travail étaient plus à risque de développer des symptômes péri articulaires au niveau du cou et des épaules. Dans une étude transversale canadienne, Cole *et al.* ont observé que les femmes qui rencontraient de fortes contraintes psychosociales dans

leur travail avaient plus de risque de déclarer des douleurs du dos que celles en ayant peu (OR = 1,60 IC_{95%} : 1,14-2,28). Dans cette même étude, les auteurs ont souligné qu'à l'inverse, les problèmes chroniques de dos contribuaient à expliquer le niveau élevé de contraintes psychosociales au travail chez les femmes (OR = 1,76 IC_{95%} : 1,30-2,39), la relation semble donc exister dans les deux sens.

Outre les conséquences d'ordre somatique, les facteurs psychosociaux au travail ont également des conséquences sur la santé mentale. Quelles que soient leurs caractéristiques individuelles, des personnes en situation de stress chronique sont fragilisées et peuvent voir leur état évoluer vers une dépression qui, elle-même, constitue un facteur de risque de crise suicidaire. Des situations de harcèlement moral ou sexuel, ou des violences physiques et psychologiques peuvent également entraîner un état dépressif, sans toujours être précédées d'une période de stress chronique.

Plusieurs études ont montré qu'une faible latitude décisionnelle, de fortes demandes psychologiques, un faible soutien social de la hiérarchie ou des collègues ou encore un déséquilibre effort-récompense, sont facteurs de risque de symptômes dépressifs voire dans certains cas de maladies psychiatriques. Par ailleurs, ces effets sur la santé mentale diffèrent selon le genre (voir encadré Facteurs psychosociaux et santé mentale).

En raison de la spécificité du thème abordé dans ce chapitre, sa présentation diffère de celle des chapitres précédents de cette synthèse.

¹La charge mentale positive et la charge mentale négative peuvent être rapprochées respectivement de la « latitude décisionnelle » (contrôle sur son travail ou pouvoir) et la demande psychologique (exigences professionnelles ou contraintes) du modèle de Karasek.

Facteurs psychosociaux et santé mentale

Niedhammer *et al.* ont montré que dans une entreprise française en pleine modification organisationnelle, les hommes ayant une faible latitude décisionnelle au travail étaient plus à risque de développer une dépression que les autres (OR = 2,84, IC_{95%} : 1,40-5,74). Dans cette même étude, les hommes qui n'étaient pas récompensés pour leur travail en termes de sécurité d'emploi encouraient un risque accru de symptômes dépressifs (OR = 3,29, IC_{95%} : 1,78-6,08) et plus largement de troubles psychiatriques (OR = 2,53, IC_{95%} : 1,39-4,60). Dans une autre étude, Niedhammer *et al.* ont montré que la violence psychologique sur le lieu de travail était un important facteur de risque de symptômes dépressifs aussi bien chez les hommes (OR = 8,00, IC_{95%} : 6,06-10,56) que chez les femmes (OR = 8,44, IC_{95%} : 6,84-10,41). L'exposition passée à la violence psychologique conservait un impact sur la santé mentale même quand cette violence avait cessé. Une relation de type dose-effet était observée entre la fréquence d'exposition à une violence psychologique et le risque de développer des symptômes dépressifs. Être témoin d'une violence psychologique sur autrui semblait aussi constituer un facteur de risque de symptômes dépressifs.

Une analyse transversale de Wang and Patten, utilisant les données de la « *Canadian national population health survey* » (NPHS), a montré une augmentation du risque de dépression en cas de faible latitude décisionnelle (OR = 1,51 IC_{95%}: 1,18-1,84), de fortes demandes psychologiques (OR = 2,22 IC_{95%} : 1,64-2,80), d'insécurité du travail (OR = 1,58 IC_{95%}: 1,07-2,09) et de faible soutien de la part des collègues et de la hiérarchie (OR = 1,62 IC_{95%}: 1,23-2,01). Dans cette même étude, les hommes exposés à de fortes demandes psychologiques étaient plus à risque de développer une dépression (OR = 3,41 IC_{95%}: 2,02-5,74) que les femmes, à niveau de stress identique (OR = 1,86 IC_{95%}: 1,30-2,66). Dans une étude prospective finlandaise sur deux ans (1998-2000), Kivimaki *et al.* ont observé une relation dose-effet entre la durée d'exposition à la violence psychologique et le risque de dépression.

Dans une étude longitudinale portant sur une cohorte de fonctionnaires londoniens âgés entre 35 et 55 ans, Stansfeld *et al.* ont montré que de fortes demandes psychologiques au travail augmentaient le risque de maladies psychiatriques (chez les hommes : OR = 1,3 IC_{95%} : 1,1-1,6 ; chez les femmes : OR = 1,2 IC_{95%} : 1,0-1,6) ainsi qu'une faible latitude décisionnelle (chez les hommes : OR = 1,3 IC_{95%} : 1,1-1,5 ; chez les femmes : OR = 1,4 IC_{95%} : 1,1-1,8) et qu'un faible soutien au travail (chez les hommes : OR = 1,3 IC_{95%} : 1,2-1,5 ; chez les femmes : OR = 1,2 IC_{95%} : 1,0-1,4). De plus, un déséquilibre entre les efforts et les récompenses, selon la définition de Siegrist, était également associé à un risque élevé de maladies psychiatriques (chez les hommes : OR = 2,6 IC_{95%} : 1,8-3,6 ; chez les femmes : OR = 1,7 IC_{95%} : 1,0-2,9).

Une méta-analyse réalisée par Stansfeld *et al.* portant sur onze études longitudinales a conforté le fait que la combinaison de fortes demandes psychologiques et d'un faible pouvoir de décision et que le déséquilibre entre les efforts et les récompenses sont des facteurs de risque pour les maladies mentales. Les auteurs de cette méta-analyse ont donc suggéré que l'environnement psychosocial au travail était important pour la santé mentale et confirmé que le stress au travail a des effets sur la santé mentale différents selon le genre.

Références bibliographiques

1. Béjéan S, Sultan-Taïeb H. *Modeling the economic burden of diseases imputable to stress at work.* Eur J Health Econ. 2005;6(1):16-23.
2. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A *et al.* Effectiveness of participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. Occup Environ Med. 2006 ;63 :335-42.
3. Nasse P, Legeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. 12 mars 2008. http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008.pdf
4. <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/>
5. Niedhammer I, Chastang JF, Levy D *et al.* Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. Travailler, 2007;17:47-70.
6. Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L *et al.* Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « *Job Content Questionnaire* » de Karasek : résultats de l'enquête nationale Sumer. Santé Publique, 2006;3(18):413-27
7. Niedhammer I. *Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the Gazel cohort.* Int Arch Occup Environ Health, 2002;75:129-44
8. Hamon-Cholet S, Rougerie C. La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés. Insee, Economie et Statistique, 2000 - 9/10;339-40
9. Raufaste E, Terrier P, Grabisch M *et al.* Étude expérimentale de l'applicabilité de modèles d'agrégation flous à l'étude de la charge mentale. Journées d'études en Psychologie Ergonomique, Nantes: EPIQUE 2001, 29-30 octobre 2001;p.171-6.
10. Amadiou JF, Edey Gamassou C. Sources et mesures du stress au travail, quelles nouvelles voies de recherche envisager ? Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Les cahiers du CERGOR (Centre d'étude et de recherche en gestion des organisations et ressources humaines), 2002;02/03:5-6.
11. Niedhammer I, David S, Degioanni S *et al.* 143 médecins du travail. La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le « *Leymann Inventory of Psychological Terror* » (LIPT). Resp, 2006;54:245-62.
12. Niedhammer I, David S, Degioanni S *et al.* 143 occupational physicians. Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. J Psychosom Res, 2006 Aug;61(2):251-9.
13. Niedhammer I, David S, Degioanni S *et al.* 143 occupational physicians. Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. Int Arch Occup Environ Health, 2007 Feb;80(4):346-53.
14. Leymann H. *The content and development of mobbing at work.* European Journal of Work and Organization Psychology. 1996;2:165-84.
15. Kivimaki M, Virtanen M, Elovainio M *et al.* Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. Scand J Work Environ Health, 2006;32(6):431-42.
16. Ohlin B, Berglund G, Rosvall M *et al.* Job-strain in men, but not in women, predicts a significant rise in blood pressure after 6.5 years of follow-up. J Hypertension, 2007;25(3):525-31.
17. Guimont C, Brisson C, Dagenais GR *et al.* Effects of job-strain on blood pressure: a prospective study of male and female white-collar workers. AM J Public Health, 2006;96(8):1436-43.
18. Hannan LM, Monteilh CP, Gerr F *et al.* Job-strain and risk of musculoskeletal symptoms among a prospective cohort of occupational computer users. Scand J Work Environ Health, 2005;31(5):375-86.
19. Cole DC, Ibrahim SA, Shannon HS *et al.* Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health survey (NPHS) 1994-5 data. Occup Environ Med, 2001;58(11):728-34.
20. INRS. Suicide en lien avec le travail. Dossier web. <http://inrs.fr>
21. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
22. Niedhammer I, Chastang JF, David S *et al.* Psychological work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. Int J Occup Environ Health, 2006;12(2):111-9.
23. Wang JL, Patten SB. Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. J Occup Health Psy, 2001;6(4):283-9.
24. Kivimaki M, Virtanen M, Vartiainen M *et al.* Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. Occup Environ Med, 2003;60:779-83.
25. Stanfelds SA, Fuhrer R, Shipley MJ *et al.* Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. Occup Environ Med, 1999;56:302-7.
26. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health, 2006;32(6):443-62.

Définitions

Facteurs organisationnels et contraintes professionnelles

L'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles (INRS) a classé les facteurs organisationnels et contraintes professionnelles en cinq grandes catégories :

- **la situation macro-économique** : intensification du travail, instabilité de l'emploi, importance de la concurrence nationale et internationale, mauvaise santé économique de l'entreprise ;
- **les évolutions sociologiques** : utilisation croissante de techniques de communication à distance, individualisation de l'activité professionnelle avec sur-responsabilisation, exigences ou agressivité de la clientèle... ;
- **l'organisation du travail et/ou la gestion des ressources humaines** : ambiguïté ou conflits de rôles, imprécision des missions, surcharge ou sous-charge de travail, inexistence de plan de carrière, incompatibilité des horaires de travail avec la vie sociale et familiale... ;
- **les aspects qualitatifs des relations de travail** : insuffisance de communication, manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, management peu participatif, manque de reconnaissance ou non reconnaissance du travail, isolement social ou physique ;
- **l'environnement matériel** : bruit, sur-occupation des locaux...

Les contraintes sont, par nature, subjectives : une même contrainte peut être perçue différemment selon le salarié et, pour un même salarié, sa perception peut varier dans le temps. Les contraintes qui peuvent être dommageables pour la santé sont en général celles qui durent dans le temps et qui sont subies. L'accumulation des contraintes est également un facteur aggravant. Certaines associations de contraintes semblent affecter particulièrement la santé, comme par exemple, une demande psychologique élevée associée à une latitude décisionnelle faible ou encore un déséquilibre entre les efforts fournis pour le travail et la façon dont celui-ci est récompensé.

Stress

D'après l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le stress « *survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il peut aussi affecter la santé physique, le bien-être et la productivité* ».

Épuisement professionnel ou *Burn-out*

Le *burn-out* est un syndrome psychologique se produisant en réponse à des facteurs de stress interpersonnels dans le travail et associant un sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles et physiques, des attitudes négatives au travail et un sentiment d'inefficacité.

Violence morale ou harcèlement moral

Il existe de nombreuses définitions du harcèlement moral. Nous en présentons deux, l'une plus large (retenue dans la loi de modernisation sociale), l'autre plus restrictive, utilisée en épidémiologie. La loi de modernisation sociale définit le harcèlement moral comme « *des agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits et à la dignité du salarié, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel* ». Dans son avis portant sur le harcèlement moral dans les relations de travail et dont les conclusions ont inspiré les projets de loi, la Commission nationale consultative des Droits de l'homme identifie trois formes de harcèlement :

- un harcèlement institutionnel qui participe d'une stratégie de gestion de l'ensemble du personnel ;
- un harcèlement professionnel organisé à l'encontre d'un ou plusieurs salariés, précisément désignés, destiné à contourner les procédures légales de licenciement (ou de mutation) ;
- un harcèlement individuel, pratiqué dans un but purement gratuit de destruction d'autrui.

Le harcèlement moral peut prendre différentes formes : refus de toute communication, absence de consignes ou consignes contradictoires, privation de travail ou surcroît de travail, tâches dépourvues de sens ou missions au-dessus (ou au dessous) des compétences, « mise au placard », conditions de travail dégradantes, critiques incessantes, sarcasmes répétés, brimades, humiliations, propos calomnieux, insultes ou menaces... Une absence de soutien ou de reconnaissance, de la part de la hiérarchie ou des collègues, est un des facteurs aggravants des effets du harcèlement moral au travail.

Cette définition ne fait cependant pas consensus, certains auteurs (Heinz Leymann, 1996) préférant réserver le terme de harcèlement moral à des situations strictement individuelles. Cette dernière approche est retenue, en général, dans les études épidémiologiques sur la violence morale. Le harcèlement moral est défini comme un processus de harcèlement d'une victime par un ou plusieurs persécuteurs à la suite d'un conflit banal, auto-entretenu et répété sur une longue période. Il se manifeste notamment par des comportements, des paroles, des gestes, des écrits unilatéraux de nature à porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique de l'autre. Il a un effet destructeur sur l'équilibre psychique de l'individu et sur son insertion sociale et aboutit presque toujours à une exclusion du salarié victime mais aussi à de graves troubles psychiques ou physiques. Le harcèlement n'existe que quand des conflits individuels deviennent répétés voire quotidiens, pendant une longue période (au moins six mois).

Souffrance morale

Conséquence du stress en lien avec les conditions organisationnelles et sociales de l'entreprise, ou encore d'un harcèlement, la souffrance morale comporte divers degrés de mal-être ou de détresse psychologique pouvant aboutir à une dépression réactionnelle voire à un comportement suicidaire. Elle est souvent déclenchée en réaction à des comportements identifiables de collègues ou de supérieurs hiérarchiques et se caractérise fréquemment par la conviction que le niveau atteint de dégradation ne peut évoluer positivement.

Outils épidémiologiques

Le recueil de données épidémiologiques individuelles sur les risques psychosociaux et la perception des contraintes professionnelles s'appuient sur deux modèles à partir desquels les outils de mesure principalement utilisés au niveau international et en France ont été construits : le modèle « Demande – Contrôle » développé par Robert Karasek en 1979 et le modèle « Effort – Récompense » par Johannes Siegrist à la fin des années quatre-vingt-dix.

Le modèle « Demande - Contrôle » de Karasek :

Ce modèle distingue initialement deux dimensions :

- la **latitude décisionnelle** définie comme le contrôle potentiel des individus sur leurs tâches et leur conduite au travail ;
- la **demande psychologique** qui reflète les sources de stress liées à l'accomplissement des tâches.

Ce modèle définit notamment le travail à fortes contraintes psychosociales par de fortes demandes psychologiques et une faible latitude décisionnelle, autrement désigné le « **job strain** » ou « tension au travail » par Karasek.

À la fin des années quatre-vingt, une troisième dimension a été ajoutée par Johnson, celle du soutien social subdivisée en soutien de la hiérarchie et soutien des collègues.

Karasek postule que les travailleurs qui subissent des contraintes mentales au travail ont un risque accru de maladies liées au stress. De plus, si ces contraintes sont associées à un faible **soutien social** (situation d'*Iso-strain* : « Iso » pour isolement), le risque de développer une maladie est encore plus élevé.

Le modèle « Effort - Récompense » de Siegrist :

Le modèle développé par Siegrist postule qu'un déséquilibre, sur le long terme, entre des efforts prononcés et continus associés à de faibles récompenses (argent, estime de la part de l'entourage professionnel, opportunités de carrière) provoque des réactions néfastes sur le plan émotionnel et physiologique et augmente la susceptibilité aux maladies. Ce modèle se distingue de celui de Karasek par le fait qu'il prend en compte les différences individuelles de traits de personnalité des salariés alors que le modèle de Karasek se limite à l'aspect structurel de l'environnement psychosocial de travail.

Dans les enquêtes épidémiologiques sur la violence psychologique au travail, un outil, développé en 1996, est particulièrement utilisé, le « *Leymann Inventory of Psychological Terror* » (LIPT). Il s'appuie sur la définition de la violence psychologique au travail suivante : « *workplace bullying involves hostile and unethical communication, which is directed in a systematic way by one or a few individuals mainly towards one individual who is pushed in a helpless and defenceless position* ». Cet outil répertorie 45 situations de violence et évalue la fréquence et la durée d'exposition à ces comportements au cours des douze derniers mois. Selon cet instrument, un salarié est considéré exposé si l'exposition s'est produite au moins une fois par semaine pendant au moins six mois.

Références bibliographiques

1. Chouanière D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le Médecin du Travail, 2^e trimestre 2006;106.
2. INRS. Le stress au travail. Dossier web. <http://inrs.fr>
3. INRS. Harcèlement moral : Généralités. Dossier web. <http://inrs.fr>
4. Leymann H. Mobbing : La persécution au travail. Paris : Le seuil, 1996.
5. Brun C. Risques psychosociaux - Stress, mal-être, souffrance, ... - Guide pour une démarche de prévention pluridisciplinaire. Un enjeu collectif de la santé et de la qualité de vie au travail. Aract Aquitaine.
6. Karasek R, Brisson C, Kawakami N *et al.* *The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics.* *J Occup Health Psy*, 1998;3(4):322-55.
7. Johnson JV, Theorell T. *Combined effects of job-strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population.* *Scand J Work Environ Health*, 1989;15(4):271-9.
8. Siegrist J, Starke D, Chandola T *et al.* *The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons.* *Soc Sci Med*, 2004;58(8):1483-99.
9. Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF *et al.* Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses. *Resp*, 2000;48:419-37.

La charge mentale positive selon l'enquête décennale santé (analyses réalisées à partir d'extensions dans cinq régions)

Les salariés du nord de la France moins nombreux à déclarer des conditions psychologiques positives

En 2003, selon l'enquête décennale santé, les salariés des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France étaient plus nombreux que ceux des trois régions du nord de la France à déclarer des possibilités suffisantes d'entraide et de

coopération (respectivement, 82,6 % et 81,9 %), des moyens pour faire un travail de bonne qualité (respectivement, 84,3 % et 84,4 %), des possibilités de choisir leur façon de procéder (respectivement, 81,7 % et 82,2 %) et que leur travail

leur permettait d'apprendre de nouvelles choses (respectivement, 83,6 % et 83,1 %). Par contre, les salariés picards étaient avec ceux de Provence-Alpes-Côte d'Azur, les plus nombreux à déclarer que leur travail était varié.

Part des « oui, tout à fait, plutôt oui » aux questions relatives à la charge mentale positive

	Champagne-Ardenne	Île-de-France	Nord - Pas-de-Calais	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Picardie	France métropolitaine
Possibilités suffisantes d'entraide et de coopération	77,7	81,9	80,1	82,6	80,4	80,7
Moyens pour faire un travail de bonne qualité	81,3	84,4	83,8	84,3	82,7	83,9
Possibilité de choisir la façon de procéder	79,1	82,2	78,2	81,7	77,9	80,7
Le travail actuel est varié	78,7	80,0	79,1	81,2	81,7	80,6
Le travail actuel permet d'apprendre des choses	78,5	83,1	80,1	83,6	78,6	81,3

Source : Enquête décennale santé, 2003 - Exploitation Fnors

La charge mentale négative selon l'enquête décennale santé (analyses réalisées à partir d'extensions dans cinq régions)

Des charges mentales négatives reflètent le profil socio-économique des régions.

Les salariés picards, majoritairement ouvriers, étaient les plus nombreux à ne pas pouvoir quitter des yeux leur travail (12,1 %) et à être souvent obligés de se dépêcher (32,1 %), par rapport aux autres régions ayant bénéficié d'une extension. Ces proportions sont pro-

ches de celles observées parmi les salariés de Champagne-Ardenne (respectivement, 11,6 % et 31,5 %) qui se démarquent des autres régions par un fort pourcentage d'actifs obligés de faire plusieurs choses à la fois (31,3 %). Les salariés de la région Provence-Alpes-

Côte d'Azur, plus souvent artisans, commerçants et chefs d'entreprise, étaient plus nombreux à déclarer devoir supporter les exigences du public (25,3 %) mais également à être fréquemment interrompus dans leur travail, (29,1 %) que dans les autres régions.

Part des « concerné avec difficulté et pénibilité » aux questions relatives à la charge mentale négative

	Champagne-Ardenne	Île-de-France	Nord - Pas-de-Calais	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Picardie	France métropolitaine
Impossibilité de quitter son travail des yeux	11,6	8,5	11,1	9,5	12,1	9,4
Exigences du public à supporter	24,8	22,2	23,2	25,3	22,6	22,3
Interruptions fréquentes dans le travail	24,9	28,2	26,8	29,1	27,7	26,2
Obligation de faire plusieurs choses à la fois	31,3	27,2	28,2	28,5	28,2	27,1
Obligation souvent de se dépêcher	31,5	27,0	28,7	30,5	32,1	29,0

Source : Enquête décennale santé, 2003 - Exploitation Fnors

Synthèse

Synthèse

Ce document, à visée descriptive, met en évidence la grande diversité, pour les maladies professionnelles et les accidents du travail notamment, des situations et des évolutions entre les régions françaises. Il présente chaque fois que possible non seulement la situation des régions métropolitaines mais également celle des départements d'outre-mer (Dom). Il ne permet pas d'explorer les corrélations entre les données des différentes sources, ni de proposer des explications aux phénomènes observés. Ceci relève d'analyses plus complexes prenant en compte de multiples paramètres et faisant appel à des méthodes qui ne pouvaient pas être mises en œuvre dans le cadre du présent travail.

Avec 24,9 millions de personnes occupant un emploi et 2,7 millions de chômeurs, la France occupe, en 2005, le 13^e rang des 25 pays de l'Union européenne pour la proportion d'actifs ayant un emploi. Ces dix dernières années, le nombre de travailleurs intérimaires a augmenté de 120 %, cette population se concentrant dans le secteur industriel du fait de pratiques croissantes d'externalisation des activités, voire des risques. La durée du temps de travail de l'ensemble des salariés a fortement diminué, entre 1998 (1 742 heures) et 2004 (1 616 heures), période durant laquelle la durée légale du travail a été abaissée. Si le taux de demandeurs d'emplois, selon la définition du Bureau international du travail est passé de 11,2 % en 1997 à 8,3 % en 2007 (avec de fortes variations au cours de cette période), les femmes restent plus souvent au chômage que les hommes. Deux autres populations sont relativement lésées en matière d'emploi : les personnes âgées de 50 ans ou plus ainsi que les personnes handicapées. Pour ces dernières, le taux de chômage a augmenté plus rapidement entre 2001 et 2005 et baissé plus lentement depuis que dans le reste de la population active. Sur un plan régional, les taux d'emploi

les plus élevés sont observés dans les Pays de la Loire, en Île-de-France, Alsace, dans le Centre et en Rhône-Alpes alors que le Languedoc-Roussillon, la Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Nord - Pas-de-Calais présentent les taux les plus faibles.

La médecine du travail a été mise en place en France après la seconde guerre mondiale afin d'éviter les altérations de la santé des travailleurs du fait de leurs conditions de travail. La loi de modernisation sociale de 2002 a réformé le système en créant les services de santé au travail et en y introduisant une pluridisciplinarité. Les médecins du travail recensés en 2007 par le ministère chargé de la santé en France comportent 5 000 spécialistes en médecine du travail et 2 100 médecins généralistes compétents en médecine du travail. Les régions dans lesquelles la densité des spécialistes en médecine du travail est la plus élevée se trouvent plutôt dans l'est de la France et incluent aussi la Basse-Normandie, le Limousin et les Pays de la Loire. Dans les départements d'outre-mer, les densités sont moindres qu'en métropole, excepté à la Réunion.

L'environnement de travail génère des contraintes et des effets sur l'état de santé physique et mental des travailleurs. En France, deux grandes enquêtes nationales étudient les conditions de travail à intervalles réguliers : l'enquête Conditions de travail et l'enquête Sumer (Surveillance médicale des risques professionnels). Toutefois, ces études ne permettent pas des analyses au niveau régional. Parallèlement à la diminution de la durée de travail et des tâches répétitives, une augmentation des contraintes organisationnelles et de la pénibilité au travail a été observée entre 1994 et 2003 (enquêtes Sumer). Durant cette période, les expositions aux bruits nocifs et aux agents biologiques sont restées stables mais celles aux agents

chimiques ont augmenté. Selon l'enquête Sumer, 14 % des salariés étaient exposés en 2003 à des agents cancérigènes, 1 % à des agents mutagènes et 1 % à des agents reprotoxiques.

L'enquête décennale Santé de 2002-2003 fournit, pour la première fois, certaines informations sur la santé au travail, ce au niveau national et dans cinq régions où elle a fait l'objet d'une extension : Champagne-Ardenne, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Picardie. Ses résultats font apparaître des différences entre les régions du nord de la France et celles situées au sud, vraisemblablement liées à une proportion plus importante d'ouvriers dans les premières : les taux d'exposition aux contraintes horaires et organisationnelles, au bruit, aux températures extrêmes, au port de charges lourdes, aux postures pénibles et aux contraintes chimiques sont plus importants dans les régions du nord de la France ayant bénéficié d'une extension.

En 2005, en France, 750 000 accidents du travail avec arrêt ont été recensés parmi les salariés des régimes général et agricole, dont 59 000 ayant entraîné une incapacité permanente et 550 accidents mortels. S'y ajoutent 34 000 accidents du travail avec arrêt indemnisés chez les exploitants agricoles. Malgré une nette diminution des accidents du travail (le nombre d'accidents du travail, accidents de trajet compris, a été divisé par trois depuis les années cinquante) des efforts de prévention sont encore nécessaires : on observe en effet un fort ralentissement de cette décroissance depuis le milieu des années quatre-vingt. L'importance des accidents routiers dans le travail, qui comprennent les accidents de mission et ceux de trajet, a été soulignée dans la loi relative à la politique de santé publique de 2004 et inscrite comme priorité dans le Plan santé au travail 2005-2009 : les

accidents de mission représentent la première cause (25 %) d'accidents de travail mortels. Au niveau régional, les taux d'accidents de travail avec arrêt les plus élevés (supérieurs à 50 pour 1 000 salariés) sont observés, en 2003-2005, dans le régime général, en Languedoc-Roussillon, Bretagne, Corse, Picardie et Bourgogne. Dans le régime agricole, les taux correspondants les plus élevés sont observés dans le nord-ouest de la France, dans certaines régions du Nord-Est et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour les accidents routiers, seules des données sur les accidents de trajet étaient disponibles au niveau régional. Elles indiquent des taux élevés (supérieurs à 5 pour 1 000 salariés) en 2003-2005 dans le régime général en Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Poitou-Charente. Pour le régime agricole, les taux les plus élevés sont observés dans certains départements du nord et de l'est de la France ainsi qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Charente Maritime.

En 2006, on dénombrait plus de 50 000 maladies professionnelles nouvellement indemnisées dans le régime général et celui des salariés agricoles. Dans le régime général, les affections liées à une exposition professionnelle à l'amiante représentaient, en 2005, plus de 6 500 indemnités, avec des taux d'indemnités très variables selon les régions (de 6 pour 100 000 salariés en Midi-Pyrénées à 145 pour 100 000 salariés en Haute-Normandie). Des taux élevés sont aussi observés en Lorraine et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. La carte des variations régionales des taux d'indemnisation pour affections liées à l'amiante est proche de celle représentant les taux de mortalité par cancer primitifs de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges. Entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux d'indemnisation pour affections liées à l'amiante a été multiplié par sept, soit une augmentation moyenne de 21 % par an. En 2004, 1 160 décès par cancers primitifs de la plèvre et mésothéliomes d'autres sièges ont été enregistrés en France métropolitaine, dont près d'un quart s'est produit chez des personnes âgées de moins de 65 ans.

Les secteurs d'activité professionnelle présentant les risques les plus élevés de mésothéliome sont ceux de la construction, de la réparation navale, de la transformation et la fabrication de produits contenant de l'amiante, de la fabrication d'éléments de construction en métal (ponts, cuves, canalisations, échafaudages, escaliers...). Certains métiers sont particulièrement touchés, notamment les plombiers, tuyauteurs, tôliers, chaudronniers, soudeurs et oxycoupeurs.

L'utilisation de l'amiante est interdite en France depuis 1996. Cependant, l'enquête Sumer 2003 a observé un taux d'exposition à l'amiante de 6 pour 1 000 salariés dont 10 % ayant un niveau d'exposition élevé. En effet, l'exposition professionnelle à l'amiante est encore possible lors de travaux de démolition de locaux et de machines amiantés ou d'enlèvement de l'amiante ou lors de l'intervention sur des matériaux contenant de l'amiante.

En 2005, en France métropolitaine, plus de 28 000 affections péri-articulaires des membres ont été indemnisées dans le régime général. Le taux correspondant est de 150 pour 100 000 salariés, s'échelonnant, selon les régions entre 57 et 426 pour 100 000 salariés. Ces taux sont plus élevés dans l'Ouest et le Nord-Est, alors que le Sud et l'Île-de-France semblent moins touchés. La même année, près de 2 700 hernies discales ont été indemnisées dans le régime général. Là encore, les variations interrégionales sont importantes, le taux d'hernies discales indemnisées passant de 5,6 pour 100 000 salariés en région Midi-Pyrénées à 31,1 pour 100 000 salariés en Bretagne. Entre 1993-1995 et 2003-2005, en France métropolitaine, le taux d'affections péri-articulaires des membres a été multiplié par plus de cinq soit 17,7 % par an en moyenne. L'augmentation est observée dans toutes les régions. Pour les hernies discales, suite à l'introduction, en 1999, de tableaux de maladies professionnelles les concernant, le nombre d'indemnités a augmenté en France métropolitaine, entre 2001 et 2004 de 9,6 % par an avec de

fortes disparités régionales.

En 2005, en France métropolitaine, 1 197 atteintes auditives provoquées par des bruits lésionnels (tableau 42) ont donné lieu à une première indemnisation auprès des salariés du régime général. Ce chiffre était de 838 dix ans plus tôt. Le taux correspondant sur 2003-2005 était de 5,5 pour 100 000 salariés avec des variations régionales importantes. En ce qui concerne les atteintes allergiques, 741 cas d'eczémas et urticaires allergiques et 433 cas d'allergies respiratoires - dont 273 cas d'asthme - ont donné lieu à une première indemnisation auprès des salariés du régime général en 2005, en France métropolitaine.

Les fortes disparités régionales de déclaration, reconnaissance et indemnisation de maladies professionnelles, notamment pour les maladies à forte latence de développement comme les cancers ne s'expliquent pas uniquement par les variations des risques professionnels selon les régions. Dans la pratique, la déclaration d'une maladie professionnelle résulte d'une construction complexe entre des facteurs sociaux, comportementaux, médicaux et administratifs. Des maladies inscrites sur des tableaux peuvent ne pas être déclarées, par méconnaissance de l'origine professionnelle, notamment de la part des médecins praticiens, par crainte du salarié de perdre son emploi, ou encore par méconnaissance du principe de présomption d'imputabilité et attribution à des causes extraprofessionnelles. Malgré les évolutions réglementaires destinées à élargir le champ des maladies reconnues professionnelles, le nombre de cas reconnus est jugé trop faible par rapport au nombre de cas de maladies attribuables à une origine professionnelle, notamment pour les cancers professionnels.

Les risques psychosociaux liés au travail désignent à la fois un ensemble de facteurs liés aux conditions de travail et leurs conséquences somatiques, psychologiques et sociales pour les individus. Ils représentent un

des principaux problèmes dont la prise de conscience est relativement nouvelle en France. Il est essentiel de bien distinguer les contraintes organisationnelles, qui appellent des réponses collectives, des aspects individuels pour lesquels la nature des réponses diffère. Les risques psychosociaux sont donc devenus une préoccupation des acteurs de prévention des risques professionnels mais aussi des acteurs de santé en raison de leurs conséquences somatiques (maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques), mentales (dépression) et sociales. Leur impact économique est également important, estimé entre 1,2 et 2,0 milliards d'euros en France en 2000. Cependant, les conséquences des risques psychosociaux au travail ne sont actuellement pas reconnues dans les tableaux de maladies professionnelles.

Plusieurs enquêtes fournissent des informations sur les expositions aux contraintes professionnelles à partir d'échantillons nationaux de salariés. Par contre, très peu de données existent au niveau régional. L'enquête Sumer est la seule étude qui aborde les risques psychosociaux sur un échantillon national représentatif de près de 80 % des salariés en France. Dans celle-ci, en 2003, la prévalence des contraintes mentales au travail (« *job strain* ») était estimée à 23,2 % et celle des salariés subissant ce type de contrainte et ne bénéficiant pas ou peu d'un soutien social (« *iso-strain* ») à 14,5 %. Ces deux prévalences étaient nettement plus élevées chez les femmes que chez les hommes et augmentaient lorsque l'on descendait dans la hiérarchie socioprofessionnelle. La charge mentale au travail a été évaluée dans l'enquête décennale

santé 2003 : environ 8 personnes actives sur 10 ont déclaré bénéficier de conditions psychologiques positives dans leur travail. Les conditions psychologiques négatives du travail étaient moins fréquemment déclarées que les conditions positives, mais selon les types de conditions, 9 % à 29 % des salariés se disaient concernés. Ces taux sont assez voisins les uns des autres dans les cinq extensions régionales dont cette enquête a bénéficié.

La France a renforcé sa législation dans le cadre de la loi de modernisation sociale (2002), définissant le harcèlement moral au travail et prévoyant des sanctions pénales contre ce dernier. Le Plan santé au travail prévoit également de mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux.

Annexes

Précisions méthodologiques	104
Les régions de France	107
Glossaire	108

Précisions méthodologiques

1-Cartographie

Les cartes de ce document présentent des indicateurs par région dont les sources ou les méthodes de calcul sont précisées ci-après.

Toutes ces cartes comportent trois seuils pour les valeurs des taux, définis de la façon suivante : une classe centrale autour de la moyenne et des bornes à plus ou moins 10 % autour de cette moyenne. Cet écart autour de la moyenne a parfois été adapté en fonction des valeurs observées.

2-Les enquêtes annuelles du recensement

La nouvelle méthode de recensement substitue au comptage traditionnel organisé tous les huit ou neuf ans une technique d'enquêtes annuelles. Elle distingue les communes en fonction d'un seuil de population fixé par la loi à 10 000 habitants : les communes de moins de 10 000 habitants sont recensées une fois tous les 5 ans par roulement ; dans les communes de 10 000 habitants ou plus, un échantillon d'adresses regroupant environ 8 % de la population est recensé chaque année. Les résultats présentés dans le premier chapitre, issus de ces enquêtes annuelles de recensement proviennent d'estimations réalisées à partir du cumul des trois enquêtes annuelles de recensement janvier 2004, janvier 2005 et janvier 2006. Ils décrivent une situation moyenne conventionnellement datée du début 2005. Ils portent sur la seule population des ménages ordinaires ayant atteint l'âge de 15 ans ou plus à la date de l'enquête de recensement (« âge en années révolues »).

3-L'enquête emploi

L'enquête Emploi est une enquête trimestrielle réalisée par l'Insee depuis 1950. La collecte a lieu en continu sur toutes les semaines de l'année. Chaque trimestre, environ 35 000 ménages (c'est à dire 35 000 logements), soit environ 75 000 personnes de 15 ans ou plus répondent à l'enquête. Au total chaque année, environ 54 000 ménages différents répondent à l'enquête, c'est à dire 115 000 personnes différentes de 15 ans ou plus.

L'enquête Emploi en continu constitue la seule source permettant de mettre en œuvre la définition du chômage préconisée par le Bureau international du travail (BIT) et également de faire le lien entre chômage au sens du BIT et le recensement des demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE). Ainsi, parmi les 2 717 000 chômeurs BIT de 2005, 453 000 déclarent ne pas être inscrits à l'ANPE. À l'inverse, 1 705 000 personnes déclarent être inscrites à l'ANPE, mais ne sont pas comptabilisées comme chômeurs au sens du BIT : 993 000 d'entre elles sont classées actives occupées et 712 000 inactives selon le BIT.

4-L'enquête Sumer (Surveillance médicale des risques professionnels)

Sumer 2002-2003 est une enquête nationale transversale copilotée par la Dares et la DGT (Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité) qui fournit un état des lieux des expositions professionnelles des salariés, de leur durée et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition. Les données sont recueillies, d'une part, par le médecin du travail lors des visites périodiques et, d'autre part, par auto-questionnaire.

C'est la seconde enquête réalisée selon la même méthodologie. En 1994, l'enquête couvrait l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail du régime général et du régime agricole. En 2003, le champ a été étendu aux hôpitaux publics, à EDF-GDF, La Poste, la SNCF et Air France. Les résultats ne couvrent cependant pas les fonctions publiques d'État et territoriales, une partie des transports (régies urbaines, et transport par eau), les mines, la pêche, France Télécom...

Par rapport à 1994, le questionnaire a été enrichi en particulier sur le thème de l'organisation du travail. Complété par le médecin du travail avec le salarié, il comprend, outre les caractéristiques de l'employeur et du salarié, des informations sur les contraintes organisationnelles et relationnelles, les ambiances et contraintes physiques, les expositions aux agents biologiques et chimiques mais également le jugement du médecin sur la qualité du poste de travail.

De plus, un auto-questionnaire a été ajouté et proposé à un salarié répondant sur deux tiré au sort. Il comprend des informations sur son ressenti vis-vis de sa situation de travail (items du questionnaire de Karasek), une évaluation des modifications induites par le passage aux 35 heures sur sa charge et ses contraintes de travail, une estimation de son état de santé, un questionnement sur les situations qui, par leur accumulation, sont susceptibles d'être associées à du harcèlement moral au travail.

L'échantillon total de l'enquête Sumer 2003 comprenait 49 984 salariés, représentatif de près de 80 % des salariés en France. L'auto-questionnaire a été proposé à 25 380 d'entre eux, et 24 486 ont accepté d'y répondre. En tout, 1 792 médecins du travail ont recueilli les données.

5-L'enquête Conditions de travail

Les enquêtes Conditions de travail menées par la Dares (Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité) depuis 1978 sont renouvelées tous les sept ans : 1984, 1991, 1998, 2005. Elles visent à cerner au plus près le travail réel tel qu'il est perçu par le travailleur et non pas le travail prescrit tel qu'il peut être décrit par l'entreprise ou l'employeur. Les questions posées ne renvoient pas à des mesures objectives, ni à des questions d'opinion sur le travail, mais à une description concrète du travail, de son organisation, de ses conditions selon divers angles : la prescription, les marges de manœuvre, la coopération, les rythmes de travail, les efforts physiques ou les risques encourus.

En 1978 et 1984, l'enquête s'intéressait aux seuls salariés. Depuis 1991, elle concerne tous les actifs occupés, salariés ou non. Ces enquêtes sont effectuées à domicile sur un échantillon représentatif de la population de 15 ans ou plus exerçant un emploi. Elles complètent les enquêtes Emploi de l'Insee.

Jusqu'en 2002, celle-ci était réalisée chaque année en mars. Les personnes étaient alors interrogées sur leurs conditions de travail après la passation du questionnaire de l'enquête Emploi.

Depuis 2002, l'enquête Emploi se déroule « en continu » sur six trimestres. Les enquêtés sont interrogés deux fois en face à face (le premier et le dernier trimestre) et quatre fois par téléphone. L'enquête Conditions de travail se déroule au cours du dernier entretien. Le questionnaire est soumis à tous les actifs ayant un emploi parmi les personnes interrogées, soit 19 000 personnes en 2005.

6-L'enquête décennale santé

L'enquête décennale santé, réalisée par l'Insee depuis 1960 tous les dix ans, a pour principal objectif de fournir une information détaillée sur l'état de santé de la population, sur la consommation de soins et sur la prévention. Lors de la dernière enquête qui a eu lieu sur la période octobre 2002-septembre 2003, cinq régions ont fait l'objet d'une extension : Champagne-Ardenne, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'enquête est réalisée en face à face au cours de trois visites d'une heure environ et espacées d'un mois. Sa saisie est administrée sous CAPI (collecte assistée par informatique).

Tous les individus du ménage sont interrogés, directement par l'enquêteur si la personne est majeure ou bien par l'intermédiaire d'une tierce personne quand l'individu n'a pas l'âge requis ou n'est pas apte à répondre en raison de difficultés de compréhension de la langue ou d'un handicap.

À la fin de la première visite, l'enquêteur remet à chaque membre du ménage de plus de 11 ans un auto-questionnaire à remplir et à remettre complété à l'enquêteur lors de la 2^e ou 3^e visite.

Lors des visites de l'enquêteur, les entretiens portent sur la santé, la protection sociale, ainsi que les gênes et handicap des personnes et les conditions de vie. De plus, l'auto-questionnaire permet de recueillir, pour les personnes de 18 ans ou plus, diverses données relatives aux conditions de travail actuelles ou passées. Les informations concernant les conditions de travail concernent les personnes qui travaillent au moment de l'enquête ou qui ne travaillent plus mais ont exercé une activité professionnelle dans le passé. Le questionnaire aborde les expositions aux horaires atypiques, aux contraintes physiques, chimiques et organisationnelles. Ces questions sont moins complètes et précises que celles de l'enquête Sumer, car l'étude des conditions de travail n'est pas l'objectif initial de l'enquête décennale santé. Par exemple, l'exposition aux agents biologiques n'y est pas abordée. Des questions permettent également d'évaluer la charge mentale au travail positive (5 questions) ou négative (5 questions).

Répartition de l'échantillon selon la région d'extension (effectifs bruts)

	Île-de-France	Champagne-Ardenne	Picardie	Nord - Pas-de-Calais	Provence-Alpes-Côte d'Azur	France métropolitaine
Personnes interrogées	9 370	2 536	2 719	4 038	4 106	40 865
Personnes de 18 ans et plus ayant répondu à l'autoquestionnaire	5 742	1 676	1 761	2 567	2 391	25 931
Personnes de 18 ans et plus occupant un emploi au moment de l'enquête	3 476	893	958	1 294	1 185	14 167

Les résultats présentés dans les tableaux du chapitre sur les conditions de travail ont été obtenus en ne considérant que les personnes âgées entre 18 et 65 ans en activité professionnelle au moment de l'enquête. Ce sont des résultats standardisés sur l'âge avec comme population de référence la population française des deux sexes par année d'âge estimé au 1^{er} janvier 2005. Les classes d'âge utilisées pour la standardisation sont les suivantes : 18-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60-65 ans.

7-Le programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM)

Objectifs : Mis en place en 1998 par l'Institut de veille sanitaire, le programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) a pour objectifs d'estimer l'évolution de l'incidence du mésothéliome et la part attribuable aux expositions à l'amiante, d'évaluer la prise en charge du mésothéliome pleural comme maladie professionnelle et de contribuer à la recherche.

Méthodes : Dans 22 départements, une procédure standardisée d'enregistrement et de confirmation anatomopathologique et clinique des tumeurs primitives de la plèvre est mise en œuvre. Les données sur les expositions vie entière à l'amiante et aux autres facteurs étudiés (rayonnements ionisants, FCR...) sont recueillies ; une étude cas-témoins a également été menée. Une étude des modalités de déclaration et de reconnaissance des mésothéliomes enregistrés en maladie professionnelle permet d'évaluer la proportion de cas déclarés et indemnisés.

Résultats : Pour la période 1998-2003, l'estimation du nombre annuel de cas incidents varie de 646 à 800. Les secteurs d'activité et les professions à risques de mésothéliome les plus élevés ont été identifiés. La part attribuable à une exposition professionnelle à l'amiante chez les hommes a été estimée à 83,2 %. Sur la période 2002-2004 une demande de reconnaissance en maladie professionnelle a été effectuée par 67 % des sujets, dont 92 % a bénéficié d'une indemnisation.

8-Accidents du travail

Les données présentées ont été fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnamts), Direction des risques professionnels, pour le régime général et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), Direction des études, des répertoires et des statistiques, pour le régime des salariés agricoles. Par contre, n'ont pas pu être obtenues les données centralisées concernant le régime des professions indépendantes ni ceux des fonctions publiques territoriales et hospitalières.

Les données de la Cnamts prises en compte sont les statistiques technologiques d'accident du travail qui présentent séparément les accidents du travail « proprement dits » (accidents du travail hors accidents du trajet) et les maladies professionnelles.

Seuls sont retenus les accidents du travail ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour au cours duquel l'accident est survenu et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière. Cette définition correspond à l'indicateur « Accidents avec arrêt » pour les accidents du travail « proprement dits » et à l'indicateur « Accidents du trajet avec arrêt » pour les accidents du trajet. L'ensemble des accidents avec arrêt constitue donc l'ensemble des accidents du travail publiés par le régime général. L'année d'inscription dans les statistiques est l'année du premier paiement d'indemnités journalières, ce qui peut induire un décalage par rapport à l'année de survenue de l'accident.

Les « accidents avec séquelles » sont les accidents ayant entraîné soit la reconnaissance d'une incapacité permanente, soit le décès. L'année d'inscription dans les statistiques est soit l'année de versement de « l'indemnité en capital » pour les accidents ayant entraîné une incapacité permanente inférieure à 10 %, soit l'année de notification de la rente à la victime pour les accidents ayant entraîné une incapacité permanente supérieure ou égale à 10 %. Compte tenu du délai de consolidation, les accidents avec séquelles comptabilisés sur une année ne sont pas inclus dans les accidents avec arrêt.

Les « accidents mortels » ne concernent que les cas où la mort est intervenue avant consolidation, c'est-à-dire avant fixation d'un taux d'incapacité permanente et liquidation d'une rente ; les décès survenant après consolidation n'apparaissent pas dans ces données. L'année d'inscription dans les statistiques est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de l'accident ayant provoqué le décès a été reconnu.

Pour des raisons de secret statistique, la CCMSA ne communique pas de chiffres inférieurs à 3. Pour reconstituer des totaux régionaux qui soient les plus proches de la réalité, les chiffres départementaux non communiqués ont été remplacés par leur moyenne.

Quel que soit le régime, outre l'absence de statistiques concernant les accidents sans arrêt de travail ni invalidité (ceux-ci n'étant pas pris en charge par l'assurance accidents du travail) les chiffres présentés sont aussi limités par une sous-déclaration des accidents du travail, en augmentation ces dernières années.

9-Maladies professionnelles

Les données présentées ont été fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnamts), Direction des risques professionnels, pour le régime général et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), Direction des études, des répertoires et des statistiques, pour le régime des salariés agricoles. Par contre, n'ont pas été obtenues les données centralisées concernant le régime des professions indépendantes ni ceux des fonctions publiques territoriales et hospitalières.

Les données présentées correspondent à la date de paiement et non à la date de survenue, laquelle peut être antérieure de plusieurs années.

Le lieu d'enregistrement des maladies professionnelles est renseigné par région Cram. Dans la moitié des cas, les Cram couvrent deux régions, voire une région et une partie d'une autre région (Cram de Nancy et Strasbourg). Le lieu de domicile des salariés est renseigné par les CPAM. En conséquence, les données présentées sont rattachées à la région de domicile des salariés et non à leur région de travail. Le dénominateur utilisé pour les taux (effectif de salariés) est ventilé par région de travail.

Les données statistiques relatives aux maladies professionnelles du régime général présentées dans ce chapitre concernent, d'une part, les premières indemnisations et, d'autre part, les indemnisations avec invalidité permanente partielle (IPP) ou totale. Les premières indemnisations réglées au cours d'un exercice peuvent être, soit le versement d'indemnités journalières, soit (lorsqu'il n'y a pas eu auparavant d'arrêt de travail indemnisé) l'attribution d'une rente d'invalidité permanente partielle ou totale, soit une rente en cas de décès. Il ne s'agit pas obligatoirement de maladies professionnelles déclarées au cours de l'année d'exercice mais le décalage avec l'année du sinistre est en règle générale court (près de la moitié des maladies professionnelles nouvellement indemnisées au cours de l'exercice 2005 ont été déclarées en 2005 et plus de 90 % l'ont été en 2004 ou 2005). Les attributions de rente d'invalidité permanente de l'exercice ne concernent que des maladies ayant bénéficié d'une première indemnisation au cours du même exercice, de sorte qu'elles ne sont pas incluses dans celles-ci. Dans cette situation, le décalage avec l'année du sinistre est plus long.

Pour des raisons de secret statistique, la CCMSA ne communique pas de chiffres inférieurs à 3. Pour reconstituer des totaux régionaux qui soient les plus proches de la réalité, les chiffres départementaux non communiqués ont été remplacés par leur moyenne.

Les données des Dom émanant de la Cnamts ne sont pas exploitées pour le régime général, portant sur des effectifs trop faibles pour constituer des indicateurs interprétables. Concernant le régime agricole, le risque accident du travail et maladies professionnelles n'est pas géré par la Mutualité sociale agricole mais par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) qui englobent les salariés du régime général et du régime agricole.

B) Les régions de France



C) Glossaire des abréviations

Adeli	Automatisation des listes
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
BIT	Bureau international du travail
Dom	Département d'outre-mer
Capi	Collecte assistée par informatique
Circ/IARC	Centre international de recherche sur le cancer / <i>International agency for research on cancer</i>
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
dB	Décibels
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EDF-GDF	Électricité de France –Gaz de France
Espaces	Enquête d'aide à l'identification et au suivi médical post-professionnel des salariés retraités ayant été exposés à l'amiante
FCR	Fibres céramiques réfractaires
Fno3	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
Francim	France-cancer-incidence et mortalité
Gazel	Cohorte prospective composée d'agents d'électricité de France et gaz de France constituée en 1989 qui permet des études épidémiologiques
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IPP	Incapacité permanente partielle
LIPT	<i>Leymann inventory of psychological terror</i>
MP	Maladie professionnelle
MSA	Mutualité sociale agricole
OR	<i>Odds ratio</i>
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de la santé
PCS	Profession et catégorie socioprofessionnelle
PIB	Produit intérieur brut
PICB	Protecteur individuel contre le bruit
PNSE	Plan national santé environnement
PNSM	Programme national de surveillance du mésothéliome
SNCF	Société nationale des chemins de fer
Sumer	Surveillance médicale des risques professionnels
TMS	Troubles musculo squelettiques
UE	Union européenne
VLE	Valeur limite d'exposition



FNORS

62, boulevard Garibaldi

75015 Paris

Tél : 01 56 58 52 40 Fax : 01 56 58 52 41

www.fnors.org

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Direction générale de la santé

14, avenue Duquesnes

75007 Paris

Tél : 01 40 56 60 00 Fax : 01 40 56 40 56

www.sante.gouv.fr

Septembre 2008